



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JOELMA MOREIRA DE NORÕES RAMOS

**MANEJO CLÍNICO/ ALGORITMO DE OSTEOARTRITE PARA MÉDICOS DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

TERESINA
2018

JOELMA MOREIRA DE NORÕES RAMOS

**MANEJO CLÍNICO/ ALGORITMO DE OSTEOARTRITE PARA MÉDICOS DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado - TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família,
do Centro Universitário UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: A Saúde da Família no
Ciclo Vital

Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita

TERESINA
2018

FICHA CATALOGRÁFICA

R175m Ramos, Joelma Moreira de Noroes.

Manejo clinico / algoritmo de osteoartrite para médicos da estrategia de saude da familia / Joelma Moreira de Noroes Ramos. – Teresina: Uninovafapi, 2018.

Orientador (a): Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita; Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2018.

54. p.; il. 23cm.

Monografia (Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saude da Familia) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2018.

1. Osteoartrite. 2. Atenção primaria as saude. 3. Clinicos gerais. I.Título. II. Mesquita, Gerardo Vasconcelos.

CDD 617.3

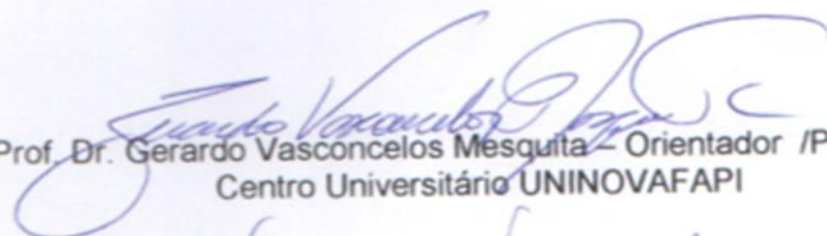
JOELMA MOREIRA DE NORÕES RAMOS

**MANEJO CLÍNICO/ ALGORITMO DE OSTEOARTRITE PARA MÉDICOS DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

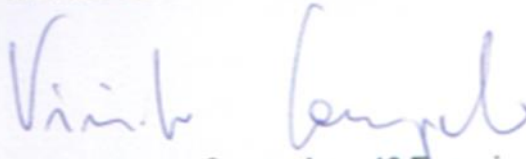
Trabalho de Conclusão de Mestrado - TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família,
do Centro Universitário UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família

APROVADO EM: 07 / 12 / 2018

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita – Orientador /Presidente
Centro Universitário UNINOVAFAPI



Prof. Dr. Viriato Campelo – 1ª Examinador
Universidade Federal do Piauí



Prof. Dr. Fabricio Ibiapina Tapety – 2º Examinador
Centro Universitário UNINOVAFAPI



Profa. Dra. Ivonizete Pires Ribeiro – Suplente
Centro Universitário UNINOVAFAPI

DEDICATÓRIA

Ao meu amado marido, Rodrigo, pela ajuda e incentivo para que eu realizasse esse sonho.

Aos meus lindos filhos, Camila e Rodrigo, que são meus amores e orgulho. Pela torcida e orações constantes pelo meu sucesso.

Aos meus pais, Ribamar (in memoriam) e Antoniêta, que sempre me orientaram e incentivaram meus estudos.

Aos meus sogros, Olavo e Gracinha, que também são meus pais e apoiadores.

Aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos que sempre estão na torcida por meu sucesso profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, acima de tudo, à Deus que é o verdadeiro sentido da minha vida.

À Professora Doutora Cristina Maria Miranda de Sousa, em nome do Centro Universitário UNINOVAFAPI, pelo excelente serviço de estudo prestado.

À todos que fazem parte do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, em nome de sua coordenadora, a Professora Doutora Eliana Campêlo Lago, pela dedicação e competência com que conduzem o programa.

Ao meu orientador, Professor Doutor Gerardo Vasconcelos Mesquita por seus ensinamentos, ajuda e experiencia.

Aos Professores Doutores, Viriato Campelo, Ivonizete Pires Ribeiro, Fabrício Tapety pela valiosa contribuição na qualificação.

Às secretárias da coordenação do mestrado, Gelsemânia e Samylle Belfort, sempre dispostas a ajudar.

Aos meus colegas de mestrado, em especial, Viviane Rios, Samara Valença, Mirela Cavalcante, Maria Auxiliadora Chaves, pela partilha nos momentos de estudo e crescimento acadêmico.

*“Curar quando possível; aliviar quando
necessário; consolar sempre”*
(Hipócrates)

RESUMO

Introdução: A Osteoartrite, também denominada osteoartrose ou artrose, é uma doença crônica osteodegenerativa que ocasiona o déficit e perda da cartilagem articular. É a doença reumática mais prevalente e acomete a maior parte dos idosos maiores de 60 anos. No Brasil, há uma deficiência de algoritmos clínicos para manejo da osteoartrite na atenção básica, principalmente estudos regionalizados e adaptados para realidade de cada população. **Objetivos:** Elaborar um algoritmo para manejo clínico de osteoartrite para médicos da atenção primária. Definir o perfil profissional dos médicos que atendem na estratégia de saúde da família (ESF) no município de Teresina. Avaliar a capacidade técnica e estrutural para diagnóstico e seguimento desses pacientes. **Métodos:** Estudo quantitativo no qual os médicos da atenção básica foram convidados a responder um questionário, que aborda aspectos sociodemográficos do profissional, além de conhecimento técnico sobre diagnóstico e seguimento de osteoartrite. **Resultados:** Observou-se que o generalista da ESF de Teresina é um profissional mais jovem (<50 anos), com mais de 5 anos de atuação na atenção básica, faz regularmente atualização científica, sente-se apto a realizar o diagnóstico com exames simples de imagem. Porém, apontam como dificuldades para seguimento desses pacientes: falta de programas de promoção à saúde, equipe multidisciplinar e melhor acesso às consultas no sistema único de saúde (SUS). Consideram de suma importância projetos de promoção à saúde voltados para esses pacientes e confecções de algoritmos de manejo da osteoartrite direcionados à médicos da atenção básica. **Conclusão:** Os médicos da ESF de Teresina são, em sua maioria, mulheres com menos de 50 anos, mais de 15 anos de graduação e metade com especialização. Eles apontam que há demanda de pacientes com queixas osteoarticulares na atenção básica, conseguem fazer o diagnóstico, no entanto, encaminham esses pacientes à especialistas por dificuldades no seguimento. Há necessidade de programas de promoção à saúde voltados à comunidade e algoritmos de manejo clínico direcionados aos médicos.

