



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Avaliação da Frequência de Epilepsia e Cefaleia nos Estudantes da Universidade da Beira Interior

Tânia Daniela Martins Dias

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientador: Doutor Pedro Simões Rosado
Co-orientador: Prof. Doutora Maria Luiza Rosado

Covilhã, Maio de 2011

Agradecimentos

Aos meus pais e à minha irmã, que tanto orgulho têm em mim, e que me dão as forças necessárias para percorrer esta longa jornada.

Aos meus orientadores, o Dr Pedro e a Dra Luiza, pela sua disponibilidade, dedicação, apoio e motivação.

A todos os meus amigos, especialmente a Marlene, que me ajudaram a manter a sanidade mental.

À Dra Sandra Pinto, pela disponibilização de diversos artigos da biblioteca.

Ao Gabinete de Relações Públicas da UBI, pela pronta divulgação do questionário deste estudo.

A todos os alunos que disponibilizaram 2 minutos do seu precioso e escasso tempo para responder a este questionário e assim contribuíram de uma forma inestimável para a realização deste trabalho.

Resumo

Epilepsia e Cefaleia são ambas doenças comuns, mas com prevalência muito variável consoante o grupo em estudo e que ainda continua a ser matéria de debate. No que diz respeito à Epilepsia, devido à grande variedade de etiologias e métodos de investigação, os perfis epidemiológicos variam grandemente pelos vários países e regiões, com prevalências oscilando entre 4 e 10/1000. A Cefaleia (incluindo a Cefaleia de Tensão e a Enxaqueca) é o sintoma neurológico mais comum e já foi experienciado por quase toda a população. A Enxaqueca e a Cefaleia de Tensão podem causar níveis substanciais de incapacidade.

O objectivo deste estudo é estimar a frequência de Epilepsia e Cefaleia na população de estudantes da Universidade da Beira Interior e avaliar a existência de possíveis relações entre estes dois distúrbios.

Este é um estudo descritivo transversal que foi realizado através da aplicação de um questionário (anexo1) com uma secção inicial para dados demográficos, uma segunda secção acerca da frequência de Epilepsia e uma terceira acerca da frequência e características da Cefaleia.

Foram consideradas para análise 405 respostas, das quais 282 (69,6%) eram de mulheres. A média de idades foi de 22,2 anos (dp=4,85). O diagnóstico de Epilepsia foi relatado em 1,2% e a presença de Cefaleia em 58,5% dos alunos. Devido ao reduzido número de casos de Epilepsia não foi possível estabelecer relações estatisticamente significativas entre a presença desta e de Cefaleia.

Palavras-chave

Epilepsia, Cefaleia, Frequência, Estudantes Universitários.

Abstract

Epilepsy and Headache are both common diseases but prevalence varies widely depending on the study group and still remains a matter of debate. Regarding to Epilepsy and due to the wide variety of etiologies and methods of research, epidemiological profiles vary widely by different countries and regions, with prevalence rates ranging between 4 and 10/1000. Headache (including Migraine and Tension type Headache) is the most common neurological symptom and has been experienced by almost the entire population. Migraine and Tension type Headache can cause substantial levels of disability.

The purpose of this study is to estimate the frequency of Epilepsy and Headache in the population of students from Universidade da Beira Interior and assess the existence of possible relationships between these two disorders.

This is a descriptive cross-sectional study that was conducted through questionnaire (Appendix 1) with an initial section for demographic data, a second section on the frequency of Epilepsy and a third about the frequency and Headache's characteristics.

Were considered for analysis 405 responses, of which 282 (69.6%) were women. The average age was 22.2 years (SD = 4.85). The diagnosis of Epilepsy was reported in 1.2% and it was detected the presence of Headache in 58.5% of students. Given the small number of cases of Epilepsy was not possible to establish statistically significant relationships between the presence of this and Headache.

Keywords

Epilepsy, Headache, Frequency, University Students.

Índice

1. Introdução	1
2. Métodos	3
2.1. Análise Estatística	4
3. Resultados	5
4. Discussão	15
4.1. Dados Demográficos	15
4.2. Epilepsia	15
4.3. Cefaleia	16
4.4. Relação entre Epilepsia e Cefaleia (Enxaqueca)	19
4.5. Limitações do Estudo	20
4.6. Relevância do Estudo	20
5. Conclusões	21
6. Referências Bibliográficas	22
7. Anexo 1	25
8. Anexo 2	27

Lista de Tabelas

Tabela 3.1 - Distribuição de alunos por Cursos (Frequências Absoluta e Relativa)	5
Tabela 3.2 - Frequências Absoluta e Relativa das Respostas na secção de Epilepsia do questionário	6
Tabela 3.3 - Frequências Absoluta e Relativa das Respostas na secção de Cefaleia do questionário	7

Lista de Gráficos

Gráfico 3.1 - Distribuição de alunos por ano curricular	6
Gráfico 3.2 - Relação entre o Sexo e a presença de Cefaleia	8
Gráfico 3.3 - Relação entre o início da ocorrência de cefaleias e a sua evolução ao longo do tempo	9
Gráfico 3.4 - Relação entre a presença de sintomas acompanhantes da Cefaleia e a afectação da vida social (valores de Frequência Absoluta)	10
Gráfico 3.5 - Relação entre a intensidade da Cefaleia e a presença de sintomas acompanhantes (valores de Frequência Absoluta)	11
Gráfico 3.6 - Relação entre a duração das cefaleias e a sua localização (valores de Frequência Absoluta)	12
Gráfico 3.7 - Relação entre presença de Cefaleia e História familiar positiva para este distúrbio (valores de Frequência Absoluta)	13
Gráfico 3.8 - Relação entre a ocorrência de lapsos transitórios ou perda de consciência e a presença de cefaleia (valores de Frequência Absoluta e Relativa)	14
Gráfico 4.1 - Localizações mais frequentes da cefaleia	17

Lista de Acrónimos

AVC	Acidente Vascular Cerebral
EEG	Electroencefalograma
GRP	Gabinete de Relações Públicas
ICHD	International Classification of Headache Disorders
IHS	International Headache Society
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UBI	Universidade da Beira Interior

1. Introdução

Epilepsia e Cefaleia são ambas doenças comuns, mas com prevalência muito variável consoante o grupo em estudo e que ainda continua a ser matéria de debate. Estão frequentemente relacionadas, como afirmam alguns estudos (1,2), em especial a Epilepsia e a Enxaqueca. Ambas constituem distúrbios crónicos caracterizados por ataques neurológicos recorrentes acompanhados por sintomas gastrointestinais, autónomos e psicológicos. Estão também ligadas pelos perfis de sintomas, comorbilidades e tratamento, acarretando um grande fardo para os doentes tanto a nível pessoal como social.

A Epilepsia é uma das mais antigas condições conhecidas pelo Homem e continua a ser um dos distúrbios neurológicos mais comuns que afecta indivíduos de todas as idades (3). É definida como uma doença crónica caracterizada pela ocorrência de crises paroxísticas associadas a descargas anormais, excessivas, hipsincrónicas e transitórias de um agregado de células neuronais do Sistema Nervoso Central, que devem ocorrer de modo recorrente, necessitando, para tal, verificar-se a presença de dois ou mais episódios espontâneos, num intervalo superior a 24 horas (4). Estima-se que cerca de 50 milhões de indivíduos por todo o mundo tenham o diagnóstico de Epilepsia (5). Devido à grande variedade de etiologias e métodos de investigação, os perfis epidemiológicos variam grandemente pelos vários países e regiões, com prevalências que oscilam na maior parte dos casos entre 4/1000 e 10/1000 (6).

Nos países desenvolvidos observou-se que a incidência específica por idade segue tipicamente uma curva em forma de U, sendo mais elevada no primeiro ano de vida, baixa no adulto jovem, aumentando de novo depois dos 60 anos (7). Incidência e prevalência elevadas podem estar relacionadas com factores como baixo status socioeconómico, acesso limitado aos cuidados de saúde e exposições ambientais (como por exemplo a neurocisticercose). A incidência e a prevalência podem ser subestimadas em áreas nas quais a doença é fortemente estigmatizada, onde existem determinadas crenças culturais acerca das causas da doença ou atitudes negativas perante aqueles com o diagnóstico, o que leva os indivíduos a esconder a sua condição (3).

A Cefaleia é o sintoma neurológico mais comum e já foi experienciado por quase todos os indivíduos. Pode ser sintoma de doenças ameaçadoras da vida como tumores cerebrais, contudo, na maioria dos casos é um distúrbio benigno que compreende as Cefaleias primárias como a Enxaqueca e a Cefaleia de Tensão (8).

