

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NA ÁREA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DA CLÍNICA-ESCOLA DE FISIOTERAPIA UNIVATES

Melissa Mottin Ghisleni¹, Vanessa de Cássia Cezar da Silva², Marilúcia Vieira dos Santos³

Resumo: Considerando-se a escassez de estudos que caracterizem a população atendida nos setores de fisioterapia da Região do Vale do Taquari, esta pesquisa, de caráter observacional e descritivo, teve como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na área de fisioterapia ortopédica e traumatológica no período de agosto de 2007 a dezembro de 2013, na Clínica-escola de Fisioterapia Univates. Os resultados demonstraram que os diagnósticos mais frequentes foram discopatia degenerativa, osteoartrose, fraturas em membros inferiores e lombalgia/lombociatalgia. A hipertensão arterial sistêmica foi a doença associada mais frequente, mais prevalente entre as pessoas com processos degenerativos. Concluiu-se que o estudo permitiu a visualização dos casos clínicos mais frequentemente atendidos na Clínica-escola de Fisioterapia Univates, abrindo possibilidades de estudos específicos e a elaboração de estratégias preventivas.

Palavras-chave: Epidemiologia. Fisioterapia. Ortopedia. Traumatologia.

1 INTRODUÇÃO

As disfunções musculoesqueléticas compreendem as doenças do sistema locomotor e do tecido conectivo e são a causa mais comum de incapacidade crônica no mundo. Algumas são predominantemente genéticas, enquanto outras dependem da associação de fatores genéticos e ambientais, são associadas à idade e/ou estão sob influência de fatores biológicos e psicossociais (CONNELLY; WOOLF; BROOKS, 2006; GRIFFITHS, 2002). O impacto destas condições sobre a economia é bastante significativo, não apenas em razão dos gastos diretos gerados pelo tratamento demandado, mas também pela conseqüente redução na produtividade. Com isso, ocorre o comprometimento, de aspectos sociais e emocionais, além do bem-estar físico individual (WOOLF; ERWIN; MARCH, 2012).

A pesquisa epidemiológica tem como principal objetivo proporcionar a compreensão dos fenômenos relacionados à saúde das populações, servindo de guia inicial para o desenvolvimento de ações que modifiquem os padrões associados ao desencadeamento de doenças (BICALHO; BARROS-FILHO, 2003).

Neste sentido, o presente estudo apresenta os resultados de uma pesquisa epidemiológica desenvolvida na Clínica-escola de Fisioterapia do Centro Universitário UNIVATES, com o objetivo de estabelecer a prevalência das patologias verificadas no setor de Ortopedia e Traumatologia, identificar as doenças associadas mais comuns na amostra de pacientes, e organizar os dados clínicos

1 Mestre em Biotecnologia. Fisioterapeuta Responsável-técnica – Clínica-escola de Fisioterapia. Centro Universitário UNIVATES.

2 Acadêmica de Graduação em Fisioterapia. Centro Universitário UNIVATES.

3 Mestre em Neurociências. Docente do Curso de Graduação em Fisioterapia. Centro Universitário UNIVATES.

obtidos para a identificação de possibilidades de novas pesquisas e novas abordagens preventivas e terapêuticas para as condições encontradas.

2 METODOLOGIA

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNIVATES, sob o parecer consubstanciado número 661.301, este estudo, de caráter observacional e descritivo, foi desenvolvido através da análise retrospectiva dos prontuários dos pacientes atendidos de agosto 2007 a dezembro de 2013 no setor de Ortopedia e Traumatologia da Clínica-escola de Fisioterapia Univates. Considerando o sigilo mantido pela pesquisa epidemiológica (PEREIRA, 2002), e que a descrição dos resultados não levaria à identificação dos sujeitos, não foi feito uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados através de instrumento previamente elaborado, no qual cada indivíduo foi denominado por um número inteiro natural, iniciando-se pelo 1 (um), e contendo: diagnóstico clínico conforme descrição do encaminhamento médico, gênero do indivíduo, idade na data da avaliação fisioterapêutica e relatos de doenças associadas.

