

# Prevalência de queixas musculoesqueléticas em pacientes atendidos em ambulatório de ensino de Clínica Médica\*

## *Prevalence of musculoskeletal complaints in patients of a general practice teaching hospital*

Julyanne Luize de Lima Rios<sup>1</sup>, Ricardo Cavalcante Maranhão<sup>2</sup>, Renata Maria Didier Gazineu<sup>2</sup>, Aluizio Braga Nogueira<sup>2</sup>, Cláudia Diniz Lopes Marques<sup>3</sup>

\*Recebido do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Fundação Professor Martiniano Fernandes, Escola Pernambucana de Medicina – FBV/IMIP, Ambulatório de Clínica Médica, Recife, PE.

### RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** As queixas musculoesqueléticas (QME) são causas comuns de procura ao serviço de saúde primário, sendo o médico generalista o primeiro a ter contato com essas queixas. Devido ao impacto desses sintomas na vida do paciente e os gastos que geram, são necessários mais estudos sobre a prevalência das QME nos serviços de saúde. Os objetivos foram avaliar as QME mais frequentes em ambulatório de ensino em Clínica Médica; determinar o tipo de conduta adotada diante destes pacientes e avaliar a frequência de encaminhamento ao especialista.

**MÉTODO:** Estudo descritivo, transversal, retrospectivo, com análise de prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de ensino de Clínica Médica da FBV/IMIP no período de fevereiro a dezembro de 2008. Os dados foram coletados com questionário pré-codificado para entrada de dados no computador.

**RESULTADOS:** Foram analisados os prontuários de 1116 pacientes, sendo a amostra composta por 73,2% de mulheres. A média de idade foi de 44,8 anos (10 a 102 anos).

Foram identificadas QME em 34% da amostra, sendo mais frequentes em mulheres (80,2%). A localização de queixa mais frequente foi o joelho (35,9%); 47% dos pacientes apresentavam queixas na coluna, 35,4% em membros superiores e 49,3% nos membros inferiores. Em 18,5% dos pacientes as queixas foram mal definidas, tipo poliartralgia. Apenas 52,2% dos pacientes com QME receberam algum tipo de orientação, sendo a conduta mais frequente o encaminhamento ao especialista.

**CONCLUSÃO:** A frequência de QME foi elevada. Estas queixas geralmente não são levadas em conta pelo médico generalista, o que é confirmado pelo baixo índice de condutas específicas encontradas no presente estudo.

**Descritores:** Clínica Médica, dor musculoesquelética, epidemiologia.

### SUMMARY

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** The musculoskeletal complaints (MSCs) are common causes of demand for primary health service and the general practitioner is the first to have contact with these complaints. Due to the impact of these symptoms on the patient's life and the costs they generate, more studies are needed on the prevalence of MSCs in health services. To evaluate the MSCs more frequent in an outpatient of a general practitioner teaching hospital, to determine what type of conduct is adopted and the frequency of specialist referrals.

**METHOD:** Cross-sectional study, retrospective, with analysis of medical records of patients in an outpatient of a general practice teaching hospital FBV / IMIP attended between February 2008 and December 2008. Data were collected with pre-coded questionnaire for data entry on the computer.

**RESULTS:** We analyzed the charts of 1116 patients; the sample comprised 73.2% of women. The average age was 44.8 years (10 to 102 years). MSCs were identified in 34% of the sample, being more frequent in women (80.2%). The location of most frequent complaint was the knee (35.9%),

1. Graduanda da Escola Pernambucana de Medicina, Bolsista de Iniciação Científica do IMIP/CNPq
2. Graduandos da Escola Pernambucana de Medicina – FBV/IMIP
3. Reumatologista, Doutora em Ciências (CPqAM-FIOCRUZ), Tutora da Escola Pernambucana de Medicina – FBV/IMIP

Apresentado em 04 de agosto de 2009

Aceito para publicação em 15 de setembro de 2009

Endereço para correspondência:

Claudia Diniz Lopes Marques

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)

Rua dos Coelhos, 330

50070-550 Recife, PE.