Palavras-chave: Osteoartrite. Atenção Primária de Saúde. Clínicos Gerais.

ABSTRACT

Introduction: Osteoarthritis, also called osteoarthrosis or arthrosis, is a chronic osteodegenerative disease that causes joint cartilage deficits and loss. It is the most prevalent rheumatic disease and affects most of the elderly over 60 years. In Brazil, there is a deficiency of clinical algorithms for managing osteoarthritis in primary care, mainly regionalized studies adapted to the reality of each population. **Objectives:** To develop an algorithm for clinical management of osteoarthritis for primary care physicians. Define the professional profile of the physicians who attend the family health strategy (FHS) in the city of Teresina. To evaluate the technical and structural capacity for diagnosis and follow-up of these patients. **Methods:** A quantitative study in which primary care physicians were invited to answer a questionnaire that addresses socio-demographic aspects of the professional, as well as technical knowledge about diagnosis and follow-up of osteoarthritis. **Results:** It was observed that the generalist of the ESF of Teresina is a younger professional (<50 years), with more than 5 years of primary care, regularly updated scientifically, is able to perform the diagnosis with simple exams of image. However, they point to difficulties in the diagnosis and follow-up of these patients, lack of health promotion programs, multidisciplinary team and better access to consultations in the unique health system (SUS). They consider health promotion projects aimed at these patients and making osteoarthritis management algorithms aimed at primary care. **Conclusion:** The ESF doctors in Teresina are mostly women under 50, more than 15 years of undergraduate and half with specialization. They point out that there is a demand for patients with osteoarticular complaints in basic care, they can make the diagnosis, however, they refer these patients to specialists because of difficulties in follow-up. There is a need for community-oriented health promotion programs and clinical management algorithms directed to physicians.

Key words: Osteoarthritis. Primary Health Care. General Practitioners.

RESUMEN

Introducción: La osteoartritis, también llamada osteoartritis o artrosis, es una enfermedad crónica osteodegenerativa que ocasiona el déficit y la pérdida del cartílago articular. Es la enfermedad reumática más prevalente y acomete a la mayor parte de los ancianos mayores de 60 años. En Brasil, hay una deficiencia de algoritmos clínicos para manejo de la osteoartritis en la atención básica, principalmente estudios regionalizados y adaptados para la realidad de cada población. **Objetivos:** Elaborar un algoritmo para manejo clínico de osteoartritis para médicos de atención primaria. Definir el perfil profesional de los médicos que atienden en la estrategia de salud de la familia (ESF) en el municipio de Teresina. Evaluar la capacidad técnica y estructural para el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes. **Métodos:** Estudio cuantitativo en el cual los médicos de atención básica fueron invitados a responder un cuestionario, que aborda aspectos sociodemográficos del profesional, además de conocimiento técnico sobre diagnóstico y seguimiento de osteoartritis. **Resultados:** Se observó que el generalista de la ESF de Teresina es un profesional más joven (<50 años), con más de 5 años de actuación en la atención básica, hace regularmente actualización científica, se siente apto para realizar el diagnóstico con exámenes simples de imagen. Sin embargo, apuntan como dificultades para diagnóstico y seguimiento de esos pacientes, la falta de programas de promoción a la salud, equipo multidisciplinar y mejor acceso a las consultas en el sistema único de salud (SUS). Consideran de suma importancia proyectos de promoción a la salud dirigidos a esos pacientes y confecciones de algoritmos de manejo de la osteoartritis dirigidos a la atención básica. **Conclusión:** Los médicos de la ESF de Teresina son, en su mayoría, mujeres de menos de 50 años, más de 15 años de graduación y la mitad con especialización. En el caso de los pacientes con quejas osteoarticulares en la atención básica, logran hacer el diagnóstico sin embargo, encaminan a esos pacientes a especialistas por dificultades en el seguimiento. Necesidad de programas de promoción a la salud dirigidos a la comunidad y algoritmos de manejo clínico dirigidos a los médicos.

Palabras clave: Osteoartritis. Atención primaria de Salud. Médicos Generales.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Contextualização do problema	10
1.2	Objeto do estudo	11
1.3	Questão norteadora	11
1.4	Objetivos	11
1.5	Justificativa e relevância	12
2	REFERENCIAL TEMÁTICO	13
2.1	Definições	13
2.2	Classificação	13
2.3	Epidemiologia	14
2.4	Fatores de risco	14
2.5	Quadro clínico	15
2.6	Patogênese	16
2.7	Diagnóstico	16
2.8	Tratamento	17
2.8.1	Tratamento clínico	17
2.8.2	Tratamento cirúrgico	18
2.9	Reabilitação	19
2.10	Prognóstico	19
3	METODOLOGIA	20
3.1	Natureza do estudo	20
3.2	Cenário do estudo	20
3.3	Participantes do estudo	21
3.3.1	Critérios de inclusão	21
3.3.2	Critérios de exclusão	21
3.4	Instrumentos e procedimentos para coleta de dados	21
3.5	Processamento e análise dos dados	21
3.6	Elaboração do produto	22
3.7	Aspectos éticos e legais	22
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
4.1	Manuscrito: Manejo clínico/algoritmo de osteoartrite para médicos da Estratégia Saúde da Família	23
4.2	Produto: Manejo clínico/algoritmo de osteoartrite para médicos da Estratégia de Saúde da Família	39
5	CONCLUSÃO	44
	REFERÊNCIAS	45
	APÊNDICES	47
	ANEXOS	50

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

A Osteoartrite, também denominada osteoartrose ou artrose, é uma doença crônica osteodegenerativa que ocasiona o déficit e perda da cartilagem articular. É a doença reumática mais prevalente e acomete a maior parte dos idosos maiores de 60 anos. A idade avançada é o principal fator de risco para osteoartrite primária, porém existem outros fatores de risco importantes como: sexo feminino, história familiar, fatores hormonais pós menopausa, obesidade, fatores ocupacionais e traumas repetitivos (EDWARDS et al., 2013).

