

Universidade da Beira Interior

Faculdade de Ciências da Saúde



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Covilhã | Portugal

**Queixas Osteoarticulares nos
Cuidados de Saúde Primários**

Prevalência, Caracterização e Terapêuticas prescritas

Maria Teresa Pereira

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

Junho de 2009

Universidade da Beira Interior

Faculdade de Ciências da Saúde



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Covilhã | Portugal

**Queixas Osteoarticulares nos
Cuidados de Saúde Primários**

Prevalência, Caracterização e Terapêuticas prescritas

Autora

Maria Teresa Pereira

Orientadora

Dra. Margarida Alexandre Oliveira

Co-orientadora

Prof. Doutora Anabela Almeida

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

Junho de 2009

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Medicina, realizada sob a orientação científica da Dra. Margarida Alexandre Oliveira, Médica Reumatologista do Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã.

DECLARAÇÕES

Declaro que esta dissertação é o resultado da minha investigação pessoal e independente, o seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas referências.

Declaro que a obtenção dos dados em estudo foi realizada após aprovação do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E., na Covilhã e da Comissão de Ética do mesmo Hospital.

Declaro ainda que esta dissertação não foi aceite em nenhuma outra instituição para qualquer grau, nem está a ser apresentada para a obtenção de um outro grau para além daquele a que diz respeito.

A autora,

Covilhã, Junho de 2009

Declaro que, tanto quanto me foi possível verificar, esta dissertação é o resultado da investigação pessoal e independente da autora.

A orientadora,

Covilhã, Junho de 2009

RESUMO

QUEIXAS OSTEOARTICULARES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: Prevalência, Caracterização, Terapêuticas prescritas

Maria Teresa Pereira

Introdução: Em Portugal, desconhece-se a importância real do impacto causado pelas doenças reumáticas, embora se saiba que afectam cerca de 30% da população. Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, representam cerca de 16-23% das consultas. Quando não diagnosticadas e tratadas atempadamente, podem ocasionar graves repercussões físicas, psicológicas, familiares, sociais e económicas. É fundamental que os Médicos de Medicina Geral e Familiar, primeiro elo de ligação com os doentes, saibam reconhecer adequadamente os sinais e sintomas das referidas doenças, com vista à sua referência precoce. **Objectivos:** Determinar a prevalência das queixas osteoarticulares nos Cuidados de Saúde Primários, na área de abrangência do Centro Hospitalar Cova da Beira, bem como caracterizar essas mesmas queixas e determinar a terapêutica farmacológica mais prescrita pelos Médicos de Medicina Geral e Familiar desta área. **Métodos:** Neste estudo observacional, descritivo, foram distribuídos questionários aos Médicos de Medicina Geral e Familiar de três Centros de Saúde seleccionados (Covilhã, Belmonte e Fundão), para preencherem nas consultas de saúde do adulto, durante cinco dias consecutivos, referentes aos doentes com queixas do foro osteoarticular. Foi, ainda, distribuída a cada um dos clínicos, uma tabela para determinação da prevalência. **Resultados e Discussão:** O total de doentes dos três Centros de Saúde com queixas do foro osteoarticular foi 238 (n). O valor global de prevalência obtido foi de 21,3% (14,1% Centro de Saúde da Covilhã; 17,8% Centro de Saúde de Belmonte; 35,8% Centro de Saúde do Fundão). Verificou-se que as queixas osteoarticulares são mais frequentes no sexo

feminino (70%) e no grupo etário dos 45 aos 64 anos. A maioria dos doentes apresenta excesso de peso (46,6%) e enquadra-se, a nível profissional, no grau V da classificação de Graffar (62%). As regiões anatómicas mais frequentemente referidas foram a região axial e o membro inferior (43% e 32%, respectivamente), sendo a coluna lombar e os joelhos (45%) as zonas mais frequentemente reportadas. No membro superior, 47% dos doentes têm dor ao nível dos ombros. Dos 238 doentes, 95 têm patologia articular (55% de ritmo mecânico e 45% de ritmo inflamatório) e 68 patologia periarticular. Foram considerados não interpretáveis 75 questionários. Das classes terapêuticas consideradas no estudo, os analgésicos não opiáceos foram prescritos a 148 doentes, seguindo-se os Anti-inflamatórios não Esteróides (118 doentes), os Inibidores da bomba de prótons (86 doentes) e os Inibidores Selectivos da Ciclooxigenase 2 (81 doentes). Em muito menos grau foram prescritos analgésicos opiáceos e corticóides (18 e 13 doentes, respectivamente). **Conclusão:** A prevalência das queixas osteoarticulares nos Cuidados de Saúde Primários da área de referência do CHCB foi de 21,3%, estando de acordo com o que está referido na literatura. Predominam as queixas ao nível da coluna lombar e cervical, ombros e joelhos. Verifica-se que, numa parte significativa de questionários, ocorre uma dissonante caracterização dos sinais e sintomas, não permitindo uma correcta percepção dos mesmos. Os fármacos mais prescritos foram os analgésicos não opiáceos e os anti-inflamatórios não esteróides.

Palavras-Chave: Doenças Reumáticas; Dor; Queixas Músculo-Esqueléticas; Prevalência; Cuidados de Saúde Primários.

ABSTRACT

OSTEOARTICULAR COMPLAINTS IN PRIMARY CARE:

Prevalence, Characterization, Treatments prescribed

Maria Teresa Pereira

Introduction: In Portugal, the real impact of rheumatologic diseases is still unknown, although it is clear that they affect about 30% of Portuguese population. They represent about 16-23% of Primary Care consultations. When undiagnosed and early treated, they can origin severe physical, psychological, familiar, social and economic repercussions. It is fundamental that General Practice physicians, the first link with patients, are able to recognize properly the signs and symptoms of the referred diseases, aiming to its early referentiation. **Goals:** Determine the prevalence of osteoarticular complaints at Primary Care, on Centro Hospitalar Cova da Beira's area, as well as characterize those complaints and determine the pharmacological therapeutics that is more prescribed by General Practice physicians in this area. **Methods:** In this descriptive and observational study, self-administered questionnaires concerning patients osteoarticular pain complaints were distributed to General Practitioners of three selected Primary Care Centres (Covilhã, Belmonte e Fundão), to be fill out during a five consecutive day period. It has been also given a table to every physician, to determine prevalence. **Results and Discussion:** The total number of patients, from the three Primary Care Centres, with osteoarticular complaints was 238 (n). The global prevalence value was 21,3% (14,1% Covilhã's Primary Care Centre, 17,8% Belmonte's Primary Care Centre, 35,8% Fundão's Primary Care Centre). It has been verified that osteoarticular complaints are more frequent among women (70%) and between ages 45 to 64. The majority of the patients is overweight (46,6%), fitting, at a professional level, on grade V of Graffar's

classification (62%). The anatomical regions more frequently mentioned were the axial region and lower limb (43% and 32%, respectively), being the lumbar spinal column and the knees (45%), the most frequently reported zones. On the superior limb, 47% of patients have shoulder level pain. Among the 238 patients, 95 have articular pathology (55% of mechanical rhythm and 45% of inflammatory rhythm) and 68 periarticular disease. 75 were considered not interpretable questionnaires. From the therapeutic classes in study, non opiates analgesic drugs were prescribed to 148 patients, followed by non-steroidal anti-inflammatory drugs (118 patients), proton pump inhibitor drugs (86 patients) and ciclooxigenase 2 selective inhibitor drugs (81 patients). In a much lesser scale it has been prescribed painkiller opiates and corticoids (18 e 13 patients, respectively). **Conclusion:** The prevalence of osteoarticular complaints at Primary Care Centres from CHCB's area was 21,3%, which is in conformity with literature. Lumbar and cervical spinal column, shoulders and knees complaints predominate. It has been verified that, in a significant part of questionnaires, a dissonant characterization of signals and symptoms occurs, which does not allow a correct perception of them. The most prescribed medication was non opiates analgesics and non-steroidal anti-inflammatory drugs.

Keywords: Rheumatic diseases; Pain; Musculoskeletal Complaints; Prevalence; Primary Care.

"Toda a felicidade que a humanidade possa desfrutar não consiste no prazer, mas antes, na ausência da dor."

John Dryden

AGRADECIMENTOS

Atingido o fim deste trabalho, impõe-se dedicar umas palavras de agradecimento a quem contribuiu para a sua realização.