Fone: (81) 2122-4100

E-mail: claudia\_reumatologia@terra.com.br

47% of patients had complaints in spine, 35.4% in upper limbs and 49.3% complaints in lower limbs. In 18.5% of cases complaints were poorly defined, polyarthralgia. Only 52.2% of patients with MSCs received some kind of guidance, and the most frequent was the referral to a specialist.

**CONCLUSION:** The frequency of MSCs was high. These complaints are generally not taken into account by the general practitioner, which is confirmed by the low level of specific actions found in this study

**Keywords:** epidemiology, internal medicine, musculoskeletal complaints.

## INTRODUÇÃO

De acordo com a *International Association for the Study of Pain*, dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial, sendo um sintoma que traz desafios para a Medicina atual e se configura em uma das afecções mais frequentes do aparelho locomotor<sup>1</sup>. Além da sua alta prevalência, essa morbidade está presente nas doenças que mais causam impactos negativos na qualidade de vida dos pacientes<sup>2</sup>.

As queixas musculoesqueléticas (QME) são causas comuns de procura ao serviço de saúde primário, sendo o médico generalista o primeiro a ter contato, avaliar e gerenciar essas queixas<sup>3,4</sup>. Esses sintomas musculoesqueléticos interferem na qualidade de vida do paciente e geram gastos importantes com a saúde pública<sup>5</sup>. As consequências são inúmeras, tanto para o paciente acometido, como para a sociedade, e englobam: comprometimento das habilidades funcionais do indivíduo, redução de produtividade e aumento no número de licenças médicas<sup>6</sup>.

Apesar do grande impacto na qualidade de vida das pessoas acometidas, análises epidemiológicas sugerem que grande número de pacientes com doenças musculoesqueléticas significativas não procura o serviço de saúde<sup>7</sup>. Além disso, estudos demonstram que os médicos generalistas muitas vezes não conduzem as QME da melhor maneira, pois prescrevem anti-inflamatórios não esteróides (AINES) em excesso e, muitas vezes, subestimam o tratamento fisioterápico e o encaminhamento ao especialista<sup>8,9</sup>.

As estimativas da proporção de uma determinada doença na população fornecem ferramentas para que a saúde pública avalie a sua prevalência em diferentes regiões geográficas e identifique a necessidade da implantação de programas que visem modificar o curso dessas morbidades. Como no Brasil e principalmente em Pernambuco, são poucos os dados referentes à frequência das QME e à conduta do médico generalista em relação a estas queixas, se tornam necessários estudos mais apurados sobre o assunto.

Os objetivos do presente estudo foram: avaliar as QME mais frequentes em ambulatório de ensino em clínica médica; determinar o tipo de conduta a ser adotada diante

deste paciente e avaliar a frequência de encaminhamento ao especialista.

## MÉTODO

Estudo do tipo descritivo, de corte transversal, retrospectivo, baseado em análise de prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de ensino de Clínica Médica do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) localizado na cidade do Recife, no estado de Pernambuco. Participaram do estudo todos os pacientes atendidos no ambulatório, desde a sua fundação, em fevereiro de 2008, até dezembro de 2008. Foram excluídos os pacientes que apresentavam diagnóstico confirmado de doença reumatológica ou ortopédica. O mesmo paciente foi incluído no estudo apenas uma vez, independentemente do número de consultas.

O arquivo em PDF com o número dos prontuários dos pacientes atendidos no período da pesquisa foi enviado para um programa de computador, desenvolvido especialmente para este estudo, que excluiu todas as entradas duplicadas (pacientes que haviam sido atendidos em mais de uma ocasião). O programa foi desenvolvido para funcionar na internet utilizando a tecnologia PHP e banco de dados MySQL, através dele, todos os pesquisadores, mediante uso de senha, tinham acesso à lista de prontuários pendentes de análise. O sistema funcionou também como um gerenciador de trabalho, uma vez que ele contabilizava os prontuários analisados e rendimento de cada pesquisador.

