

# RELEVÂNCIA CLÍNICA DOS ASPECTOS COMPORTAMENTAIS NAS CEFALÉIAS DO TIPO TENSIONAL: ESTUDO EXPLORATÓRIO

*Clinical Relevance of the Behavior Aspects of the Tension-type  
Headache: An exploratory study*

Adriana Mayon Neiva Flores<sup>1</sup>  
Áderson Luiz Costa Junior<sup>2</sup>

## Resumo

As cefaléias constituem queixas freqüentes em unidades básicas de saúde e unidades de emergência médica. Entre os diversos diagnósticos possíveis, a cefaléia do tipo tensional é ainda uma dor mal compreendida e, freqüentemente, relacionada a fatores de estresse. O estudo de sua fisiopatologia vem privilegiando determinantes biológicos com menor atenção aos aspectos contextuais e comportamentais que compõem o problema. O presente trabalho considerou a experiência dolorosa multidimensionada e procurou uma compreensão idiográfica e sistêmica do assunto por meio da análise de um caso. O estudo foi baseado em avaliações seqüenciais, ao longo de quatro meses, de uma paciente com queixa de cefaléia primária diária. A análise do paciente demonstrou que a etiologia da cefaléia estava relacionada também a outros fatores como: exposição a contextos potencialmente estressantes, repertório pessoal e familiar de enfrentamento à dor inadequado, presença de reforço ambiental à dor, uso abusivo de analgésicos e desgastes no relacionamento com profissionais da saúde. Concluiu-se a favor de maior sofisticação dos modelos em saúde para a inclusão de fatores sociais, culturais e comportamentais na avaliação da experiência dolorosa, permitindo planos de tratamento individualizados e atentos às demandas globais de seus pacientes.

**Palavras-chave:** Cefaléia de tensão, formulação comportamental, análise de comportamentos.

## Abstract

Headaches are frequent complaints in health assistance unities. There are a lot of different diagnosis possibilities related to this problem, but the tension-type headache is still a misunderstood source of pain, frequently related to stress factors. The physiopathological studies related to this subject usually focus on the biological determinants and do not fully explore the contextual and behavior aspects of the problem. This study considered the pain as a multidimension experience, and searched for an idiografic and systemic understanding of the question. After a four-month analysis of a patient presenting cronic primary headache, the collected data demonstrated that the etiology of the pain was related to factors such as: exposures to potencial stressing contexts; inadequate personal and familiar coping skills; positive reinforcement to pain behavior; abusive analgesic intake; and frustration to the medical assistance team. This study concludes that the painful experience evaluation must include the social, cultural and behavior factors, pointing to the individual treatment plans, not only to the treatment of the patients symptoms.

**Keywords:** Headache, behavioral formulation, behavior analysis.

---

<sup>1</sup> Psicóloga. Mestre em Psicologia pela Universidade de Brasília.

<sup>2</sup> Psicólogo. Doutor em Psicologia. Professor Adjunto do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.  
Endereço para contato: SQN 208 Bloco 'F' Apartamento 604. 70853-060. Brasília. DF.  
E-mail: flores@unb.br.

## Introdução

Queixas sobre dores de cabeça são encontradas na literatura desde os primórdios da civilização. Ao longo do tempo foram traçadas inúmeras propostas terapêuticas de diferentes enfoques e eficácias discutíveis (para maior detalhamento consultar Bordini, 2001). Atualmente, o desafio em tratar as dores de cabeça permanece grandioso, sendo inquestionável o grande número de pesquisas e experimentos dedicados ao assunto. Tudo isto parece ser um reflexo do impacto que o problema pode acarretar na vida de pessoas que dele sofrem, além da atualidade do tema (Holm, Lamberty, Sherry, & Davis, 1997; Krymchantowski, 2001; Holroyd *et al.*, 2001).

Em uma tentativa de uniformizar a nomenclatura sobre o assunto, a Sociedade Internacional de Cefaléias elaborou a “Classificação e Critérios Diagnósticos das Cefaléias, Nevralgias Cranianas e Dor Facial” publicada em 1988, permitindo um importante desenvolvimento em pesquisas (Bordini, 2001).