Dedico, assim, o meu primeiro obrigada à minha orientadora, Dra. Margarida Alexandre Oliveira, por toda a orientação e ajuda prestadas, bem como por toda a disponibilidade demonstrada ao longo da realização deste trabalho.

À Prof. Doutora Anabela Almeida uma palavra de agradecimento pelo apoio e cooperação na avaliação dos dados desta dissertação.

Ao Professor Doutor Miguel Castelo Branco pelo “exemplo” de dedicação e por todos os incentivos desde o início desta etapa.

Aos Directores dos Centros de Saúde da Covilhã, Belmonte e Fundão, Dra. Eugénia Calvário, Dr. Manuel Geraldês, Dr. José Manuel Neves Costa, pela forma amável com que nos receberam e mostraram disponibilidade para colaborarem neste trabalho.

Aos médicos de Medicina Geral e Familiar dos Centros de Saúde da Covilhã, Belmonte e Fundão (e respectivas extensões) que tão gentilmente se dispuseram a colaborar no preenchimento dos questionários e que, desta forma, fizeram com que este projecto fosse viável.

A todos os profissionais de saúde e administrativos dos Centros de Saúde da Covilhã, Belmonte e Fundão (e respectivas extensões) pela forma simpática e sempre disponível com que nos cederam o material necessário para a concretização deste objectivo.

À minha família, que comigo enfrentou este ano e que “permitiu” que este trabalho de Mestrado fosse concluído. À minha irmã, por todo o tempo que dedicou a ajudar-me e pelas palavras certas, nos momentos certos.

Às minhas amigas que estiveram sempre presentes nos momentos mais desgastantes deste ano. Obrigada pela vossa amizade e pelas palavras de incentivo.

Aos meus colegas do 6º ano, pelo espírito de entreajuda demonstrados.

LISTA DE ABREVIATURAS

AA – Antiácidos

AINEs – Anti-inflamatórios não Esteróides

AR – Artrite Reumatóide

CHCB – Centro Hospitalar Cova da Beira

CS – Centro(s) de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção Geral de Saúde

DR – Doença(s) Reumática(s)

GE – Grupo(s) Etário(s)

IBPs – Inibidores da bomba de protões

I-COX2 – Inibidores selectivos da Ciclooxygenase-2

IMC – Índice de Massa Corporal

INS – Inquérito Nacional de Saúde

LES – Lúpus Eritematoso Sistémico

MGF – Medicina Geral e Familiar

OA – Osteoarticular(es)

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONDOR – Observatório Nacional de Doenças Reumáticas

ONSA – Observatório Nacional de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabelas

Tabela 1.	Definições de obesidade para adultos (OMS; IOTF)	9
Tabela 2.	Distinção entre patologia articular e periarticular	11
Tabela 3.	Distinção entre patologia articular inflamatória e articular mecânica	12
Tabela 4.	Percentagem de adesão médica ao estudo e número de questionários preenchidos em cada Centro de Saúde	13
Tabela 5.	Número de consultas de saúde do adulto e de saúde do adulto com queixas osteoarticulares no Centro de Saúde da Covilhã (por médico, nos cinco dias de estudo)	14
Tabela 6.	Número de consultas de saúde do adulto e de saúde do adulto com queixas osteoarticulares no Centro de Saúde de Belmonte (por médico, nos cinco dias de estudo)	14
Tabela 7.	Número de consultas de saúde do adulto e de saúde do adulto com queixas osteoarticulares no Centro de Saúde do Fundão (por médico, nos cinco dias de estudo)	14
Tabela 8.	Prevalência das queixas osteoarticulares nos Centros de Saúde da Covilhã, Belmonte e Fundão	15
Tabela 9.	Distribuição dos doentes dos Centros de Saúde da Covilhã, Belmonte e Fundão, por idade e por sexo	16

Figuras

Figura 1.	Distribuição etária dos doentes dos Centros de Saúde da Covilhã, Belmonte e Fundão	15
Figura 2.	Distribuição dos doentes dos Centros de Saúde da Covilhã, Belmonte e Fundão, por sexo	16
Figura 3.	IMC (dividido por classes) dos doentes dos Centros de Saúde da Covilhã, Belmonte e Fundão	17
Figura 4.	Distribuição por grupo profissional (grau) dos doentes dos Centros de Saúde da Covilhã, Belmonte e Fundão, segundo a classificação de Graffar	17
Figura 5.	Grau V da classificação de Graffar, no Centro de Saúde da Covilhã	18
Figura 6.	Grau V da classificação de Graffar, no Centro de Saúde de Belmonte	18
Figura 7.	Grau V da classificação de Graffar, no Centro de Saúde do Fundão	18
Figura 8.	Localização das queixas osteoarticulares nos Centros de Saúde da Covilhã, Belmonte e Fundão	18
Figura 9.	Distribuição das queixas osteoarticulares, por região anatómica, dos doentes dos Centros de Saúde da Covilhã, Belmonte e Fundão	19
Figura 10.	Número de doentes (e respectiva percentagem) com patologia articular vs patologia periarticular	19

Figura 11 Terapêutica farmacológica prescrita nos Centros de Saúde da Covi- 20
lhã, Belmonte e Fundão

ÍNDICE

Declarações.....	ii
Resumo.....	iii
Abstract.....	v
Agradecimentos.....	viii
Lista de Abreviaturas.....	x
Lista de Ilustrações.....	xi
Índice.....	xiv
I – Introdução.....	1
1.1 – Objectivos.....	6
II – Materiais e Métodos.....	7
Secção A – Análise Estatística.....	12
III – Resultados	13
IV – Discussão	20
V – Conclusão	24
Referências.....	26
Anexos.....	29

I - INTRODUÇÃO

Segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS), as doenças reumáticas (DR) constituem um grupo com mais de uma centena de entidades e com vários subtipos, que se podem definir como doenças e alterações funcionais do sistema músculo-esquelético de causa não traumática, onde se incluem as doenças inflamatórias do tecido conjuntivo e dos vasos, as doenças degenerativas das articulações periféricas e da coluna vertebral, as doenças metabólicas ósseas e articulares, as alterações dos tecidos moles periarticulares e as doenças de outros órgãos e/ ou sistemas relacionados com as anteriores (1, 2). As DR crónicas representam um importante problema de saúde nos países desenvolvidos, sendo uma causa *major* de morbilidade e incapacidade na população, afectando também a condição social e a saúde mental dos doentes (3). Directamente relacionada com elas está a dor, sintoma mais frequente apresentado pelos doentes com patologia músculo-esquelética. De facto, segundo o estudo EPIDOR, realizado pela Sociedade Espanhola de Reumatologia em colaboração com a Fundação Grunenthal, até 98,6% dos doentes que recorrem pela primeira vez à consulta de Reumatologia têm dor (4). Woolf e Akeson (5) referem, ainda, que 1 em cada 4 pessoas submetidas a inquéritos apresentam dor crónica músculo-esquelética nos países pouco e muito desenvolvidos.

As queixas músculo-esqueléticas são a segunda razão mais frequente de consulta médica e, em muitos países representam 10-20% de consultas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (6, 7). Estima-se que contribuam em 3,4% para a carga total de doença nos países desenvolvidos (8), tendo um impacto substancial na qualidade de vida, no consumo de recursos de saúde e na economia da nação (através de gastos directos e indirectos). De facto, as DR representam a primeira causa de incapacidade (temporária e

definitiva), a primeira causa de reformas antecipadas e a segunda causa de gastos totais em medicamentos (9). Sabe-se, hoje, que pessoas de todo o mundo sofrem de dor e incapacidade causadas por doenças músculo-esqueléticas, sendo que aproximadamente um terço de todos os adultos americanos irão apresentar dor e tumefacção articular ou limitação de movimentos (10) e cerca de dois terços irão ter dor nas costas em qualquer altura das suas vidas (11). Segundo Picavet e Hazes (12), a prevalência global auto-reportada de queixas músculo-esqueléticas varia entre 2% e 65%.

Factores imunogenéticos e ambientais parecem desempenhar um papel central na etiologia destas doenças multifactoriais (8). Entre eles destacam-se a idade, raça, área geográfica, condição sócio-económica, profissão, história familiar, índice de massa corporal (IMC), álcool, tabaco, dieta e nível educacional (13).