Para facilitação do agrupamento dos casos clínicos, os diagnósticos foram distribuídos entre sete grandes categorias: (1) processos degenerativos, correspondendo a distúrbios do tipo artroses, discopatia degenerativa, tendinoses, entre outros; (2) processos inflamatórios, correspondendo a tendinites, bursites, epicondilites, síndrome do impacto do ombro, entre outros; (3) processos algícos, englobando fibromialgia, dor miofascial e dores cervicais, torácicas e lombares não específicas; (4) pós-operatórios em geral, com exceção de fraturas; (5) fraturas, de tratamento conservador ou cirúrgico; (6) categoria de diagnósticos mistos, correspondendo aos casos de tratamento voltado a diferentes processos patológicos concomitantemente; e (7) outros processos patológicos, englobando diagnósticos não adequáveis a nenhum dos grupos anteriores.

As doenças associadas foram classificadas de cinco formas: (1) hipertensão arterial sistêmica (HAS); (2) hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus (HAS + DM); (3) diabetes mellitus (DM); (4) outras, englobando doenças associadas diferentes das anteriores; e (5) sem relatos, quando não havia relato do paciente sobre doenças associadas.

Todos os dados obtidos foram registrados em planilhas do Microsoft Office Excel para análise quantitativa e descritiva. Os dados foram analisados como média e desvio padrão, e a distribuição dos diagnósticos clínicos conforme grupos de processos patológicos, e a distribuição de doenças associadas.

3 RESULTADOS

Foram analisados, no total, 544 prontuários referentes aos atendimentos fisioterapêuticos na área ortopédica e traumatológica. Destes, 68 (12,5%) foram excluídos por não conterem informações completas ou por corresponderem a pacientes que fizeram apenas a avaliação fisioterapêutica. Foram consultados para a pesquisa, desta forma, 476 evoluções de pacientes (87,5%).

A amostra foi composta por 194 indivíduos do sexo masculino (40,76%) e 282 do sexo feminino (59,24%). A idade média da amostra foi de 45,86 (± 17,10) anos, com média de 41,02 (± 16,97) anos entre os homens e 49,19 (± 16,41) entre as mulheres.

Os processos degenerativos foram os mais prevalentes na amostra estudada, presentes em 128 (28,89%) prontuários. Dentre estes, foi verificada maior frequência da discopatia degenerativa, seguida pela osteoartrose, pelas tendinoses e por outros processos degenerativos, todos com maior prevalência no sexo feminino. Os processos algícos foram observados em 79 (16,59%) prontuários, com maior frequência de lombalgia ou lombociatalgia, cervicalgia ou cervicobraquialgia, e

fibromialgia, sendo encontrada nestas duas últimas, maior prevalência do sexo feminino. Foram observadas, ainda, outras condições álgicas em menor quantidade e prontuários nos quais havia a menção de mais de um processo álgico em tratamento concomitantemente. Em 71 casos (14,91%) o motivo da indicação fisioterapêutica foi a reabilitação após fratura, com tratamento conservador ou cirúrgico, observada na maior parte em membros inferiores e no sexo masculino. A quarta categoria mais frequente foi a de processos inflamatórios, presentes em 50 prontuários (10,5%), nos quais foram verificadas mais frequentemente a síndrome do impacto do ombro, as tendinites e as epicondilites, ambas mais prevalentes em mulheres. Outras condições inflamatórias encontradas foram bursites e fascíte plantar, entre outras, e também foi observada a presença concomitante de mais de um processo inflamatório em tratamento.

Em relação aos casos de pós-operatório, que corresponderam a 36 (7,56%) prontuários, os mais encontrados foram as artroplastias, mais frequentes entre homens, as artrodeses, mais frequentes entre mulheres, e a reconstrução de manguito rotador, distribuída igualmente entre os sexos, seguidos pelos pós-cirúrgicos de lesões de ligamentos do joelho ou meniscos, prevalentes no sexo masculino, além de outros procedimentos.