De posse do acesso ao sistema, os pesquisadores solicitavam semanalmente ao arquivo IMIP a separação destes prontuários para análise, que girava em torno de 100 prontuários por semana.

Os dados foram coletados utilizando-se um questionário previamente construído com perguntas fechadas, pré-codificado para entrada de dados no computador. O questionário continha perguntas referentes à idade, sexo, profissão, presença ou ausência de queixa musculoesquelética, localização das queixas, tipos de queixas (dor, edema, rigidez, limitação funcional, alteração ao exame físico) e conduta do generalista em relação às queixas. Os questionários foram preenchidos por pessoas treinadas quanto aos procedimentos de coleta.

### Análise estatística

Os dados foram digitados em banco de dados específico criado no programa Epi-Info 3.5.1 para Windows, este mesmo programa foi utilizado para análise dos dados, adotando-se uma significância de 95%. Para as variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado com a finalidade de identificar associações estatisticamente significantes. A prevalência de QME da população em estudo foi calculada através da fórmula: Prevalência = N° de casos conhecidos

da doença num determinado período / População durante o mesmo período x 100.000

### Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP (projeto nº 1278) de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Devido ao fato de se tratar de um estudo retrospectivo de análise de prontuários, foi dispensada a utilização do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Foram analisados os prontuários de 1116 pacientes atendidos no ambulatório de clínica médica do IMIP no período determinado para o estudo. A maioria era do sexo feminino (73,2%) e a média de idade foi 44,8 anos (10 a 102), sendo a maioria dos pacientes procedentes de Recife e Região Metropolitana. Dos 1116 pacientes, 42,3% apresentavam alguma comorbidade, sendo as mais frequentes diabetes, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e obesidade. A maioria dos pacientes relatou ser dona de casa e apenas 92 (8,2%) exerciam profissão que exigia movimentos repetitivos. Na tabela 1 estão resumidos os dados populacionais da amostra.

A prevalência calculada de QME foi de 34%. Deste total, 39,3% apresentava queixa em apenas uma localização e 60,7%, queixa em dois ou mais locais. Quando foram comparados os resultados gerais entre os pacientes com queixa e sem queixa, observou-se que houve uma associação estatisticamente significativa entre o sexo feminino ( $p <$

0,001), idade entre 30 e 69 anos ( $p <$  0,001) e portador de HAS ( $p =$  0,010) (Tabela 1).

As QME foram mais frequentes nos membros inferiores (49,3%) seguidas das queixas na coluna (47%) e nos membros superiores (35,4%). Dos pacientes com queixa, 18,5% tinham poliartralgia (queixas em mais de três localizações), sendo a maioria do sexo feminino (82,9%). A localização mais frequente das QME entre as mulheres foi coluna lombar e nos homens o joelho. Entre as queixas, a dor foi o sintoma mais referido em todas as regiões.

Quando comparados os resultados entre homens e mulheres observou-se predominância das queixas no sexo feminino em todos os segmentos analisados, tendo sido observada diferença estatisticamente significativa com relação às queixas da coluna lombar ( $p =$  0,005), do cotovelo ( $p =$  0,040), do punho ( $p =$  0,017), da mão ( $p =$  0,007) e do quadril ( $p =$  0,017) (Tabela 2).

Considerando a localização das queixas em relação à idade, se observou diferença estatisticamente significativa para localização da queixa na coluna cervical ( $p =$  0,008) e lombar ( $p =$  0,002), mãos ( $p =$  0,011) e joelhos ( $p =$  0,028) que foram mais frequentes nas faixas etárias de 30 a 70 anos. Para estas localizações, mesmo quando se estratificou esta faixa etária em 30 a 50 anos e 50 a 70 anos os resultados foram muito semelhantes (Tabela 3).