Estudos epidemiológicos apontam para um aumento da prevalência de doenças músculo-esqueléticas com a idade, variando entre 5%, no grupo etário 16-24 anos, e 54%, naqueles com 85 anos ou mais (12, 14, 15), embora seja sabido que um número significativo de crianças e adultos jovens também são afectados. Num estudo descritivo populacional, Badley e Tennant referem, ainda, que as articulações mais frequentemente envolvidas são os joelhos e coluna vertebral, com uma frequência na população de cerca de 10%. Neste estudo, as articulações dos ombros, mãos, coluna cervical, ancas, pés e tibio-társicas são menos afectadas (15).

Num estudo Americano, as DR são a causa principal de incapacidade relacionada com o trabalho e de absentismo laboral, entre homens e mulheres, com idades compreendidas entre os 16 e 72 anos. (14) Por outro lado, a associação entre o tipo de actividades específicas no trabalho e o risco acrescido de desenvolver doenças músculo-

esqueléticas está bem documentada em países desenvolvidos. Tanaka e colaboradores (16, 17) sugerem que mais de 40% destas doenças podem ser atribuídas ao trabalho, na população americana. As DR periarticulares que resultam, frequentemente, de lesões repetitivas, habitualmente provocadas por traumatismos relacionados com o trabalho, representam mais de metade dos casos de doenças profissionais (1).

Em Portugal, a verdadeira dimensão do problema causado pelas DR não é conhecida com rigor, embora se estime que as cervicalgias e lombalgias ocupem lugar de destaque com a maior prevalência (10%), seguidas pela patologia periarticular (onde se incluem as lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho) (5,5%), pela osteoporose (5%) e pela osteoartrose dos joelhos (3,8%). Já a Fibromialgia, a osteoartrose da anca e as doenças microcristalinas ocupam um lugar intermédio, com prevalências de 2%, 1,3% e 1%, respectivamente. Por último, surgem a artrite reumatóide (AR) (0,3%) e as conectivites (0,1%) (2).

A DGS sugere que, em Portugal, cerca de 30% da população adulta padece de sintomas músculo-esqueléticos, sendo estas alterações mais frequentes no sexo feminino e nos idosos, bem como nas pessoas com menores rendimentos e menor escolaridade (1, 2, 15). De facto, num estudo transversal realizado através do Observatório Nacional de Saúde (ONSA) foram encontradas proporções significativamente diferentes entre sexos, relativamente à existência de patologia reumática: 29,1% nas mulheres *versus* 18,3% nos homens (18).

Em Portugal, as DR representam 16 a 23% das consultas nos CSP (primeira causa de consulta), são a terceira causa de consumo crónico de medicamentos (21,3%) e originam o maior número de reformas antecipadas por doença (35-41%) (1, 19).

Numa avaliação da população do Porto, o Observatório Nacional de Doenças Reumáticas (ONDOR) determinou que a prevalência de DR auto-declaradas é de 24% (20).

Em contraste com estas evidências epidemiológicas e com a repercussão sócio-económica que acarretam, as DR não têm sido devidamente valorizadas em Portugal, tanto pela população em geral, como pela classe médica e autoridades de Saúde em particular. Vários factores poderão contribuir para esta realidade: desvalorização das DR, fruto de uma atitude cultural dos doentes; dificuldade na referenciação ao especialista em Reumatologia; acentuada disparidade entre a enorme morbilidade e diminuta mortalidade; a existência de poucos estudos epidemiológicos e de poucas estatísticas oficiais, focando estas doenças (9).

Por seu turno, a avaliação dos doentes com patologia músculo-esquelética deve basear-se numa história clínica cuidada e exame objectivo pormenorizados. A caracterização da dor, sintoma que geralmente leva o doente à consulta, deve ser feita, também, de forma cuidada. Devemos perceber qual a sua forma de início e duração, a sua localização, os factores de agravamento e melhoria, bem como o ritmo e as características da dor (à mobilização activa e passiva), os achados à palpação (dor sobre a estrutura; dor sobre a entrelinha articular), a presença de sinais inflamatórios e achados em manobras específicas e a presença de manifestações associadas. Só assim se podem definir de forma clara os grandes síndromes Reumatológicos e, dentro destes, os seus diversos subtipos (21).

Em Portugal, as prescrições de fármacos para o tratamento de queixas músculo-esqueléticas representam cerca de 14,1% do total das prescrições em Medicina Geral e Familiar (MGF) (22), sendo os Anti-inflamatórios não Esteróides (AINEs) usados em

82,8% dos doentes (23). Um estudo de Luiz Miguel Santiago e colaboradores (22) concluiu que, numa população de 160 662 indivíduos, o volume de prescrição de AINEs foi superior nos indivíduos com mais de 65 anos e em meio rural, comparativamente à população com idade inferior a 65 anos e urbana. De facto, e tendo em conta os potenciais efeitos adversos destes fármacos, particularmente a nível gastro-duodenal, particular atenção deve ser dada ao seu uso, nomeadamente em indivíduos com poli-patologia e, frequentemente, polimedicados. Por seu turno, um grande número de estudos demonstrou que os Inibidores Selectivos da Ciclooxygenase-2 (I-COX2) são tão eficazes como os AINEs clássicos no tratamento de diferentes tipos de doenças reumáticas, com melhor perfil de segurança gastrointestinal (24). No entanto, deve-se referir que não são destituídos de efeitos secundários, nomeadamente aqueles relacionados com o sistema cardiovascular. Os inibidores da bomba de prótons (IBPs) devem ser associados à terapêutica anti-inflamatória nos doentes de risco, para prevenir lesões esófago-gastroduodenais concomitantes.

Assim, a importância deste trabalho advém das suas possíveis implicações práticas, uma vez que a demonstração do real impacto das DR, particularmente no que toca à sua prevalência, e a posterior adopção de atitudes vigorosas face a elas só é exequível através do conhecimento dos dados de estudos epidemiológicos rigorosos. Além disso encontramos-nos numa década imperativa no que concerne à consciencialização do impacto das DR - Década do Osso e da Articulação (2000-2010) – e, logo, torna-se mandatório observar e registar a prevalência da dor osteoarticular (como principal manifestação de DR) e sintomas e sinais acompanhantes, no sentido de cumprir um dos objectivos traçados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Deste modo, consideramos que é essencial que os Médicos de MGF reconheçam os principais sinais e sintomas das DR, já que deles depende a correcta e atempada orientação dos doentes e o alívio dos sintomas mais frequentes, nomeadamente a dor (25).

1.1- Objectivos

São objectivos deste trabalho determinar a prevalência das queixas osteoarticulares (OA) nos doentes observados nos CSP, com referenciação ao Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB); caracterizar essas mesmas queixas na população-alvo, tentando enquadrá-las em dois grandes síndromes reumatológicas: *patologia articular (inflamatória/ mecânica)* vs *patologia periarticular*; determinar a terapêutica farmacológica mais prescrita pelos Médicos de MGF.

São objectivos secundários estabelecer uma possível relação entre as queixas OA e a idade, sexo, IMC e profissão dos doentes.

Pretende-se, portanto, caracterizar o perfil de queixas OA nesta zona do país, dado o escasso número de estudos nesta área e a crescente importância que elas assumem.

II - MATERIAIS E MÉTODOS

Com vista a desenvolver um estudo observacional, descritivo e transversal, na tentativa de cumprir os objectivos já mencionados, foram seleccionados 3 Centros de Saúde (CS) da área de abrangência do CHCB: Centros de Saúde da Covilhã (Sede e Extensões de Tortosendo, Unhais da Serra e Teixoso), Belmonte (Sede) e Fundão (Sede).

O questionário elaborado para o estudo foi entregue a cada um dos médicos de MGF dos CS seleccionados, que se disponibilizaram para participar no estudo (vinte no total), no período compreendido entre Novembro de 2008 e Fevereiro de 2009. Cada um dos clínicos preencheu os referidos questionários durante cinco dias úteis consecutivos, nas consultas de saúde do adulto. Deste modo, a amostra corresponde aos doentes que na consulta de saúde do adulto apresentavam queixas do foro OA. Foram excluídas as consultas de saúde infantil, de planeamento familiar, de saúde materna e de receituário.