A última análise foi referente a 88 casos clínicos não distribuídos nas categorias já citadas, correspondendo a 18,48% do total. Dentre estes casos, destacaram-se os prontuários relativos a amputações, mais frequentes entre homens, e a hérnia discal, prevalente no sexo feminino. Nos 24 prontuários restantes (5,07%) foram identificados diagnósticos clínicos mistos. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos diagnósticos clínicos mais frequentes na amostra estudada, separada por gênero:

Tabela 1 – Distribuição por sexo dos principais diagnósticos clínicos da amostra estudada

Diagnóstico	N	%	Fem.	Masc.
<i>Processos Degenerativos</i>				
Discopatía degenerativa	50	10,50%	32	18
Osteoartrose	46	9,66%	34	12
Tendinose	19	4,0%	14	05
<i>Processos Álgicos</i>				
Lombalgia/lombociatalgia	29	6,09%	15	14
Cervicalgia/cervicobraquialgia	21	4,41%	14	07
Fibromialgia	12	2,52%	12	0
Mais de um processo álgico	07	1,47%	06	01
<i>Fraturas</i>				
Membros inferiores	40	8,40%	16	24
Membros superiores	28	5,88%	17	11
Outros segmentos	03	0,63%	01	02
<i>Processos Inflamatórios</i>				
Síndrome do impacto do ombro	14	2,94%	10	04
Tendinite	06	1,26%	05	01
Mais de um processo inflamatório	06	1,26%	06	0
Epicondilite	05	1,05%	03	02

Diagnóstico	N	%	Fem.	Masc.
<i>Pós-operatórios</i>				
Ligamentos/meniscos	09	1,89%	01	08
Artroplastia	08	1,68%	01	07
Artrodese	05	1,05%	04	01
Manguito rotador	04	0,84%	02	02
<i>Amputações</i>				
Hérnia discal	15	3,15%	10	05

N = Número de casos por item diagnóstico; % = Percentual referente ao total de prontuários consultados (100% = 476); Fem = número de casos do item diagnóstico no sexo feminino; Masc = número de casos do item diagnóstico no sexo masculino.

Dentre as doenças associadas investigadas 115 pessoas (24,16%) apresentaram HAS, cinco (1,05%) apresentaram DM e 24 (5,04%) apresentaram a associação de HAS + DM. A presença de outras doenças associadas em menor frequência foi verificada em 127 prontuários (26,68%) e em 205 (43,07%) não havia relato de problemas de saúde paralelos. A Tabela 2 apresenta a distribuição das doenças associadas e a média de idade correspondente a cada categoria diagnóstica pré-definida:

Tabela 2 – Distribuição das doenças associadas e idade média por categoria diagnóstica

	Idade ⁽¹⁾	HAS ⁽²⁾	DM ⁽²⁾	HAS + DM ⁽²⁾	Outras ⁽²⁾	SR ⁽²⁾
Degen.	57,43 (DP 13,91)	43 (9,03%)	04 (0,84%)	15 (3,15%)	35 (7,35%)	31 (6,51%)
Álgicos	44,80 (DP 12,80)	22 (4,62%)	0	03 (0,63%)	20 (4,20%)	34 (7,14%)
Fraturas	40,32 (DP 15,90)	11 (2,31%)	0	01 (0,21%)	13 (2,73%)	46 (9,66%)
Inflam.	44,78 (DP 14,07)	08 (1,68%)	01 (0,21%)	02 (0,42%)	13 (2,73%)	26 (5,46%)
PO	46,44 (DP 16,24)	12 (2,52%)	0	0	11 (2,31%)	13 (2,73%)
Mistos	45,87 (DP 15,40)	07 (1,47%)	0	0	11 (2,31%)	06 (1,26%)
Amp.	35,41 (DP 14,30)	02 (0,42%)	0	0	05 (1,05%)	05 (1,05%)
HD	40,93 (DP 14,32)	02 (0,42%)	0	01 (0,21%)	06 (1,26%)	06 (1,26%)