O principal quadro clínico da osteoartrite é a dor articular mecânica protocinética. Caracteriza-se por dor associada aos esforços mecânicos e com rigidez matinal menor que 30 minutos. Com a progressão da doença, principalmente em quadril e joelhos, a dor pode tornar se crônica e ocorrer mesmo em repouso ou pequenos esforços. Acomete principalmente grandes articulações, sendo mais prevalente em joelhos nas mulheres e coxofemorais no sexo masculino. O fato de acometer grandes articulações, implica em distúrbios de marcha, diminuição de mobilidade e aumento do índice de quedas em idosos, comprometendo, fortemente, a qualidade de vida desse grupo etário (YU et al., 2017).

Essa patologia atinge aproximadamente 15 milhões de pessoas no Brasil. Marques e Kondo (1998) afirmam que a osteoartrite ocupa o terceiro lugar na lista dos segurados da Previdência Social que recebem auxílio-doença no Brasil. Deste modo, esta afecção compreende 65% das causas de incapacidade, atrás somente de doenças cardiovasculares e mentais.

Guias de manejo de osteoartrite pela atenção de saúde primária têm sido desenvolvidos por entidades internacionais de pesquisa e estudo em doenças reumáticas como: Colégio Americano de Reumatologia (ACR), Liga Europeia contra Reumatismo (EULAR), sociedade internacional de pesquisa sobre osteoartrite e instituto nacional de cuidado e saúde (NICE) (DZIEDZIC et al., 2014).

Esses guias de manejo para osteoartrite na prática primária são comuns para os diversos acometimentos articulares da artrose, uma vez que o manejo primário

tende a ser mais educativo e preventivo, independentemente do local de acometimento articular da patologia (DZIEDZIC et al., 2018).

O UK the National Institute for Health and care excellence (NICE) recomenda que o diagnóstico da osteoartrite deve ser feito clinicamente com o entendimento holístico da patologia. Os pacientes devem ser educados e informados sobre o tratamento. As terapias não farmacológicas como exercícios físicos e perda de peso devem ser estimuladas, já na atenção básica, desde início do diagnóstico (PORCHERET et al., 2018).

Como, até o presente momento, não existem tratamentos medicamentosos curativos para osteoartrite, torna-se necessário o combate dos fatores de risco, principalmente a obesidade e o sedentarismo (ASCEF et al., 2017).

A luta contra obesidade, que é um problema de saúde mundial em ascensão, é um dos principais pilares para o tratamento não farmacológico de osteoartrite. O excesso de peso gera estresse mecânico acentuado na articulação desgastada, acentuando o processo osteodegenerativo e gerando dor articular (BALDWIN et al., 2017).

Na tentativa de melhorar funcionalidade e qualidade de vida, diminuindo os danos estruturais da cartilagem, o exercício físico aponta como nova perspectiva no tratamento preventivo na osteoartrite (COIMBRA et al., 2004).

1.2 Objeto do estudo

Algoritmo de manejo clínico de Osteoartrite para médicos da ESF.

1.3 Questão norteadora

Seria possível fazer o diagnóstico e seguimento de Osteoartrite na ESF?

1.4 Objetivos

Elaborar um algoritmo para manejo clínico de osteoartrite na Estratégia de Saúde da Família.

Traçar o perfil sociodemográfico dos médicos que atuam na Estratégia de Saúde da Família do município estudado.

Avaliar métodos de diagnóstico e seguimento de osteoartrite na atenção básica.

Verificar as dificuldades para a prevenção, diagnóstico e seguimento dessa patologia na ESF.

1.5 Justificativa e relevância

O contínuo envelhecimento e diminuição do índice de natalidade da população brasileira está fazendo aumentar cada vez mais o número de pacientes com disfunção articular por osteoartrite, tornando se um importante problema de saúde pública.

Essa patologia tem incidência em ascensão na população mundial, principalmente em pessoas maiores de 60 anos. No Brasil, particularmente no Piauí, observa-se falhas no controle de fatores de risco e diagnóstico desses pacientes na atenção básica, acarretando encaminhamentos excessivos ao especialista, sobrecarregando a atenção secundária e terciária.

A dor articular decorrente da osteoartrite é uma das principais queixas em consultas de clínica geral. Esses pacientes devem ser abordados e orientados precocemente na atenção básica. Com essas medidas, poder-se-ia controlar os fatores de risco, intervir com eficácia no paciente e educar a comunidade sobre o tema. Essas ações melhorariam a adesão ao tratamento e evitariam que o paciente perdesse a função articular.

No Brasil, há uma deficiência de protocolos clínicos para manejo da osteoartrite na atenção básica, principalmente estudos regionalizados e adaptados para realidade de cada população. Esses protocolos são de extrema importância para regularizar e padronizar o atendimento dos pacientes na ESF, a fim de melhorar a qualidade de vida, facilitando o acesso do usuário ao diagnóstico e tratamento da patologia. Com essas atitudes, seria possível diminuir as solicitações de auxílio doença à previdência social, minimizar a taxa de afastamento do trabalho e regulamentar os encaminhamentos à especialistas na atenção terciária, estes ficando reservados para os casos complicados e não responsivos ao tratamento clínico inicial na atenção primária.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Definições

A osteoartrite é uma doença articular osteodegenerativa. A degradação articular da osteoartrite geralmente acomete todas as estruturas articulares e, teoricamente, é caracterizada como a perda gradual da articulação. Ocorre o afinamento da cartilagem com déficit e diminuição do espaço articular, formação de osteófitos e deformidades. Essa destruição da cartilagem ocasiona diminuição dos elementos celulares da cartilagem, como os condrócitos, gerando perda da capacidade elástica da articulação. Assim, a principal função da cartilagem articular, que é a absorção de impacto mecânico, fica irreversivelmente comprometida na osteoartrite (COIMBRA et al., 2004).

A osteoartrite pode ser definida como patológica, radiográfica ou sintomática, a depender da evolução do paciente (HOCHBERG et al., 2012).

A definição clínica ocorre mediante a apresentação de sintomas de dor e enrijecimento articular e pela identificação, ao exame físico, de anormalidades compatíveis com osteoartrite, como: nódulos de herberden, bouchard, movimentação articular limitada, crepitações (COIMBRA et al., 2004).

A definição radiográfica baseia-se na observação, no raio X simples, de estreitamento de espaço articular, presença de osteófitos, cistos subcondrais e deformidades (HOCHBERG et al., 2012).