O questionário (*Anexo 1*), aplicado a cada doente da amostra, contemplava: dados gerais sobre o doente, especificamente variáveis demográficas (idade e sexo), estado civil, altura, peso e profissão; tabela de localização das queixas OA (axiais, dos membros superior e inferior); tabela de sinais e sintomas; tabela de terapêutica farmacológica prescrita.

Adicionalmente, de modo a obter informação sobre a prevalência das queixas OA em cada CS, no período de tempo estipulado, foi entregue a cada médico uma tabela de prevalência das queixas em estudo (*Anexo 2*).

1- Determinação da prevalência

A tabela de prevalência das queixas OA (Anexo 2) incluiu 2 parâmetros: número total de consultas de saúde do adulto (População) realizadas por cada médico de MGF nos 5 dias do estudo; número de consultas cujos doentes apresentavam queixas OA (Amostra). Assim, a **prevalência das queixas OA por CS** foi obtida, mediante a aplicação da seguinte fórmula:

$$\frac{n^{\circ} \text{ total } _ \text{ consultas } _ \text{ saúde } _ \text{ adulto } _ \text{ queixas } _ \text{ OA} \times 100}{n^{\circ} \text{ total } _ \text{ consultas } _ \text{ saúde } _ \text{ adulto}}$$

O número total das consultas (amostra e população) que constam no cálculo acima referido foi obtido pelo **somatório dos valores individuais obtidos para cada médico colaborante**, do mesmo CS, durante o referido período de tempo.

2- Dados Gerais dos Doentes

Definiram-se seis Grupos Etários (GE): GE1 – 5 a 14 anos; GE2 – 15 a 24 anos; GE3 – 25 a 44 anos; GE4 – 45 a 64 anos; GE5 – 65 a 74 anos; GE6 – 75 anos ou mais. Adoptámos a divisão por grupos etários, usada por José Guilherme Jordão, na sua tese de Doutoramento (9, 26).

O IMC foi calculado com base no peso (quilogramas) e altura (metros), segundo a fórmula $IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$. Para a divisão do IMC por classes, recorreu-se às defini-

ções de obesidade para adultos (homens e mulheres) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da *International Obesity Task Force* (IOTF) (Tabela 1):

Tabela 1 – Definições de obesidade para adultos (OMS; IOTF)

Peso	Classe (kg/m²)
IMC normal	18,5 – 24,9
Excesso de peso (Pré-Obeso)	25 – 29,9
Obesidade tipo I	30 – 34,9
Obesidade tipo II	35 – 39,9
Obesidade tipo III	Mais de 40

Em relação à variável Profissão utilizou-se a *Classificação de Graffar* (27), método de classificação social internacional, que usa a profissão como um dos cinco critérios necessários para caracterizar o nível sócio-económico de uma família. Assim, e de forma a agrupar as diversas profissões apresentadas pelos doentes da amostra, considerou-se, tendo por base esta classificação, que:

- Grau I – Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente
- Grau II – Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes
- Grau III – Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres de obra

- Grau IV – Operários especializados com ensino primário completo (motoristas, polícias, cozinheiros, entre outros)
- Grau V – Trabalhadores manuais ou operários não especializados (jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, entre outros)

3- Caracterização das queixas osteoarticulares

A caracterização das queixas OA baseou-se na definição da localização das mesmas e sinais e sintomas associados. Assim, consideraram-se três regiões: axial, membros superiores e membros inferiores. Subdividiu-se a localização axial em coluna cervical, dorsal e lombar; o membro superior em ombro, cotovelo e mão; e o membro inferior em anca, joelho e pé.

Com o objectivo de diferenciar patologia articular/ periarticular e articular inflamatória/ articular mecânica, questionou-se o doente sobre a existência de:

- dor com movimentos activos (sim, para todos; sim, para alguns)
- dor com movimentos passivos (sim; não)
- dor à palpação da entrelinha articular (sim, de toda a entrelinha; sim de parte da entrelinha)
- rigidez matinal (sim, > 30 minutos; sim, < 30 minutos; não)
- tumefacção articular (sim, de toda a entrelinha; sim de parte da entrelinha; não)

Para a distinção entre patologia articular vs periarticular e articular inflamatória vs articular mecânica, consideraram-se os seguintes critérios (Tabelas 2 e 3), com base na literatura existente (21):

Tabela 2 – Distinção entre patologia articular e periarticular

Patologia articular	Patologia periarticular
<ul style="list-style-type: none"> • Dor com <i>todos</i> os movimentos activos • Dor com movimentos passivos • Dor à palpação de toda a entrelinha articular 	<ul style="list-style-type: none"> • Dor com <i>alguns</i> movimentos activos • Sem dor com movimentos passivos • Dor à palpação de parte da entrelinha articular
<ul style="list-style-type: none"> • Rigidez articular <ul style="list-style-type: none"> >30 minutos (<i>inflamatório</i>) <30 minutos (<i>mecânico</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rigidez articular <ul style="list-style-type: none"> <30 minutos sem rigidez articular
<ul style="list-style-type: none"> • Tumefacção articular <ul style="list-style-type: none"> de toda a entrelinha (<i>inflamatório</i>) de parte da entrelinha (<i>mecânico</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tumefacção articular <ul style="list-style-type: none"> de parte da entrelinha sem tumefacção da entrelinha

Tabela 3 - Distinção entre patologia articular inflamatória e articular mecânica

Articular inflamatória	Articular mecânica
<ul style="list-style-type: none">• Rigidez matinal > 30 minutos• Tumefacção de toda a entrelinha articular	<ul style="list-style-type: none">• Rigidez matinal < 30 minutos• Tumefacção de parte da entrelinha articular

4- Terapêutica farmacológica prescrita

Foram consideradas e incluídas no estudo as seguintes classes terapêuticas: AINEs clássicos, I-COX2, analgésicos opiáceos e não opiáceos, corticóides, antiartrósicos, IBPs e antiácidos (AA).

Secção A - Análise Estatística

O tratamento de todos os dados foi feito usando os softwares *Microsoft Office Excel 2007* e *SPSS 17.0*.

Apesar da amostra inicial corresponder a um total de 239 doentes com queixas OA, apenas foram validados 238 questionários, já que um estava indevidamente preenchido.

Em relação à variável *idade*, houve 67 não respostas (28,2% do total) referentes ao CS do Fundão. Como tal, dado tratar-se de uma percentagem elevada, foram excluídos os questionários correspondentes aquando do uso desta variável (28).

Relativamente às variáveis *sexo*, *estado civil*, *peso* e *altura* procedeu-se à substituição das não respostas pela respectiva média, tal como é permitido pelas regras estatísticas do SPSS, quando a percentagem de não respostas é inferior a 20% (*replace with mean*) (28). Para a determinação do IMC utilizou-se a função *transform e compute variable* do SPSS, já que $IMC = peso / altura^2$.

III – RESULTADOS

O número total de questionários preenchidos, correspondente ao número total de doentes com queixas OA, nos 3 CS envolvidos, foi 238 (n): 71 no CS da Covilhã; 52 no CS de Belmonte; 115 no CS do Fundão. Para cada CS, determinou-se a percentagem de adesão tendo em conta o número de médicos que colaborou neste estudo (Tabela 4). Nas Tabelas 5, 6 e 7 está apresentado o número de consultas de saúde do adulto de cada Médico nos cinco dias de estudo e, destas, o número consultas cujos doentes se apresentavam com queixas do foro OA.