⁽¹⁾ Dados apresentados como média (desvio padrão); ⁽²⁾ Dados apresentados como número de casos (percentual correspondente ao total de prontuários consultados). Degen. = processos degenerativos; Álgicos = processos álgicos; Fraturas = fraturas com tratamento conservador; Inflam. = processos inflamatórios; PO = pós-operatórios; Amp. = amputações; HD = hérnia discal; HAS = hipertensão arterial sistêmica; DM = diabetes mellitus; HAS + DM = hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus; Outras = outras doenças associadas; SR = sem relatos de doenças associadas.

4 DISCUSSÃO

A investigação epidemiológica dos pacientes da Clínica-escola de Fisioterapia Univates permitiu verificar que a maioria dos indivíduos atendidos no segmento traumatológico foi do sexo feminino, da mesma forma que o encontrado nas pesquisas epidemiológicas de Souza et al. (2011) e Oliveira e Braga (2010). Este dado salienta a resistência dos homens na busca por assistência à saúde, uma vez que, mesmo sendo significativa a morbimortalidade no sexo masculino, percebe-se menor presença dos homens nos serviços de saúde em geral em relação às mulheres, muito

provavelmente em função do ainda presente modelo hegemônico de masculinidade, que coloca o homem como menos vulneráveis aos agravos (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

A maior parte dos casos clínicos com encaminhamento para tratamento fisioterapêutico corresponderam aos processos degenerativos, principalmente a discopatia degenerativa, a osteoartrose e as tendinoses. Como poderia se esperar, neste grupo foi observada a média de idade mais elevada, uma vez que as doenças degenerativas estão fortemente associadas à idade (ZAGRA et al., 2012; MODY; BROOKS, 2012; DAS; FAROOQI, 2008; DE FILIPPIS et al., 2004). Também foi observada, neste grupo, maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes ou da presença de ambas, além de relatos de outras doenças. Estas associações podem ser explicadas pelos fatores de risco que tais doenças possuem em comum, entre eles o envelhecimento (TURI et al., 2011; AURICHIO; REBELATTO; CASTRO, 2010; BRASIL, 2006).

Os processos álgicos foram a segunda categoria mais frequente de indicações para tratamento fisioterapêutico, com maior frequência de casos de lombalgias ou lombociatalgias e cervicalgias ou cervicobraquialgias. Ambas as condições são extremamente comuns tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. As lombalgias acometem cerca de 50% das pessoas em período produtivo em pelo menos um episódio por ano, e correspondem à maior causa de ausência no trabalho (CONNELLY; WOOLF; BROOKS, 2006). Da mesma forma, as cervicalgias atingem número considerável de indivíduos adultos, em média 12% a 34% da população em alguma fase da vida, sendo observada maior incidência no sexo feminino (SOBRAL et al., 2010), o que foi verificado também nesta pesquisa.

A fibromialgia, síndrome que acomete predominantemente mulheres entre os 40 e os 55 anos e é caracterizada por dor musculoesquelética crônica frequentemente associada à fadiga, distúrbios do sono, rigidez matinal, dispneia, ansiedade e alterações de humor (SANTOS et al., 2006), nesta pesquisa foi um diagnóstico presente apenas em mulheres, corroborando com os dados da análise epidemiológica de Wibeling e Tombini (2010).

Nesta categoria de processos álgicos foi encontrada a segunda maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica, que pode ser explicada pela média de idade do grupo, correspondente a uma faixa etária de risco para a doença (TURI et al., 2011). Embora a história medicamentosa não tenha sido foco deste estudo, é possível sugerir que o índice de pressão arterial elevada neste grupo, e também no grupo de processos degenerativos, possa ser influenciado pelo consumo de medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (AINE) para o controle da dor, uma vez que tal classe de medicamentos apresenta, entre seus efeitos adversos, a elevação dos níveis de pressão arterial (CASTIER; KLUMB; ALBUQUERQUE, 2013).

