

Capacitação médica individualizada em dor musculoesquelética generalizada na atenção primária à saúde

Individualized medical training in chronic widespread musculoskeletal pain in primary health care

Lilian Ferreira de Lima Giovanini,¹ Cibele Isaac Saad Rodrigues,¹ José Eduardo Martinez¹

RESUMO

Introdução: a dor musculoesquelética é um dos principais motivos de procura por consulta médica no nível de atenção primária à saúde. Considerando-se a organização do Sistema Único de Saúde, a maioria dos casos deve ser solucionada na atenção primária. Para isso, o médico generalista deve estar capacitado para atender a essa demanda. **Objetivo:** avaliar uma estratégia educativa individualizada para médicos da atenção primária à saúde sobre dor crônica musculoesquelética. **Métodos:** pesquisa exploratória do tipo “estudo de casos” com análise combinada qualitativa e quantitativa. Seis médicos da Estratégia de Saúde da Família foram submetidos à avaliação direta pelo examinador reumatologista. Atenderam 23 e 20 pacientes com dor musculoesquelética no pré-teste e pós-teste, respectivamente, em seu próprio ambiente de trabalho. Houve intervenção educativa individualizada realizada pelo reumatologista. Foram utilizados para coleta de dados o formulário Mini-CEX, um *check-list* em dor crônica musculoesquelética, questionário socioeconômico e profissional e entrevista sobre a percepção dos médicos quanto à capacitação. **Resultados:** após a intervenção educativa, observou-se melhora no atendimento nas áreas de exame físico, manejo do paciente, resolução de problemas e relacionamento com pacientes. A capacitação foi bem aceita pelos profissionais participantes que relataram melhora na confiança em diagnosticar e tratar a dor musculoesquelética crônica e sugeriram, inclusive, a extensão desse método de educação. **Conclusões:** a capacitação individual dos médicos generalistas pelo reumatologista resultou, a curto prazo, em melhoria no atendimento a portadores de dor crônica musculoesquelética generalizada.

Palavras-chave: dor crônica; dor musculoesquelética; atenção primária à saúde; capacitação médica; educação em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Musculoskeletal pain is one of the main reasons for seeking medical consultation at primary health care. Considering the organization of the National Unified Health System (SUS), most cases must be solved in primary health care, for this, the general practitioner must be properly trained. **Objective:** To evaluate an individualized educational strategy for physicians of primary health care on chronic musculoskeletal pain. **Methods:** Exploratory research of case study type with combined qualitative and quantitative analysis. Six physicians of the Family Health Strategy were submitted to direct evaluation by the rheumatologist. They attended 23 and 20 patients with musculoskeletal pain in the pre-test and post-test, respectively, in their own work environment. There was an individualized educational intervention performed by the rheumatologist. The Mini-CEX form was used to collect data, a checklist in chronic musculoskeletal pain, a socio-economic and professional questionnaire, and an interview about the physicians' perception regarding the training. **Results:** After the educational intervention, there was improvement of the medical care in the areas of physical examination, patient management, problem solving and relationship with patients. The training was well accepted by the participating professionals who reported improved confidence in diagnosing and treating chronic musculoskeletal pain and even suggested the extension of this method of education. **Conclusions:** Individual training of general physicians by the rheumatologist resulted, in the short term, in the improvement of care for patients with chronic widespread musculoskeletal pain.

Keywords: chronic pain; musculoskeletal pain; primary health care; medical training; health education.

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil.

Autor correspondente: José Eduardo Martinez

PUC-SP/FCMS - Rua Joubert Wey, 290, CEP.: 18030-070 – Sorocaba (SP), Brasil.

Recebido em 09/08/2023 – Aceito para publicação em 27/10/2023.