Tabela 4 – Percentagem de adesão médica ao estudo e número de questionários preenchidos em cada Centro de Saúde

	CS Covilhã	CS Belmonte	CS Fundão
Total de Médicos	34 (extensões incluídas)	5	10
Médicos colaborantes	12	4	4
Percentagem de adesão médica	35,3%	80%	40%
Nº de questionários preenchidos	71	52	115

Tabela 5 – Número de consultas de saúde do adulto e de saúde do adulto com queixas osteoarticulares no Centro de Saúde da Covilhã (por médico, nos cinco dias de estudo)

	Nº_cons_adulto	Nº_cons_ad_qx_OA
Médico 1	61	7
Médico 2	38	5
Médico 3	40	3
Médico 4	36	3
Médico 5	61	3
Médico 6	40	5
Médico 7	34	8
Médico 8	21	5
Médico 9	70	10
Médico 10	40	7
Médico 11	36	4
Médico 12	28	11

Tabela 6 – Número de consultas de saúde do adulto e de saúde do adulto com queixas osteoarticulares no Centro de Saúde de Belmonte (por médico, nos cinco dias de estudo)

	Nº_cons_adulto	Nº_cons_ad_qx_OA
Médico 1	71	15
Médico 2	117	6
Médico 3	55	14
Médico 4	49	17

Tabela 7 – Número de consultas de saúde do adulto e de saúde do adulto com queixas osteoarticulares no Centro de Saúde do Fundão (por médico, nos cinco dias de estudo)

	Nº_cons_adulto	Nº_cons_ad_qx_OA
Médico 1	81	41
Médico 2	90	34
Médico 3	59	6
Médico 4	91	34

*Nº - número; cons – consultas; ad – adulto; qx – queixas; OA – osteoarticulares

1- Determinação da prevalência

Com base na informação apresentada e mediante a aplicação da fórmula mencionada na metodologia, obtiveram-se os seguintes valores percentuais de prevalência para cada um dos CS considerados (Tabela 8).

Tabela 8 – Prevalência das queixas osteoarticulares nos Centros de Saúde da Covilhã, Belmonte e Fundão

	Nº total consultas de saúde do adulto	Nº total consultas de saúde do adulto com queixas OA	Prevalência (%)
CS Covilhã	505	71	14,1
CS Belmonte	292	52	17,8
CS Fundão	321	115	35,8
Total	1118	238	21,3

2- Caracterização da amostra (n)

Os seguintes resultados são apresentados tendo em conta uma análise global dos três CS em estudo (Covilhã, Belmonte e Fundão), não especificando os resultados referentes a cada CS individualmente.

2.1. Dados Gerais dos doentes

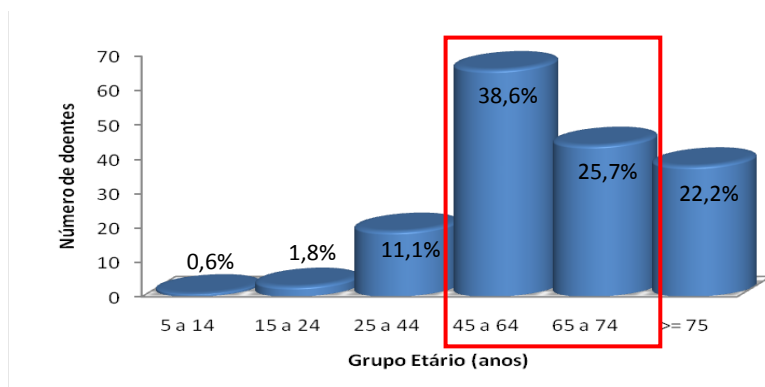


Figura 1 – Distribuição etária dos doentes dos Centros de Saúde da Covilhã, Belmonte e Fundão

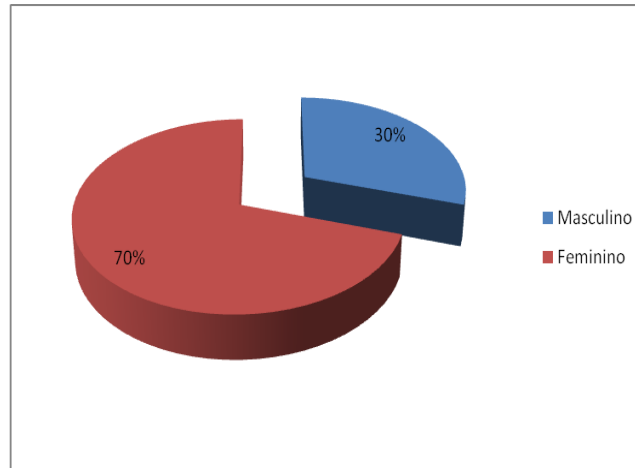


Figura 2 – Distribuição dos doentes dos Centros de Saúde da Covilhã, Belmonte e Fundão, por sexo

Tabela 9 – Distribuição dos doentes dos Centros de Saúde da Covilhã, Belmonte e Fundão, por idade e por sexo

Grupo etário (anos)	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	>=75	Total
Sexo masculino n (%)	1 (2,3)	1 (2,3)	3 (7)	23 (53,5)	9 (21)	6 (14)	43
Sexo feminino n (%)	0 (0)	2 (1,6)	16 (12,5)	43 (33,6)	35 (27,3)	32 (25)	128
Total	1	3	19	66	44	38	171*

(*amostra reduzida dado existirem 28,2% de não respostas referentes à variável idade – Materiais e Métodos > Análise estatística > secção A)

Verifica-se uma tendência para o aumento das queixas OA com a idade, tanto em homens como em mulheres, sendo o pico máximo atingido no GE entre os 45-64 anos. A média etária é de 62 anos (13-93).

Dos 238 doentes com queixas do foro OA, 75% são casados, 17% são viúvos, 6% são solteiros e, apenas, 2% divorciados.

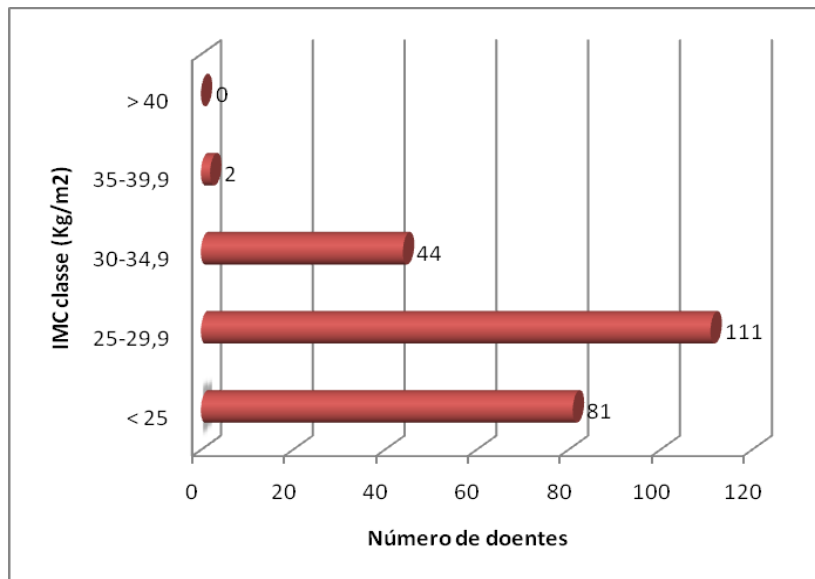


Figura 3 – IMC (dividido por classes) dos doentes dos Centros de Saúde da Covilhã, Belmonte e Fundão

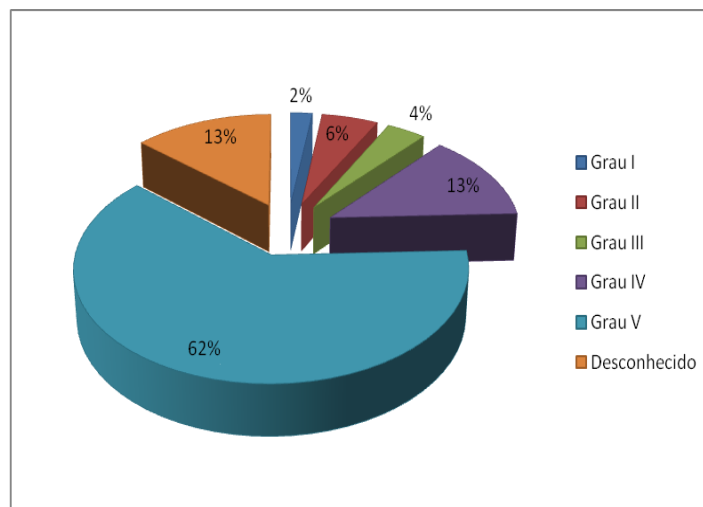


Figura 4 – Distribuição por grupo profissional (grau) dos doentes dos Centros de Saúde da Covilhã, Belmonte e Fundão, segundo a classificação de Graffar

*Em 13% dos questionários, a profissão não foi assinalada (desconhecida)