As pessoas em reabilitação após fraturas constituíram o terceiro grupo mais numeroso da análise. A idade média do grupo foi de 40,32 anos, verificou-se a menor frequência no relato de doenças associadas, o que pode ser atribuído à idade média correspondente a uma faixa etária na qual ainda não são diagnosticadas doenças crônicas com frequência, e houve maior prevalência de lesões em membros inferiores. De acordo com resultados do BRAZOS (*Brazilian Osteoporosis Study*) (PINHEIRO et al., 2010) os principais locais de fratura por baixo impacto em amostra de indivíduos brasileiros são o antebraço, o fêmur e o úmero. Entre os principais fatores de risco para estas fraturas no sexo feminino, quando acima dos 40 anos, foram identificados a idade, a menopausa precoce, o sedentarismo e o diabetes mellitus. Já no sexo masculino, além dos dois últimos, também está o tabagismo.

Nesta pesquisa, foi possível verificar maior frequência de fraturas de membro inferior entre os homens, cuja idade média foi de 35,92 anos. Embora a causa das lesões não tenha sido foco nesta pesquisa, é possível afirmar que tal dado corrobora com o fato de homens jovens serem as principais vítimas fraturas de alta energia que levam a lesões nos membros inferiores, frequentes em acidentes

de trânsito (LOPEZ; GAMBA; MATHEUS, 2013; ZABEU et al., 2013). Já entre as mulheres, cuja idade média foi de 45,12 anos, foram mais frequentes as fraturas de membro superior, principalmente de rádio. As fraturas de rádio distal, frequentemente resultantes de queda com apoio sobre as mãos, corresponderam a 17,5% dos casos em estudo epidemiológico que envolveu quase 6.000 indivíduos, com ocorrência na idade média de 55,5 anos e com o dobro de incidência no sexo feminino (COURT-BROWN; CAESAR, 2006).

A análise realizada por Da Costa e colaboradores (2012), acerca da ocorrência de fraturas em idosos atendidos em hospital de emergência, evidenciou prevalência das lesões em rádio, ulna e fêmur. No presente estudo, uma análise adicional permitiu observar que as fraturas de rádio e fêmur também foram as mais frequentes em ambos os sexos, mesmo o grupo de pacientes estudados não correspondendo a pessoas idosas. O estudo de Albuquerque et al. (2012), que considerou apenas fraturas tratadas cirurgicamente, apresentou idade média semelhante ao grupo desta pesquisa, mas com predomínio no sexo masculino, enquanto que neste estudo a distribuição entre os sexos, das fraturas em geral, foi bastante próxima. O Consenso Brasileiro de Osteoporose (PINTO NETO et al., 2002) salienta que fraturas por trauma mínimo ou de causas atraumáticas em pessoas a partir dos 40 anos predizem susceptibilidade para futuras fraturas.

Em seguida, os processos inflamatórios foram a quarta categoria diagnóstica mais frequente, com maior prevalência da síndrome do impacto do ombro, de tendinites, e da associação de processos inflamatórios em diferentes regiões, todas no sexo feminino.

A síndrome do impacto do ombro é a causa mais comum de dor no ombro, que, por sua vez, é a segunda maior queixa relacionada ao sistema osteomuscular, precedida apenas pela dor na coluna (TURTELLI, 2001). É caracterizada por múltiplas alterações na articulação do ombro - tendinite dos músculos do manguito rotador, bursite subacromial e tenossinovite - e se manifesta por dor e limitação funcional, principalmente na realização de atividades com o membro superior acima do nível da cabeça (LIMA; BARBOSA; ALFIERI, 2007). É sugerido que a dor no ombro tenha maior incidência no sexo feminino, como apontam estudos internacionais de Bodin et al. (2012) e Yamamoto et al. (2010), e também brasileiros (COELHO et al., 2010; FACCI, 2000). No estudo de Santos et al. (2007) as lesões tendinomusculares em geral também foram mais frequentes no sexo feminino. Tal fato pode ser justificado pelas diferenças existentes, em relação ao sexo masculino, na exposição às atividades laborais e domésticas, à menor força muscular e a fatores psicossociais (BODIN et al., 2012).