2.2 Classificação

O Colégio Americano de Reumatologia (ACR) formulou critérios para classificação de osteoartrite de mãos, quadris e joelhos. Esses critérios baseiam-se em achados clínicos e radiográficos para escalonar o desenvolvimento da patologia (HOCHBERG et al., 2012).

Para osteoartrite de mãos, os critérios de classificação observam a presença de dor e aumento de volume em metacarpofalangeanas e interfalangeanas distais associado a deformidades nodais. A sensação de dor e parestesias em mãos são prevalentes nesses casos. Na osteoartrite de quadril, os critérios de classificação enfatizam a presença de dor persistente no local, associado a presença de osteófitos

femorais ou acetabulares e diminuição de espaço articular nessas regiões (EDWARDS et al., 2013).

Os critérios diagnósticos para osteoartrite de joelhos, baseiam-se na história de dor crônica protodinâmica nesta articulação, associada à história de rigidez matinal menor que 30 minutos, crepitações palpáveis ao movimento ativo da articulação e presença de osteófitos com diminuição de espaço articular no raio x simples (YU et al., 2017).

Os critérios de classificação também procuram diferenciar se osteoartrite primária, relacionada a doença osteodegenerativa senil e osteoartrite secundária, quando o déficit de cartilagem ocorre relacionado a traumas ortopédicos, doenças reumáticas, neurológicas ou endócrinas prévias (HOCHBERG et al., 2012).

2.3 Epidemiologia

É uma patologia com incidência mundial e acomete a maioria das pessoas maiores de 60 anos. Estimativas exatas de prevalência de osteoartrite generalizada não são muito encontradas na literatura, por falta de estudos longitudinais de seguimento, por discrepância no diagnóstico clínico e pelo fato da patologia apresentar incidências diferentes nas articulações acometidas. A prevalência de osteoartrite nas diversas articulações variam de acordo com gênero, idade e raça do indivíduo (EGERTON et al., 2017).

Sabe-se que a osteoartrite é uma doença comum e que a prevalência está cada dia mais aumentando por causa do envelhecimento da população e epidemia de obesidade (GÖTTEMSIUEL; PIRES, 2008).

2.4 Fatores de risco

Dos fatores de risco para osteoartrite primária, o principal é o envelhecimento. À medida que o indivíduo envelhece, ocorre déficit de cartilagem e, conseqüentemente, desenvolvimento da patologia. Alguns indivíduos têm susceptibilidade genética maior ao desenvolvimento da doença, principalmente as mulheres, onde a artrose de joelhos é mais prevalente que os homens (PETRELLA; DAVIS, 2007).

Fatores de risco sistêmicos, como a obesidade, são apontados como preponderantes na acentuação dos sintomas. Fatores de risco locais como: mal alinhamento de joelhos, genu varo, valgo, coxa vara, pé plano são importantes para surgimento da patologia, mesmo em fases mais precoces da vida. Lesões pregressas como traumas articulares, cirurgias ortopédicas, doenças reumáticas sistêmicas são fatores que podem desencadear osteoartrite secundária. O esforço excessivo empregado na articulação, tanto por sobrecarga da obesidade como por trauma repetitivo articular, são aspectos importantes no desencadeamento da patologia primária. A estrutura muscular do indivíduo guarda uma estreita relação com a etiopatogenia da osteoartrite. Quanto mais deficiente e hipotrofiada a musculatura, maior probabilidade de progressão da doença (DZIEDZIC et al., 2018).

2.5 Quadro clínico

A fisiopatogenia da osteoartrite envolve não somente a perda de cartilagem, mas também ocorrem mudanças no osso subcondral, sinóvia, ligamentos, tendões, meniscos, músculos e tecidos nervosos adjacentes. O quadro clínico caracteriza-se por dor aos movimentos, enrijecimento após repouso prolongado, aumento da sensibilidade óssea, hipertrofia sinovial, derrame articular e diminuição da amplitude dos movimentos (EDWARDS et al., 2013).

A dor é o principal sintoma relacionado a esta patologia. Classificada como dor protocinética, acontece ao realizar os esforços. Pode vir associada a sintomas de parestesias quando tem comprometimento neural ou a bloqueios quando tem alterações estruturais da articulação. A artrose de joelhos, além de ser uma das mais prevalentes, apresenta sintomatologia mais exuberante. Pode vir acompanhada de sensação de fadiga em membros inferiores, bloqueio articular e dor crônica. A doença osteodegenerativa nas mãos, apresenta quadro de dor, nodulações, parestesias e sensação de enrijecimento articular matinal (YU et al., 2013).

O exame físico pode estar alterado com distúrbios de marcha, limitação dos movimentos e instabilidade articular. Crepitações são palpáveis ao exame, indicando atrito na articulação. Na artrose de mãos, é bem evidente a presença de nódulos de herberden em interfalangeanas distais e nódulos de bouchard em interfalangeanas proximais. Quando acomete a primeira articulação da mão, trapézimetacárpica, além

da dor, a perda funcional é importante, com diminuição de força de preensão palmar (YU et al., 2013).

2.6 Patogênese

A cartilagem articular hialina é um tecido avascular e aneural que propicia uma superfície lisa, suave que recobre o osso subcondral. É responsável pela propriedade de absorção de impacto da articulação. Os condrócitos são as principais células da cartilagem e estão imersos na matriz extracelular composta principalmente de água, colágenos e proteoglicanos. As articulações se compõem de osso subcondral, ligamentos e capsula articular. Normalmente, essas estruturas se desgastam junto com a cartilagem, gerando dor tanto por fatores de estresse mecânico como por processo inflamatório local. A cartilagem normal tem uma consistência lisa e amarelada. Na presença da osteoartrite, a cartilagem fica pálida, áspera, perde a capacidade elástica e funcionalidade podendo existir exposição de osso subcondral (COIMBRA et al., 2004).

2.7 Diagnóstico

O diagnóstico dessa patologia não requer grandes técnicas de exames laboratoriais ou imagem. Basicamente, dá-se pela sintomatologia do paciente, exame físico articular e radiografias simples da articulação suspeita. O diagnóstico clínico baseia-se na queixa de dor, rigidez e limitação articular. O radiográfico é realizado através da radiografia simples da articulação acometida. O raio x pode apresentar diminuição de espaço articular, osteófitos, deformidades. No entanto, o raio x normal não exclui diagnóstico de osteoartrite, principalmente nas fases iniciais da doença (PASKINS; SANDERS; HASSEL, 2014).