Dos pacientes com queixas, 52,2% recebeu indicação de conduta específica para a queixa relatada. Deste total, foram encaminhados ao especialista 23% dos pacientes e 19,8% recebeu prescrição de anti-inflamatório não esteroide (AINE) oral. Apenas 6,6% dos pacientes com QME

Tabela 1 - Dados populacionais dos pacientes atendidos em ambulatório de Clínica Médica de um Hospital-Escola no Recife.

Variáveis	Total	Queixas				p-valor*
		Sim	Não			
	N	%	N	%		
<b>Sexo</b>						
Feminino	816 (73,2)	303	80,2	513	69,6	< 0,001
Masculino	299 (26,8)	75	19,8	224	30,4	
<b>Grupo etário (anos)</b>						
10 a 29	234 (21,0)	47	12,4	187	25,4	< 0,001
30 a 49	463 (41,5)	164	43,4	299	40,5	
50 a 69	313 (28,1)	129	34,1	184	25,0	
Mais de 70	105 (9,4)	38	10,1	67	9,1	
<b>Comorbidades</b>						
Hipertensão Arterial	407 (36,5)	158	41,8	249	33,8	0,010
Diabetes <i>mellitus</i>	93 (8,3)	34	9,0	59	8,0	0,562
Obesidade	96 (8,6)	36	9,5	60	8,1	0,505
<b>Procedência</b>						
Região Metropolitana	923 (84,1)	316	84,5	607	84,0	0,886
Outras	174 (15,9)	58	15,5	116	16,0	

\* Teste de Qui-quadrado  
N = número de pacientes

Tabela 2 - Distribuição de queixas musculoesqueléticas nos pacientes de ambulatório de Clínica Médica de um Hospital-Escola de Recife.

Variáveis	Total	Sexo				p-valor*
		Feminino		Masculino		
		N	%	N	%	
<b>Coluna</b>						
Cervical	70 (6,3)	55	6,7	15	5,0	0,364
Dorsal	30 (2,7)	23	2,8	7	2,3	0,822
Lombar	144 (12,9)	120	14,7	24	8,0	0,005
<b>Membros Superiores</b>						
Ombro	65 (5,8)	52	6,4	13	4,3	0,259
Cotovelo	32 (2,9)	29	3,5	3	1,0	0,040
Punho	31 (2,8)	29	3,5	2	0,7	0,017
Mão	67 (6,0)	59	7,2	8	2,7	0,007
<b>Membros Inferiores</b>						
Quadril	31 (2,8)	29	3,5	2	0,7	0,017
Joelho	141 (12,6)	112	13,7	29	9,7	0,092
Tornozelo	37 (3,3)	27	3,3	10	3,3	1,000
Pé	58 (5,2)	47	5,8	11	3,7	0,219
Poliartralgia	70 (6,3)	58	7,1	12	4,0	0,081

\* Teste de Qui-quadrado

Tabela 3 - Distribuição das QME relação ao grupo etário dos pacientes atendidos em um ambulatório de Clínica Médica de um Hospital-Escola de Recife