Há uma distinção entre dois grupos de cefaléias: as primárias - não associadas a lesões estruturais e as secundárias - cuja dor é associada a alguma lesão estrutural ou condição mórbida. Entre as cefaléias primárias, a migrânea (enxaqueca) e a cefaléia do tipo tensional são as queixas mais freqüentes, sendo responsáveis por um número significativo de atendimentos em unidades básicas de saúde e unidades de emergência (Bigal, Bordini, & Speciali, 1999).

A cefaléia do tipo tensional é descrita como uma dor bilateral, constritiva e geralmente não muito intensa. Apresenta uma freqüência de ocorrência, em média, menor ou igual a 15 dias por mês (para cefaléia do tipo tensional episódica) ou maior ou igual a 15 dias por mês (para cefaléia do tipo tensional crônica). Náuseas ou vômitos assim como fotofobia ou fonofobia não estão presentes, ou apenas uma delas pode estar associada à dor de cabeça. Como se trata de uma dor insuficientemente compreendida e freqüentemente relacionada a fatores emocionais, então ocorre a designação comum de cefaléia de estresse. O diagnóstico nem sempre é preciso, sendo comum o paciente apresentar enxaquecas associadas e referir queixa apenas de dor que é percebida como mais intensa. (Adams 1985; Bordini, 2001).

Outras vezes, a dor de cabeça permanece desconhecida, ou sem diagnóstico, devido à crença, entre os pacientes, de que seu problema se resume a “uma simples dor de cabeça”. Assim, evitam a busca por intervenção médica nos períodos iniciais de desenvolvimento do problema (Brandes, 2003). Fatores psicogênicos também podem confundir a investigação etiológica e impedir um plano de tratamento eficiente (Adams, 1985).

Uma breve revisão da literatura sobre o tema revelou a tendência em buscar fatores biológicos relacionados com a etiologia do problema, sem referências esclarecedoras sobre os aspectos culturais, contextuais e comportamentais que também funcionam como determinantes para cefaléias do tipo tensional. Estudos recentes, no entanto, permitem apontar que, em função da complexidade dos fatores envolvidos na etiologia da cefaléia de tensão, o modelo estritamente biológico, tal como em outras patologias, tem sido insuficiente para proporcionar os recursos terapêuticos eficientes às queixas psicossociais que acompanham esses pacientes (Adams, 1985; Rollnik, Karst, Fink, & Dengler, 2001; Spinhoven, Jochems, Linssen, & Bogaards, 1991; Waldie, & Poulton, 2002; Welch, 2001; Zannon, 1991). Considerando, portanto, que o fenômeno da dor é multidimensional, o presente artigo procurou compreendê-lo de forma idiográfica e sistêmica a partir da formulação de um caso clínico. O recurso metodológico utilizado foi o auto-relato obtido em entrevistas mensais, ocorridas ao longo de quatro meses. A interpretação privilegiou a análise de contingências presentes na história de pré-disposição ao problema, sua aquisição, cronificação e manutenção atual.

## Relato de um caso

A paciente é uma mulher de 43 anos de idade, casada, com dois filhos, que reside em um bairro de classe média do Distrito Federal e trabalha como servidora pública federal. Ela se apresentou com queixa de cefaléia crônica.

## Queixas atuais

A participante refere cefaléia diária bilateral com característica de pontadas ou pressão,

acompanhada de enjôo. Percebe pioras ao final do dia e nos finais de semana. Refere, também, episódios de crises migranosas, acompanhadas de dorsalgia e dor no fundo do olho direito, acompanham vômitos e inapetência.

Os fatores desencadeantes da cefaléia segundo a participante, são: ingestão alcoólica; fome (*“se eu fico sem comer, eu entro neste processo de perder energia, hipoglicêmica, fico me sentindo meio zozza, moleza e, daí, eu já sinto minha cabeça dando sinal. Vai começar”*); mudanças na rotina - sono em excesso; comida condimentada e alteração de horários para se alimentar; estresse - trabalho, rotina atribulada; mudanças bruscas de ambiente (*“porque eu tenho esta coisa de ser planejada e controlada, então, quando o ambiente muda muito e eu não tenho as mesmas condições de controle, então, eu acho que a dor vem”*); desvio de septo nasal; problemas dentários e sensação de calor.