Nos países desenvolvidos, a Cefaleia de Tensão, sozinha, pode afectar cerca de dois terços da população adulta do sexo masculino e 80% da população do sexo feminino, com prevalências que variam habitualmente entre 5,9% e 34,5% nos homens e entre 11,1% e 40,8% em mulheres (15,18,20). Estudos europeus e americanos mostraram que 6% a 8% dos indivíduos do sexo masculino e 15% a 18% do sexo feminino experienciam Enxaqueca a cada ano (9). A Enxaqueca e a Cefaleia de Tensão podem causar níveis substanciais de incapacidade não apenas para os doentes e suas famílias como também para a sociedade

como um todo graças à sua elevada prevalência na população em geral. Cefaleias frequentes e severas limitam as actividades da vida diária, diminuem a qualidade de vida e podem resultar em perda de produtividade (10). A Cefaleia está entre os dez distúrbios mais incapacitantes para ambos os sexos, se tivermos em conta o fardo da Cefaleia de Tensão, e entre os cinco mais incapacitantes para o sexo feminino, segundo o ranking da Organização Mundial de Saúde (OMS) para os distúrbios mais incapacitantes (11). A introdução dos critérios da International Headache Society (IHS) forneceu normas de diagnóstico explícitas para todas as Cefaleias e assim novas oportunidades para a investigação epidemiológica nesta área (12).

O objectivo deste estudo é estimar a frequência de Epilepsia e de Cefaleia (em geral) na população de estudantes matriculados na Universidade da Beira Interior (UBI). Uma vez que estes são ambos distúrbios que podem ser bastante incapacitantes, é importante conhecer a sua frequência, de forma a estabelecer estratégias de apoio aos estudantes afectados. Pretende-se ainda, como objectivo específico, avaliar a existência de possíveis relações entre estes dois distúrbios na população estudada.

2. Métodos

Este é um estudo descritivo transversal que pretendeu descrever a frequência de Epilepsia e Cefaleia na população de alunos da UBI. Foi escolhida esta população, não só por uma questão de conveniência, mas também porque populações semelhantes têm sido utilizadas em diversos estudos de prevalência, nomeadamente de Cefaleia, em outros países.

O universo em estudo era constituído por aproximadamente 6000 alunos (segundo informação do Gabinete de Relações Públicas (GRP) da UBI). Foi realizado o cálculo da amostra para um erro de 3% (nível de confiança 95%), considerando as prevalências mais baixas conhecidas dos distúrbios em estudo [Epilepsia: 0,4%; Cefaleia de Tensão: 5,9% e Enxaqueca: 6% (6,9,15,18,20)], tendo sido obtido um valor de cerca de 230. Uma vez que se conseguiu atingir 453 respostas online, das quais 405 foram completas e válidas para análise, este foi o valor utilizado na análise de resultados.

Um questionário com 20 questões (em anexo 1) foi construído com base em questões utilizadas em outros estudos (10,13-15). O questionário continha uma secção inicial para dados demográficos (sexo, idade, ano curricular, curso). A segunda secção era constituída por questões acerca da Epilepsia (história de perdas de consciência, de convulsões, de convulsões febris na infância, de diagnóstico de Epilepsia, de medicação anti-convulsivante) e a terceira, por questões relativas à presença e características de Cefaleia (localização, duração, intensidade, evolução, sintomas acompanhantes, história familiar, etc.).

Inicialmente foi realizado um Pré-Teste em 35 alunos que não frequentavam cursos na área da saúde, de forma a avaliar a compreensão das questões. Foram feitas alterações em algumas questões tornando o questionário mais compreensível para todos os alunos.

O questionário foi colocado online através do programa *Lime Survey* versão 1.90. Foi contactado o GRP da UBI para fazer a divulgação do questionário, via e-mail, para todos os alunos inscritos na UBI. O questionário foi colocado online a 6 de Dezembro de 2010 e fechado a 25 de Janeiro de 2011.

Foi considerado o diagnóstico de Epilepsia quando as questões “Alguma vez foi diagnosticado, por um médico, como tendo Epilepsia ou distúrbio convulsivo?” ou “Está ou já esteve medicado para Epilepsia?” eram respondidas afirmativamente. A presença de Cefaleia era considerada positiva quando era respondido sim à questão “Alguma vez teve Cefaleia (dor de cabeça), exceptuando as associadas a doenças infecciosas, traumatismo craniano, abuso de álcool ou drogas ilícitas?”. Outras variáveis analisadas foram: sexo, ocorrência de lapsos transitórios de perda de consciência e, relativamente à Cefaleia, o seu início, evolução, sintomas acompanhantes, afectação da vida diária, intensidade, duração, localização e história familiar positiva.

2.1. Análise Estatística

Os dados foram analisados utilizando os programas *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) (version 17.0)* e *Microsoft Office Excel 2007*.

Estatística descritiva, Teste de Qui-quadrado (χ^2) e Teste Exacto de Fisher (sempre que havia uma contagem de casos inferior a 5) foram utilizados na análise.

Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

3. Resultados

Quatrocentos e cinco alunos forneceram respostas completas, dos quais 123 eram homens (30,4%) e 282 mulheres (69,6%) (ratio mulher-homem, 2,3:1). A sua média de idades era de 22,2 anos (mínimo: 17; máximo: 57; desvio padrão: 4,85).

A distribuição dos alunos por cursos está descrita na Tabela 3.1.

Tabela 3.1. Distribuição de alunos por cursos (Frequências Absolutas e Relativas)

Curso	n	%	Curso	n	%
Arquitectura	5	1,2	Mestrado Ciências Documentais	1	0,2
Bioengenharia	1	0,2	Mestrado Ciências Políticas	1	0,2
Bioquímica	21	5,2	Mestrado Cinema	1	0,2
Biotecnologia	4	1,0	Mestrado Comunicação Estratégica	2	0,5
Ciência Política e Relações Internacionais	3	0,7	Mestrado Empreendedorismo e Criação de Empresas	2	0,5
Ciências Biomédicas	17	4,2	Mestrado Empreendedorismo Social	2	0,5
Ciências da Comunicação	6	1,5	Mestrado Engenharia Electrotécnica e de Computadores	3	0,7
Ciências do Desporto	3	0,7	Mestrado Ensino de Artes Visuais	1	0,2
Ciências Farmacêuticas	22	5,4	Mestrado Ensino de EVT	1	0,2
Cinema	3	0,7	Mestrado Gestão	5	1,2
Design Industrial	2	0,5	Mestrado Gestão de Unidades de Saúde	1	0,2
Design Multimédia	1	0,2	Mestrado Jornalismo	5	1,2
Economia	5	1,2	Mestrado Marketing	1	0,2
Engenharia Aeronáutica	4	1,0	Mestrado Optometria	1	0,2
Engenharia Civil	9	2,2	Mestrado Química Industrial	2	0,5
Engenharia Electromecânica	6	1,5	Mestrado Sistemas de Informação Geográfica	1	0,2
Engenharia Electrotécnica e de Computadores	2	0,5	Mestrado Sociologia Exclusões e Políticas Sociais	2	0,5
Engenharia Informática	10	2,5	Optometria	5	1,2
Engenharia Mecânica	1	0,2	Ph.D. Biomedicina	1	0,2
Engenharia Têxtil	1	0,2	Ph.D. Educação	1	0,2
Filosofia	2	0,5	Ph.D. Engenharia Gestão Industrial	2	0,5
Gestão	18	4,4	Ph.D. Gestão	3	0,7
Letras	1	0,2	Psicologia	14	3,5
Marketing	1	0,2	Psicologia Organizacional	1	0,2
Medicina	180	44,4	Química Industrial	4	1,0
Mestrado Bioquímica	3	0,7	Sociologia	5	1,2
Mestrado Ciências Biomédicas	2	0,5	Tecnologias e Sistemas de Informação	4	1,0
Total				405	100

A maior parte dos alunos que respondeu frequentava o primeiro ano, como se pode observar no Gráfico 3.1.

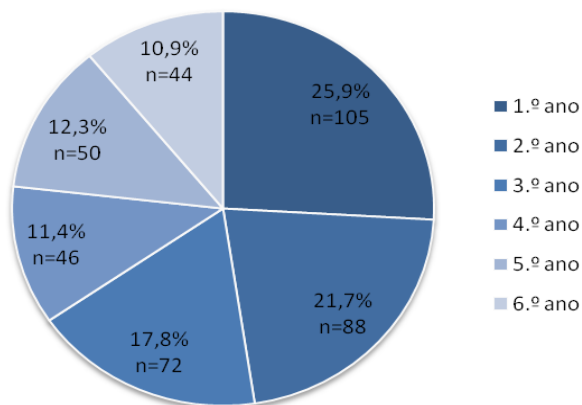


Gráfico 3.1. Distribuição de alunos por ano curricular

As frequências absolutas e relativas das respostas às questões das secções de Epilepsia e Cefaleia encontram-se discriminadas, respectivamente, nas Tabelas 3.2. e 3.3.