INTRODUÇÃO

Dor é definida como sensação física e emocional desagradável associada à atual ou ao potencial dano tecidual. De acordo com seu mecanismo, a dor pode ser dividida em nociceptiva, neuropática, inflamatória e funcional. Pode ainda ser classificada em aguda ou crônica pelo seu tempo de duração.¹ A neuroplasticidade associada a fatores genéticos e psicossociais pode explicar a transição de aguda para crônica.^{2,3}

A prevalência da dor crônica em uma comunidade pode variar de 7% a 40% e gerar importante ônus para serviços de saúde, sistema previdenciário e companhias de seguro. As patologias do aparelho locomotor estão entre as mais frequentes causas de dor crônica. Além da maior longevidade, a dor crônica é crescente em decorrência dos novos hábitos de vida e de maior prevalência de afecções clínicas.^{4,5} Os distúrbios musculoesqueléticos são responsáveis por 21,3% dos anos vividos com incapacidade no mundo, sendo a causa principal de incapacidade em grupos de idade mais avançada.⁶

Estudos mostram que o ensino sobre dor musculoesquelética nas faculdades médicas é limitado e não direcionado às habilidades e conhecimento requeridos para o manuseio dessas condições.⁷⁻⁹ Por conseguinte, há dificuldades para o médico clínico na sua prática diária. Esses profissionais exibem baixa confiança ao atender à demanda desses pacientes por não terem a adequada capacitação.⁷

Sem a competência necessária para o manejo desse distúrbio, tem-se observado excesso de pacientes desnecessariamente referenciados ao setor secundário e terciário de saúde por dor musculoesquelética, gerando baixa resolutividade, sobrecarga e desequilíbrio do sistema de saúde. Também se observa baixa concordância entre os diagnósticos estabelecidos pelo clínico e o reumatologista, além da falta da prescrição de tratamentos não medicamentosos e exercícios físicos.^{8,10-13}

Os objetivos desta pesquisa são: estabelecer, testar e avaliar uma estratégia educativa individualizada para médicos da atenção primária à saúde (APS) sobre dor crônica musculoesquelética e conhecer suas deficiências e dificuldades na assistência a esses pacientes.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de pesquisa exploratória do tipo “estudo de casos” com abordagem qualitativa e quantitativa. Foi realizada em unidades de estratégia de saúde da família (ESF) do município de Votuporanga-SP. Foram incluídos aleatoriamente seis médicos clínicos que, além de concordarem em participar da pesquisa por meio da assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), deveriam realizar atendimento nas unidades de ESF. A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE 78019117.7.0000.0078.

Cada um dos seis médicos participantes selecionou cinco pacientes com dor musculoesquelética generalizada há mais de três meses. A escolha de cinco pacientes pelos médicos, ou seja, um total de 30 atendimentos, foi estar compatível com o Teorema do Limite Central, que preconiza esse tamanho de amostra mínima para realização de testes paramétricos.¹⁴

Durante as consultas, o médico da ESF foi submetido à observação direta pelo reumatologista para avaliação de sua competência em relação ao diagnóstico, à atitude e à proposta terapêutica.

Utilizou-se, para análise do perfil dos médicos participantes, um questionário socioeconômico e profissional. Também como instrumento de pré-teste e pós-teste foi empregado o Mini Exame de Avaliação Clínica (Mini-CEX).¹⁵ O Mini-CEX é um formulário estruturado de avaliação com uma escala de nove pontos, sendo “1,2,3” insatisfatório, “4,5,6” satisfatório e “7,8,9” exemplar. A avaliação inclui anamnese, exame físico, manejo, resolução de problemas e relacionamento com os pacientes.¹⁵

Após o final dos atendimentos iniciais (pré-teste), o reumatologista realizou, individualmente, orientações que se basearam nos consensos e recomendações da Sociedade Brasileira de Reumatologia,^{16,17} com ênfase nos seguintes conceitos:

- Conceito de dor generalizada,
- Mecanismos de dor,
- Diagnóstico através do quadro clínico (anamnese e exame físico),
- Tratamento não farmacológico com ênfase em educação em saúde e exercícios físicos,
- Tratamento farmacológico da modulação da dor e dos geradores periféricos da dor.