A classificação radiográfica de Kellgreen e Lawrance escalona os pacientes com osteoartrite radiológica em cinco graus. No estágio zero, não há alterações visíveis, grau um há estreitamento duvidoso do espaço articular, grau dois há um possível estreitamento do espaço, grau três esse estreitamento é bem definido com esclerose de osso subcondral e grau quatro é o estágio mais avançado, com acentuado estreitamento, esclerose e deformidades ósseas (PASKINS; SANDERS; HASSEL, 2014).

2.8 Tratamento

2.8.1 Tratamento clínico

O tratamento clínico não farmacológico consiste na educação continuada do paciente, estimulação de exercícios físicos com ênfase a fortalecimento muscular e alongamentos e incentivo a perda de peso. As órteses podem ser usadas para diminuir dor, corrigir desalinhamento e forças biomecânicas anormais (HOCHBERG et al., 2012).

As recomendações da OARSI, Osteoarthritis Research Society International, para tratamento farmacológico da osteoartrite orientam uso de antiinflamatórios tópicos como agentes úteis para serem usados nesses pacientes. Os analgésicos orais como o paracetamol, são recomendados para uso em pacientes com sintomas leves a moderados. Os antiinflamatórios não hormonais orais são usados para controle da dor, porém devem ser administrados com cautela, principalmente em pacientes idosos, por causa de efeitos colaterais deletérios gastrointestinais, renais e cardiovasculares (McALINDON et al., 2014).

Vários autores concordam que o uso de corticoides em baixas doses para tratamento de osteoartrite não é consenso na literatura, porém, o tratamento intra-articular com corticoides de depósito, como a triancinolona, tem uma boa eficácia para tratamento sintomático de osteoartrite, principalmente em joelho e quadril. Os analgésicos opioides, como a codeína, podem ser usados para casos de controle de dor mais intensa e em curto prazo. Deve ser observado efeitos deletérios como: náuseas, sonolência, adinamia. A duloxetina, analgésico de ação central, inibidor de dupla ação da recaptação de serotonina e noradrenalina, é um importante aliado no tratamento de dor crônica na osteoartrite (McALINDON et al., 2014).

Estudos demonstram que a viscosuplementação com ácido hialurônico, polissacarídeo de alto peso molecular, melhora sintomas de dor e a cartilagem articular (HOCHBERG et al., 2012).

Os fármacos condroprotetores sintomáticos de ação lenta têm a função de modificar a progressão da doença, atuando, não só sintomaticamente, mas melhorando a qualidade da cartilagem articular (McALINDON et al., 2014).

A Cloroquina, usada como difosfato de cloroquina ou hidroxicloroquina, tem uma eficiente ação analgésica e atua diminuindo o processo erosivo articular, principalmente na osteoartrite nodal de mãos (KINGSBURY et al., 2018).

A diacereína é um fármaco que atua inibindo a função inflamatória da interleucina IL1B, favorece a formação de TGF-B1 e B2. Assim, favorece a produção de colágeno e proteoglicanos (ALTMAN et al., 2000).

Alguns estudos apontam o sulfato de glicosamina, derivado do exoesqueleto de crustáceos, como um fármaco condroprotetor que melhora os sintomas álgicos e a cartilagem em pacientes com osteoartrite de joelhos. O sulfato de condroitina, um glicosaminoglicano, inibe a ação da interleucina IL-1b, agindo nos sintomas álgicos e melhora da cartilagem (ALTMAN et al., 2000).

Os extratos insaponificáveis de soja e abacate são drogas condroprotetoras que melhoram a destruição aguda de proteoglicanos na cartilagem e estimulam a formação de colágeno (HOCHBERG et al., 2012).

Novos tratamentos medicamentosos, como colágeno hidrolisado, harpagosídeo, têm surgido para estimular a produção de condroitina e colágenos e melhora da analgesia em pacientes com osteoartrite (KINGSBURY et al., 2018).

2.8.2 Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico é indicado para os pacientes com dor incapacitante e persistente, apesar do tratamento clínico. A artroscopia pode ser realizada naqueles pacientes com osteoartrite avançada, presença de corpos livres na articulação ou lesões ligamentares que necessitam de correção. A osteotomia pode ser indicada para os casos de desalinhamento articular, principalmente em membros inferiores que dificultam a marcha. As cirurgias de artroplastia parcial ou total são reservadas para aqueles pacientes com osteoartrite severa e perda funcional da articulação. Tem eficácia em recuperar a integridade e funcionalidade articular a curto prazo, porém trata-se de uma cirurgia de grande porte e que, às vezes, não pode ser realizada por causa de comorbidades e idade avançada do paciente (ALTMAN et al., 2000).

2.9 Reabilitação

Os pacientes com osteoartrite, principalmente em membros inferiores, necessitam de tratamento multidisciplinar coadjuvante ao tratamento medicamentoso. A fisioterapia motora e analgésica é recomendada para casos selecionados, assim como a confecção de órteses para melhorar a funcionalidade da articulação (FINNEY et al., 2016).

Os exercícios de força muscular e alongamentos, quando bem indicados e orientados, são importantes aliados no tratamento de pacientes com osteoartrite (DIEDEZIC et al., 2014).

2.10 Prognóstico

O prognóstico dos pacientes reumáticos com osteoartrite depende do grau de acometimento articular da patologia, idade do paciente e funcionalidade. Acredita-se que o tratamento preventivo e educacional precoce melhore a qualidade de vida dos idosos com essa patologia. Cuidados de perda de peso, educação alimentar e exercícios físicos ajudam muito na melhora dos pacientes. O tratamento clínico medicamentoso deve ser instituído o mais precoce possível, a fim de melhorar a cartilagem e evitar perda de osso subcondral (DIEDEZIC et al., 2014).

3 METODOLOGIA

3.1 Natureza do estudo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratória, descritiva

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado mediante entrevistas, não presenciais, “on line”, via endereço eletrônico, enviada a cada médico que atende na Estratégia de Saúde da Família no município de Teresina.

Para tal fim, optou-se por escolher como população-base os médicos generalistas que trabalham na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Teresina (Piauí). As unidades básicas de saúde (UBS) abrigam a estrutura física da atenção básica de saúde na capital do Piauí.