Entre os casos de pós-operatórios, as cirurgias após lesões de ligamentos do joelho e/ou meniscos e as artroplastias foram os procedimentos mais frequentes, ambos em maior quantidade no sexo masculino. A maior frequência das lesões no joelho está de acordo com dados presentes na literatura. As rupturas do ligamento cruzado anterior são altamente incidentes, principalmente na população jovem e ativa, e estão fortemente relacionadas à prática esportiva (VIEIRA et al., 2005). Da mesma forma, a lesão meniscal é frequente nos esportes, principalmente no futebol. Dentre os fatores de risco para a lesão degenerativa do menisco estão a idade, o sexo masculino, e os movimentos de agachar, ajoelhar e a subir/descer degraus relacionados a atividades laborais (SNOEKER et al., 2013).

As artroplastias correspondem à substituição de um componente ou de toda a articulação, indicada nos casos de dor e limitação funcional extremas decorrentes da osteoartrose, da artrite reumatoide, de fraturas e necrose avascular (LENZA et al., 2013). Em um estudo epidemiológico desenvolvido em serviço de fisioterapia de hospital público (SANTOS; BIAGI, 2013), envolvendo apenas as artroplastias de joelho, foi observado que a idade média dos pacientes foi de 69,1 anos, com prevalência do sexo feminino, sendo todos os casos decorrentes de gonartrose. Ainda, 81,08%

das pessoas possuíam HAS. No grupo avaliado na presente pesquisa foi observada a segunda média de idade mais alta, sendo que quase a metade dos indivíduos apresentaram HAS.

Em relação às amputações, foi observada maior frequência entre as pessoas do sexo masculino, sendo que neste grupo foi encontrada a menor média de idade, em comparação aos demais grupos. Um estudo que realizou a caracterização de pacientes submetidos à amputação na rede pública hospitalar de Porto Alegre, durante o ano de 2009, verificou também a prevalência do sexo masculino. Das pessoas que sofreram amputação por causas clínicas, 50% possuía DM e 10,1% HAS. A idade da maioria dessas pessoas estava entre os 61 e 80 anos, enquanto que a idade das pessoas que sofreram amputação por causas traumáticas estava entre os 21 e 40 anos (MONTIEL; VARGAS; LEAL, 2012). Na amostra estudada neste estudo, não houve casos de DM, e apenas duas pessoas apresentaram HAS.

A hérnia de disco intervertebral é caracterizada pelo deslocamento do conteúdo do disco para fora do ânulo fibroso, podendo haver a compressão e a irritação de raízes nervosas e do saco dural, o que dá origem à conhecida dor ciática. De acordo com estudos epidemiológicos, a hérnia discal ocorre com maior frequência entre a quarta e a quinta década de vida, e pode ser relacionada a fatores de risco como tabagismo, exposição à cargas repetitivas e à vibração por tempo prolongado, embora não tenha sido encontrada grande diferença na incidência entre grupos de risco e fora de risco (VIALLE et al., 2010). Este diagnóstico representou o sexto grupo mais frequente na amostra estudada, com idade média de 40,93 anos e maior frequência no sexo feminino. No estudo de Leite e Gomes (2006), a hérnia de disco também foi um dos diagnósticos que determinaram maior procura do serviço de fisioterapia, porém houve prevalência no sexo masculino.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permitiu a visualização dos casos clínicos mais frequentes nos atendimentos em Ortopedia e Traumatologia na Clínica-escola de Fisioterapia Univates. Em concordância com outros estudos, foi evidente a prevalência de quadros relacionados a processos degenerativos, o que salienta a importância da atenção primária à saúde visando à redução das disfunções musculoesqueléticas que comumente desenvolvem-se ao longo dos anos. Também é importante o levantamento de que quase um terço da amostra estudada apresentou HAS, um dos principais fatores de risco de doenças cardiovasculares.