Após um mês do pré-teste, foi efetuada nova avaliação durante atendimento a outros cinco pacientes (pós-teste). Ainda, após seis meses do pós-teste, aplicou-se questionário com quatro perguntas sobre a percepção dos médicos quanto à capacitação. Essa não estava prevista inicialmente na pesquisa, mas foi considerada importante na análise dos resultados. O resumo da estratégia para coleta de dados encontra-se na Figura 1.

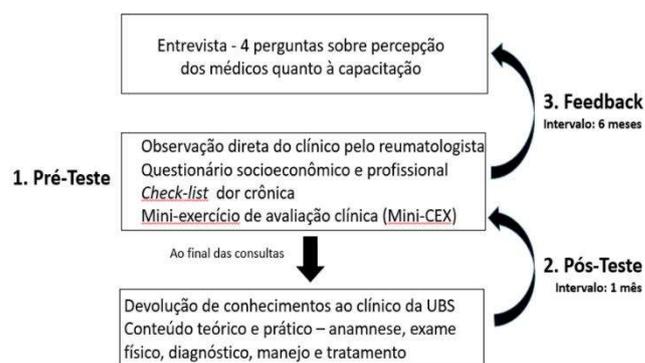


Figura 1. Estratégia para coleta de dados

Para a inferência estatística foram realizadas as análises de normalidade dos dados para o pré-teste e pós-teste utilizando nível de significância de 5% e teste de Kolmogorov-Smirnov ou Shapiro-Wilk. Para a comparação das médias para amostras pareadas utilizou-se o teste “t” de Student ou Wilcoxon para amostras emparelhadas, com nível de significância de 5%.



Para a análise estatística dos dados e confecção dos gráficos foram utilizados os softwares Excel e IBM SPSS *statistics* versão 22, ano 2013.

RESULTADOS

Os seis médicos generalistas, em sua maioria mulheres (n = 5, 83%), com idades entre 25 e 34 anos (n = 5, 83%), graduados há pelo menos seis anos (n = 5, 83%), foram observados no atendimento a 23 pacientes no pré-teste e 20 pacientes no pós-teste. Metade dos profissionais realizou pós-graduação ou residência médica e 67% fizeram clínica médica. Quanto à participação em eventos sobre dor crônica, 50% deles já haviam participado em liga estudantil de dor, palestras ou ambulatório específico da faculdade. Sobre a confiança do médico no relato da dor pelo paciente, 67% acreditavam muito nessa queixa. A seguir, analisaremos cada médico considerando cada um deles como um caso.

Estudo de caso 1

Médico 1, 33 anos, brasileiro, graduado em 2012, desde então trabalhando na ESF. Não cursou residência médica. Avalia a capacitação a que foi submetido como fonte de informação útil para melhoria do manejo do paciente e da confiança do paciente no médico generalista.

“Acredito que essa capacitação nos dá mais condições de uma abordagem diversificada de terapias e aumenta a credibilidade do médico da família, antes de simplesmente encaminhar o paciente.”

As avaliações do Mini-CEX no pré e pós-teste estão apresentadas no Gráfico 1. Houve melhora significativa na área resolução de problemas e relacionamento com pacientes.

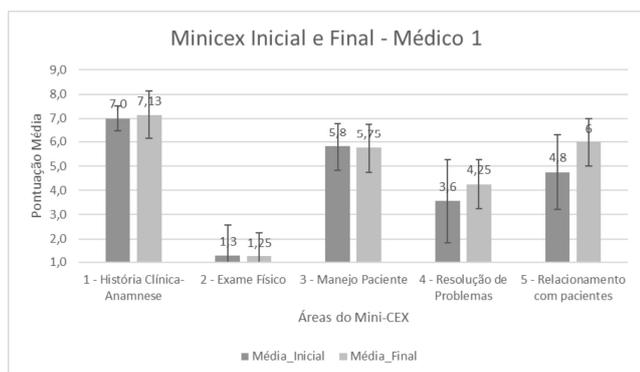


Gráfico 1. Análise do Mini-CEX por área (pré e pós-teste) - Médico 1

Estudo de caso 2

Médica 2, 51 anos, cubana, graduada em 1990 em faculdade de medicina daquele país. Fez residência médica em Medicina Geral Integral. Há quatro anos no ESF de Votuporanga-SP através do Programa Mais Médicos do Governo Federal. Avalia a capacitação como ótima e que deveria ser estendida a todos os médicos da atenção básica.

