



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

A Cefaleia como motivo de referenciação para consulta externa de Neurologia do Centro Hospitalar Cova da Beira

Francisco Manuel Silvano Flório e Cubal

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Professor Doutor Francisco José Álvarez Pérez
Coorientadora: Professora Doutora Maria Luiza Constante Rosado

Covilhã, abril de 2017

Agradecimentos

Ao Prof. Doutor Francisco Álvarez, pela pronta disponibilidade em me aceitar como seu orientando e pela ajuda e crítica prestadas à elaboração desta dissertação.

À Prof. Doutora Maria Luiza Rosado, pela flexibilidade sempre manifestada em me atender, mesmo apesar da sua situação profissional, muito ocupada, e pela instigação, apoio e gentileza ininterruptos ao longo da realização desta dissertação.

A vós, meus pais, pelo apoio incessante ao longo do curso, nas fases boas e nas menos boas, independentemente de tudo. Pelo vosso amor e por todos os ensinamentos diários, pois devo maioritariamente a vós ser quem sou.

A ti, pelo amor, amparo e força. Pelos sorrisos, conselhos e compreensão.

Às minhas avós, pelas palavras de preocupação, de afeto e de estímulo. Na lhanza das palavras e na longa experiência de vida, reside o saber verdadeiro.

À minha restante família, especialmente prima Ana Graça, pela atenção e carinho dedicado.

A todos os meus amigos, pelos risos, convívios, companheirismo e estima.

E aos que direta ou indiretamente contribuíram para a minha formação, o meu muito obrigado.

Resumo

Introdução: A cefaleia é o motivo mais frequente de referência à consulta de Neurologia. O elevado impacto nos cuidados de saúde, bem como no bem-estar pessoal, a par da escassez de estudos acerca da proveniência da referência dos doentes, demografia e classificação das cefaleias, motivou a realização deste estudo.

Objetivos: Constituem objetivos deste estudo, definir a proveniência dos doentes com diagnóstico primário de cefaleia referenciados à consulta de Neurologia, determinando a sua proporção relativa, bem como as características demográficas nos dois grupos etários analisados e prevalência dos diferentes subtipos de cefaleia.

Materiais e Métodos: Realizou-se um estudo observacional transversal retrospectivo, cuja amostra incluiu todos os doentes com diagnóstico primário registado de cefaleia, seguidos na consulta de Neurologia do Centro Hospitalar Cova da Beira de 2005 a 2015 (inclusive). Os dados foram recolhidos a partir da consulta dos processos clínicos dos doentes. A análise foi descritiva e debruçou-se sobre dados demográficos (idade e sexo), proveniência da referência e classificação das cefaleias por grupos etários: crianças e jovens (até aos 18 anos) e adultos (mais de 18 anos). O diagnóstico de cefaleia foi codificado de acordo com a Classificação Internacional de Cefaleias: 3ª edição beta - 2013 (*ICHD-3 beta*) da *International Headache Society*.

Resultados: 275 pacientes (69,1% do sexo feminino e 30,9% do sexo masculino) obtiveram diagnóstico primário de cefaleia. A idade média na série total (dos 5 aos 94 anos) foi de 38 anos, de 12 anos no grupo das crianças e jovens e de 48 anos no conjunto dos adultos. A maior parte dos doentes (38,2%) foi referenciada da consulta/internamento de outras especialidades médicas hospitalares. Classificaram-se as cefaleias em primárias (82,5%), secundárias (16,0%), e neuropatias cranianas dolorosas e outras dores faciais (1,5%). Dentro das cefaleias primárias, os subtipos mais frequentes nas crianças e jovens foram a enxaqueca (75,6%) e a cefaleia tipo tensão (17,1%), assim como nos adultos, correspondendo estas, neste último grupo, a 42,2% e 30,2%, respetivamente. A cefaleia secundária mais comum na série investigada foi a cefaleia atribuída a perturbação psiquiátrica (9,1%). As cefaleias predominaram no sexo feminino, quer no grupo das crianças e jovens (53,8%), quer no grupo dos adultos (75,4%).

Discussão: As características demográficas e a prevalência das cefaleias primárias por grupos etários são sobreponíveis a estudos hospitalares semelhantes. A maior parte dos doentes referenciados à consulta proveio de outra especialidade hospitalar. Verificou-se que a cefaleia atribuída a perturbação psiquiátrica foi muito frequente.

Palavras-chave

“cefaleia”, “referenciação”, “consulta”, “enxaqueca”, “cefaleia tipo tensão”

Abstract

Introduction: Headache is the most frequent reason for referral to neurology consultation. The high impact on health care, as well as personal well-being, coupled with the paucity of studies on the origin of patient referral, demographics and headache classification, led to this study.

Aims: The aims of this study are to determine the provenance of patients with primary headache diagnosis referred to Neurology consultation, by determining their relative proportion, as well as the demographic characteristics in the two groups analyzed and the prevalence of headache subtypes.

Material and Methods: A cross-sectional retrospective observational study was conducted, which included all patients with primary diagnosis of headache followed at Hospital Center of Cova da Beira's Neurology consultation from 2005 to 2015 (including). Data were collected from patients' clinical records. The analysis was descriptive and focused on demographic data (age and sex), source of referral and classification of headaches by age groups: children and youngsters (up to 18 years) and adults (18 years and over). The diagnosis of headache was coded according to the *International Headache Society's International Classification of Headache Disorders: 3rd edition - 2013 (ICHD-3 beta)*.

Results: 275 patients (69.1% female and 30.9% male) obtained a primary diagnosis of headache. The mean age in the total series (from 5 to 94 years) was 38 years, 12 years in the group of children and youngsters and 48 years in the set of adults. Most of the patients were referred from the consultation/internment of other hospital specialties (38.2%). Headache was classified as primary (82.5%), secondary (16.0%), and painful cranial neuropathy and other facial pain (1.5%). Among primary headaches, the most frequent subtypes in children and youngsters were migraine (75.6%) and tension-type headache (17.1%), as well as in adults, corresponding in the latter group to 42.2% and 30.2%, respectively. The most common secondary headache in the series investigated was headache attributed to psychiatric disturbance (9.1%). Headache predominated in females, both in the group of children and youngsters (53.8%) and in the adults group (75.4%).