Desta forma, os resultados aqui apresentados servem de ponto de partida para o desenvolvimento de estudos específicos voltados para o serviço de fisioterapia, e também de estratégias a serem implantadas com a finalidade de prevenir agravos à saúde na população regional.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. L. M. et al. Epidemiologia das fraturas em pacientes do interior do Ceará tratadas pelo SUS. *Acta Ortopédica Brasileira*, São Paulo, v. 20, n. 2, São Paulo, 2012.
- AURICHIO, T. R.; REBELATTO, J. R.; CASTRO, A. P. Obesidade em idosos do município de São Carlos, SP, e sua associação com Diabetes Melito e dor articular. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v. 17, n. 2, 2010.
- BICALHO, G. G.; BARROS FILHO, A. A. Iniciação Científica: Como Elaborar em Projeto de Pesquisa. *Rev. Ciências Médicas*, Campinas, v. 12, n. 4, p. 365-373, 2003.
- BODIN, J. et al. Effects os individual and work-related factors on incidence of shoulder pain in a large working population. *Journal of Occupational Health*, v. 54, p. 278-288, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Diabetes Mellitus. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

CASTIER, M. B.; KLUMB, E. M.; ALBUQUERQUE, E. M. N. O tratamento das doenças sistêmicas reumatológicas: uma análise crítica do uso dos AINHS, considerando o risco cardiovascular. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 12 (Supl 1), p. 74-80, 2013.

COELHO, C. T. et al. Prevalência da síndrome do ombro doloroso (SOD) e sua influência na qualidade de vida em professores de uma instituição privada de nível superior na cidade de Lauro de Freitas, Bahia. **Revista Bahiana de Saúde Pública**, v. 34, p. 19-29, 2010.

CONNELLY, L. B.; WOOLF, A.; BROOKS, P. Cost-effectiveness of interventions for musculoskeletal conditions. In: JAMINSON, D. T. et al. **Disease Control Priorities in Developing Countries**. 2. ed. Washington: World Bank, 2006.

COURT-BROWN, C. M.; CAESAR, B. Epidemiology of adult fractures: a review. **Injury**, v. 37, p. 691-97, 2006.

DA COSTA, A. M. R.; XAVIER, E. M. O.; FILGUEIRAS, M. C. Perfil epidemiológico de idosos com fraturas atendidos em hospital de emergência. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, n. 34, 2012.

DAS, S. K.; FAROOQI, A.; Osteoarthritis. **Best Practice and Research Clinical Rheumatology**, v. 22, n. 4, p. 657-75, 2008.

DE FILIPPIS, L. et al. Epidemiology and risk factors in osteoarthritis: literature review data from "OASIS" study. **Reumatismo**, v. 56, n. 3, p. 169-84, 2004.

FACCI, L. M.; Síndromes dolorosas do ombro: análise de sua incidência e características. **Arquivos de Ciência da Saúde UNIPAR**, v. 4, n. 3, p. 195-200, 2000.

GRAFFITHS, I. D. **Musculoskeletal disorders**: Introduction. Medicine, 2002.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 23, n. 3, p. 565-74, 2007.

LEITE, F.; GOMES, J. O. Dor crônica em um ambulatório universitário de fisioterapia. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 15, n. 3, p. 211-21, 2006.

LENZA, M. et al. Epidemiology of total hip and knee replacement: a cross-sectional study. **Einstein**, v. 11, n. 2, São Paulo, 2013.

LIMA, G.C.; BARBOZA, E.M.; ALFIERI, F.M. Análise da funcionalidade e da dor de indivíduos portadores de síndrome do impacto, submetidos à intervenção fisioterapêutica. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 20, n. 1, p. 61-69, jan./mar., 2007.

LOPEZ, C. C. G.; GAMBA, M. A.; MATHEUS, M. C. C. Significado de conviver com fixação externa por fratura exposta grau III em membros inferiores: o olhar do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 148-53, 2013.