“A gente se sente muito mais segura na hora de fazer o diagnóstico e tomar a conduta que seja melhor para o paciente e, de fato, diminuir o número de encaminhamentos por essa causa à atenção secundária e com muitas alternativas de tratamentos, incluindo a prática de atividade física.”

As avaliações do Mini-CEX no pré e pós-teste estão apresentadas no Gráfico 2.

Nas áreas de história clínica-anamnese, exame físico e resolução de problemas houve melhora significativa.

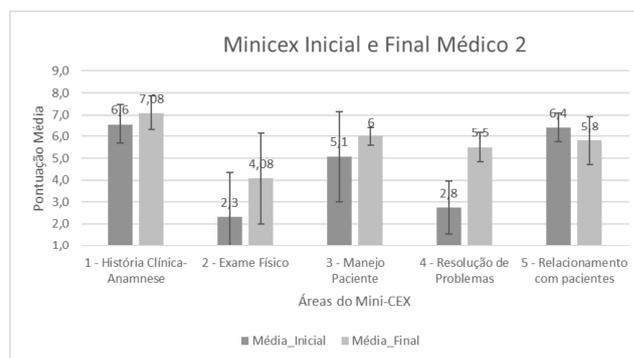


Gráfico 2. Análise do Mini-CEX por área (pré e pós-teste) - Médico 2

Estudo de caso 3

Médica 3, 28 anos, cubana, graduada em 2015 em faculdade de medicina daquele país. Fez residência médica em Medicina Geral Integral. Há um ano trabalhando no ESF de Votuporanga através do Programa Mais Médicos do Governo Federal.

“Acho que seria bom ampliar mais a capacitação da especialidade de reumatologia em todas as policlínicas, porque eu, como médica, hoje me sinto preparada para diagnosticar e tratar algumas das doenças dessa especialidade.”

As avaliações do Mini-CEX no pré e pós-teste estão apresentadas no Gráfico 3.

Houve aumento da média de forma significativa para a área resolução de problemas.

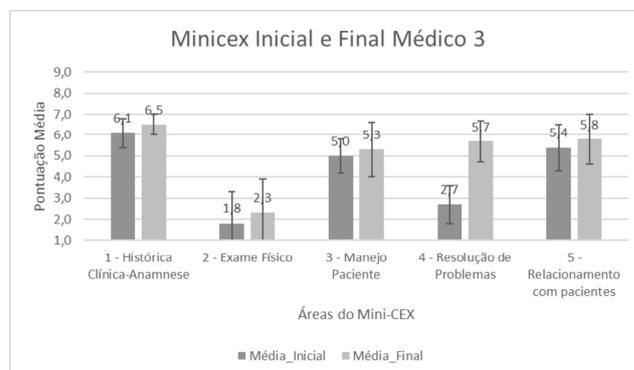


Gráfico 3. Análise do Mini-CEX por área (pré e pós-teste) - Médico 3



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.

Estudo de caso 4

Médica 4, 30 anos, brasileira, graduada em 2010. Fez pós-graduação em dermatologia. Trabalha em ESF de bairro da periferia da cidade. Avalia a capacitação como ótima para os generalistas e acrescenta a deficiência da educação médica na área da reumatologia.

“Avalio a capacitação como ótima para nós generalistas. Foi bem esclarecedora. Vemos muito pouco da reumatologia na nossa formação e estão sendo doenças cada vez mais presentes em nossa população.”

As avaliações do Mini-CEX no pré e pós-teste estão apresentadas no Gráfico 4.

Houve aumento da média de forma significativa para as áreas exame físico e manejo do paciente ($p < 0,05$).