A participante vinha de uma educação rígida em que o sucesso acadêmico e disciplina eram comportamentos reforçados por seus pais: *“a gente sempre foi criado muito certinho, filha de milico e aquela coisa toda. Então, a minha lembrança é sempre de alguém seguindo a ordem determinada. Ordem unida para todos (risos)! A educação que ele me deu como correta foi: Estudem! Estudem, porque senão vocês vão cair na mão de marido. Então era o discurso dele, que a gente precisava se formar e ter uma profissão. Tudo era em cima disto (risos). A gente precisava trabalhar”*.

Tendo iniciado sua adolescência com um padrão de regras que a tornava extremamente responsável e estudiosa, ainda precisou se adaptar emocionalmente às freqüentes mudanças de cidades impostas pela atividade profissional de seu pai. Assim, terminou adotando um perfil introspectivo e caseiro, investindo fortemente em seu desempenho acadêmico: *“sou a filha mais velha, sempre tive o temperamento mais introspectivo e uma coisa de responsabilidade sempre muito grande. Uma cobrança interna muito forte, que tem até hoje, mas quando criança eu vejo que lá para trás isto sempre existiu.”*

Um evento traumático de sua infância ajudou a intensificar o investimento acadêmico. Após viagem em família, retornou à sua cidade com uma doença que se manifestou na forma de feridas espalhadas na cabeça. O evento impediu a conclusão do ano escolar, ocorrendo culpa e frustração

como conseqüências: *“esta coisa de eu ter que lidar com o fracasso, sete anos mais ou menos, me fez, na época, tomar uma decisão: não vai ser mais assim...decidi que não ia ser mais assim e, a partir daí, sempre fui bem...”*

Este investimento acadêmico, além de ser sua principal estratégia para obter reforçamento social, funcionava, também, como esquiva de situações em que precisaria lidar com conflitos na esfera afetiva. A cliente observara as dificuldades conjugais de seus pais e reformulou a situação, em auto-regras, que associaram desempenho profissional com autonomia e, portanto, liberdade de escolhas: *“Na minha cabeça existe um “link” entre atividade profissional e autonomia. Eu só tenho uma coisa se eu tiver a outra. Eu sempre busquei a minha autonomia e o caminho foi pela atividade profissional”*.

Em uma tentativa de consolidar seus ganhos profissionais, iniciou um processo de mudança de rotina para investimento em estudos. Iniciase, então, a construção de um contexto de privações como: supressão de atividades sociais e o afastamento das atribuições domésticas. O período coincide com a decisão de mudar de residência, passando a ocupar a casa de sua mãe que estava recém-separada do marido.

A mudança acarretou melhoria nas condições financeiras de sua família e de sua mãe, uma vez que foram somados os rendimentos. Tendo acreditado que o contexto sugeria uma pretensa situação de equilíbrio, previu conseqüências negativas nos desenvolvimentos profissionais seu e de seu marido. Além disso, a participante se ressentia do fato de ganhar um salário menor do que de seu marido, ainda que exercesse um cargo de nível superior.

O contexto se configurou, então, em uma operação estabelecadora para exacerbar seu investimento profissional, experimentando ascensão rápida, nos últimos dez anos, e galgando um cargo de chefia, com suas diversas repercussões: *“isto exige muito do perfil, seja um perfil técnico seja um perfil negociador para tratar com as pessoas. E eu trabalho em um órgão que é político, então, sou solicitada, de cinco em cinco minutos, porque as coisas precisam funcionar. A minha função era planejar para que os problemas não ocorressem e ter a solução, caso eles acontecessem. A gente sabe que em um ambiente de tecnologia e informática, eles acontecem o tempo todo”*.

O trabalho passa a exigir cada vez mais sua dedicação, tendo vários impactos adversos em sua rotina: tendência a estender seu horário de trabalho, exigência pela capacidade em antecipar e solucionar problemas e maior probabilidade de voltar para casa envolvida com questões do contexto profissional.