Discussion: The demographic characteristics and prevalence of primary headaches by age groups are overlapping with similar hospital studies. Most of the patients referred to the consultation came from another hospital specialty. It was found that headache attributed to psychiatric disorder was very frequent.

Keywords

"headache", "referral", "consultation", "migraine", "tension-type headache"

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Palavras-chave	iv
Abstract	v
Keywords	vi
Lista de Figuras	viii
Lista de Tabelas	ix
1. Introdução	1
1.1. Objetivos	1
2. Materiais e Métodos	3
2.1. Análise estatística	3
3. Resultados	4
4. Discussão	10
5. Bibliografia	13

Lista de Figuras

Figura 1 - Distribuição dos doentes mediante grupo etário e sexo (n= 275)	4
Figura 2 - Origem da referenciação mediante grupo etário	6
Figura 3 - Distribuição dos tipos de cefaleias de acordo com a <i>ICHD-3 beta</i> (n=274)	6
Figura 4 - Distribuição dos subtipos de cefaleia, no grupo das cefaleias primárias, de acordo com a <i>ICHD-3 beta</i> (n= 226)	7
Figura 5 - Distribuição dos subtipos de cefaleia, no grupo das cefaleias secundárias, de acordo com a <i>ICHD-3 beta</i> (n= 44)	7

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa dos doentes, rácio feminino/masculino e média de idades em função da origem da referenciação	5
Tabela 2 - Distribuição dos subtipos de cefaleia de acordo com a <i>ICHD-3 beta</i> (crianças e jovens)	8
Tabela 3 - Distribuição dos subtipos de cefaleia de acordo com a <i>ICHD-3 beta</i> (adultos)	9

1. Introdução

A cefaleia é o motivo mais frequente de consulta em Neurologia (1), correspondendo sensivelmente a 20-30% de todas as novas referenciações para esta especialidade (2). Ainda assim, apenas uma minoria dos doentes é diagnosticada por profissionais de saúde (3). Num estudo conduzido por Pedraza MI et al., a maior parte dos pacientes (55,3%) referenciados a uma consulta de cefaleia provinha dos cuidados de saúde primários (55,3%), e em menor número da consulta de Neurologia Geral (25,1%) ou de outras especialidades médicas hospitalares (11,6%) (1).

A Classificação Internacional de Cefaleias - 3ª edição beta (ICHD-3 beta) da *International Headache Society* (4), categoriza as cefaleias em primárias e secundárias, e reúne num terceiro grupo as neuropatias cranianas dolorosas e outras dores faciais. A enxaqueca e/ou a cefaleia tipo tensão afetam cerca de 80% da população mundial (5), e são os subtipos mais frequentes, nos cuidados de saúde primários ou na subespecialidade (3).

Na Europa estima-se que mais de 50% dos indivíduos sofram de cefaleia e cerca de 15% de enxaqueca, sendo a prevalência da cefaleia e enxaqueca superior no sexo feminino (6). Em Portugal, o estudo populacional de Pereira Monteiro (1995), realizado à população de Miragaia, que incluiu todas as faixas etárias, revelou uma incidência cumulativa de cefaleias ao longo da vida de 88,6%, sendo que somente 11,4% das pessoas inquiridas referiram nunca ter tido cefaleias (7,8). Ao longo das décadas verifica-se que a prevalência da cefaleia tem aumentado particularmente no grupo das crianças e jovens (6,9), e é sabido que a prevalência das cefaleias aumenta com a idade (9).

Nos 23 anos do *Global Burden of Disease Project*, a cefaleia tornou-se um dos principais responsáveis para a carga global de doença (10). Estima-se que, a nível mundial, cerca de metade dos indivíduos com cefaleia se automediquem, sem existir qualquer contacto com profissionais de saúde (3). Uma das principais conclusões do *Eurolight Project*, que procurou avaliar a problemática da cefaleia na população europeia, foi o facto das cefaleias apresentarem um grande impacto pessoal - este fenómeno, associado aos elevados custos financeiros, torna-se relevante para a política de saúde na Europa (8).

1.1. Objetivos

A escassez de estudos acerca da referenciação dos doentes com cefaleia e as características dos doentes seguidos em consulta de Neurologia, incentivou a realização desta investigação, com o objetivo de caracterizar todos os doentes com diagnóstico de cefaleia

numa série hospitalar, mais especificamente, na consulta externa de Neurologia do Centro Hospitalar Cova da Beira.

Admite-se que a cefaleia constitua um importante motivo de referência à consulta de Neurologia e que a prevalência dos seus subtipos seja sobreponível à descrita em outras séries hospitalares.

Este estudo propõe-se determinar a proveniência dos doentes referenciados à consulta de Neurologia, determinando a sua proporção relativa, bem como as características demográficas nos dois grupos etários analisados e a prevalência dos subtipos de cefaleias. Relativamente ao último objetivo, pretende-se a classificação respeitando os critérios nosológicos atuais.

2. Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo observacional de cariz transversal retrospectivo, cuja população é composta por todos os doentes com diagnóstico primário registado de cefaleia, seguidos na consulta externa de Neurologia do Centro Hospitalar Cova da Beira, entre os meses de Julho de 2005 e Julho de 2015 (inclusive).

Para tal, procedeu-se à recolha, junto do Gabinete de Estudos, Planeamento e Informação para a Gestão, de todos os processos clínicos com diagnósticos codificados eletronicamente de cefaleia na consulta externa de Neurologia. Destes, foram incluídos todos os processos com diagnósticos primários de cefaleia, ou seja, o motivo principal da referência foi por cefaleia. Todos os dados foram obtidos exclusivamente a partir da consulta desses mesmos processos.