Tabela 3.2. Frequências Absoluta e Relativa das respostas na secção de Epilepsia do questionário

Questão	n	%
Sofre ou alguma vez sofreu de lapsos transitórios ou perda de consciência?		
Sim	54	13,3
Não	351	86,7
Se sim, estes são com que frequência?		
Anual	25	75,8
Semestral	4	12,1
Trimestral	1	3
Mensal	2	6,1
Semanal	1	3
Já sofreu episódios de movimento repentino abrupto involuntário afectando os membros, face ou cabeça num período do dia?		
Sim	59	14,6
Não	346	85,4
Já sofreu ataques súbitos de queda com mordedura de língua e/ou incontinência urinária?		
Sim	9	2,2
Não	396	97,8
Já sofreu lapsos de consciência com perda de contacto com o meio envolvente e fixação do olhar, sem responder aos chamados de outras pessoas?		
Sim	61	15,1
Não	344	84,9
Já foi submetido a um electroencefalograma (EEG)?		
Sim	56	13,8
Não	349	86,2
Sofreu convulsões febris antes dos 5 anos de idade?		
Sim	23	5,7
Não	382	94,3
Alguma vez foi diagnosticado, por um médico, como tendo epilepsia ou distúrbio convulsivo?		
Sim	5	1,2
Não	400	98,8
Está ou já esteve medicado para epilepsia?		
Sim	2	0,5
Não	403	99,5

Tabela 3.3. Frequências Absoluta e Relativa das respostas da secção de Cefaleia do questionário

Questão	n	%
Alguma vez teve cefaleia (dor de cabeça), exceptuando as associadas a doenças infecciosas, traumatismo craniano, abuso de álcool ou drogas ilícitas?		
Sim	237	58,5
Não	168	41,5
Há quanto tempo tem cefaleias?		
Entre 1 e 2 anos	55	23,2
Entre 2 e 4 anos	68	28,7
Há mais de 5 anos	114	48,1
Qual a intensidade das cefaleias?		
Leve	81	34,2
Moderada	128	54
Severa	28	11,8
Em relação à evolução, as cefaleias...		
Têm melhorado	78	32,9
Têm piorado	26	11
Estão na mesma	133	56,1
Qual a frequência média das cefaleias?		
1 ou mais por semana	39	16,5
1 ou mais a cada 15 dias	48	20,3
1 ou mais por mês	86	36,3
1 ou mais por semestre	64	27
Onde se localiza a dor?		
Hemicranios Dto ou Esq	56	23,6
Região Frontal	103	43,5
Região Occipital	14	5,9
Hemicranios+Região Frontal	29	12,2
Hemicranios+Região Occipital	9	3,8
Região Frontal+Região Occipital	14	5,9
Hemicranios+Região Frontal+Região Occipital	12	5,1
Quanto tempo duram as cefaleias?		
<4h	149	62,9
4-24h	83	35
>24h	5	2,1
As cefaleias afectam a sua vida social e as suas actividades?		
Nunca	45	19,4
Raramente	142	61,2
Frequentemente	45	19,4
Como é o início da cefaleia?		
Súbito	82	34,6
Lentamente Progressivo	155	65,4
Que sintomas estão associados à cefaleia?		
Sem Sintomas	15	6,33
Náuseas	11	4,64
Fotofobia	36	15,19
Fonofobia	64	27
Náuseas+Vómitos	2	0,84
Náuseas+Fotofobia	4	1,69
Náuseas+Fonofobia	5	2,11
Vómitos+Fotofobia	1	0,42
Vómitos+Fonofobia	3	1,27
Fotofobia+Fonofobia	64	27
Náuseas+Vómitos+Fotofobia	3	1,27
Náuseas+Fotofobia+Fonofobia	19	8,02
Náuseas+Vómitos+Fotofobia+Fonofobia	10	4,22
Na sua família existe alguém com história de cefaleias?		
Sim	174	43
Não	231	57

No Gráfico 3.2. pode observar-se a relação entre o Sexo e a resposta à questão “Alguma vez teve cefaleia (dor de cabeça), exceptuando as associadas a doenças infecciosas, traumatismo craniano, abuso de álcool ou drogas ilícitas?”, existindo uma relação estatisticamente significativa (χ^2 com 1 grau de liberdade = 15,546, $p=0,0001$): verifica-se que um maior número de alunos do sexo feminino responde afirmativamente à questão.

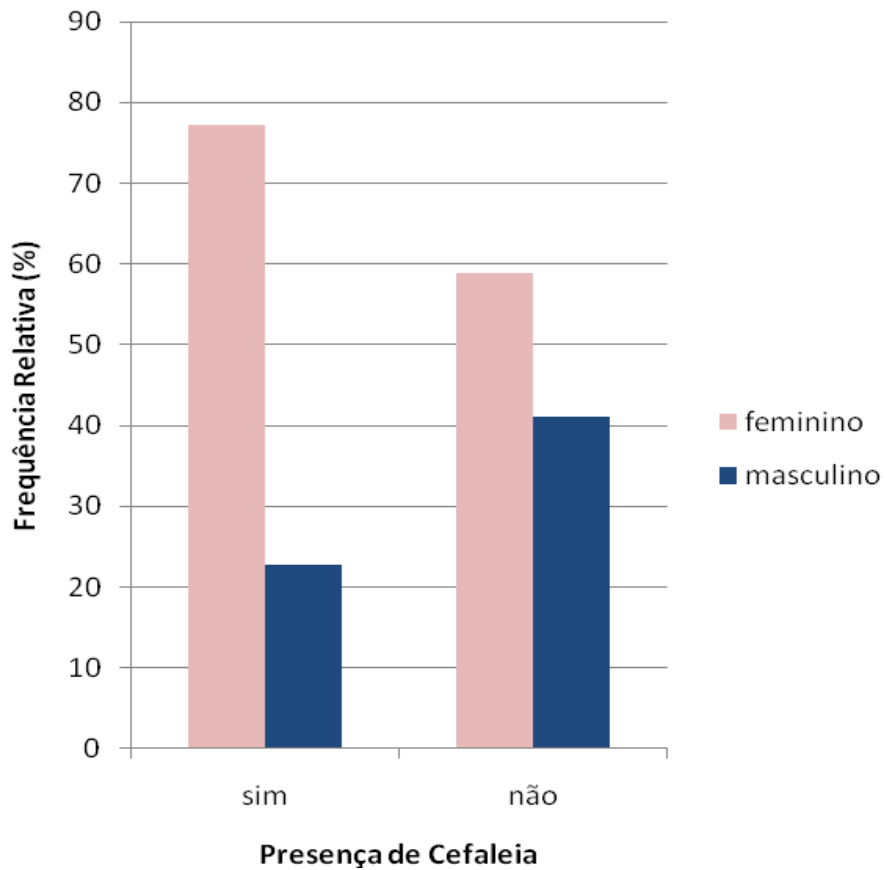


Gráfico 3.2. Relação entre o Sexo e a presença de Cefaleia

O Gráfico 3.3. mostra a relação entre o início da ocorrência de Cefaleias e a sua evolução ao longo do tempo. Verifica-se que naqueles que reportam início de Cefaleia há mais de 5 anos, a maior percentagem não tem tido melhora nem piora dos sintomas. Naqueles em que a Cefaleia teve início há apenas 1 ou 2 anos, verifica-se um prognóstico melhor, referindo a maior parte dos alunos uma melhoria dos sintomas (χ^2 com 4 graus de liberdade = 11,019, $p=0,026$).



Gráfico 3.3. Relação entre o início da ocorrência de cefaleias e a sua evolução ao longo do tempo

A relação entre sintomas acompanhantes de Cefaleia e afectação da vida diária, e intensidade percebida da cefaleia estão representadas nos Gráficos 3.4. e 3.5., respectivamente. Verifica-se que quando aumenta o número de sintomas acompanhantes, é mais frequente os alunos percepcionarem uma afectação da sua qualidade de vida (Teste Exacto de Fisher = 59,465, $p=0,0001$) e que à medida que aumenta a quantidade de sintomas acompanhantes, a percepção da cefaleia como moderada a severa aumenta (Teste Exacto de Fisher = 76,517, $p=0,0001$).