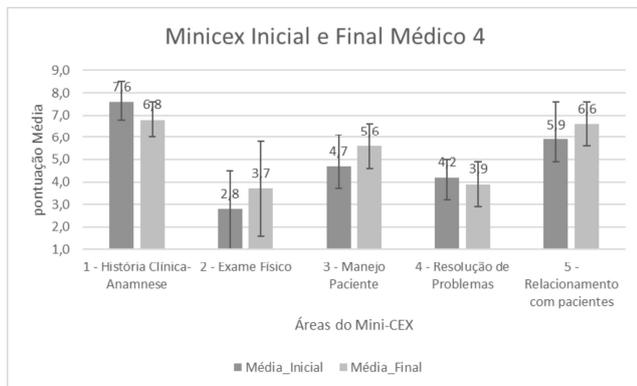


Gráfico 4. Análise do Mini-CEX por área (pré e pós-teste) - Médico 4

Estudo de caso 5

Médica 5, 28 anos, brasileira, graduada em 2016, cursando pós-graduação em medicina do trabalho. Trabalha em ESF em bairro da periferia. A capacitação foi muito bem vista por ela e pelos pacientes, que retornaram às consultas posteriores relatando melhora do quadro com as medidas tomadas.

“A capacitação poderia ter um lado mais amplo, com mais dias para que pudéssemos aprofundar algumas queixas reumatológicas mais frequentes dos pacientes nas UBSs.”

As avaliações do Mini-CEX no pré e pós-teste estão apresentadas no Gráfico 5.

Observa-se que não houve diferença significativa entre as médias do pré e pós-testes para análise geral e para nenhuma das áreas avaliadas.

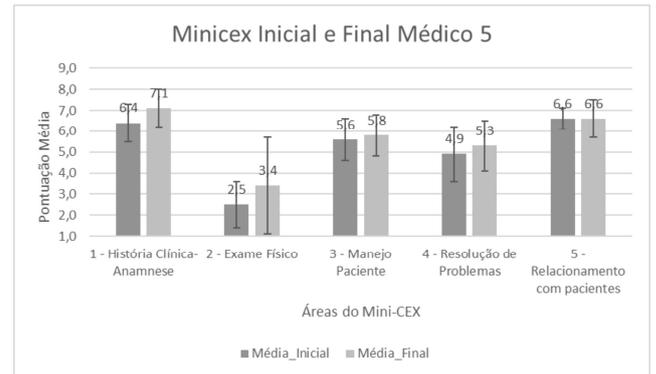


Gráfico 5. Análise do Mini-CEX por área (pré e pós-teste) - Médico 5

Estudo de caso 6

Médica 6, 30 anos, graduada em 2012. Não realizou residência médica ou pós-graduação. Trabalha na ESF em um bairro da periferia da cidade. Avalia a capacitação como excelente, pois a ajudou com dúvidas em relação à especialidade e a auxiliou quanto ao diagnóstico e às condutas, diminuindo a necessidade de encaminhamentos e, quando necessários, iniciando tratamento de suporte até que surja a vaga.

“Hoje consigo ver a dor crônica musculoesquelética como uma doença que abrange diferentes tratamentos, começando pelo diagnóstico correto de sua fisiopatologia para, assim, determinar o melhor medicamento, o suporte psicológico e a orientação de atividades físicas para quando indicadas para auxílio no tratamento, assim meu tratamento se tornou mais eficaz.”

As avaliações do Mini-CEX no pré e pós-teste estão apresentadas no Gráfico 6.

Pela análise de inferência observa-se que houve diferença significativa para a área manejo de paciente e resolução de problemas, com aumento da média final em relação à inicial.

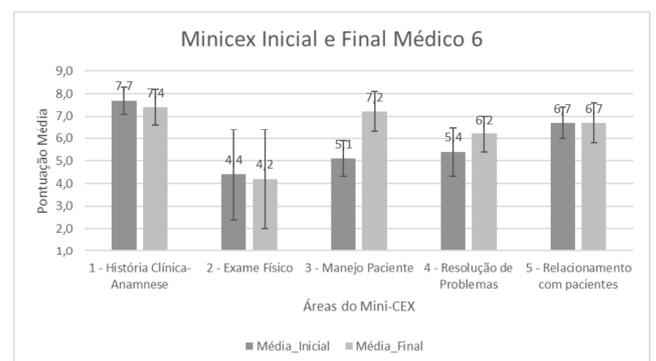


Gráfico 6. Análise do Mini-CEX por área (pré e pós-teste) - Médico 6



A Tabela 1 apresenta um resumo do número de médicos que obtiveram variação nas suas avaliações no pré-teste e pós-teste no Mini-CEX.