Caracterizou-se a população do ponto de vista da sua proveniência: cuidados de saúde primários, serviço de urgência, consulta/serviços de internamento (especialidade de origem), exterior/recomendação médica; características demográficas: idade e sexo; e diagnóstico definitivo por grupos etários - crianças e jovens (até aos 18 anos) e adultos (mais de 18 anos) - e sexo.

O diagnóstico de cefaleia foi codificado de acordo com a Classificação Internacional de Cefaleias: 3ª edição beta - 2013 (*ICHD-3 beta*) da *International Headache Society*, tendo em conta os díspares critérios de classificação ao longo do período do estudo. Sempre que um paciente cumpria critérios para mais do que um tipo de cefaleia, todas foram consideradas e classificadas, considerando-se o grupo de cefaleias combinadas ou mistas.

O projeto de investigação foi aprovado pela Comissão de Ética e Gabinete de Investigação e Inovação do Centro Hospitalar Cova da Beira.

2.1. Análise estatística

Os dados recolhidos foram organizados e analisados recorrendo ao software *Statistical Package for Social Sciences*® (SPSS - versão 23.0 para Mac OS).

Procedeu-se a uma análise descritiva de variáveis quantitativas e qualitativas, analisando-se frequências absolutas e relativas. Estudou-se ainda a distribuição de uma mesma variável em vários conjuntos: grupo etário, sexo, origem da referência e classificação de cefaleias.

3. Resultados

Duzentos e setenta e cinco doentes obtiveram diagnóstico primário de cefaleia durante o período de estudo, de julho de 2005 a julho de 2015 (inclusive), na consulta externa de Neurologia no Centro Hospitalar Cova da Beira. Destes, 80 (29,1%) eram crianças e jovens, com idades compreendidas entre os 5 e os 18 anos, e 195 (70,9%) eram adultos, com idades entre os 20 e os 94 anos. A média de idades foi de 12 anos no grupo das crianças e jovens, de 48 anos no conjunto dos adultos e de 38 anos no total.

Da série de pacientes investigada, 190 (69,1%) eram do sexo feminino e 85 (30,9%) do sexo masculino (rácio global feminino/masculino de 2,2) (figura 1). Considerando separadamente os dois grupos analisados, eram do sexo feminino: 53,8% das crianças e jovens e 75,4% dos adultos.

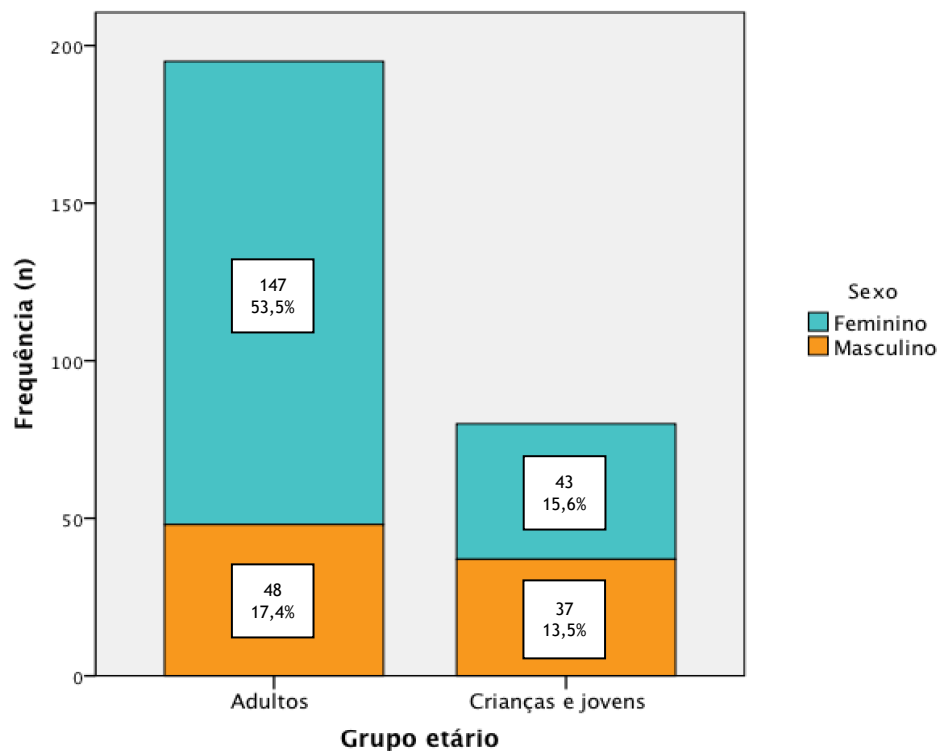


Figura 1 - Distribuição dos doentes mediante grupo etário e sexo na série total (n= 275)

Relativamente à origem da referência: 38,2% dos pacientes provieram de outras especialidades médicas hospitalares (consulta/serviços de internamento), 31,6% do serviço de Urgência Geral, 13,1% dos cuidados de saúde primários, 10,2% do serviço de Neurologia (já eram seguidos antes do ano de 2005 na consulta por cefaleia, ou derivaram de outras consultas de Neurologia ou do serviço de internamento de Neurologia) e 6,9% do exterior ou por recomendação médica (tabela 1).

As características demográficas (sexo e média de idades) foram semelhantes independentemente da origem da referenciação dos pacientes, excetuando naqueles que provieram da Neurologia, em que o rácio feminino/masculino foi de 8,3 (tabela 1).