O contexto de dificuldades, associado a um quadro de dor de cabeça crônica, começa a revelar suas primeiras conseqüências: *“porque você não quer sair, você não tem tempo para filho”*. Quando o quadro se agravou, vieram conseqüências no setor profissional: *“porque fico inabilitada para trabalhar. Chega à situação que tu não tem poder de concentração nenhum, de coordenação das idéias, nada”*. Durante o período de 1999 e 2000, foram freqüentes as faltas no trabalho por motivo de dor de cabeça.

Houve, também, uma mudança de perfil, com alterações permanentes de humor: *“me lembro, no passado, de ser uma pessoa sempre risosa, até meio apatetada, rindo. Aí, quando a dor se espalhou, foi uma coisa absurda. A impressão que tenho é que o meu perfil passou a ser mais tristonho, mais recolhido, mais fechado, sei lá...”*

Sobre a reação com familiares, a paciente relata: *“quando a minha dor está muito forte e me ataca o estômago, aí ela (mãe da participante) vai para a cozinha e faz uma canjinha, já sai e compra um suquinho e não sei o que lá. Então, fica todo aquele aparato, que se não tiver disciplina, eu ia adorar, né? (risos). Porque fica todo mundo ali junto, com aquela mimação toda, aquela assistência toda (risos), mas eu acho que sempre foram muito compreensivos comigo, mais do que o habitual ou eu mesma esperasse”*.

Finalmente, avalia os atendimentos recebidos por profissionais: *“... então, todas as vezes que fui a um neurologista, a partir da conversa, ele já me enquadrava em um determinado limiar de um tipo de paciente... remete a idéia de caixinhas, e esta questão da dor de cabeça, para mim, não é uma doença, porque não acho que vá me matar se eu não cuidar, mas, acho que é um quadro que o paciente fica muito perdido, porque são tantas as variáveis que, quem padece da dor, não tem condições de avaliar com muita clareza”*.

Diante da cronicidade de suas crises de cefaléia e imbuída da necessidade de *“fazer algo”*, a paciente apoiou-se fortemente no uso inadequado de medicamentos analgésicos. Os programas

de prevenção, ou de controle da dor, se revelaram ineficazes e a paciente tornou-se uma expectadora de seu próprio sofrimento.

## Discussão

Para os fins do presente trabalho, foi utilizado o modelo operante de dor. Trata-se de uma extrapolação da abordagem biológica a favor da identificação de fatores que podem ter predisposto o indivíduo a enfrentar, de forma ineficaz, eventos estressantes além da contextualização da experiência dolorosa, com discriminação de suas contingências precipitadoras (antecedentes) e mantenedoras (conseqüentes) (Guimarães, 1999; Torós, 1997).

O resgate da história de vida da paciente ilustra a seleção de repertórios comportamentais coerentes com um perfil auto-exigente, que pode ter predisposto a paciente a responder com tensão diante de adversidades do dia-a-dia. Cabe destacar o modelo conjugal de seus pais, no qual a falta de emancipação profissional de sua mãe terminou mantendo um relacionamento percebido como falido. Além disso, seu pai foi o primeiro a verbalizar a possível associação entre estabilidade financeira e liberdade de opções. Todo o quadro pode ter sido reformulado em auto-regras que privilegiaram o investimento profissional, delegando saúde, vida social e doméstica a um plano secundário.

Soma-se a esse contexto, o fato da sociedade, geralmente, reforçar com atenção e elogios verbais aqueles indivíduos que se destacam no meio acadêmico. Ela passa a construir um contexto cada vez mais centrado na questão do desempenho.

Existe um momento específico de sua vida que é caracterizado pelo início de suas crises de cefaléia: o nascimento de seu filho mais novo (há 17 anos). A análise do contexto, incluindo dados adicionais fornecidos no relato da participante, permite a discriminação de várias outras contingências adversas que poderiam funcionar no agravamento do fator tensional: doenças e mortes na família, privação de reforçadores, trabalho exigente, demandas familiares por comportamentos incompatíveis com o perfil profissional exigido (mãe, esposa, dona de casa).