Para o Mini-CEX nas áreas de exame físico, manejo do paciente, resolução de problemas e relacionamento com paciente observou-se aumento das médias.

Tabela 1. Análise geral da performance dos médicos na capacitação

	Melhorou	Piorou	Não alterou
Geral	1	2	3
Anamnese	1	2	3
Exame físico	3	0	3
Manejo do paciente	2	0	4
Resolução de problemas	5	0	1
Relacionamento com pacientes	1	0	5

DISCUSSÃO

Dos seis médicos participantes, cinco deles (83,3%) eram do sexo feminino, tinham idades entre 25 e 34 anos e se graduaram no máximo há nove anos.

A capacitação foi avaliada positivamente pelos médicos participantes, com citações na entrevista de *feedback*, de melhora em sua credibilidade frente aos pacientes, além da diversificação de tratamento medicamentoso e não medicamentoso, redução de encaminhamentos ao setor secundário e correto diagnóstico da dor quanto a sua fisiopatologia. Foram feitas sugestões de extensão da capacitação a outras UBSs e de rever o paciente atendido em mais um retorno.

Constituiu uma das vantagens desta pesquisa, a forma contextualizada com que foram abordados os médicos em seu próprio ambiente de trabalho, não se utilizando de aulas tradicionais com simples transmissão de conhecimentos, mas sim aproveitando-se de casos da prática diária da ESF para o desenvolvimento das competências.

Outra vantagem foi a aplicação da capacitação individualmente, com facilidade de discussão sobre cada paciente atendido, baseando o diagnóstico na anamnese e exame físico que eram demonstrados no final dos atendimentos, favorecendo a aprendizagem do médico generalista. Ao que parece, ensino em pequenos grupos é amplamente aceito como talvez o mais valioso método para se atingir mudança de comportamento entre os médicos generalistas.¹⁸ Também foram abordadas situações nas quais o médico deveria proceder com o encaminhamento ao setor secundário.

Houve dificuldade e falta de autoconfiança na execução do exame físico musculoesquelético quando este era realizado. Isto pode se dever a um insatisfatório ensino da semiologia musculoesquelética na graduação, como tem sido evidenciado em outros estudos.¹⁹

Na área da anamnese, pode-se notar uma deficiente investigação da dor. Questionamentos importantes como intensidade, duração, irradiação, fator de melhora e piora, medicamentos já utilizados, alterações do sono e humor não foram rotineiramente inqueridas na avaliação antes

da capacitação. Esse desfecho pode ser embasado na pressão do médico em atender a grande demanda de pacientes.²⁰

Sobre a resolução de problemas, executando a classificação fisiológica da dor discutida durante a intervenção, os médicos generalistas souberam proceder com o tratamento adequado, tanto não medicamentoso como medicamentoso.

Neste estudo há a desvantagem da intervenção educativa e da avaliação terem sido efetuadas pelo próprio autor reumatologista, mesmo que eticamente comprometido, porém existiam instrumentos quantitativos que independiam de sua análise subjetiva.

Outro ponto a ser considerado é que havia poucos médicos envolvidos como participantes (n = 6), mas representavam 30% daqueles possíveis e foram abordados com diferentes instrumentos e posteriormente analisados quantitativamente e qualitativamente, o que fortalece nossos resultados.