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa dos doentes, rácio feminino/masculino e média de idades em função da origem da referenciação

	Frequência absoluta (n) / relativa (%)	Rácio F/M*	Média de idades (anos)
Consulta / internamento	105 / 38,2	2,4	30
SU - Urgência Geral	87 / 31,6	1,6	39
Cuidados Primários	36 / 13,1	2,0	50
Neurologia	28 / 10,2	8,3	46
Exterior/ Recomendação médica	19 / 6,9	2,2	38
Total	275 / 100	2,2	38

*Rácio F/M - sexo feminino (n) /sexo masculino (n)

Relativamente à origem da referenciação por grupo etário, nas crianças e jovens, a maioria foi referenciada a partir de outras especialidades médicas hospitalares (66,2%), ao contrário do grupo dos adultos, em que a maior parte dos pacientes derivou do serviço de Urgência Geral. Esta última origem, ocupa a segunda posição, no que toca a maior número de doentes referenciados, no grupo das crianças e jovens (18,8%); já nos adultos, esta posição diz respeito àqueles que derivaram de outras especialidades médicas hospitalares (26,7%). A percentagem de pacientes que proveio da Neurologia é a menor no grupo das crianças e jovens (3,8%); já nos adultos, a menor percentagem corresponde aos doentes que foram referenciados do exterior ou por recomendação médica (7,7%) (figura 2).

Dos indivíduos com mais de 65 anos, 32,4% foram referenciados a partir do serviço de Urgência Geral, 24,3% dos cuidados de saúde primários, 18,9% da Neurologia, 16,2% de outras especialidades médicas hospitalares e 8,2% do exterior ou por recomendação médica.

Os doentes do grupo das crianças e jovens referenciados de outras especialidades médicas hospitalares, derivaram, na sua maioria, da Pediatria (n=33) e da Pedopsiquiatria (n=15).

No que concerne ao conjunto dos adultos, as especialidades médicas hospitalares com um maior número de referenciações realizadas foram: Medicina Interna (n=9), Psiquiatria (n=7), Gastrenterologia (n=4) e Ginecologia e Obstetrícia (n=4).

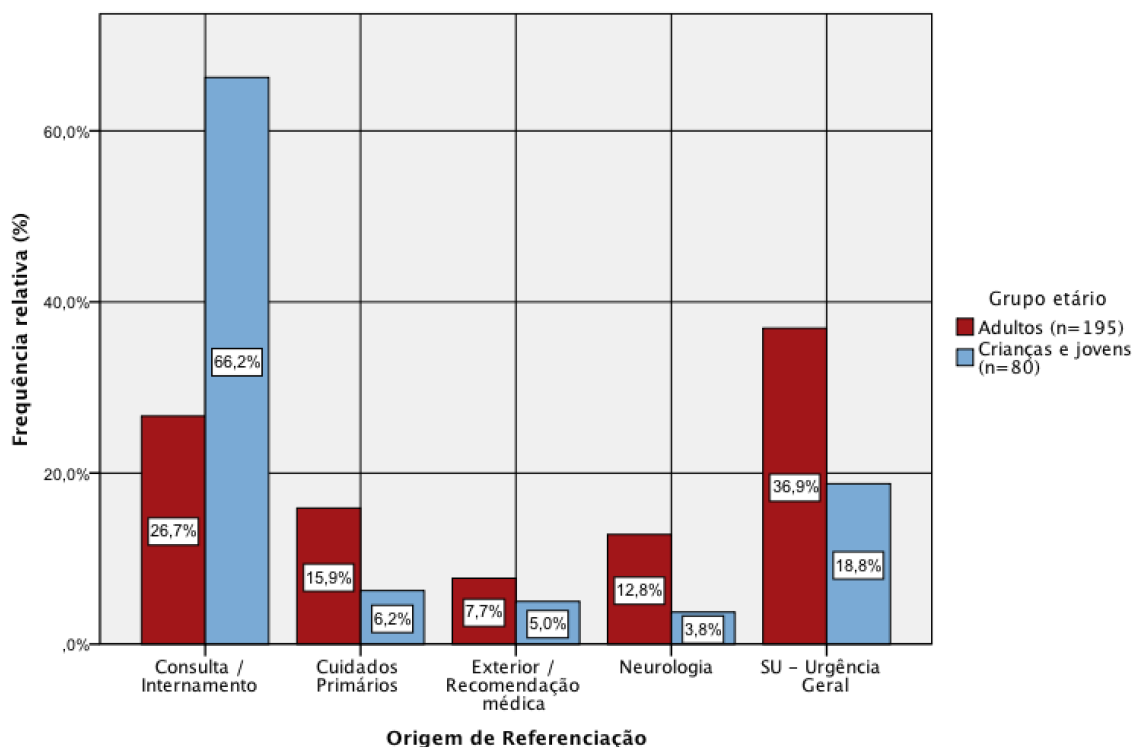


Figura 2 - Origem da referência mediante grupo etário

Codificaram-se 303 cefaleias nos 275 doentes incluídos neste estudo. Vinte e nove cefaleias foram excluídas para efeitos de resultados (dados insuficientes para a sua classificação ou diagnóstico inconclusivo em julho de 2015). Deste modo, 274 cefaleias foram contabilizadas: 82,5% classificaram-se como primárias; 16,0% como secundárias; e 1,5% corresponderam a neuropatias cranianas dolorosas e outras dores faciais (figura 3). As cefaleias combinadas foram registadas em 9,5% dos doentes. A maioria destes casos (65,4%), possuía a associação enxaqueca e cefaleia tipo tensão e um rácio feminino/masculino de 3,3.

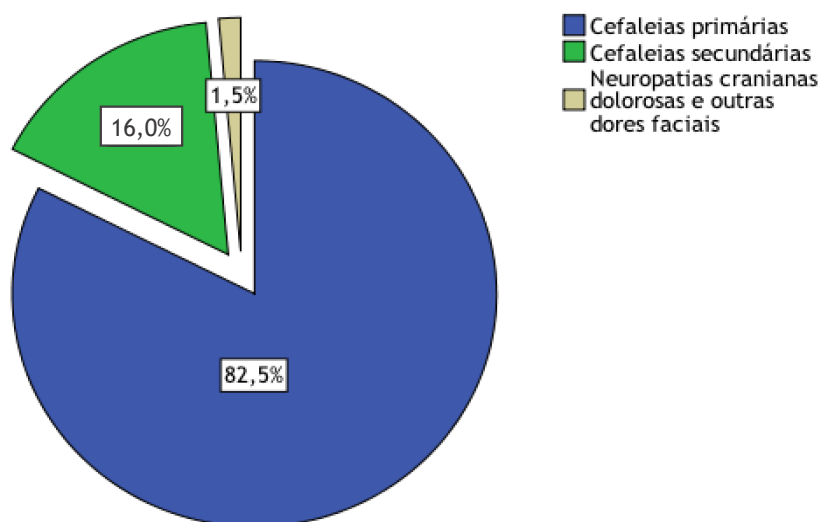


Figura 3 - Distribuição dos tipos de cefaleias de acordo com a ICHD-3 beta (n=274)