A lista completa com os nomes dos médicos da ESF foi solicitada à coordenação do programa na Fundação Municipal de Saúde (FMS) no mês de agosto de 2018. Atualmente, existem 260 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) atuando em 90 unidades básicas de saúde (UBS) em todas as zonas do município de Teresina. Essas equipes, são compostas por médicos, enfermeiros, agentes de saúde, cirurgiões dentistas, entre outros profissionais. Na totalidade, a ESF de Teresina conta com 264 médicos trabalhando regularmente em suas equipes. O objeto do estudo foi o médico generalista de cada uma das 260 equipes da ESF. Os profissionais médicos dessas equipes foram contactados, por correio eletrônico ou telefone celular para responderem à pesquisa. A lista completa dos médicos, com os números de telefones, foi solicitada à coordenação do programa na sede da Fundação Municipal de Saúde (FMS) e também, após autorização da FMS, no Conselho Regional de Medicina (CRM-PI), onde foi expedido, no protocolo, detalhamento da pesquisa e autorização da direção local.

3.3 Participantes do estudo

3.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo todos os médicos generalistas que trabalham na Estratégia de Saúde da Família no município de Teresina.

3.3.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão englobaram médicos com menos de 1 ano de serviço na ESF.

3.4 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados

Os dados foram coletados mediante um questionário onde foi abordado o perfil profissional do médico da ESF e conhecimento técnico de diagnóstico de osteoartrite.

As perguntas foram confeccionadas em um formulário “on line” disponível no “Google drive”. Este formulário, foi enviado, por um “link” o qual o entrevistado poderia acessar rapidamente e clicar as respostas adequadas. Imediatamente após o término do preenchimento do questionário, o formulário foi enviado, “on line”, para o pesquisador. Os questionários não foram identificadas e ficaram armazenadas no formulário resposta até o prazo de encerramento da coleta e análise dos dados.

3.5 Processamento e análise dos dados

Os dados encontrados foram tabulados e organizados em planilha eletrônica Microsoft® Excel 2016. A análise estatística foi realizada em Statistical Package for the Social Sciences-SPSS versão 22.

Uma vez que os dados foram coletados, procedeu-se à verificação. Na análise, entre os dados coletados e pergunta norteadora, foi procurada a correspondência, ou seja, se os resultados observados corresponderam aos resultados esperados pelas questões da pesquisa.

Por meio da comparação dos resultados encontrados nos levantamentos com os resultados esperados pela pergunta, foram emitidas as conclusões.

3.6 Elaboração do produto

O produto elaborado foi um algoritmo de manejo de osteoartrite, abordando o diagnóstico segundo história, exame físico e imagens. O sistema do algoritmo tem uma leitura rápida, prática, mostrando quais são os principais sinais de alerta para complicação da patologia e possível encaminhamento para especialista (ØSTERÅS et al., 2015).

3.7 Aspectos éticos e legais

A princípio, a pesquisa foi submetida à apreciação de Comissões de Ética da FMS e foi encaminhada à Comissão de Ética e Pesquisa da UNINOVAFAPI quando a autorização legal for cedida. A coordenação geral da ESF e a Comissão de ética da FMS foram devidamente instruídas sobre o objetivo e composição do trabalho. Após a concordância em fornecer as informações e cooperar com a pesquisa, foi assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE), de acordo com o que consta na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (sobre pesquisas envolvendo seres humanos).

Os resultados dessa pesquisa serão apresentados ao Centro Universitário UNINOVAFAPI, em apresentação oral e escrita.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP da UNINOVAFAPI (Parecer nº: 2.812.805). Os dados somente foram coletados após sua aprovação e autorização do CEP, assim como autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Municipal de Saúde, a qual os médicos entrevistados são vinculados, respeitando-se a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2012b).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Manuscrito: Manejo clínico/ algoritmo de osteoartrite para médicos da Estratégia Saúde da Família

Clinical management / osteoartrite algorithm for physicians of the Family Health Strategy

Joelma Moreira de Norões Ramos¹, Viriato Campelo², Fabricio Ibiapina Tapety³, Ivonizete Pires Ribeiro⁴, Gerardo Vasconcelos Mesquita⁵

1. Médica. Residência em Reumatologia pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Mestranda do programa de Mestrado em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, Piauí, Brasil.
2. Médico. Doutorado em Medicina (Ciências Médicas) pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí.
3. Cirurgião dentista. Pós-doutorado em Implantodontia pela Johannes Gutenberg University em Mainz/Alemanha. Docente do programa de Mestrado em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, Piauí, Brasil.
4. Enfermeira. Doutorado em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Goiás. Docente do programa de Mestrado em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, Piauí, Brasil.
5. Médico. Doutorado em Cirurgia pela Universidade Federal de Pernambuco. Docente do programa de Mestrado em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, Piauí, Brasil.

Correspondente:

Joelma Moreira de Norões Ramos

Rua Tabelaio José Basílio, 913, Fátima CEP: 64000-901 Teresina – PI
joelmanoroes@hotmail.com

Resumo

O objetivo do presente estudo é elaborar um algoritmo para manejo clínico de osteoartrite para médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Teresina. Avaliar a capacidade técnica e estrutural para diagnóstico e seguimento desses pacientes. Trata-se de um estudo transversal no qual os médicos Estratégia Saúde da Família foram convidados a responder um questionário, que aborda aspectos sócio-demográficos do profissional, além de conhecimento técnico sobre diagnóstico e seguimento de osteoartrite. Observou-se que o generalista é um profissional mais jovem (<50 anos), com mais de 5 anos de atuação na atenção básica, faz regularmente atualização científica, sente-se apto a realizar o diagnóstico com exames simples de imagem. Porém, apontam como dificuldades para seguimento desses pacientes: falta de programas de promoção à saúde, equipe multidisciplinar e melhor acesso às consultas no Sistema Único de Saúde (SUS). Consideram de suma importância projetos de promoção à saúde voltados para esses pacientes e confecções de algoritmos de manejo da osteoartrite direcionados à médicos da atenção básica. Conclui-se que há necessidade de programas de promoção à saúde voltados à comunidade e algoritmos de manejo clínico direcionados aos médicos.