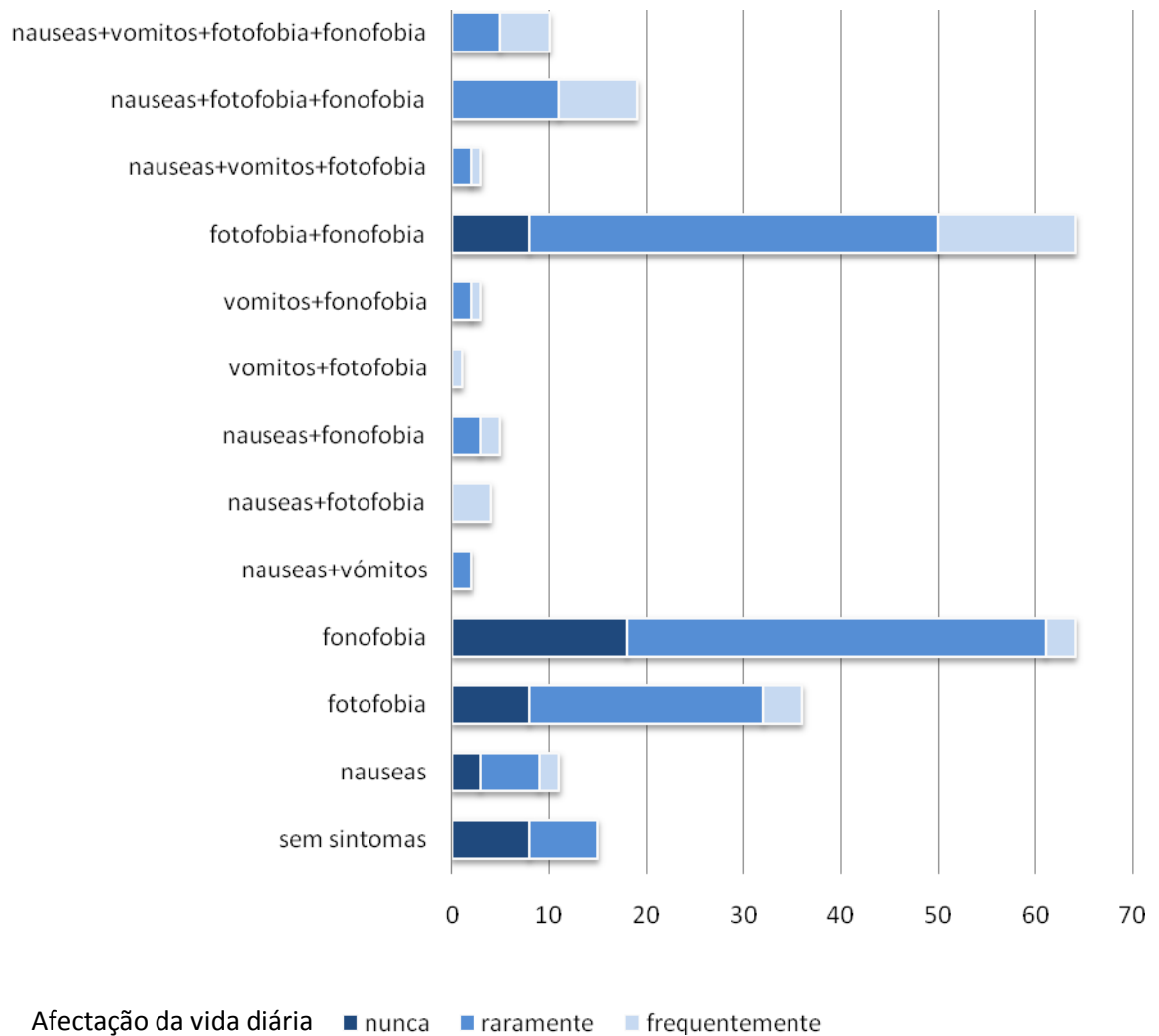


Gráfico 3.4. Relação entre a presença de sintomas acompanhantes da Cefaleia e a afectação da vida social (valores de Frequência Absoluta)

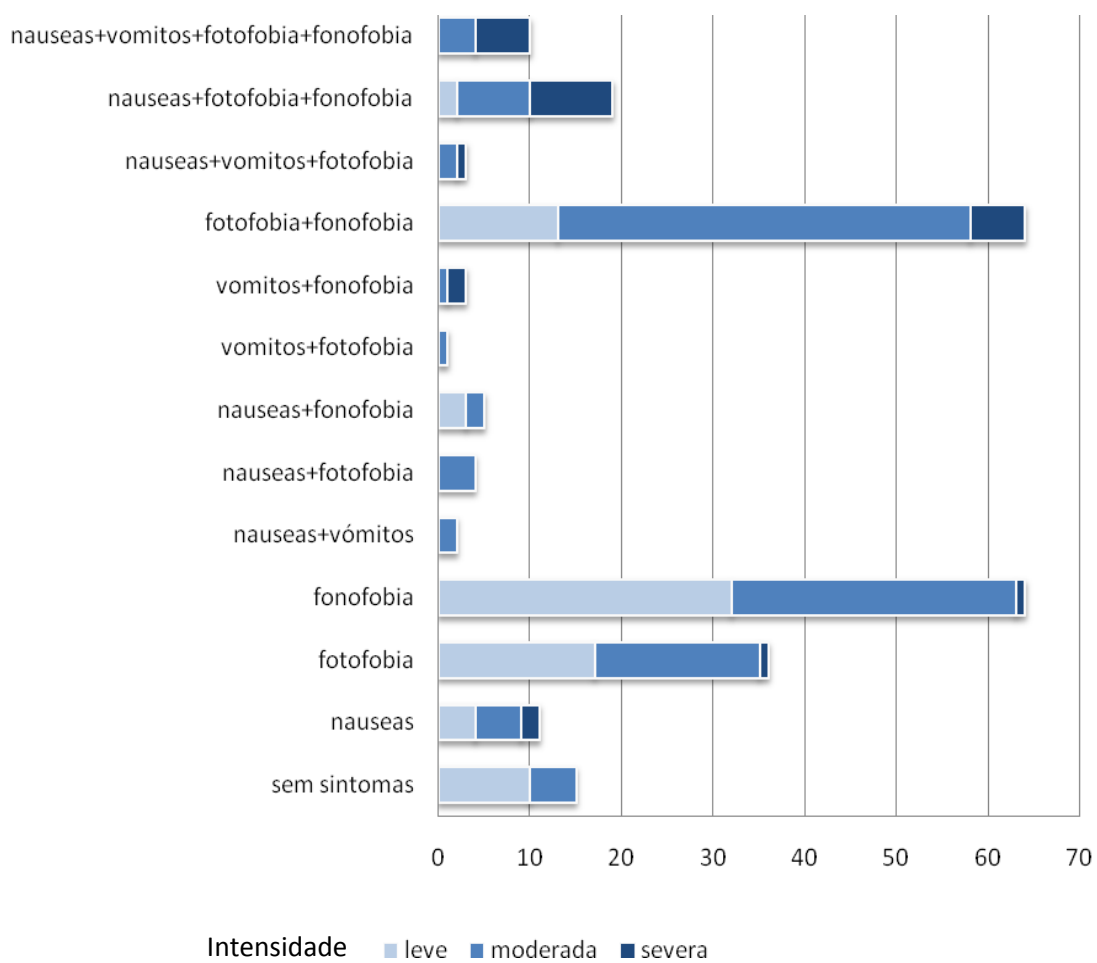


Gráfico 3.5. Relação entre a presença de sintomas acompanhantes e a intensidade da Cefaleia (valores de Frequência Absoluta)

No Gráfico 3.6. observa-se a relação entre a duração das cefaleias e a sua localização. Verifica-se que estas variáveis estão relacionadas (Teste Exacto de Fisher=19,414, p=0,040).

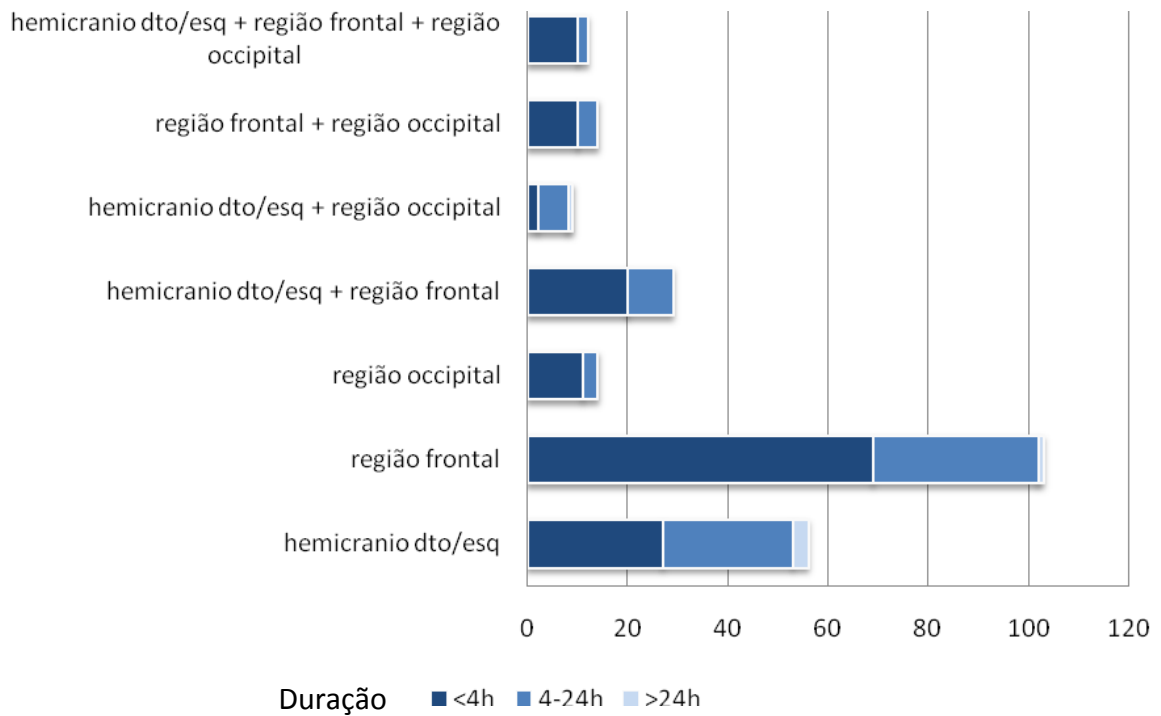


Gráfico 3.6. Relação entre a duração das cefaleias e a sua localização (valores de Frequência Absoluta)

No Gráfico 3.7. está demonstrada a relação entre presença de Cefaleia e história familiar positiva para este distúrbio. Verifica-se uma relação estatisticamente significativa (χ^2 com 1 grau de liberdade = 37,803, $p=0,0001$).