Na série total de cefaleias (n=274), as mais comuns foram a enxaqueca (52,2%) e a cefaleia tipo tensão (26,3%). Relativamente às restantes cefaleias primárias, a distribuição foi, por ordem decrescente, a seguinte: cefaleia trigémico-autonómica (3,3%) - cefaleia em salvas (1,8%) e outras cefaleias trigémico-autonómicas (1,5%) - e outras cefaleias primárias (0,7%). A cefaleia atribuída a perturbação psiquiátrica (9,1%) foi a cefaleia secundária mais frequente, seguida da cefaleia ou dor facial atribuída a perturbação do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios peri-nasais, dentes, boca (3,3%) e de outras cefaleias secundárias (3,6%). A distribuição dos diferentes subtipos de cefaleia, no grupo das cefaleias primárias e no das cefaleias secundárias, encontra-se representada na figura 4 e na figura 5, respetivamente.

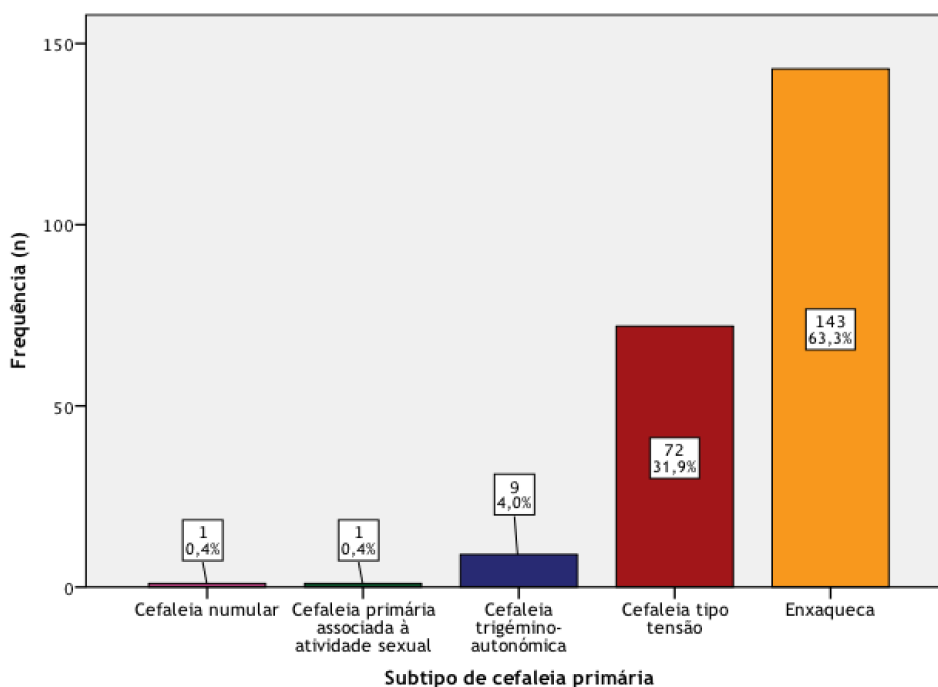


Figura 4 - Distribuição dos subtipos de cefaleia, no grupo das cefaleias primárias, de acordo com a *ICHD-3 beta* (n= 226)

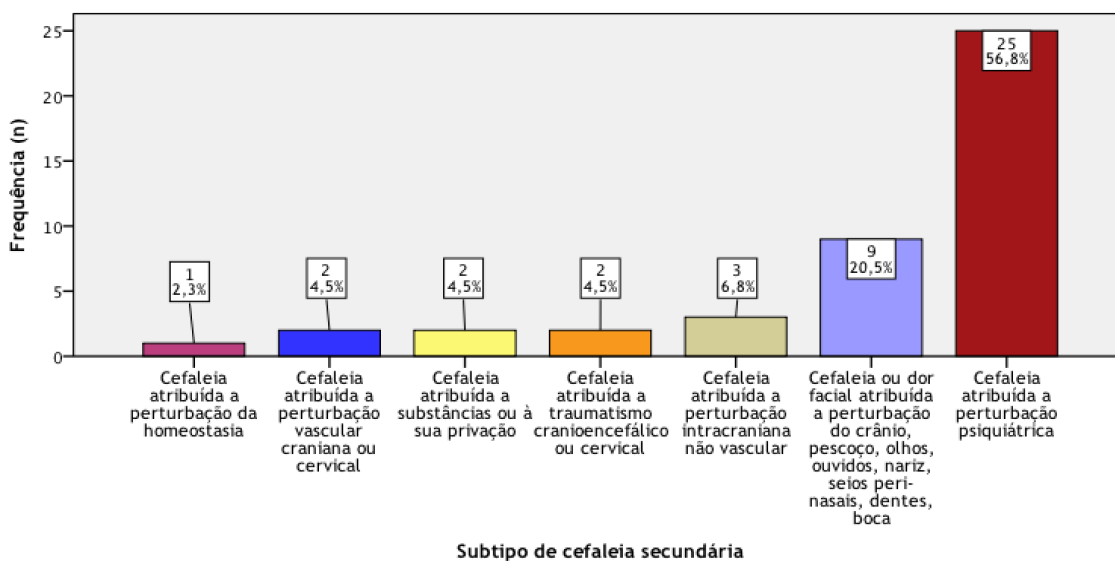


Figura 5 - Distribuição dos subtipos de cefaleia, no grupo das cefaleias secundárias, de acordo com a *ICHD-3 beta* (n= 44)

No grupo das crianças e jovens, codificaram-se 82 cefaleias. As cefaleias primárias foram o tipo mais predominante (92,7%). A distribuição das cefaleias, por ordem decrescente, foi a que se segue: enxaqueca (75,6%); cefaleia tipo tensão (17,1%); cefaleia atribuída a perturbação psiquiátrica (4,9%); e cefaleia ou dor facial atribuída a perturbação do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios peri-nasais, dentes, boca (2,4%) (tabela 2).