Variáveis	Total	Idades				p-valor*
		10 a 30	30 a 50	50 a 70	70 ou mais	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
<b>Coluna</b>						
Cervical	70 (6,3)	7 (3,0)	27 (5,8)	31 (9,9)	5 (4,8)	0,008
Dorsal	30 (2,7)	5 (2,1)	13 (2,8)	11 (3,5)	1 (1,0)	0,512
Lombar	144 (12,9)	18 (7,7)	54 (11,7)	58 (18,5)	14 (13,3)	0,002
<b>Membros Superiores</b>						
Ombro	65 (5,8)	6 (2,6)	27 (5,8)	26 (8,3)	6 (5,7)	0,046
Cotovelo	32 (2,9)	6 (2,6)	18 (3,9)	7 (2,2)	1 (1,0)	0,302
Punho	31 (2,8)	7 (3,0)	11 (2,4)	9 (2,9)	4 (3,8)	0,797
Mão	67 (6,0)	6 (2,6)	25 (5,4)	29 (9,2)	7 (6,7)	0,011
<b>Membros Inferiores</b>						
Quadril	31 (2,8)	2 (0,9)	16 (3,5)	8 (2,5)	5 (4,8)	0,134
Joelho	141 (12,6)	19 (8,1)	57 (12,3)	45 (14,3)	20 (9,0)	0,028
Tornozelo	37 (3,3)	6 (2,6)	11 (2,4)	14 (4,5)	6 (5,7)	0,183
Pé	58 (5,2)	11 (4,7)	24 (5,2)	17 (5,4)	6 (5,7)	0,977

(\*) Teste de Qui-quadrado

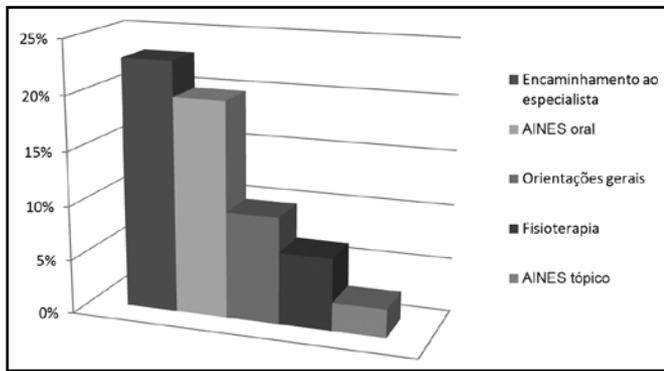


Gráfico 1 - Distribuição das condutas indicadas por médicos generalistas para pacientes com queixa musculoesqueléticas (n = 379) no ambulatório de Clínica Médica do IMIP  
AINES = anti-inflamatórios não esteroides

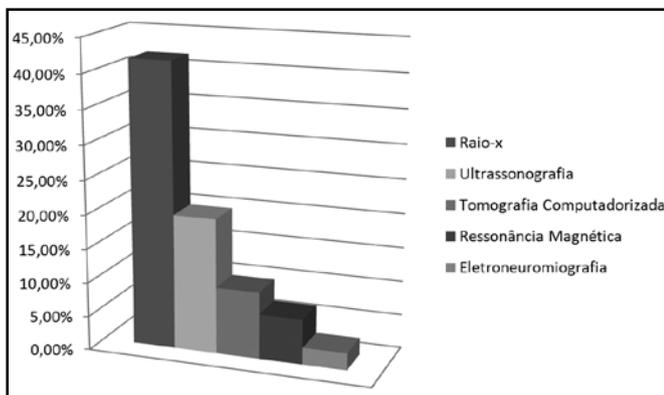


Gráfico 2 - Distribuição dos exames complementares solicitados por médicos generalistas para pacientes com queixa musculoesqueléticas (n=379) no ambulatório de Clínica Médica do IMIP

foram encaminhados à fisioterapia. Foram solicitados exames complementares para 48,8% dos pacientes com QME, sendo a radiografia o mais requisitado (41,7%), seguido da ultrassonografia (9%) (Gráficos 1 e 2).

## DISCUSSÃO

A estimativa da proporção de pacientes que apresentam determinada doença ou agravo é importante no sentido de apontar para as autoridades responsáveis pela saúde pública as suas reais necessidades no que diz respeito às consultas, exames e tratamento específico.

As QME são consideradas um problema frequente, com grandes consequências para a saúde pública, devido ao forte impacto na capacidade funcional, aos custos para o sistema de saúde e a elevadas taxas de absentismo. Em países desenvolvidos a estimativa de QME na população geral é de 45% e a incapacidade laborativa que é atribuída a estas queixas varia de 26% a 30%<sup>6</sup>.