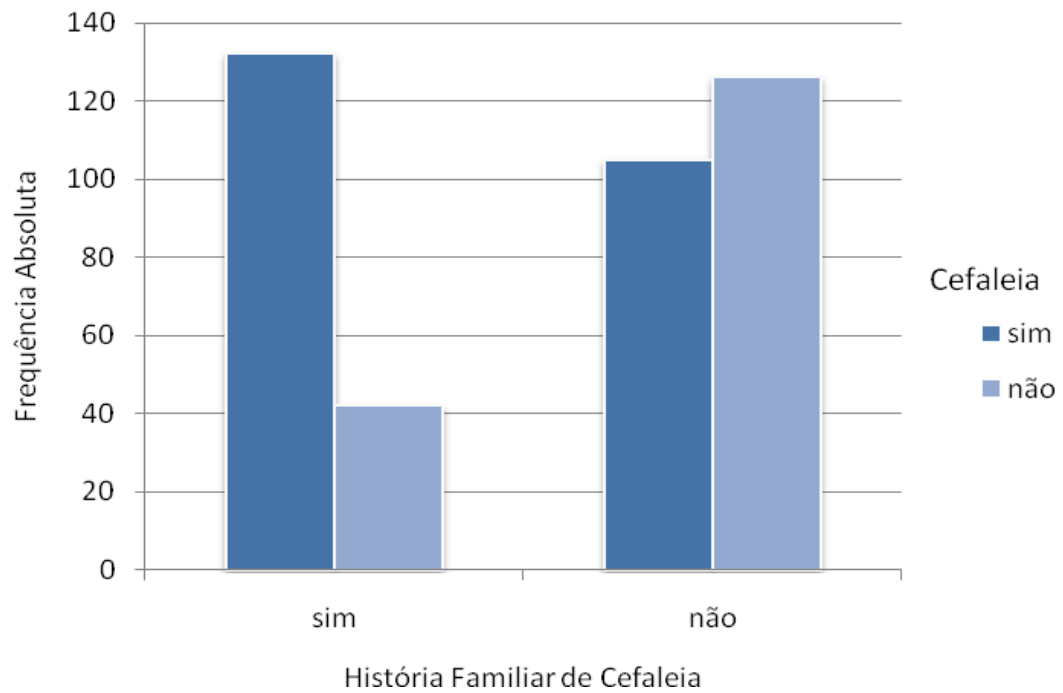


Gráfico 3.7. Relação entre ocorrência de Cefaleia e História Familiar positiva para este distúrbio

No Gráfico 3.8. está demonstrada a relação entre a presença de Cefaleia e a ocorrência de ataques súbitos de perda de consciência (relação estatisticamente significativa, χ^2 com 1 grau de liberdade = 7,778, $p=0,005$). Dos alunos que responderam “sim” à questão “Sofre ou alguma vez sofreu de lapsos transitórios ou perda de consciência”, uma maior percentagem respondeu “sim” à questão “Alguma vez teve cefaleia”.

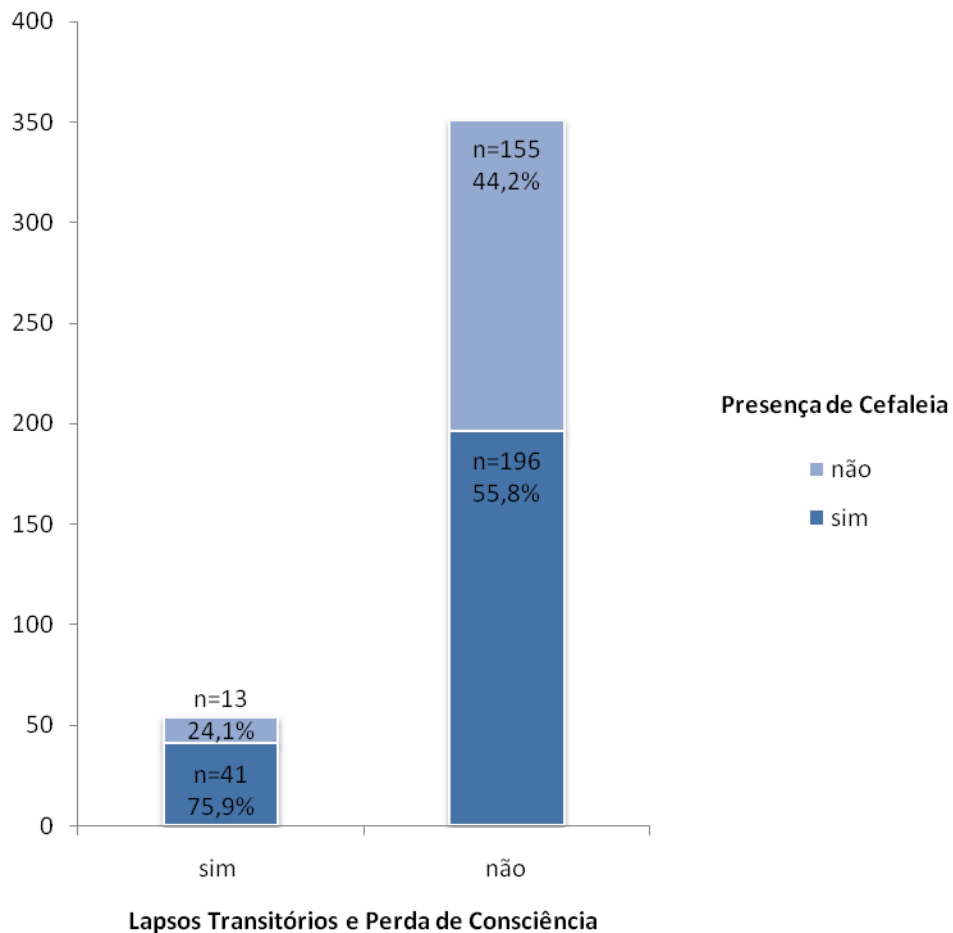


Gráfico 3.8. Relação entre a ocorrência de lapsos transitórios ou perda de consciência e a presença de cefaleia (valores de Frequência Absoluta e Relativa)

4. Discussão

4.1. Dados Demográficos

Verificou-se uma baixa adesão dos alunos, na resposta ao questionário para este estudo. De um total de cerca de 6000 alunos inscritos na UBI, que receberam o questionário via e-mail, apenas 453 responderam. Destas, 405 respostas foram completas e válidas para análise de resultados. Verificou-se uma maior participação por parte dos alunos dos cursos de Medicina, Ciências Farmacêuticas e Bioquímica. Talvez por serem cursos da área de saúde, mostraram-se mais sensibilizados. A maior percentagem de alunos (25,9%) frequentava o primeiro ano, o que pode reflectir um maior entusiasmo por parte destes, por um ingresso recente no ensino superior ou também a uma maior disponibilidade, por menor carga horária ou de trabalhos. O sexo feminino foi mais representativo na amostra, representando 69,6% desta, o que se pode dever ao facto de as mulheres mostrarem mais interesse e motivação frente a este tipo de assuntos, ou simplesmente ao facto de o sexo feminino constituir a maioria nos cursos previamente citados. A faixa etária dos 21 aos 25 anos foi também a mais representada sendo responsável por 49,38% da amostra.

4.2. Epilepsia

A ocorrência de lapsos transitórios ou de perda de consciência foi referida por 13,3% dos alunos. No entanto, apenas 1,2% afirmou alguma vez ter sido diagnosticado clinicamente, como tendo Epilepsia ou outro Distúrbio Convulsivo. Para além disso, apenas 0,5% dos alunos (2 casos) referiram estar ou já ter estado medicados para Epilepsia. A elevada frequência de lapsos transitórios ou de perda de consciência pode dever-se não só à ocorrência de crises convulsivas, mas também à ocorrência de outros distúrbios como a síncope, que, tal como foi demonstrado num dos estudos de Forsgren (16) pode ser responsável por até 30,6% das referidas “crises convulsivas”.

Esta frequência de Epilepsia diagnosticada de 1,2% é semelhante a alguns dos valores encontrados em vários estudos efectuados na Europa (7). Forsgren e a sua equipa fizeram uma revisão dos vários estudos efectuados na Europa, tendo verificado uma elevada escassez destes na maioria dos países. Valores de prevalência entre 3,3 e 7,8 por 1000 habitantes foram obtidos através da análise de estudos da Itália, Polónia, Ilhas Faroe e Islândia, que abrangiam todas as idades. Esta prevalência aproxima-se da encontrada neste estudo.

Na questão “Já sofreu ataques súbitos de queda com mordedura da língua e/ou incontinência urinária” que descreve provável perda de consciência devido a crise convulsiva, apenas 2,2% dos alunos responderam afirmativamente. Esta frequência é superior àquela do

diagnóstico de Epilepsia, o que faz sentido, uma vez que, por definição, este exige a ocorrência de mais de um episódio convulsivo (4).