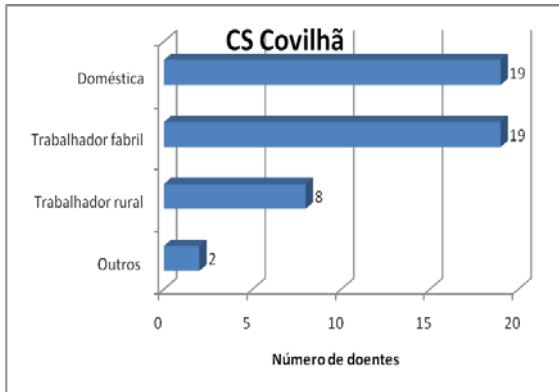


Figura 5

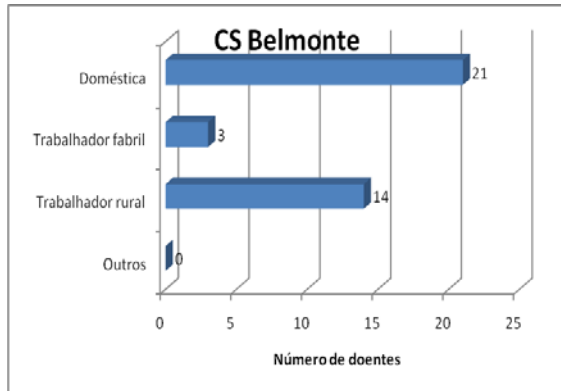


Figura 6

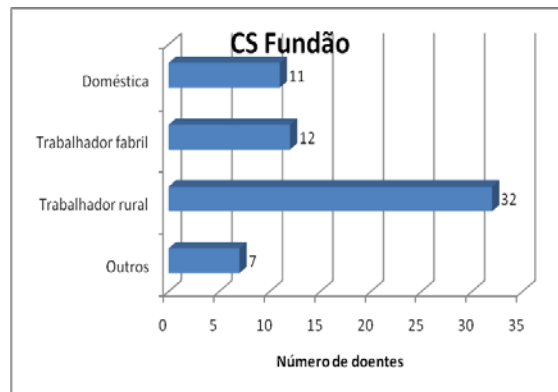


Figura 7

Figuras 5, 6 e 7 – Grau V da classificação de Graffar, nos Centros de Saúde da Covilhã, Belmonte e Fundão, respectivamente

2.2- Localização das queixas

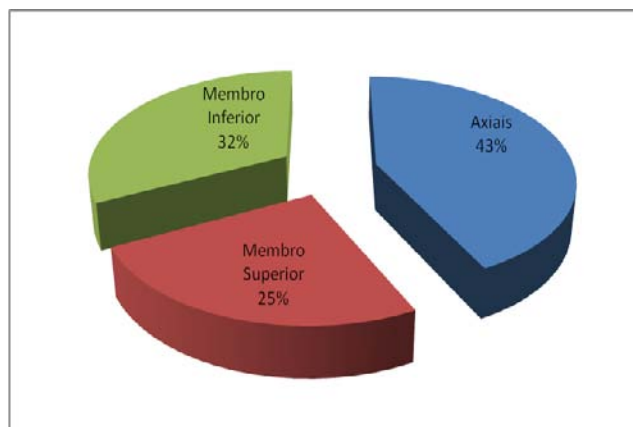


Figura 8 – Localização das queixas osteoarticulares nos Centros de Saúde da Covilhã, Belmonte e Fundão

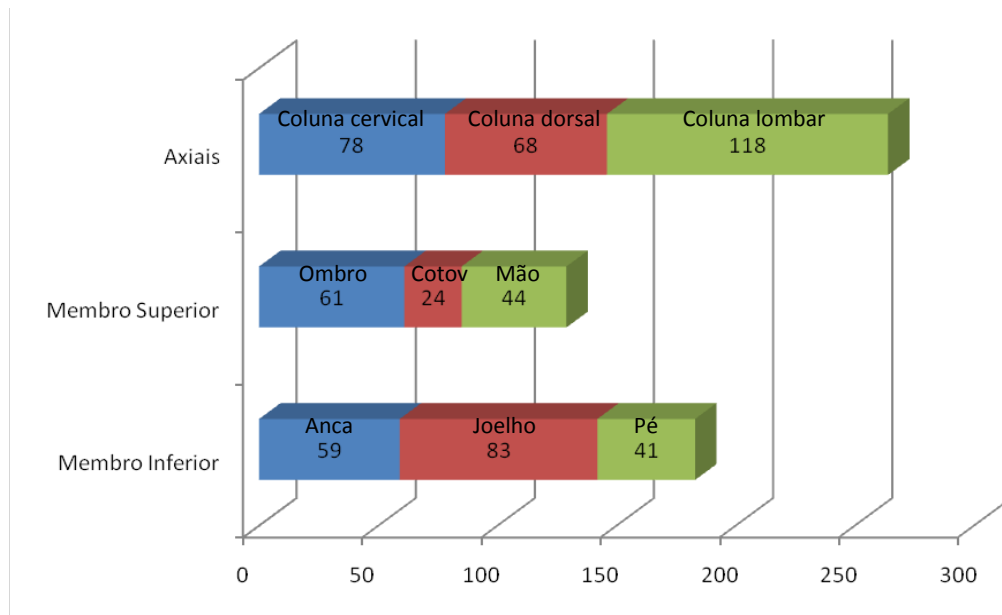


Figura 9 – Distribuição das queixas osteoarticulares, por região anatómica, dos doentes dos Centros de Saúde da Covilhã, Belmonte e Fundão

2.3- Patologia articular (mecânico/ inflamatório) vs patologia periarticular

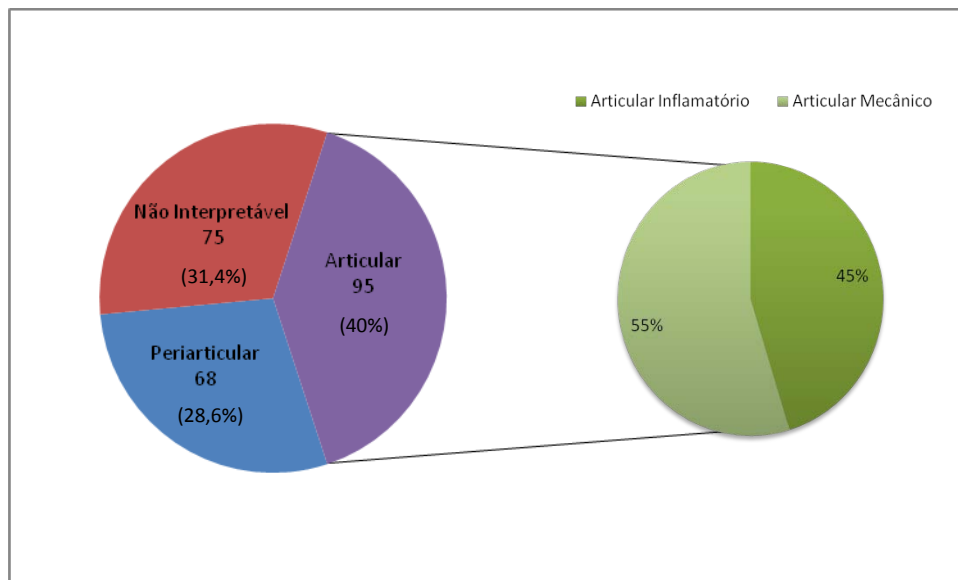


Figura 10 – Número de doentes (e respectiva percentagem) com patologia articular vs patologia periarticular