Foi formulada uma hipótese de que o comportamento governado pelas regras que priorizavam a emancipação profissional, tornou a participante insensível às conseqüências adversas de seu isolamento e afastamento doméstico. Dados de literatura revelam que o indivíduo centrado em si mesmo e afastado de convívio social significativo está mais suscetível a perceber sensações dolorosas (Pimenta, 1999).

A paciente passa, então, a conviver com uma cefaléia episódica que exige repertório de enfrentamento eficaz. Carente de orientação eficiente e sofrendo com as conseqüências adversas da experiência dolorosa, passa a atribuir causalidade a eventos que têm relação de contigüidade com sua dor de cabeça. Assim, constrói um contexto de privações de atividades potencialmente reforçadoras: restrição alimentar, busca de quietude, supressão de atividades sociais no final de semana (*“porque, como eu sabia que no sábado, já ia ter dor de cabeça mesmo, eu atribuía ao fato de ter saído na sexta, então, eu nem saía na sexta”*) e supressão de sono durante o dia. Além das estratégias altamente invasivas, como cirurgia para correção de desvio de septo nasal e correção de falhas estéticas na dentição.

Ao final do processo, sua avaliação sobre a rotina de vida cheia de restrições parece indicativa de frustração, que poderia ser um fator adicional de estresse: *“Acho que durante a semana é assim, uma vida muito organizadinha, para não sair do trilho. E acaba que, uma vida assim, não tem muita graça, não é?”*.

Deixar de sair na sexta-feira para não ter dor no sábado caracteriza, ainda, ansiedade antecipatória, aumentando a probabilidade de complicações conseqüentes em função da alteração de humor que se estabelece (antecipação de que algo ruim vai acontecer, preocupação com eventos rotineiros e constante estado de alerta). O problema vai se tornando crônico e inclui impacto devastador na rotina da paciente: dificuldades de concentração, oscilações de humor, perda de papéis domésticos, faltas ao trabalho, perdas sociais, hiperutilização do sistema de saúde e preocupações recorrentes quanto à probabilidade de uma nova crise.

Os familiares passaram, então, a manifestar estratégias de enfrentamento do problema que revelam mobilização geral e acolhimento da paciente no papel de doente: evitar fazer barulho, pre-

paração de alimentos especiais e condescendência diante de suas esquivas sociais.

Um fator adicional que poderia ter contribuído para a cronificação do problema, foi uma orientação terapêutica voltada especificamente para a eliminação dos sintomas adversos das cefaléias, ao invés de atuações sistêmicas com inclusão da participação de familiares e intervenções em sua rotina de vida e seu estilo de enfrentamento.

Cabe adicionar outra possível limitação de perspectivas terapêuticas centradas na eliminação de sintomas: lidar com a desinformação e expectativas disfuncionais do paciente.

O quadro parece revelar que as crises de cefaléia, antes conseqüências de um contexto exigente, passam a ser seqüenciadas por isenção de responsabilidades (reforçamento negativo), tendo atenção social ou apoio da comunidade como conseqüências finais (reforçamento positivo). Provavelmente a cadeia de eventos terminou por alimentar as crises.

Uma hipótese conclusiva para o caso seria a possibilidade de uma vida inteira dedicada, quase que exclusivamente, ao desenvolvimento profissional, ter exposto a participante a modelos de competição e produtividade incompatíveis com os comportamentos requeridos em uma rotina doméstica. Seria preciso sensibilizar a participante para outros reforçadores e criar oportunidades para a tomada de consciência sobre as conseqüências deste investimento para sua qualidade de vida. Recorrer em tentativas tecnicistas e generalistas de intervenção, sem considerar as especificidades do sofrimento de um paciente em particular, pode terminar em resultados desastrosos sem a superação do problema.

## **Considerações finais**

A fisiopatologia da cefaléia do tipo tensional é complexa, sendo possível observar um histórico evolutivo de hipóteses para o problema. Originalmente, foi admitido o papel da contração muscular na etiologia da dor. A contração surgiria como uma reação física a estímulos ambientais ou psicológicos adversos, provocando uma isquemia muscular na nuca e no crânio e produzindo episódios de dor como resultado final. Estudos posteriores, com eletromiografia, no entanto, não detectaram contração muscular em alguns indivíduos

com cefaléia, ficando esta hipótese restrita a uma pequena fração de pacientes com dor (Bordini, 2001; Rollnik, Karst, Fink & Dengler, 2001).