A frequência de respostas afirmativas às questões “Já sofreu episódios de movimento repentino abrupto involuntário afectando os membros, face ou cabeça num período do dia” e “Já sofreu lapsos de consciência com perda de contacto com o meio envolvente e fixação do olhar, sem responder aos chamados de outras pessoas” foi, respectivamente, 14,6% e 15,1%. Estas questões foram desenhadas, no estudo onde foram originalmente utilizadas (13), com o objectivo de identificar crises mioclónicas e convulsões parciais complexas, respectivamente. As elevadas frequências de respostas afirmativas encontradas nestas questões podem ser devidas, não à descrição de episódios convulsivos, mas sim a outros distúrbios mais frequentes na população, nomeadamente síncope, crises de ansiedade, crises psicogénicas, mioclonias associadas ao adormecer (hipnagógicas), enxaquecas com aura, vertigem (16), entres muitas outras causas.

Foi relatada a realização de Electroencefalograma (EEG) em 13,8% dos alunos. Este exame é muito importante, principalmente no diagnóstico de Epilepsia, uma vez que, quando positivo para Epilepsia, afasta diversas outras hipóteses diagnósticas, tais como crises psicogénicas, sínopes, distúrbios de movimento sub-corticais e variantes de enxaqueca. Todos os alunos que referiram diagnóstico de epilepsia foram submetidos a EEG, o que reitera a importância deste exame no diagnóstico de Epilepsia (2,26,31,32).

A presença de convulsões febris antes dos 5 anos de idade foi descrita em 5,7% dos alunos. A prevalência deste distúrbio situa-se entre os 2 e 5% para crianças dos Estados Unidos da América ou Europa Ocidental, sendo um pouco mais alta em outras regiões como o Japão (6-9%) e a Índia (5-10%) (22).

4.3. Cefaleia

Apesar de não haver marcadores biológicos para Cefaleias primárias tal como Cefaleia de Tensão e Enxaqueca, o seu diagnóstico pode ser feito com relativa precisão, com base nos critérios diagnósticos da 2.^a edição da International Classification of Headache Disorders (ICHD) (2004) (Anexo 2).

Os estudos populacionais acerca da frequência de cefaleia variam muito em relação com o método utilizado (questionário, entrevista, exame clínico, critérios de diagnóstico) e também com a população escolhida.

Neste estudo, a presença de Cefaleia foi relatada em 58,5% dos alunos, havendo um domínio bastante acentuado do sexo feminino (77,2%) (Gráfico 3.2). Este valor é algo semelhante aos dados referentes de alguns dos estudos que vêm sendo efectuados ao longo dos anos, nomeadamente em populações de estudantes universitários (10,17), como a que me propus estudar. No entanto, existem outros estudos onde foi reportada uma prevalência

bastante mais alta, de 98,3% para a prevalência acumulada (18) e de 92,3% para prevalência em 1 ano (19).

Quando se relacionaram o início da ocorrência de Cefaleia e a sua evolução ao longo do tempo (Gráfico 3.3) verificou-se uma tendência para a cronicidade naqueles que referiram início de Cefaleia há mais de 5 anos (64,9% não refere melhora nem piora), enquanto naqueles que referiram início há 1 ou 2 anos se observou que a maior parte (49,1%) tem tido uma melhoria nos sintomas.

Quanto à localização das Cefaleias, 43,5% dos alunos referiu uma localização exclusivamente frontal. Estas Cefaleias podem corresponder, provavelmente a Cefaleias de Tensão, as mais frequentes na população, com uma prevalência que varia entre 5,9-34,5% nos homens e entre 11,1-40,8% em mulheres (15,18,20). A segunda localização mais frequente corresponde aos hemisferios direito ou esquerdo, com uma frequência relativa de 23,6%. Esta dor é mais característica da Cefaleia tipo Enxaqueca, que tem uma prevalência, nos países ocidentais, variando entre 8 e 14% (21). A dor no hemisferio direito ou esquerdo associada à região frontal foi referida por 12,2% dos alunos. A menor percentagem de alunos, 3,8%, reportou dor associada no hemisferio direito ou esquerdo e região occipital.

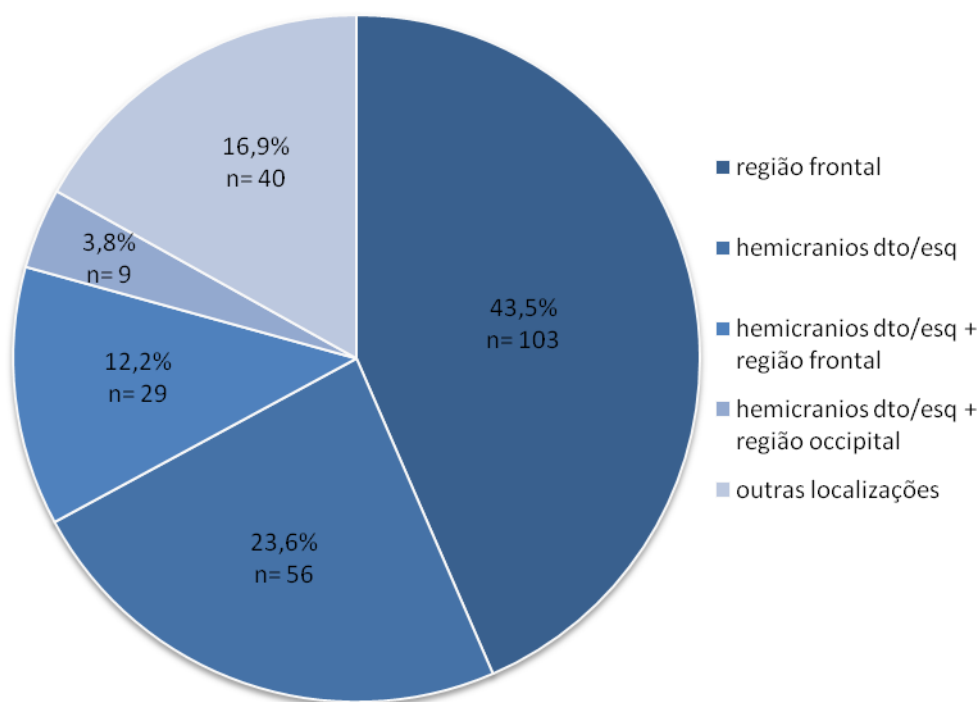


Gráfico 4.1. Localizações mais frequentes da Cefaleia.

No que diz respeito aos sintomas acompanhantes de Cefaleia verifica-se que os mais frequentes correspondem a fonofobia (27%) e fonofobia associada a fotofobia (27%). Apenas 6,33% dos alunos que apresentam cefaleia não têm qualquer sintoma acompanhante. Os sintomas menos frequentes, com uma frequência de apenas 0,84%, foram as náuseas associadas aos vômitos. Nenhum aluno referiu ocorrência de vômitos como sintoma

acompanhante isolado. 1,69% dos alunos referiu ocorrência de vômitos sem náuseas, acompanhados de fotofobia (0,42%) ou fonofobia (1,27%). Nestes casos podemos questionar-nos se não existem mesmo náuseas associadas, ou se os alunos não fizeram real distinção entre náuseas e vômitos.

Quando se relacionam os sintomas acompanhantes de Cefaleia com o relato de afectação da vida social (Gráfico 3.4) verifica-se que a ocorrência simultânea de fotofobia e fonofobia é aquilo que mais contribui para a afectação frequente da vida social. Observa-se também que há medida que aumenta a quantidade de sintomas associados, aumentam os relatos de afectação da vida social.

Relacionando os sintomas acompanhantes com a intensidade da Cefaleia (Gráfico 3.5) podemos concluir que a quantidade de sintomas é um importante preditor da intensidade percebida das Cefaleias. Os estudos realizados não focam particularmente estas relações, como por exemplo, entre os sintomas acompanhantes e a intensidade da Cefaleia.

Na questão “Quanto tempo duram as cefaleias” pode ter havido uma má compreensão. A maior parte dos alunos (62,9%) afirmou ter Cefaleias com duração inferior a 4h muito provavelmente porque combatem a dor com a toma de um analgésico. Deveria ter sido acrescentado à questão “se não tomar nenhum analgésico ou não efectuar nenhum comportamento para a aliviar”, de forma a discriminar verdadeiramente a duração das Cefaleias.

Quando se relacionou a duração das Cefaleias com a sua localização (Gráfico 3.6) verificou-se que daqueles que referiam duração superior a 24h, 60% apresentava Cefaleias de localização hemicrânica. Isto é compatível com a presença de Cefaleias tipo Enxaqueca, preenchendo dois dos critérios, como se pode observar em Anexo 2. Observou-se também que dos alunos que referiram duração inferior a 4h, a maior percentagem, 46,3%, relatou dor de localização ao nível da região frontal. No que diz respeito às Cefaleias de Tensão, a sua localização pode-se distribuir por toda a região craniana, com uma sensação de pressão ou aperto. Logo, estas Cefaleias com localização frontal podem referir-se a Cefaleias de Tensão, até porque estas são as mais prevalentes na população em geral com uma *lifetime prevalence* de 46% (8,11).