2.4- Terapêuticas farmacológicas prescritas

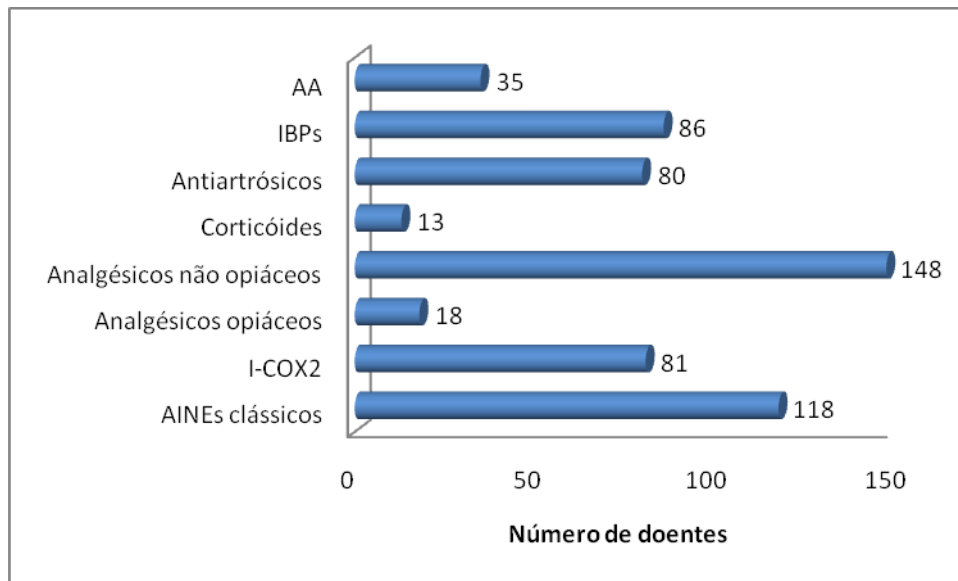


Figura 11 – Terapêutica farmacológica prescrita nos Centros de Saúde da Covilhã, Belmonte e Fundão

IV- DISCUSSÃO

A prevalência das queixas OA na área de referência do CHCB foi de 21,3%, o que vem documentar a alta prevalência destas queixas nesta região geográfica. Verifica-se que esta foi mais elevada no CS do Fundão (35,8%), seguindo-se o CS de Belmonte (17,8%) e o CS da Covilhã (14,1%). Uma maior percentagem de queixas OA surgiu ao nível das profissões do grau V da classificação de Graffar (62%), e foi sobreponível nos três CS. Neste grau estão incluídas diferentes actividades profissionais, nomeadamente a actividade rural (maioritária no Fundão) e as actividades fabril e doméstica (maioritárias na Covilhã e em Belmonte). De facto, está bem documentada a relação existente entre actividades laborais que implicam esforços físicos intensos e/ou repetitivos e as queixas OA.

Verifica-se que existe um perfil comum nas três zonas consideradas relativamente à maior prevalência de queixas OA no sexo feminino (70%), quando comparado com o sexo masculino (30%). O grupo etário dos 45-64 anos é o mais afectado em ambos os sexos (idade média de 62 anos) e as queixas OA tendem a decrescer a partir dos 65 anos. Apesar do decréscimo observado a partir dos 65 anos, é de notar que a prevalência das queixas OA em ambos os sexos mantém-se mais elevada após esta idade do que até os 45 anos. Possivelmente tal facto terá relação com a diminuição da actividade laboral, coincidente com a idade da reforma. Esta justificação encontra suporte no Inquérito Nacional de Saúde (INS) 1998/99, revelado pelo relatório de actividades da ONDOR 2003-2005 (20), segundo o qual as mulheres com idade compreendida entre os 55 e os 64 anos (21,2%) e os homens com idade compreendida entre os 45 e os 54 anos (17%) foram os que mais recorreram a consultas por doença do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, havendo um decréscimo significativo a partir desta idade, reflectindo provavelmente o decréscimo do impacto dos acidentes e de patologia associada à actividade laboral. Do previamente exposto poder-se-á dizer que as queixas OA com maior prevalência na faixa etária dos 45-64 anos (fase mais activa e produtiva da vida) parecem ter relação com o exercício laboral intenso, já acumulado de vários anos e, eventualmente, com acidentes laborais. Por outro lado, a inactividade física, decorrente da reforma, poderá ser o motivo subjacente à ulterior redução dessas mesmas queixas após os 65 anos de idade. Por seu turno, está descrito que as doenças do tecido conjuntivo, nomeadamente a AR e o Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) têm maior prevalência em mulheres em idade fértil (29, 30). É de notar que as queixas OA não apresentaram expressividade nos dois primeiros GE (5 aos 24 anos).

Em relação ao IMC, observa-se uma tendência para o excesso de peso (a maioria dos doentes apresenta um IMC compreendido entre 25 e 29,9 Kg/m²) comum a todos os CS (46,6% pré-obesos vs 34% IMC normal). Uma proporção significativa de doentes da amostra (18,5%) apresenta-se com obesidade tipo I (IMC entre 30 e 34,9 Kg/m²). Estes resultados levam-nos a colocar a hipótese de uma possível relação entre um elevado IMC e a presença de queixas OA. Tanto mais que as referidas queixas prevalecem a nível axial e dos membros inferiores e foram descritas, principalmente, como degenerativas.

À semelhança do que está descrito na literatura, as queixas axiais são as mais prevalentes (43%), seguindo-se as dos membros inferiores (32%) e as dos membros superiores (25%). Relativamente às queixas axiais, obteve-se uma maior predominância de lombalgias (45%), seguidas das cervicalgias (29%) e dorsalgias (26%), o que vem ao encontro com o que está referido na literatura (2). No membro inferior há uma maior prevalência de queixas nos joelhos (45%), seguidos pela anca (32%) e pelos pés (23%). A dor no ombro é a queixa mais prevalente do membro superior (47%), à qual se segue a dor na mão (34%) e, por fim, no cotovelo (19%).

De acordo com a caracterização das queixas álgicas referidas pelos doentes e sinais e sintomas associados, constata-se que a patologia articular (40%), de ritmo mecânico (55%) é a mais prevalente. Um número significativo de questionários não foi passível de interpretação (31,4%) e a patologia periarticular afectará cerca de 28,6% dos doentes. A não interpretação de parte das respostas prende-se com a dissonância da informação contida nos questionários.

No que diz respeito à terapêutica instituída para o tratamento das queixas OA, verifica-se, pela análise dos resultados obtidos, uma forte tendência dos médicos de MGF dos CS da área de abrangência do CHCB para a prescrição de analgésicos não opiáceos (148 doentes) e AINEs (118 doentes). A relativa frequência na prescrição de IBPs e de AA como terapia adjuvante relaciona-se, provavelmente, com a adequada consciencialização da necessidade de protecção gástrica concomitante, particularmente na faixa etária em causa. Os corticóides e os analgésicos opiáceos são terapêuticas muito pouco prescritas (13 e 18 doentes, respectivamente).

Considera-se que constituem limitações a este estudo a escassa percentagem de adesão no preenchimento dos questionários por parte de alguns Médicos, o que possivelmente contribui para subestimar o número de doentes com queixas OA nas consultas de saúde do adulto. Um maior número de questionários preenchidos levaria a um aumento no tamanho da amostra, o que acarretaria resultados eventualmente diferentes em termos de caracterização dessas mesmas queixas.

V – CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS FUTURAS

- 1- A prevalência das queixas OA nos CSP da área de referência do CHCB foi de 21,3%, em concordância com as usuais estimativas de prevalência, igualmente de acordo quer em relação à distribuição por sexo, quer à distribuição por classe etária.
- 2- Este trabalho leva-nos, ainda, a reflectir sobre a eventual necessidade de maior formação a dar aos Médicos de MGF sobre a caracterização das queixas OA. Dada a elevada prevalência e impacto das mesmas, tal como foi citado acima, é fundamental que o Médico que em primeiro lugar contacta com o doente saiba reconhecer os sinais e sintomas dos principais doentes reumáticos com vista à sua orientação e referenciação com brevidade. Para que isto tudo se verifique, é fundamental uma boa articulação entre as duas especialidades (MGF e Reumatologia).
- 3- Como conclusão adicional, constata-se que os fármacos mais prescritos foram os AINEs e analgésicos não opiáceos. Estes resultados vêm de encontro ao que é expectável de acordo com os diagnósticos mais prevalentes referidos: queixas axiais e articulares mecânicas.

Por seu turno, os glucocorticóides são potentes fármacos anti-inflamatórios, e a sua prescrição só deve ser feita após um adequado conhecimento do diagnóstico em causa.

- 4- O perfil de queixas OA foi sobreponível nos três CS envolvidos no estudo, quer em termos de indicadores gerais dos doentes, quer em relação à localização e terapêuticas prescritas.

Na nossa perspectiva seria interessante, em termos futuros, realizar um maior número de estudos na área da Reumatologia nos CSP, na tentativa de estimular o conhecimento da realidade nacional, no que toca à real prevalência das queixas OA e aos custos directos e indirectos decorrentes destas doenças.

Por seu turno também é necessário um conhecimento mais aprofundado das limitações ao diagnóstico e referenciação precoce dos doentes com queixas OA.