Estudos mais recentes revelaram alterações em substâncias endógenas (baixo nível de endorfina no líquido, por exemplo) destes pacientes. Como consequência, estímulos ambientais que normalmente não produziram dor ou produziram uma dor leve, passam a ser percebidos como extremamente desagradáveis e potencialmente produtores de dor (Bordini, 2001).

Atualmente, postula-se que a cronicidade da cefaléia de tensão envolve uma sensibilização neuronal exagerada a estímulos variados, com facilitação ao desenvolvimento da dor. O nervo trigêmeo, responsável pela sensibilidade da face e do crânio, recebe toda a informação dolorosa, mas sua interpretação (intensidade e enfoque emocional) depende de outras estruturas (gânglios da base, sistema límbico e núcleos da base). Ocorre que, em indivíduos com cefaléia, tais estruturas estariam facilitando a percepção de dor pelo trigêmeo. Desta forma, estímulos físicos, psicológicos, e até mesmo a contração muscular, seriam percebidos como muito dolorosos (Bordini, 2001; Bigal *et al*, 2002).

Ocorre que a linha de explicação etiológica do problema sugerida não abrange suficientemente, os aspectos psicossociais que compõem as demandas em cefaléias. Alguns autores vêm reagindo a este tipo de abordagem. Segundo Waldie (2002), por exemplo, os estudos apontam relações significativas entre distúrbios psiquiátricos e a etiologia da cefaléia de tensão. Estes estudos sugerem o estabelecimento de relações entre fatores de personalidade (tais como, neuroticismo, rigidez, hostilidade, baixa auto-estima e sentimentos de desamparo) e o uso de estratégias ineficazes para o enfrentamento de situações de estresse, podendo ocorrer episódios de dor como consequência.

Na mesma linha de argumentação, Brandes (2003) aponta algumas distúrbios médicos comumente presentes em indivíduos com dores de cabeça. O autor destaca depressões, ansiedade, pânico e distúrbios bipolares, enquanto condições de comorbidade para o problema da cefaléia. Sugere-se, portanto, investigações exaustivas da história de vida dos pacientes, com especial atenção para a presença destas condições. Nestes casos, a distúrbio primária deve ser diagnosticada e tratada.

Adams (1985) ressalta a necessidade de se considerar fatores individuais e sociais, além daqueles fisiológicos, na compreensão do fenômeno da dor, resgatando, também, a dimensão processual/desenvolvimental de cada indivíduo.

Sob uma perspectiva histórica, percebe-se que os modelos explicativos mais recentes começam a explorar uma suposta relação funcional entre o indivíduo e a doença, incluindo a participação de fatores sociais e psicológicos, além daqueles biológicos. Esta tendência de relacionar a doença como uma condição associada a uma multiplicidade de fatores está de acordo com a evolução dos modelos teórico-filosóficos da área de saúde. Se, inicialmente, predominava um discurso biológico, a inserção das ciências humanas no campo da saúde possibilitou uma nova concepção da relação mente-corpo, considerando-se a interação do indivíduo com o ambiente sob uma perspectiva mais sistêmica (Chaves, 1982; Ogden, 1996, Cândido, 1998).

O modelo sistêmico de saúde traz consigo uma mudança na forma de se compreender o indivíduo e suas relações com o mundo. O indivíduo passa a ser concebido como um ser ativo, que atua sobre o meio e assume responsabilidades no processo de adoecer e tratar a doença (Ogden, 1996). Outra consequência deste processo é a adoção, entre as ciências da saúde, de um novo paradigma, o biopsicossocial, seguindo uma postura integrada que incorpora processos fisiológicos com processos psíquicos e sociais entre as variáveis que poderiam causar e perpetuar distúrbios na condição de saúde de indivíduos e grupos (Pereira, 1995; Turk & Akiko, 2002.).