MODY, G. M.; BROOKS, P. M. Improving musculoskeletal health: global issues. **Best practice and Research Clinical Rheumatology**, v. 26, p. 237-49, 2012.

MONTIEL, A.; VARGAS, M. A. O.; LEAL, S. M. C. Caracterização de pessoas submetidos à amputação. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 3, n. 4, p. 169-73, 2012.

PINTO NETO, A. M. P. et al. Consenso Brasileiro de Osteoporose 2012. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 42, n. 6, p. 343-54, 2002.

- OLIVEIRA, A. C.; BRAGA, D. L. C. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na clínica de ortopedia da universidade paulista. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v, 28, n. 4, p. 356-8, 2010.
- PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- PINHEIRO, M. M. et al. O impacto da osteoporose no Brasil: dados regionais das fraturas em homens e mulheres adultos – The Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS). **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo v. 50, n.2, p. 113-127, 2010.
- SANTOS, A. C.; BIAGI, A. C., Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à artroplastia de joelho do serviço de fisioterapia em hospital público de Santo André – SP. **Arquivo Brasileiro de Ciências da Saúde**, v. 38, n. 1, 2013.
- SANTOS, A.M.B. et al. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 10, n. 3, p. 317-324, jul./set. 2006.
- SANTOS, F.A.S. et al. Perfil epidemiológico dos atendidos pela fisioterapia no Programa Saúde e Reabilitação na Família em Camaragibe, PE. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 50-54, 2007.
- SNOEKER, B. A. et al. Risk factors for meniscal tears: a systematic review including meta-analysis. **Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy**, v. 43, n. 6, p. 352-67, 2013.
- SOBRAL, M.K.M. et al. A efetividade da terapia de liberação posicional (TLP) em pacientes com cervicálgia. **Revista Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 23, n. 4, p. 513-521, out./dez. 2010.
- SOUZA, C.M. et al. Levantamento epidemiológico dos atendimentos fisioterápicos das clínicas integradas Guairacá no município de Guarapuava/PR nos períodos de março/2011 a outubro/2011. **Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá**, v. 4, 2011.
- TURI, B. C. et al. Associação entre doenças crônicas em adultos e redução dos níveis de atividade física. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 44, n. 4, p. 389-95, 2011.
- TURTELLI, C. M. Avaliação do ombro doloroso pela radiologia convencional. **Radiologia Brasileira**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, 2001.
- VIEIRA, L. A. M. et al. Análise epidemiológica das rupturas do ligamento cruzado anterior em pacientes atendidos no Instituto Nacional de Traumatologia-ortopedia. **Revista do Instituto Nacional de Traumatologia-ortopedia**, v. 3, n. 2, 2005.
- VIALLE, L. R. et al. Hérnia discal lombar. **Revista Brasileira de Ortopedia**, Brasília, v. 46, n. 1, p. 17-22, 2010.
- WIBELINGER, L.M.; TOMBINI, D.K.; Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no serviço de fisioterapia reumatológica da Universidade de Passo Fundo. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 7, n. 2, p. 189-197, maio/ago. 2010.
- WOOLF, A. D.; ERWIN, J.; MARCH, L. The need to address the burden of musculoskeletal conditions. **Best Practice and Research Clinical Rheumatology**, v. 26, p. 183-224, 2012.
- YAMAMOTO, A. et al. Prevalence and risk factors of a rotator cuff tear in the general population. **Journal of Shoulder and Elbow Surgery**, v. 19, n. 1, p. 116-120, 2010.
- ZABEU, J. L. A. et al. Perfil da vítima de acidente motociclístico na emergência de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Ortopedia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, 242-45, 2013.
- ZAGRA, A. et al. Prospective study of a new dynamic stabilisation system in the treatment of degenerative discopathy and instability of the lumbar spine. **European Spine Journal**, v. 21 (Supl. 1), p. S83-S89, 2012.