Todas as cefaleias contabilizadas neste grupo etário foram mais frequentes no sexo feminino, à exceção da cefaleia ou dor facial atribuída a perturbação do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios peri-nasais, dentes, boca, a qual apenas se registou no sexo masculino (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos subtipos de cefaleia de acordo com a *ICHD-3 beta* (crianças e jovens)

Subtipos de cefaleia	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Sexo (n)	
			Feminino	Masculino
Cefaleias primárias				
Enxaqueca	Enxaqueca sem aura	49		
	Enxaqueca com aura	4	62	75,6
	Outras enxaquecas	9		
Cefaleia tipo tensão	14	17,1	9	5
Cefaleias secundárias				
Cefaleia atribuída a perturbação psiquiátrica	4	4,9	3	1
Cefaleia ou dor facial atribuída a perturbação do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios peri-nasais, dentes, boca	2	2,4	0	2
Total	82	100	44	38

No conjunto dos adultos codificaram-se 192 cefaleias. As cefaleias primárias foram o tipo mais frequente (78,1%). Destas, a enxaqueca e a cefaleia tipo tensão foram as mais comuns - 42,2% e 30,2%, respetivamente. A estas, seguiram-se as cefaleias trigémino-autónomas (4,7%) e outras cefaleias primárias (1,0%) (tabela 3).

A cefaleia secundária mais frequente foi a cefaleia atribuída a perturbação psiquiátrica (10,9%), sendo o terceiro subtipo de cefaleia mais comum neste conjunto de doentes. O segundo subtipo de cefaleia secundária mais frequente foi a cefaleia ou dor facial atribuída a perturbação do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios peri-nasais, dentes, boca (3,7%).

Todos os diagnósticos de neuropatias cranianas dolorosas e outras dores faciais da série total foram registados neste conjunto de doentes, correspondendo ao tipo de cefaleia menos frequente (2,1%) (tabela 3).

Neste grupo etário, das 192 cefaleias, 149 foram contabilizadas no sexo feminino. Apesar da grande predominância no sexo feminino, houve dois subtipos de cefaleia que foram mais frequentes no sexo masculino: as cefaleias trigémico-autonómicas (n=7) - cefaleia em salvas (n=5), hemicrania paroxística (n=1) e cefaleia trigémico-autonómica indiferenciada (n=1) - e a cefaleia atribuída a perturbação da homeostasia (n=1) (tabela 3).

Iguais frequências entre o sexo feminino e o masculino foram registadas na cefaleia atribuída a traumatismo cranioencefálico ou cervical, nas neuropatias cranianas dolorosas e outras dores faciais e em outras cefaleias primárias (tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos subtipos de cefaleia de acordo com a *ICHD-3 beta* (adultos)

Subtipos de cefaleia	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Sexo (n)	
			Feminino	Masculino
Cefaleias primárias				
	66			
Enxaqueca	13	81	42,2	
Enxaqueca sem aura	2		70	11
Enxaqueca com aura				
Outras enxaquecas				
Cefaleia tipo tensão	58	30,2	45	13
Cefaleia	5			
Cefaleia em salvas	4	9	4,7	
trigémico-autonómica			2	7
Outras cefaleias trigémico-autonómicas				
Outras cefaleias primárias	2	1,0	1	1
Cefaleias secundárias				
Cefaleia atribuída a perturbação psiquiátrica	21	10,9	17	4
Cefaleia ou dor facial atribuída a perturbação do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios peri-nasais, dentes, boca	7	3,7	5	2
Cefaleia atribuída a perturbação intracraniana não vascular	3	1,6	2	1
Cefaleia atribuída a traumatismo cranioencefálico ou cervical	2	1,0	1	1
Cefaleia atribuída a substâncias ou à sua privação	2	1,0	2	0
Cefaleia atribuída a perturbação vascular craniana ou cervical	2	1,0	2	0
Cefaleia atribuída a perturbação da homeostasia	1	0,5	0	1
Neuropatias cranianas dolorosas e outras dores faciais	4	2,1	2	2
Total	192	100	149	43

4. Discussão

A distribuição demográfica (idade e sexo) da população alvo do estudo, é sobreponível à descrita em outras séries hospitalares (1,11,12). Nesta investigação, verificou-se que a maior parte dos doentes eram adultos (70,9 %) e do sexo feminino (69,1%). Esta preponderância de sexo torna-se ainda mais acentuada no conjunto dos adultos, comparativamente ao grupo das crianças e jovens (75,4% vs. 53,8%, respetivamente). Este facto está em concordância com diversos estudos populacionais e tem sido atribuído a fatores hormonais (13). Atentando à zona norte de Portugal, de acordo com o estudo de base populacional de Pereira Monteiro (1995), realizado na população de Miragaia, a maioria dos indivíduos com cefaleia era, de igual forma, do sexo feminino e a distribuição por sexos mais uniforme no grupo das crianças e jovens (7).