Embora pesquisas únicas ou múltiplas de estudo de casos não permitam a generalização de um fenômeno, pois não é esse seu propósito, autorizam os autores a produzir proposições teóricas embasadas como as que fizemos.^{21, 22}

Além da adequação do currículo nas escolas médicas, programas de educação continuada devem ser instituídos visando empoderar os médicos da APS com os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias no manejo da dor crônica. O treinamento pode ser realizado pelo médico reumatologista ou especialista em dor. Esses programas não devem centrar-se isoladamente em transmissão passiva de conhecimentos, mas utilizar-se da prática para aquisição de um modelo biopsicossocial de treinamento, como fora observado nesta e em outras pesquisas.²³

Uma das soluções possíveis, assim como foi instituído para o diabetes e a saúde mental, que analogamente são doenças frequentes e não há especialistas suficientes para o atendimento à demanda, a dor crônica musculoesquelética generalizada também deveria fazer parte do matriciamento na APS por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pois se trata de doença de alta prevalência e de grande impacto biopsicossocial e econômico para todos os sistemas de saúde.²⁴

O NASF é uma proposta do Ministério da Saúde (Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008) (Brasil, 2008) que utiliza o conceito de Equipe de Referência e Apoio Matricial. Trata-se de uma equipe interdisciplinar que tem como função principal apoiar a equipe de saúde da família de referência, compartilhando problemas, saberes e práticas por meio de processo integrativo, visando aumento de sua resolutividade e integralidade, o que tem ocorrido a partir de sua implantação, apesar das inúmeras dificuldades reconhecidas.²⁴

Outra proposta de solução que poderia ser aventada é a implantação de Diretrizes e Protocolos que fossem adaptados à realidade brasileira e oferecidos aos médicos generalistas mediante capacitação de seus usos para que tenham aplicabilidade e impacto na prática cotidiana dos médicos generalistas.²⁵

É provável que novas tecnologias possam ser consideradas em futuro próximo, que melhorem a resolutividade dessa doença utilizando telemedicina para solução de casos à distância, empregando algoritmos por uma equipe treinada.²⁶



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.

No entanto, por mais e melhores estratégias de capacitação que sejam utilizadas na atenção primária à saúde, é certo que a dor crônica musculoesquelética generalizada continuará a ser um enorme desafio no âmbito da saúde pública.

CONCLUSÕES

A capacitação individual melhorou, a curto prazo, o atendimento do médico generalista a pacientes com dor crônica musculoesquelética generalizada nas áreas de exame físico, manejo do paciente, resolução de problemas e relacionamento com o paciente. Ocorreram dificuldades dos médicos generalistas participantes em todas as áreas do Mini-CEX, notadamente no exame físico.