REFERÊNCIAS

1. Direcção Geral de Saúde (DGS). Programa nacional contra as doenças reumáticas. Lisboa: DGS; 2004.
2. Direcção-Geral da Saúde (DGS). Rede de Referenciação Hospitalar de Reumatologia. In: planeamento Ddsd, editor. Lisboa 2004.
3. Malemba J, Mbuyi-Muamba J. Clinical and epidemiological features of rheumatic diseases in patients attending the university hospital in Kinshasa. *Clin Rheumatol* 2008;27:47-54.
4. Gabriel R, Monfort J, Carbonell J, Tornero J. Epidemiología del dolor en las consultas de reumatología españolas. *Rev Esp Reumatol* 2003;30(5):166.
5. Woolf A, Akesson K. Understanding the burden of musculoskeletal conditions. *BMJ* 2001;322:1079-80.
6. Osborne RH, Nikpour M, Busija L, Sundararajan V, Wicks IP. Prevalence and cost of musculoskeletal disorders: a population-based, public hospital system healthcare consumption approach *J Rheumatol* 2007;34(12):2466-75.
7. Rasker JJ. Rheumatology in general practice. *Br J Rheumatol* 1995;34(6):494-7.
8. Chopra A, Abdel-Nasser A. Epidemiology of rheumatic musculoskeletal disorders in the developing world. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2008;22:583-604.
9. Faustino A. Epidemiologia e importância económica e social das doenças reumáticas. *Acta Reuma Port* 2002;27:21-36.
10. Kelsey J. Epidemiology of musculoskeletal disorders. Oxford University Press 1982.

11. Deyo R, Tsui-Wu Y. Descriptive epidemiology of low back pain and its related medical care in the United States. *Spine* 1987;12(3):264-8.
12. Picavet H, Hazes J. Prevalence of self reported musculoskeletal diseases is high. *Ann Rheum Dis* 2003;62:644-50.
13. World Health Organization (WHO). The burden of Musculoskeletal Diseases at the Start of the New Millennium: Report of a WHO Scientific Group. Geneva: WHO 2003.
14. Lawrence R, Helmick C, Arnett F, Deyo R, Felson D, Giannini E, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis & Rheumatism* 1998;41:778-99.
15. Badley E, Tennant A. Changing profile of joint disorders with age: findings from a postal survey of the population of Calderdale, West Yorkshire, United Kingdom. *Ann Rheum Dis* 1992;51:366-71.
16. Naidoo R, Haq S. Occupation use syndromes. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2008;22(4):677-91.
17. Tanaka S, Peterson M, Cameron L. Prevalence and risk factors of tendinitis and related disorders of the distal upper extremity among US workers: comparison to carpal tunnel syndrome. *American Journal of Industrial Medicine* 2001;39:328-35.
18. Observatório Nacional de Saúde (ONSA). Uma observação sobre a prevalência de algumas doenças crónicas em Portugal Continental. Lisboa: ONSA 2005.
19. Coelho P, Matos M. Doenças Reumáticas nos Cuidados de Saúde Primários. *Acta Reuma Port* 1997;80:9-19.
20. Observatório Nacional de Doenças Reumáticas (ONDOR). Relatório de Actividades 2003-2005.

21. Silva J. Reumatologia Prática. 2ª ed. Coimbra: Diagnóstico; 2005.
22. Santiago L, Marques M. Prescrição de anti-inflamatórios não esteróides no ambulatório de Clínica Geral do centro de Portugal. *Acta Reuma Port* 2007;32:103-10.
23. Bogas M, Afonso MdC, Araújo D. Anti-inflamatórios não esteróides e toxicidade intestinal. *Acta Reuma Port* 2006;4:228-35.
24. Delmas P, Hochberg M, Lanas A, Silva JPd, Sinatra R. Tratamento da dor com inibição da COX-2. *Patient Care* 2002:104-17.
25. Lock C, Allgar V, Jones K, Marples G, Chandler C, Dawson P. Prevalence of back, neck and shoulder problems in the inner city: implications for the provision of physiotherapy services in primary healthcare. *Physiotherapy Research International* 1999;4:161-9.
26. Jordão J. A Medicina Geral e Familiar - Caracterização da Prática e sua Influência no Ensino Pré-graduado. Lisboa: "A Comarca de Arganil" 1995.
27. Graffar M. Une méthode de classification sociale d'échantillons de la population. *Courier* 1956;6(445-459).
28. Pestana M, Cageiro J. Análises de dados para Ciências Sociais - a complementaridade do SPSS. 5ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2008.
29. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines. Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism* 1996;39(5):713-22.
30. Bertsias G, Loannidis J, Boletis J, Bombardieri S, Cervera R, Dostal C, et al. EULAR Recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. Report of a Task Force of the EULAR Standing Committee for the International Studies Including Therapeutics. *Ann Rheum Dis* 2008;67:195-205

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário

Anexo 2 – Tabela para determinação da prevalência

Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde
Mestrado Integrado em Medicina – Questionário
“Queixas Osteoarticulares nos Cuidados de Saúde Primários: Prevalência, Caracterização, Terapêutica”

Idade do doente: _____ Sexo: M F

Estado Civil: _____ Altura: _____ Peso: _____

Profissão: _____ (se reformado/ desempregado especifique s.f.f. a profissão que tinha)

Localização das queixas:

AXIAIS	MEMBRO SUPERIOR	MEMBRO INFERIOR
<input type="checkbox"/> Coluna Cervical	<input type="checkbox"/> Ombro	<input type="checkbox"/> Anca
<input type="checkbox"/> Coluna Dorsal	<input type="checkbox"/> Cotovelo	<input type="checkbox"/> Joelho
<input type="checkbox"/> Coluna Lombar	<input type="checkbox"/> Mão	<input type="checkbox"/> Pé

Caracterização das queixas:

Dor com movimentos activos <input type="checkbox"/> Sim, para todos <input type="checkbox"/> Sim, para alguns
Dor com movimentos passivos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Dor à palpação da entrelinha articular <input type="checkbox"/> Sim, de toda a entrelinha <input type="checkbox"/> Sim, de parte da entrelinha
Rigidez matinal <input type="checkbox"/> Sim; Se sim é: <input type="checkbox"/> >30min <input type="checkbox"/> <30min <input type="checkbox"/> Não
Tumefacção <input type="checkbox"/> Sim, de toda a entrelinha <input type="checkbox"/> Sim, de parte da entrelinha <input type="checkbox"/> Não

Tratamentos prescritos:

<input type="checkbox"/> AINEs clássicos
<input type="checkbox"/> Inibidores selectivos da COX-2
<input type="checkbox"/> Analgésicos: <input type="checkbox"/> Opiáceos <input type="checkbox"/> Não opiáceos
<input type="checkbox"/> Corticóides
<input type="checkbox"/> Antiartrósicos
<input type="checkbox"/> Inibidores da bomba de protões
<input type="checkbox"/> Antiácidos

Data: _____

O Médico: _____

Aluna: Maria Teresa Pereira
Orientadora: Dra. Margarida Oliveira

Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde
Mestrado Integrado em Medicina – Questionário
“Queixas Osteoarticulares nos Cuidados de Saúde Primários: Prevalência, Caracterização, Terapêutica”

Exmo. Sr(a) Dr(a),

Tendo em conta que um dos objectivos deste trabalho é a **determinação da prevalência das queixas osteoarticulares** peço o favor de preencherem a seguinte tabela com o **número total de consultas de adulto** (não englobando, portanto, as consultas infantis, de planeamento familiar, de receituário e outras) e com o **número de consultas de adulto com queixas osteoarticulares** referentes a cada dia da semana em que estarão a preencher este questionário. Assim, será possível calcular a prevalência aproximada de queixas osteoarticulares neste Centro de Saúde e, com estes dados, desenvolver um estudo epidemiológico.

Desde já, muito obrigada pela colaboração.

Atenciosamente,

Maria Teresa Pereira

<i>Dia</i> <i>Nº de consultas</i>	Número de consultas de saúde do adulto	Número de consultas de saúde do adulto com queixas osteoarticulares
1º dia		
2º dia		
3º dia		
4º dia		
5º dia		

O Médico

Aluna: Maria Teresa Pereira
Orientadora: Dra. Margarida Oliveira