A maior parte dos pacientes (38,2%) da série total foi referenciada a partir de outras especialidades médicas hospitalares. Considerando os doentes com mais de 65 anos, a maior fração derivou do serviço de Urgência Geral (32,4%). Estes dois resultados são contrários ao verificado nos estudos comparados, nos quais a maioria dos pacientes provinha dos cuidados de saúde primários (1,14). Já no que se refere aos doentes referenciados do exterior ou por recomendação médica, estes corresponderam à menor parcela, quer na série total quer naqueles com mais de 65 anos (6,9% e 8,2%, respetivamente), como expectável (1,14). No estudo de Pedraza MI et al., que avaliou a série total de pacientes independentemente da idade, aqueles que provinham da Neurologia (25,1%), correspondiam a situações refratárias com indicação para técnicas terapêuticas instrumentais, como bloqueios anestésicos ou injeção de toxina botulínica (1). Neste estudo, os doentes já observados por neurologistas e enviados à consulta da especialidade constituíram uma menor parcela (10,2%) e poderão corresponder igualmente a casos refratários ou cefaleias mistas, uma vez que a maioria correspondia ao sexo feminino.

O rácio feminino/masculino e a média de idades por origem da referenciação foram também analisados no estudo de Pedraza MI et al. (1). À semelhança do que neste se apurou, também o rácio nesta investigação foi sempre superior a 1,0, independentemente da origem da referenciação. O rácio verificado neste estudo, relativamente aos doentes que foram referenciados a uma consulta de Neurologia e já haviam sido observados por um neurologista, foi muito elevado (8,3). Contrariamente ao supracitado, num estudo de base hospitalar realizado no Reino Unido, verificou-se que a taxa de referenciação por cefaleia a partir dos cuidados de saúde primários era superior no sexo masculino (15). Já um estudo realizado em um hospital universitário em Oslo, concluiu que, apesar da maioria dos doentes com cefaleia observados nos cuidados de saúde primários ser do sexo feminino, a referenciação desta especialidade para observação pela Neurologia não era influenciada pelo género (2).

Nesta investigação, as médias de idades por origem da referenciação foram sempre inferiores em relação ao estudo de Pedraza MI et al. (1). Os doentes referenciados dos cuidados de saúde primários foram aqueles com uma maior média de idades (50 anos). Já no último estudo referido, os doentes referenciados a partir dos cuidados de saúde primários eram os que tinham a segunda média de idades mais baixa (42 anos) (1).

As cefaleias foram classificadas de acordo com os critérios definidos pela Classificação Internacional de Cefaleias (*ICHD-3 beta*) da *International Headache Society* (IHS) (4), à semelhança de outros estudos (1,2,6,7,11,12,14,16). Como esta investigação compreende um longo período de tempo (10 anos), possibilita uma análise mais abrangente e credível da cefaleia no Centro Hospitalar Cova da Beira, no âmbito da consulta de Neurologia.

A distribuição dos tipos de cefaleia na série total é semelhante a outros estudos (1,12). As cefaleias primárias foram as mais prevalentes, correspondendo a 82,5% do total. Esta frequência foi sobreponível à encontrada nos estudos de Herrero-Velázquez S et al. (71,6%) e Pedraza MI et al. (71,8%) (1,12). As cefaleias secundárias são descritas como o segundo tipo mais frequente de cefaleia, independentemente da faixa etária considerada (1,11,12,14), tendo esta investigação reforçado esse facto.

Analisando a distribuição dos tipos de cefaleias mediante o grupo etário, verificou-se que no das crianças e jovens, 92,7% são cefaleias do tipo primário, encontrando-se dentro do previsto (97,5%) (11). As neuropatias cranianas dolorosas e outras dores faciais foram o tipo menos frequente na série total (1,5%), o que apesar de concordante com outros estudos (3,8% (1) e 4,7% (12)), representa uma menor proporção relativa. Pereira Monteiro verificou que 13,6% dos pacientes possuíam formas combinadas de cefaleia (7). Neste estudo, este valor foi ligeiramente inferior, correspondendo a 9,5%. Verificou-se que a associação mais frequente foi enxaqueca e cefaleia tipo tensão, correspondendo a 65,4% dos casos, à semelhança do estudo supracitado (89,7%) (7).

Segundo os resultados dos estudos da cefaleia, quer de base populacional quer hospitalar, os dois subtipos mais frequentes são a enxaqueca e a cefaleia tipo tensão (1,2,6,7,12,17-19). O estudo populacional de Pereira Monteiro, mostrou que a cefaleia tipo tensão apresenta uma maior prevalência (7). Na grande maioria dos estudos hospitalares, independentemente da faixa etária considerada, a enxaqueca é o subtipo de cefaleia mais frequente, com valores superiores a 50% (1,11,12,14,16). Nesta investigação, a enxaqueca foi, igualmente, o subtipo mais predominante, seguido da cefaleia tipo tensão, representando 52,2% e 26,3% do total, respetivamente. No grupo das crianças e jovens, a percentagem relativa à enxaqueca foi de 75,6%, expressivamente superior à encontrada no conjunto dos adultos (41,7%). A causa da elevada prevalência da cefaleia tipo tensão em estudos de base populacional e da sua diminuição quando consideramos a consulta de Neurologia, deve-se, provavelmente, ao menor impacto da cefaleia nestes primeiros indivíduos, não os levando a procurar consultas especializadas (1). Esta justificação poderá ser ainda mais verdade no grupo das crianças e jovens, em que a enxaqueca favorecerá o seguimento em consulta especializada, ao invés das cefaleias tipo tensão.

Em relação às restantes cefaleias primárias, estas corresponderam a 4% do total neste estudo. A cefaleia trigémico-autonómica foi a mais frequente, sendo que este resultado vai ao encontro do esperado, apesar de ligeiramente superior, em comparação com outros estudos (1,12). A cefaleia em salvas é a cefaleia trigémico-autonómica mais comum neste estudo, correspondendo a 1,8% das cefaleias da série total. A prevalência deste último subtipo na população geral portuguesa foi estimada em 1/1000 (7,13) e de 0,2% a 0,3% na Europa (6). Nesta investigação, das nove cefaleias trigémico-autonómicas codificadas, sete foram registadas em doentes do sexo masculino - todas as cefaleias em salvas foram contabilizadas neste sexo, algo expectável, uma vez que a prevalência deste subtipo é 3-4 vezes maior no sexo masculino em relação ao feminino (13).