Palavras-chave: Osteoartrite, Atenção Primária à Saúde, Médicos Generales.

Abstract

The objective of the present study is to develop an algorithm for clinical management of osteoarthritis for physicians of the Family Health Strategy (ESF) in the city of Teresina. To evaluate the technical and structural capacity for diagnosis and follow-up of these patients. This is a cross-sectional study in which the Family Health Strategy physicians were invited to answer a questionnaire, which addresses socio-demographic aspects of the professional, as well as technical knowledge about diagnosis and follow-up of osteoarthritis. It was observed that the general practitioner is a younger professional (<50 years), with more than 5 years of primary care, regularly updated scientifically, and is able to perform the diagnosis with simple imaging tests. However, they point to difficulties for the follow-up of these patients: lack of health promotion programs, multidisciplinary team and better access to consultations in the Unified Health System (SUS). They consider health promotion projects aimed at these patients and making osteoarthritis management algorithms aimed at primary care physicians of utmost importance. It is concluded that there is a need for community-oriented health promotion programs and clinical management algorithms aimed at physicians.

Key words: Osteoarthritis, Primary Health Care, General Practitioners.

Introdução

A Osteoartrite, também denominada osteoartrose ou artrose, é uma doença crônica osteodegenerativa que ocasiona o déficit e perda da cartilagem articular. É a doença reumática mais prevalente e acomete a maior parte dos idosos maiores de 60 anos¹.

A idade avançada é o principal fator de risco para osteoartrite primária, porém existem outros fatores de risco importantes como: sexo feminino, história familiar, fatores hormonais pós menopausa, obesidade, fatores ocupacionais e traumas repetitivos^{1,2}.

Guias de manejo para osteoartrite na atenção de saúde primária têm sido desenvolvidos por entidades internacionais de pesquisa e estudo em doenças reumáticas como: colégio americano de reumatologia (ACR), liga europeia contra reumatismo (EULAR), sociedade internacional de pesquisa sobre osteoartrite e instituto nacional de cuidado e saúde (NICE)³⁻⁵.

Esses guias de manejo para osteoartrite na prática primária são comuns para os diversos acometimentos articulares da artrose, uma vez que o manejo primário tende a ser mais educativo e preventivo, independentemente do local de acometimento articular da patologia³⁻⁵.

O contínuo envelhecimento da população brasileira está fazendo aumentar cada vez mais o número de pacientes com disfunção articular por osteoartrite, tornando se um importante problema de saúde pública⁶⁻⁹.

No Brasil, há uma deficiência de protocolos clínicos para manejo da osteoartrite na atenção básica, principalmente estudos regionalizados e adaptados para realidade de cada população⁸⁻⁹.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva onde foram entrevistados, os médicos generalistas que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) na cidade de Teresina-PI.

A pesquisa foi aprovada pela comissão de Ética e Pesquisa (CEP) da Fundação Municipal de Saúde do estado do Piauí (FMS) e CEP da UNINOVAFAPI sob número de parecer 2.812.805.

Foram contactados 264 médicos generalistas da ESF, sendo que 114 responderam à pesquisa.

Os dados foram coletados mediante um questionário, “on line”, enviados aos médicos por correio eletrônico ou telefone celular. Esse formulário foi enviado cinco vezes para cada médico e foi aguardado envio, “on line”, das respostas por trinta dias. Nas perguntas, foram abordadas questões sobre o perfil profissional do médico, conhecimento técnico em osteoartrite, dificuldades de diagnóstico e seguimento de pacientes com essa patologia na ESF.

Os dados encontrados foram tabulados e organizados em Microsoft Excel 2016. A análise estatística foi realizada em Statistical Package for the Social Sciences-SPSS versão 22.

Resultados

As respostas dos médicos entrevistados foram analisadas estatisticamente em 2 fases: o perfil profissional sócio demográfico do médico que atendem a ESF de Teresina e investigação

específica sobre a patologia estudada. Os dados estão apresentados na tabela 1 referentes aos questionamentos sobre o perfil profissional.

Tabela 1. Distribuição Descritiva do Perfil Profissional Médicos Clínicos Gerais que trabalham na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Teresina, Piauí, 2018.

	n (114)	%
Sexo		
Masculino	29	25,4%
Feminino	85	74,6%
TOTAL	114	100%
Faixa Etária		
≤30 anos	32	28,1%
31- 40 anos	44	38,6%
41- 50 anos	25	21,9%
51- 60 anos	8	7,0%
> 60 anos	5	4,4%
TOTAL	114	100%
Anos de Formados		
≤3 anos	32	28,1%
3- 5 anos	11	9,6%
6- 10 anos	22	19,3%
11-15 anos	13	11,4%
>15 anos	36	31,6%
TOTAL	114	100%
Realizou Residência Médica em alguma área?		
Não	52	45,6%
Sim	62	54,4%
TOTAL	114	100%
Quanto tempo está trabalhando na Estratégia de Saúde da Família?		
≤ 1 anos	22	19,3%
1-3 anos	26	22,8%
4-5 anos	9	7,9%
6-10 anos	23	20,2%
11-15 anos	20	17,5%
> 15 anos	14	12,3%
TOTAL	114	100%
Atualmente, você atua como Clínico Geral em algum outro Serviço Médico além da Estratégia de Saúde da Família?		
Não	66	57,9%
Sim	48	42,1%
TOTAL	114	100%
Quantos eventos científicos (congressos, cursos, simpósios) você esteve presente nos últimos 5 anos?		
≤3	12	10,5%
3-5	55	48,2%
6-10	29	25,4%
> 10	16	14,0%
Nenhum	2	1,8%
TOTAL	114	100%

Fonte: Pesquisa direta.

Dos médicos que responderam à pesquisa, 74,6% eram do sexo feminino e 25,4% do sexo masculino. A faixa etária dos profissionais avaliados variou em 5 grupos: menores de 30 anos corresponderam a 28,6% dos entrevistados, entre 31 a 40 anos atingiu 38,6%, entre 41 a 50 anos compôs 22,3% , 51 a 60 anos teve menor representatividade, com 7% e os maiores de

60 anos somaram 4,5% dos entrevistados, sendo que 88,6% dos avaliados apresentavam menos que 50 anos.