Este novo paradigma vem sendo bastante útil ao orientar profissionais interessados em otimizar os programas de diagnóstico e tratamento para demandas que se desdobram sob condições de dor crônica, principalmente por afastar a idéia de que os fatores psicológicos e sociais envolvidos neste tipo de dor são planejados ou, propositalmente, construídos pelo indivíduo que sofre. Somente a partir da sofisticação dos modelos de atenção à saúde, é que fatores sociais, culturais e comportamentais poderão deixar a condição de marginalidade e serem tratados com a devida consideração. Resta o desafio de tornar a intervenção abrangente o suficiente para incorporar estes outros elementos.

## Referências

- Adams, H. E. (1985). Case formulations of chronic headaches. In TURKAT, J. D. (Org.). **Behavioral case formulation**. (pp. 87-108). New York: Plenum Press.
- Bigal, M., E Bordini, C. A., & Speciali, J. G. (1999). Tratamento a cefaléia em uma unidade de emergência da cidade de Ribeirão preto. **Arquivo de neuropsiquiatria**, 57(3-B), 813-819.
- Bordini, C. A., & Cols. (2001). Cefaléia do tipo tensional. In Bordini, C. A. & cols. (Orgs.). **Retratos da enxaqueca e das cefaléias primárias**. (pp. 59-64). São Paulo: Lemos Editorial.
- Brandes, J. L. (2003). Treatment approaches to maximizing therapeutic response in migraine. **Neurology**, 61(8), 521-526.
- Cândido, C. L. **Sobre o paciente com dor crônica: uma perspectiva psicossocial do processo de adoecimento**. Brasília, 1998. 160 f. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília. 1998.
- Chaves, M. (1992). **Saúde e sistemas**. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Guimarães, S. S. (1999). Introdução ao estudo da dor. In Carvalho, M. M. M. J. (Org.). **Dor: um estudo multidisciplinar**. (pp. 13-30). São Paulo: Summus.
- Holm, J. E., Lamberty, K., Sherry, W. C., & Davis, P. A. (1997). The stress response in headache sufferers: Physiological and psychological reactivity. **Headache**, 37(9), 221-227.
- Holroyd, K. A., O'donnel, F. J. D. O., Stensland, M., Lipchik, G. L., Cordingley, G. E., & Carlson, B. W. (2001). Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: A randomized controlled trial. **The Journal of the American Medical Association**, 285(17), 2208-2215.
- Krymchantowski, A. V. (2001). Cefaléia. **Revista Brasileira de Medicina**, 58(1), 59-79.
- Ogden, J. (1996). **Health psychology: A textbook**. Buckingham: Open University Press, 1996.
- Pereira, M. G. Saúde e doença. In Pereira, M. G. Pereira (Org.) (1995). **Epidemiologia Teoria e Prática** (pp. 30-48). Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan.
- Pimenta, C. A. M. (1999). Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In Carvalho, M. M. M. J. (Org.). **Dor: um estudo multidisciplinar** (pp. 31-46). São Paulo: Summus.
- Rollnik, J. D., Karst, M., Fink, M., & Dengler, R. (2001). Coping strategies in episodic and chronic tension-type headache. **Headache**, 41(3), 297-302.
- Spinhoven, P., Jochems, P. A., Linssen Ac., & Bogards, M. (1991). The relationship of personality variables and patient recruitment to pain coping strategies and psychological distress in tension headache patients. **Clinical Journal of Pain**, 7(1), 12-20.
- Torós, D. O que é diagnóstico comportamental. In M. Delitti (Org.). (1997). **Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental**. (pp. 98-103). São Paulo: ArBytes Editora.
- Turk, D. C., & Akiko, O. Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 70(3), 678-690, mar, 2002.
- Waldie, K. E., & Poulton, R. (2002). Physical and psychological correlates of primary headache in young adulthood: A 26 year longitudinal study. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**, 72 (1), 86-92.
- Welch, K .M. A. (2001). A 47-year-old woman with tension-type headaches. **The Journal of the American Medical Association**, 286(8), 960-966.
- Zannon, C. M. L. C. (1991). Desenvolvimento psicológico da criança: questões básicas relevantes à intervenção comportamental no ambiente hospitalar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 7(1), 119-136.

Recebido em/ received in: 18/05/2005  
Aprovado em/ approved in: 17/06/2005