As cefaleias secundárias foram o segundo tipo de cefaleia mais comum, correspondendo a 16,0% das cefaleias contabilizadas nesta investigação. Verificaram-se resultados semelhantes em outros estudos de prevalência (1,12). A cefaleia atribuída a perturbação psiquiátrica foi o subtipo mais predominante, mesmo quando analisados os grupos etários separadamente, correspondendo a 4,9% e a 10,9% do total de cefaleias no grupo das crianças e jovens e dos adultos, respetivamente. No entanto, quer em estudos realizados em população adulta (1,12), quer em crianças e jovens (11), as cefaleias atribuídas a perturbação psiquiátrica não foram registadas nas séries estudadas. Para esta justificação poderão aventar-se algumas hipóteses: erros de classificação ou acessibilidade aos cuidados neurológicos em detrimento dos cuidados psiquiátricos.

A escassez de estudos sobre a cefaleia a nível hospitalar em Portugal motivou a realização deste estudo. Também, internacionalmente, existem poucos que se dediquem à análise da origem da referenciação dos pacientes com cefaleia diagnosticada.

Analisando a origem da referenciação e a distribuição dos diagnósticos de cefaleia de acordo com a referenciação, é possível avaliar, conseqüentemente, o impacto das diferentes especialidades médicas na referenciação. A importância da referenciação não deve ser subestimada, uma vez que o estudo do impacto mencionado poderá permitir perceber se existe a necessidade de redefinir o algoritmo do sistema assistencial ao paciente com cefaleia, de forma a permitir realizar um diagnóstico mais preciso e precoce, que implicará, subsequentemente, um tratamento e seguimento mais adequados (1).

Pretende-se, com este estudo, alertar para a necessidade de investigação na área da referenciação da cefaleia, na esperança que este contribua para o início de investigações deste âmbito a nível nacional.

5. Bibliografia

1. Pedraza MI, Mulero P, Ruíz M, de la Cruz C, Herrero S, Guerrero AL. Características de los 2.000 primeros pacientes registrados en una consulta monográfica de cefaleas. *Neurología*. 2015; 30(4):208-13.
2. Kristoffersen ES, Grande RB, Aaseth K, Lundqvist C, Russell MB. Management of primary chronic headache in the general population: the Akershus study of chronic headache. *J Headache Pain*. 2012; 13(2):113-20.
3. The World Health Organization, *Lifting the Burden. Atlas of Headache Disorders and Resources in the World 2011* [Internet]. 2011 [cited 2016 Oct 10]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/who_atlas_headache_disorders.pdf
4. Olesen J. *The International Classification of Headache Disorders*, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2013; 33(9):629-808.
5. Yoon MS, Katsarava Z, Obermann M, Fritsche G, Oezyurt M, Kaesewinkel K, et al. Prevalence of primary headaches in Germany: Results of the German Headache Consortium Study. *J Headache Pain*. 2012; 13(3):215-23.
6. Stovner LJ, André C. Impact of headache in Europe: A review for the Eurolight project. *J Headache Pain*. 2008; 9(3):139-46.
7. Pereira Monteiro JM. *Cefaleias: estudo epidemiológico e clínico de uma população urbana* [PhD thesis]. Universidade do Porto; 1995 [cited 2016 Nov 5]. Available from: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10155/3/666_TD_01_P.pdf
8. Steiner TJ, Stovner LJ, Katsarava Z, Lainez JM, Lampl C, Lantéri-Minet M, et al. The impact of headache in Europe: principal results of the Eurolight project. *J Headache Pain*. 2014; 15(1):31.
9. Straube A, Heinen F, Ebinger F, Von Kries R. Kopfschmerzen bei schülern: Prävalenz und risikofaktoren. *Dtsch Arztebl Int*. 2013; 110(48):811-8.
10. Steiner TJ, Birbeck GL, Jensen RH, Katsarava Z, Stovner LJ, Martelletti P. Headache disorders are third cause of disability worldwide. *J Headache Pain*. 2015; 16(1):58.

11. Scalas C, Calistri L. Chronic daily headache in a paediatric headache centre. *J Headache Pain*. 2005; 6(4):274-6.
12. Herrero-Velázquez S, Pedraza MI, Ruiz-Piñero M, Muñoz I, Posadas J, de la Torre P, et al. Derivaciones de atención primaria a una consulta monográfica de cefaleas: Análisis de los 1.000 primeros pacientes. *Rev Neurol*. 2014; 58(11):487-92.
13. Monteiro JMP, Ribeiro CAF, Luzeiro IMS, Machado MGASF, Esperança PMFL. *Recomendações Terapêuticas Para Cefaleias*, 2ª Edição: Novembro de 2009. Sinapse Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia. 2009; 9(2).
14. Ruiz M, Pedraza M, de la Cruz C, Bzrón J, Munõs I, Rodríguez C, et al. Headache in the elderly: a series of 262 patients. *Neurología*. 2014; 29(6):321-326.
15. Latinovic R, Gulliford M, Ridsdale L. Headache and migraine in primary care: consultation, prescription, and referral rates in a large population. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006; 77(3):385-7.
16. Abu-Arafeh I, Razak S, Sivaraman B, Graham C. Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: A systematic review of population-based studies. *Dev Med Child Neurol*. 2010; 52(12):1088-97.
17. Allena M, Steiner TJ, Sances G, Carugno B, Balsamo F, Nappi G, et al. Impact of headache disorders in Italy and the public-health and policy implications: a population-based study within the Eurolight Project. *J Headache Pain*. 2015; 16:100.
18. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jørgensen T, Jensen R. Incidence of primary headache: A Danish epidemiologic follow-up study. *Am J Epidemiol*. 2005; 161(11):1066-73.
19. Santos-lasaosa S, Vinuesa-buitrón PR, Velázquez-benito A, Iñiguez-martínez C, Larrodé-pellicer P, López LJ, et al. Estudio de concordancia diagnóstica en cefalea entre neurología y atención primaria. *Rev Neurol*. 2016; 62(12):549-54.