O presente estudo identificou alta prevalência (34%) de

sintomas musculoesqueléticos na população analisada, semelhante ao descrito em estudos realizados em outros países<sup>4,7,10</sup>. Em uma pesquisa realizada na Itália, com 1432 pessoas sobre queixas dolorosas gerais, foi observada uma frequência de 62,6% de origem musculoesquelética, sendo as QME as mais frequentes dentre todas as causas de dor. Outro estudo realizado em Oslo, com um grupo de idade entre 40 e 45 anos, demonstrou que cerca de 60% desses pacientes relataram dor musculoesquelética<sup>7</sup>. Na Inglaterra, o *Fourth Morbidity Statistics From General Practice (MSGP4)* revelou que 15% da população apresentou problemas musculoesqueléticos durante o estudo, e que uma em cada cinco consultas tinha como motivo esses sintomas<sup>8</sup>.

As principais causas de dor musculoesquelética que levam o paciente ao clínico geral nos Estados Unidos foram documentadas por Fleischer e col.<sup>11</sup> e englobaram: dor na coluna geral (13,1%), dor nos joelhos (12,4%) e dor localizada em coluna lombar (10,1%). Os resultados do presente estudo demonstraram maior frequência de queixas nos membros inferiores seguidas das queixas na coluna e nos membros superiores.

Não existem muitos estudos realizados no Brasil sobre este assunto, ficando deste modo difícil ter uma estimativa do problema em nossa população, que tem características raciais, sociais e culturais diferentes dos países desenvolvidos. Um estudo recente realizado na cidade de Serra dos Aimorés (MG) analisou a frequência de dor musculoesquelética como razão para consulta médica na atenção primária à saúde. Foram estudados 1306 pacientes e a QME foi a mais prevalente dentre todas as referidas como razão para consulta médica, sendo encontrada em 10,6% dos casos<sup>12</sup>. As mulheres parecem apresentar uma maior susceptibilidade aos agentes causadores de lesões musculoesqueléticas e, por isso, costumam apresentar maior frequência desta modalidade de dor, em comparação com populações masculinas<sup>13</sup>, fato que também se repetiu no presente trabalho. Além disso, culturalmente as mulheres procuram o médico com uma frequência bem maior do que os homens, aumentando ainda mais esta prevalência.

A idade do paciente também vem sendo bastante estudada como fator de risco isolado para QME. Com o envelhecimento começam a aparecer os resultados de esforços exacerbados acumulados ao longo da vida, processos fisiopatológicos relacionados e doenças que apresentam maior prevalência em idades mais avançadas como a osteoartrite, fatos que favorecem o aparecimento de dor e QME<sup>14,15</sup>. Interessante observar neste estudo que a faixa etária mais elevada (> 70 anos) foi a que apresentou menor prevalência de QME em todas as localizações, sendo esta mais elevada nas duas faixas intermediárias (30 a 70 anos), com diferença estatisticamente significativa. A experiência no ambulatório especializado de reumatologia tem demonstrado exatamente este perfil: mulheres jovens, muitas vezes com

idade inferior a 50 anos, que procuram atendimento com queixas difusas e vagas ou ainda secundárias ao mau uso articular, seja por esforço repetitivo ou simplesmente por erro postural. Nestes casos, uma história bem feita e exame físico adequado ajudam a afastar doenças inflamatórias, evitando a investigação excessiva e gastos desnecessários. Uma simples orientação ainda no ambulatório de clínica médica e encaminhamento para fisioterapia poderia ajudar a diminuir o sofrimento da paciente.