REFERÊNCIAS

1. Anwar K. Pathophysiology of pain. *Dis Mon.* 2016;62(9):324–9. doi: 10.1016/j.disamonth.2016.05.015.
2. Voscopoulos C, Lema M. When does acute pain become chronic? *Br J Anaesth.* 2010;105:i69–85. doi: 10.1093/bja/aeq323.
3. Heymann RE, Paiva ES, Martinez JE, Helfenstein Júnior M. Dores musculoesqueléticas localizadas e difusas. São Paulo: Planmark; 2010. 256 p.
4. Teixeira MJ, Teixeira WGJ, Santos FPS, Andrade DCA, Bezerra SL, Figueiró JB, et al. Epidemiologia clínica da dor musculo-esquelética. *Rev Med (São Paulo).* 2001;80(ed. esp. pt.1):1–21. doi: 10.11606/issn.1679-9836.v80ispe1p1-21.
5. Berger A, Dukes E, Martin S, Edelsberg J, Oster G. Characteristics and healthcare costs of patients with fibromyalgia syndrome. *Int J Clin Pract.* 2007;61(9):1498–508. doi: 10.1111/j.1742-1241.2007.01480.x.
6. Cimmino MA, Ferrone C, Cutolo M. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2011;25(2):173–83. doi: 10.1016/j.berh.2010.01.012.
7. Akesson K, Dreinhöfer KE, Woolf AD. Improved education in musculoskeletal conditions is necessary for all doctors. *Bull World Health Organ.* 2003;81(9):677–83.
8. Gamez-Nava JI, Gonzalez-Lopez L, Davis P, Suarez-Almazor ME. Referral and diagnosis of common rheumatic diseases by primary care physicians. *Br J Rheumatol.* 1998;37(11):1215–9. doi: 10.1093/rheumatology/37.11.1215.
9. Fialho SCMS, Castro GRW, Zimmermann AF, Ribeiro GG, Neves FS, Pereira IA, et al. Avaliação do sistema musculoesquelético na unidade de emergência. *Rev Bras Reumatol.* 2011;51(3):244–8.
10. Hadker N, Garg S, Chandran AB, Crean SM, McNett MM, Silverman SL. Primary care physicians' perceptions of the challenges and barriers in the timely diagnosis, treatment and management of fibromyalgia. *Pain Res Manag.* 2011;16(6):440–4. doi: 10.1155/2011/367059.
11. Martinez JE, Santos BZC, Fasolin RP, Gianini RJ. Perfil de pacientes com queixa de dor músculo-esquelética em unidade básica em Sorocaba. *Rev Bras Clin Med.* 2008;6:167–71.
12. Glazier RH, Dalby DM, Badley EM, Hawker GA, Bell MJ, Buchbinder R, et al. Management of common musculoskeletal problems: a survey of ontario primary care physicians. *CMAJ.* 1998;158(8):1037–40.
13. Leite IC, Valente JG, Schramm JMA, Dumas RP, Rodrigues RN, Santos MF, et al. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. *Cad Saude Publica.* 2015;31(7):1551–64. doi: 10.1590/0102-311X00111614.
14. Almeida CO. Ensaios: da amostra ao teorema do limite central. Um pouco dos fundamentos e uma aplicação prática. Cruz das Almas (BA): Embrapa Mandioca e Fruticultura, 2019.
15. Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD, Fortna GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann Intern Med.* 2003;138(6):476–81. doi:10.7326/0003-4819-138-6-200303180-00012.
16. Heymann RE, Paiva EDS, Helfenstein Junior M, Pollak DF, Martinez JE, Provenza J R et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2010;50:56–66. doi: 10.1590/S0482-50042010000100006.
17. Heymann RE, Paiva ES, Martinez JE, Helfenstein M, Rezende MC, Provenza JR et al. Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2017;57: s467-76. doi: 10.1590/S0482-50042010000100006.
18. Renner BR, DeVellis BM, Ennett ST, Friedman CP, Hoyle RH, Crowell WM, et al. Clinical rheumatology training of primary care physicians: the resident perspective. *J Rheumatol.* 1990;17(5):666–72.
19. Walker DJ, Kay LJ. Musculoskeletal examination for medical students: the need to agree what we teach. *Rheumatology (Oxford).* 2002;41(11):1221–3. doi: 10.1093/rheumatology/41.11.1221.
20. Ahem MJ, Soden M, Schultz D, Clark M. The musculo-skeletal examination: a neglected clinical skill. *Aust N Z J Med.* 1991;21(3):303–6. doi:10.1111/j.1445-5994.1991.tb04694.x.
21. Freitas WRS; Jabbour CJC. Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. *Est Debate.* 2011;18(2):7-22.
22. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
23. Badley EM, Lee J. The consultant's role in continuing medical education of general practitioners: the case of rheumatology. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1987;294(6564):100–3. doi: 10.1136/bmj.294.6564.100.
24. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde Soc.* 2011;20(4):961–70. doi: 10.1590/S0104-12902011000400013.
25. Grahame R, Gibson T, Dale E, Dale E, Anderson JAD, Brown R, et al. An evaluated programme of rheumatology training for general practitioners. *Br J Rheumatol.* 1986;25:7–12. doi: 10.1093/rheumatology/25.1.7.
26. Tierce-Hazard S, Sadarangani T. Optimizing the primary care management of chronic pain through telecare. *J Clin Manag.* 2014;21(11):493–5.

Como citar este artigo:

Giovanini LFL, Rodrigues CIS, Martinez JE. Capacitação médica individualizada em dor musculoesquelética generalizada na atenção primária à saúde. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2022;24(1/4):182-187. doi: 10.23925/1984-4840.2022v24i1/4a10



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC BY 4.0.