Foi reportada a existência de história familiar de Cefaleia por 43% dos alunos. Kurt e Kaplan referiram um valor de 57,68% de história familiar presente em parentes de primeiro grau (10), semelhante também ao valor de 58% descrito por Deleu nos estudantes de Oman (18). A existência de cefaleia em membros da família foi reportada por apenas 22% dos alunos no estudo de Ojini (17). As razões para estas diferenças de prevalência de estudantes com história familiar positiva não são totalmente conhecidas, podendo estar implicados factores raciais ou genéticos, ou mesmo da capacidade dos alunos para fornecer informação fiável acerca de outros membros da família. A história familiar positiva está fortemente relacionada ($p=0,0001$) com a ocorrência de cefaleia: verificou-se que dos alunos que referiram história familiar, 75,9% apresentam Cefaleia.

4.4. Relação entre Epilepsia e Cefaleia (Enxaqueca)

Constituía também um objectivo deste estudo avaliar possíveis relações entre a Cefaleia, especialmente a Enxaqueca, e a Epilepsia.

Esta relação aparece estudada em diversos trabalhos (1,2,23-30), que tentaram estabelecer uma relação entre estas duas patologias. Ambas as condições ocorrem com uma frequência pelo menos 2 vezes superior quando a outra está presente. Têm inúmeros sintomas em comum e tanto a Enxaqueca pode despoletar a Epilepsia (*Migraine*) como a Epilepsia pode iniciar a Cefaleia (Cefaleia Pós-Ictal) (26). A prevalência de Epilepsia em pessoas com Enxaqueca tem uma média de 5,9%, substancialmente superior à prevalência na população em geral de 0,5% e a incidência de Enxaqueca é 2,4 vezes mais alta em pessoas com Epilepsia (30). Apesar de estarem associadas, os mecanismos de associação são incertos. Pensou-se numa explicação causal unidireccional (a Enxaqueca causaria Epilepsia por indução de dano e isquémia cerebral enquanto que a Epilepsia causaria Enxaqueca por activação do sistema trigeminovascular), mas verificou-se um excesso de risco de Enxaqueca tanto antes como depois do início das convulsões, o que levou à rejeição deste modelo causal. Factores ambientais e de risco genético são mais prováveis para explicar esta comorbilidade (28).

Revela-se importante a nível clínico o facto de que os medicamentos utilizados no tratamento de Epilepsia também são utilizados na profilaxia da Enxaqueca.

Depressão, estigma e ansiedade podem complicar o tratamento de ambos os distúrbios, mesmo quando os eventos são controlados por medicação (23).

Uma vez que não se conseguiu, através das questões realizadas, estabelecer diagnósticos de Enxaqueca (apenas se tiraram ilações acerca da possível presença deste distúrbio), utilizou-se a presença de Cefaleia para estabelecer relações com a Epilepsia.

Relacionando a presença de Cefaleia com a ocorrência de lapsos transitórios e perda de consciência, verificou-se o estabelecimento de uma relação estatisticamente significativa ($p=0,005$), uma vez que dos alunos que referiram episódios de perda de consciência, 75,9% reportaram também a ocorrência de Cefaleia.

Uma vez que os casos de diagnóstico de Epilepsia reportados são muito poucos, não foi possível estabelecer relações que se mostrem estatisticamente significativas. No entanto, verifica-se que dos 5 alunos que afirmaram já terem sido diagnosticados com Epilepsia, 4 reportaram a ocorrência de Cefaleia. Todos eles referem Cefaleias de intensidade moderada com localização nos hemicranios ($n=2$) ou na região frontal ($n=2$), de duração variável de até 24h, com sintomas acompanhantes, nomeadamente a fotofobia e fonofobia, comuns a todos os casos. Estes dados apoiam a comorbilidade já conhecida e descrita em outros estudos (1,2,23-30).

4.5. Limitações do Estudo

Este estudo, tal como tantos outros, tem diversas limitações.

Em primeiro lugar, o questionário realizado carece de algumas perguntas relacionadas, no que diz respeito à Cefaleia, com o tipo de dor percebida (pulsátil, em pressão), atitudes face à Cefaleia (auto-medicação, procura de auxílio médico), factores agravantes (stress, menstruação) e de alívio (cafeína), e em relação à Epilepsia, com a história familiar, com a presença de convulsões e toma de anti-convulsivantes num período recente bem definido. Foram realizadas menos questões, e de uma forma mais simples, inicialmente com o objectivo de obter uma maior adesão por parte dos alunos.

Em segundo lugar, houve uma baixa adesão por parte dos alunos (cerca de 6,7%) e, apesar de ter sido realizado o pré-teste em alunos de áreas que não da saúde, não é possível garantir que a compreensão das questões tenha sido a melhor em todos os casos como seria possível se tivesse sido utilizado um método de entrevista face-a-face.

Uma vez que não se conseguiram obter amostras significativas de cada curso da UBI, não foi possível fazer ilações acerca da frequência destes distúrbios em cada área de formação. Seria relevante, num próximo trabalho, tentar obter um número significativo de alunos de cada curso, recorrendo, por exemplo, à colaboração de professores ou funcionários para a sensibilização dos alunos e aplicação dos inquéritos.

4.6. Relevância do Estudo

A importância deste estudo prende-se sobretudo com a importância destes dois distúrbios na qualidade de vida dos estudantes universitários. A Cefaleia e a Epilepsia constituem dois importantes fardos no que diz respeito a custos com a saúde e à afectação da qualidade de vida dos indivíduos. A Enxaqueca, por exemplo, é o mais prevalente de todos os distúrbios neurológicos, e apesar de ter um custo inferior por doente, o seu custo total acaba por ser superior ao de outros distúrbios como AVC, Esclerose Múltipla, Parkinson e Demência (8). Já a Cefaleia de Tensão não tem uma definição de custos tão bem estabelecida, mas pensa-se que eles podem ultrapassar em larga escala os custos da Enxaqueca, devido, principalmente, à maior prevalência deste tipo de cefaleia (8). Já no que diz respeito à qualidade de vida, a Enxaqueca, apesar de não representar aumento na mortalidade, encontra-se no 19º lugar do ranking das causas globais de anos de vida vividos com incapacidade. Segundo dados da OMS, o seu fardo é superior ao de distúrbios como Epilepsia, Esclerose Múltipla e Doença de Parkinson (8).

Seria importante, uma vez que se encontraram frequências elevadas, nomeadamente de Cefaleia, estabelecer estratégias de apoio aos estudantes afectados, como, por exemplo, a criação de uma consulta direccionada para esta patologia no gabinete de saúde dos Serviços de Acção Social, com adequada divulgação junto da comunidade estudantil.

5. Conclusões

Verificou-se que a Cefaleia é um distúrbio com uma frequência bastante significativa (58,5%) na população de estudantes da UBI.

A frequência de Epilepsia é baixa (1,2%), mas semelhante aquela referida na maioria dos estudos na população em geral.

Apesar de não terem sido estabelecidas relações estatisticamente significativas entre Epilepsia e Cefaleia, verificou-se que 4 dos 5 alunos diagnosticados com Epilepsia também relataram presença de Cefaleia, o que apoia a comorbilidade já conhecida.

Este estudo reflecte bem a necessidade de alertar acerca da importância destes distúrbios e do seu correcto tratamento e também para a necessidade de estabelecer estratégias de apoio (como, por exemplo, a criação de uma consulta direccionada para estas condições no gabinete médico da UBI) aos estudantes afectados por estes distúrbios, nomeadamente a Cefaleia, que apesar de muitas vezes ser bastante incapacitante, nem sempre leva à procura de auxílio médico, ao contrário da Epilepsia, que graças aos seus quadros habitualmente mais aparatosos, costuma levar a um acompanhamento médico mais estreito.