Diferente do que está descrito na literatura, observou-se no presente estudo uma associação positiva entre hipertensão arterial sistêmica e QME ( $p = 0,010$ ). Tem sido descrita na literatura a relação inversa entre a hipertensão e sensibilidade à dor, denominado de “hiperalgesia relacionada à hipertensão”, particularmente com cefaleia e enxaqueca<sup>16,17</sup>, relação esta também demonstrada para QME recentemente em estudo norueguês<sup>18</sup>. Isto provavelmente se deve ao fato de que, nesta população, pacientes hipertensos normalmente apresentam alterações metabólicas como obesidade, dislipidemia ou adiposidade visceral, fatores que favorecem um estado persistente de inflamação devido à liberação de adipocitinas pelo tecido adiposo<sup>19</sup>. Apesar de apenas 8,6% dos pacientes de nossa amostra ter sido identificado como obesos, acredita-se que esta informação tenha sido subnotificada. Um estudo realizado recentemente no IMIP, ainda não publicado, com uma população semelhante a que é atendida no ambulatório de Clínica Médica, identificou uma frequência de obesidade acima de 50%.

Outro ponto a ser observado é o baixo número de condutas específicas tomadas em relação às QME. Embora a frequência de prescrição de analgésicos e AINES, por via oral tenha sido elevada (19,8% dos pacientes com queixa), apenas 6,6% foram encaminhados para fisioterapia, modalidade terapêutica mais eficaz no manuseio deste tipo de paciente. Através da fisioterapia é possível reabilitar, fazer a reeducação postural, melhorar a força muscular e a flexibilidade, fatores extremamente importantes na melhora do quadro algico e manutenção da integridade articular<sup>20</sup>. Uma explicação para o baixo índice de encaminhamento à fisioterapia pode ser o fato de existir uma grande demanda em detrimento do pouco número de serviços disponíveis<sup>3</sup>. No entanto, não foi identificada nenhuma conduta do tipo orientação de atividade física regular, outra forma de controle da dor destes pacientes, de baixo custo e acessível.

Com relação à solicitação de exames complementares é importante salientar que, antes da requisição é necessária uma avaliação cuidadosa do caráter da queixa. Uma boa anamnese e um exame físico bem feito podem afastar vários diagnósticos diferenciais, guiando a solicitação dos exames necessários<sup>21</sup>. Um exemplo é a utilização de radiografia simples em casos de lombalgia mecânicas não complicadas, procedimento hoje considerado totalmente desnecessário, a não ser em casos de suspeita de fratura, neoplasia, infecção

ou síndrome da cauda equina<sup>22</sup>.

Durante a coleta de dados levou-se em consideração o sintoma musculoesquelético que foi relatado tanto como queixa principal como no interrogatório sintomatológico. Acredita-se que o número de pacientes no grupo com queixas poderia ser maior caso fosse realizada a pergunta sobre estes sintomas diretamente: “o (a) senhor (a) tem algum tipo de desconforto nas articulações ou na coluna?”. Em algumas situações, durante o atendimento clínico, o paciente termina dando importância apenas ao que o trouxe ao ambulatório naquele momento, ou acredita que “dor nos ossos” é para outro médico e não relata o sintoma; além disso, normalmente o clínico deixa de perguntar sobre queixas do aparelho locomotor.

## CONCLUSÃO

As QME, importante causa de incapacidade e absenteísmo, são bastante frequentes no ambulatório geral de clínica médica, sendo em sua grande parte negligenciadas pelo médico e pelo próprio paciente, o que é confirmado pelo baixo índice de condutas específicas encontradas neste estudo. Tal fato reforça a importância do treinamento do clínico geral no diagnóstico, manuseio e acompanhamento destes casos e, sobretudo de programas que favoreçam o acesso e a inserção destes pacientes à fisioterapia e programas de atividade física supervisionada.

## REFERÊNCIAS

1. Martinez JE, Macedo AC, Pinheiro DFC, et al. Perfil clínico e demográfico dos pacientes com dor musculoesquelética crônica acompanhados nos três níveis de atendimento de saúde de Sorocaba. *Acta Fisiatr*, 2004;11:67-71.
2. Martinez JE, Ferraz MB, Sato EI, et al. Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of quality of life. *J Rheumatol*, 1995;22:270-274.
3. Roberts C, Adebajo AO, Long S. Improving the quality of care of musculoskeletal conditions in primary care. *Rheumatology*, 2002;41:503-508.
4. Koleva D, Krulichova I, Bertolini G, et al. Pain in primary care: an Italian survey. *Eur J Public Health*, 2005;15:475-479.
5. Mallen CD, Peat G, Thomas E, et al. Prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract*, 2007;57: 655-661.
6. van der Waal JM, Bot SD, Terwee CB, et al. Determinants of the clinical course of musculoskeletal complaints in general practice: design of a cohort study. *BMC Musculoskelet Disease*, 2003;24:3.
7. Urwin M, Symmons D, Allison T, et al. Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: the comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and the relation to social deprivation *Ann Rheum Dis*, 1998;57:649-655.

8. Irvine S, Munro R, Porter D. Early referral, diagnosis, and treatment of rheumatoid arthritis: evidence for changing medical practice. *Ann Rheum Dis*, 1999;58:510-513.
9. Davis P, Suarez-Almazor M. An assessment of the needs of family physicians for a rheumatology Continuing Medical Educational program: results of a pilot project. *J*
10. Brekke M, Hjortdahl P. Musculo-skeletal pain among 40- and 45-years olds in Oslo: differences between two socioeconomically contrasting areas, and their possible explanations. *Int J Equity Health*, 2004;3:10.
11. Fleischer AB Jr, Gardner EF, Feldman SR. Are patients' chief complains generally specific to one organ system? *Am J Manag Care*, 2001;7:299-305.
12. Cordeiro Q, El Khouri M, Corbett CE. Dor musculoesquelética na atenção primária à saúde em uma cidade do Vale do Mucuri, nordeste de Minas Gerais. *Acta Fisiatr* 2008;15: 241-244.
13. Coury HJCG, Walsh IA, Alem M, et al. Influence of gender on work-related musculoskeletal disorders in repetitive tasks. *Int J Ind Erg*, 2002;29:33-39.
14. Antonopoulou M, Antonakis N, Hadjipavlou A, et al. Patterns of pain and consulting behaviour in patients with musculoskeletal disorders in rural Crete, Greece. *Fam Pract*, 2007;24:209-216.
15. Leveille SG. Musculoskeletal aging. *Curr Opin Rheumatol*, 2004;16:114-118.
16. Hagen K, Stovner LJ, Vatten L, et al. Blood pressure and risk of headache: a prospective study of 22,685 adults in Norway. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2002;72:463-466.
17. Wiehe M, Fuchs SC, Moreira LB, et al. Migraine is more frequent in individuals with optimal and normal blood pressure: a population based study. *J Hypertens*, 2002;20:1303-1306.
18. Hagen K, Zwart JA, Holmen J, et al. Does hypertension protect against chronic musculoskeletal complaints? *Arch Intern Med*, 2005;165:916-922.
19. Rojas-Rodríguez J, Escobar-Linares LE, Garcia-Carrasco M, et al. The relationship between the metabolic syndrome and energy-utilization deficit in the pathogenesis of obesity-induced osteoarthritis. *Med Hypotheses*, 2007;69:860-868.
20. Harris GR, Susman JL. Managing musculoskeletal complaints with rehabilitation therapy: summary of the Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on musculoskeletal rehabilitation interventions. *J Fam Pract*, 2002;51:1042-1946.
21. Phillips AC, Polisson RP. The rational initial clinical evaluation of the patient with musculoskeletal complaints. *Am J Med*, 1997;103:7S-11S.
22. Russo RB. Diagnosis of low back pain: role of imaging studies. *Clin Occup Environ Med*, 2006;5:571-589.