6. Referências Bibliográficas

1. Bigal ME, Lipton RB, Cohen J, Silberstein SD. Epilepsy and Migraine. *E&B* 2003;4:S13-S24
2. Kossof EH, Andermann F. Migraine and Epilepsy. *Semin Pediatr Neurol* 2010;17:117-122
3. Banerjee PN, Filippi D, Hauser WA. The descriptive epidemiology of epilepsy - A review. *Epilepsy Research* 2009;85:31-45
4. Roper AH, Brown RH. Adam and Victor's principles of neurology. 8th ed. McGraw-Hill; 2005
5. WHO factsheet n.º999, Janeiro de 2009
6. Chen CC, Chen TF, Hwang YC, Wen YR, Chiu YH, Wu CY, et al. Population-based survey on prevalence of adult patients with epilepsy in Taiwan (Keelung community-based integrated screening no.12). *Epilepsy Research* 2006;72:67-74
7. Forsgren L, Beghi E, Öun A, Sillanpää M. The epidemiology of epilepsy in Europe - a systematic review. *European Journal of Neurology* 2005;12:245-253
8. Jensen R, Stovner LJ. Epidemiology and comorbidity of headache. *Lancet* 2008;vol7:354-361
9. WHO factsheet n.º277, Março de 2004
10. Kurt S, Kaplan Y. Epidemiological and clinical characteristics of headache in university students. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 2008;110:46-50
11. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton RB, Scher AI, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia* 2007;27:193-210
12. International Headache Society - The International Classification of Headache Disorders 2nd edition 2004

13. Fong GCY, Kwan P, Hui ACF, Lui CHT, Fong JKY, Wong V. An epidemiological study of epilepsy in Hong Kong SAR, China. *Seizure* 2008;17:457-464
14. Takeshima T, Ishizaki K, Fukuhara Y, Ijiri T, Kusumi M, Wakutani Y, et al. Population-based door-to-door survey of migraine in Japan: the Daisen Study. *Headache* 2004;44:8-19
15. Mitsikostas DD, Gatzonis S, Thomas A, Kalfakis N, Ilias A, Papageoergiou C. An epidemiological study of Headaches among medical students in Athens. *Headache* 1996;36:561-564
16. Forsgren L. Prospective Incidence Study and Clinical Characterization of Seizures in Newly Referred Adults. *Epilepsia* 1990;31(3):292-301
17. Ojini FI, Okubadejo NU, Danesi MA. Prevalence and clinical characteristics of headache in medical students of the University of Lagos, Nigeria. *Cephalalgia* 2009;29:472-477
18. Deleu D, Khan MA, Humaidan H, Al Mantheri Z, Al Hashami S. Prevalence and Clinical Characteristics oh Headache in Medical Students in Oman. *Headache* 2001;41:798-804
19. Monteiro JMP, Matos E, Calheiros JM. Headaches in Medical School Students. *Neuroepidemiology* 1994;13:103-107
20. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. *JAMA* 1998;279:381-383
21. Stewart WF, Shechter A, Rasmussen BK. Migraine prevalence - A review of population-based studies. *Neurology* 1994;44(4):S17-23
22. Mewasingh LD. Febrile Seizures. *Clinical Evidence* 2008;05:324
23. Kossoff EH, Andermann F. Migraine and Epilepsy. *Semin Pediatr Neurol* 2010;17:117-122
24. DeSimone R, Ranieri A, Marano E, Beneduce L, Ripa P, Bilo L, Meo R, Bonavita V. Migraine and epilepsy: clinical and pathophysiological relations. *Neurol Sci* 2007;28:S150-S155

25. Stevenson SB. Epilepsy and Migraine Headache: Is There a Connection?. *J Pediatr Health Care* 2006;20:167-171
26. Bigal ME, Lipton RB, Cohen J, Silberstein SD. Epilepsy and Migraine. *Epilepsy & Behavior* 2003;4:S13-S24
27. Chen SC. Epilepsy and migraine: The dopamine hypotheses. *Medical Hypotheses* 2006;66:466-472
28. Ottmann R, Lipton RB. Is the comorbidity of epilepsy and migraine due to a shared genetic susceptibility?. *Neurology* 1996;47:918-924
29. Ottmann R, Lipton RB. Comorbidity of migraine and epilepsy. *Neurology* 1994;44:2105-2110
30. Lipton RB, Ottmann R, Ehrenberg BL, Hauser WA. Comorbidity of migraine: the connection between migraine and epilepsy. *Neurology* 1994;44(10suppl7):S28-32
31. Worrell GA, Lagerlund TD, Buchhalter JR. Role and Limitations of Routine and Ambulatory Scalp Electroencephalography in Diagnosing and Managing Seizures. *Mayo Clin Proc* 2002;77:991-998
32. Coburn KL, Lauterbach EC, Boutros NN, Black KJ, Arciniegas DB, Coffey CE. The Value of Quantitative Electroencephalography in Clinical Psychiatry: A Report by the Committee on Research of the American Neuropsychiatric Association. *J Neuropsychiatric Clin Neurosci* 2006;18:460-500

7. Anexo 1

Questionário

Sexo: Masculino Idade: _____
Feminino Curso: _____ Ano Curricular: _____

1.ª parte: Epilepsia

Q1: Sofre ou alguma vez sofreu de lapsos transitórios ou perda de consciência?

Sim Não

Q1.1: Se respondeu sim à questão anterior: Estes são com que frequência?

Anual Semestral Trimestral Mensal Semanal

Q2: Já sofreu episódios de movimento repentino abrupto involuntário afectando os membros, face ou cabeça num período do dia?

Sim Não

Q3: Já sofreu ataques súbitos de queda com mordedura de língua e/ou incontinência urinária?

Sim Não

Q4: Já sofreu lapsos de consciência com perda de contacto com o meio envolvente e fixação do olhar, sem responder aos chamados de outras pessoas?

Sim Não

Q5: Já foi submetido a um electroencefalograma (EEG)?

Sim Não

Q6: Sofreu convulsões febris antes dos 5 anos de idade?

Sim Não

Q7: Alguma vez foi diagnosticado, por um médico, como tendo epilepsia ou distúrbio convulsivo?

Sim Não

Q7.1: Está ou já esteve medicado para epilepsia?

Sim Não

2.ª parte: Cefaleia

Q8: Alguma vez teve cefaleia (**dor de cabeça**), exceptuando as associadas a doenças infecciosas, traumatismo craniano, abuso de álcool ou drogas ilícitas?

Sim Não

(Se respondeu não, avance para a questão 18)

Q9: Há quanto tempo tem cefaleias?

Entre 1 e 2 anos

Entre 2 e 4 anos

Há mais de 5 anos

Q10: Qual a intensidade das cefaleias?

Leve

Moderada

Severa

Q11: Em relação à evolução, as cefaleias...

Têm melhorado

Têm piorado

Estão na mesma

Q12: Qual a frequência média das cefaleias?

1 ou mais por semana

1 ou mais a cada 15 dias

1 ou mais por mês

1 ou mais por semestre

Q13: Onde se localiza a dor?

Em metade da cabeça (direita ou esquerda)

Na testa

Na nuca

Q14: Quanto tempo duram as cefaleias?

Menos de 4h

De 4 a 24h

Mais de 24h

Q15: As cefaleias afectam a sua vida social e as suas actividades?

Nunca

Raramente

Frequentemente

Q16: Como é o início da cefaleia?

Súbito

Lentamente Progressivo

Q17: Que sintomas estão associados à cefaleia? (*pode assinalar mais do que uma opção*)

Náuseas

Vómitos

Sensibilidade à luz

Sensibilidade aos ruídos

Q18: Na sua família existe alguém com história de cefaleias?

Sim

Não

8. Anexo 2

Crítérios de diagnóstico de Enxaqueca e Cefaleia de Tensão da International Classification of Headache Disorders (2nd edition)

[G43] Enxaqueca

[G43.0] Enxaqueca sem aura

- A. Pelo menos 5 ataques que preenchem os critérios B-D
- B. Cefaleias que duram entre 4-72h (não tratadas ou com tratamento mal sucedido)
- C. Cefaleia com pelo menos 2 das seguintes características
 - 1. Localização unilateral
 - 2. Qualidade pulsátil
 - 3. Dor de intensidade moderada ou severa
 - 4. Agravamento por ou causando evitação de actividades físicas da vida diária (ex.: caminhar, subir escadas)
- D. Durante a cefaleia ocorre pelo menos 1 dos seguintes
 - 1. Náuseas e/ou Vômitos
 - 2. Fotofobia e Fonofobia
- E. Não é atribuível a outro distúrbio

[G43.1] Enxaqueca com Aura

- A. Pelo menos dois ataques preenchendo o critério B
- B. Aura preenchendo os critérios B-D para uma das subformas 1.2.1-1.2.6
- C. Não atribuível a outro distúrbio

[G44.2] Cefaleia de Tensão

Cefaleia de Tensão Episódica pouco frequente

- A. Pelo menos 10 episódios ocorrendo, em média, <1 dia/mês (<12 dias/ano) e preenchendo os critérios B-D
- B. Cefaleia que dura de 30 minutos a 7 dias
- C. Cefaleia que tem pelo menos 2 das seguintes características:
 - 1. Localização bilateral

2. Qualidade não pulsátil, em pressão ou aperto
 3. Intensidade leve ou moderada
 4. Não agravada por actividades físicas da vida diária como andar ou subir escadas
- D. Ambos os seguintes:
1. Sem náuseas ou vômitos (pode ocorrer anorexia)
 2. Não mais que um destes: fotofobia ou fonofobia
- E. Não atribuível a outro distúrbio

Cefaleia de Tensão episódica frequente

Como a Cefaleia de Tensão episódica pouco frequente, excepto:

- A. Pelo menos 10 episódios ocorrendo ≥ 1 mas < 15 dias/mês por 3 meses (≥ 12 e < 180 dias/ano) e preenchendo os critérios B-D

Cefaleia de Tensão Crónica

Como a Cefaleia de Tensão episódica pouco frequente, excepto:

- A. Cefaleia ocorrendo ≥ 15 dias/mês em média, por > 3 meses (≥ 180 dias/ano) e preenchendo os critérios B-D
- B. Cefaleia que dura horas ou pode ser contínua
- C. Ambos os seguintes
1. Não mais que um dos seguintes: fotofobia, fonofobia ou náusea leve
 2. Não ocorre náusea moderada ou severa, nem vômitos