Neste estudo, foi avaliado o tempo de formado dos médicos generalistas que atendem a ESF de Teresina. O resultado mostrou 2 grupos principais e heterogêneos. A maioria dos médicos, 31,6% tem mais de 15 anos de formados. Em segundo lugar, apareceu outro extremo: médicos com menos de 3 anos de formados com 28,1% dos avaliados.

Foi verificado se os generalistas tinham alguma especialização ou residência médica. Do total, 54,4% responderam que tinham especialização ou residência médica e 45,6% afirmaram que não tinham. Quando questionados sobre atualização científica, 48,2% afirmaram que participam de 3 a 5 eventos científicos a cada 5 anos. Dos entrevistados, 57,9% não trabalhavam como clínico geral em outros serviços.

Na tabela 2 está sendo representado análise descritiva sobre o conhecimento técnico sobre Osteoartrite.

Tabela 2. Distribuição Descritiva dos Conhecimentos Técnicos Específicos em Osteoartrite que trabalham na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Teresina, Piauí, 2018.

	n (114)	%
Demanda de pacientes clínicos com queixas osteoarticulares no ambulatório da ESF ?		
Não	0	0,0%
Sim	114	100,0%
TOTAL	114	100%
Consegue fazer o diagnóstico clínico/radiológico de Osteoartrite no ambulatório da ESF?		
Não	23	20,2%
Sim	91	79,8%
TOTAL	114	100%
Costuma encaminhar para especialista seus pacientes com provável Osteoartrite?		
Não	13	11,4%
Sim	101	88,6%
TOTAL	114	100%
Na sua opinião, é possível fazer seguimento dos pacientes com Osteoartrite na ESF?		
Não	34	29,8%
Sim	80	70,2%
TOTAL	114	100%
Seria importante um trabalho de promoção de saúde em osteoartrite envolvendo a conscientização da comunidade sobre a doença?		
Não	2	1,8%
Sim	112	98,2%
TOTAL	114	100%
Seria útil um Protocolo Clínico Padronizado para diagnóstico de Osteoartrite direcionado à médicos da Estratégia de Saúde da Família?		
Não	0	0,0%
Sim	114	100,0%
TOTAL	114	100%

Fonte: Pesquisa direta.

Quando foram realizados questionamentos mais detalhados sobre Osteoartrite, os generalistas afirmaram que a demanda de queixas osteoarticulares é muito frequente na atenção básica, sendo que 100% responderam positivamente sobre a alta procura dos pacientes.

Foram questionados se conseguiam fazer um diagnóstico adequado da patologia na atenção básica. 79,8% responderam que conseguem fazer o diagnóstico e 20,2% não conseguem fazê-lo.

Os entrevistados foram avaliados se conseguem fazer o seguimento clínico desses pacientes na ESF e 70,2% responderam positivamente e 29,8% não conseguem fazer o seguimento adequado. Sobre a necessidade de encaminhar para o especialista do serviço terciário esses pacientes, 88,6% afirmaram que encaminham e 11,4% não encaminham.

Em relação a projetos de promoção à saúde voltados à comunidade, 98,2% acharam válidos que sejam implementados e 100% dos avaliados responderam que seria importante um algoritmo de manejo clínico para diagnóstico de osteoartrite direcionado para médicos da atenção básica.

Os entrevistados afirmaram que conseguem fazer a suspeição clínica de osteoartrite na atenção básica através da queixa principal de dor articular, sendo que esse item acumulou 100% das respostas. A idade avançada, juntamente com histórico de sobrepeso, atingiram 50%. O trabalho profissional com esforço articular também apontou com 39,5%. A presença de deformidades articulares nos pacientes atingiu 81% das respostas.

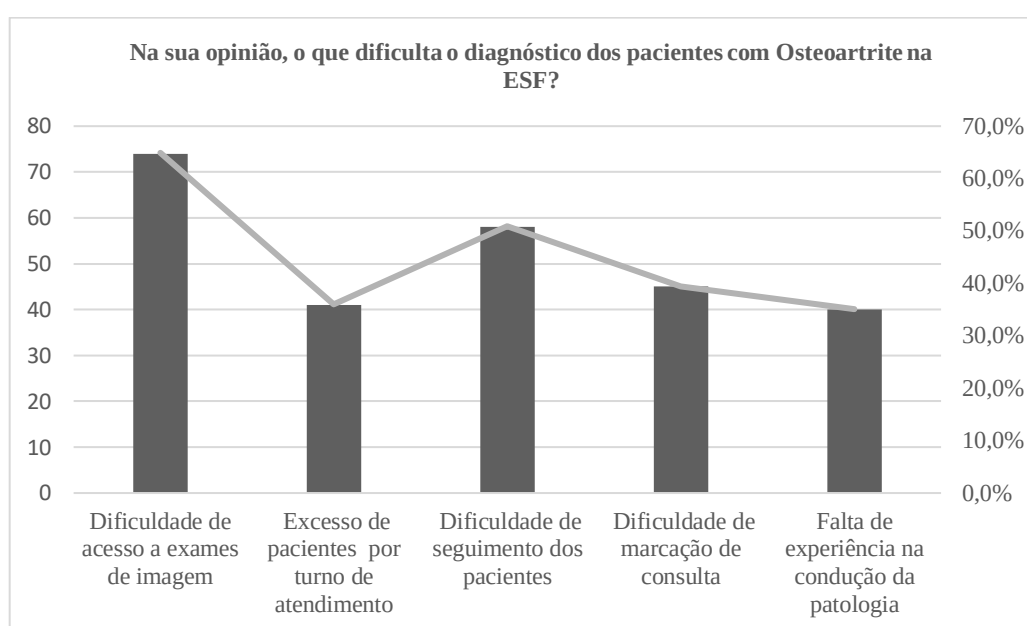
Quando questionados sobre como conseguiam fazer diagnóstico de osteoartrite na ESF, 100% dos avaliados responderam que história clínica e exame físico eram preponderantes para diagnóstico, seguidos de 84,4% com radiografia simples da articulação e 44% com exames laboratoriais de rotina.

Foi apontado como dificuldade diagnóstica desses pacientes, o fato de existir carência de exames de imagem, com 64,9% das respostas. O excesso de pacientes por turno de trabalho,

com 36,8%. A dificuldade de seguimento clínico apontou com 50% seguido de escassez de marcação de consultas, com 39,5%. A falta de experiência do médico em realizar o diagnóstico foi apontada em 35,1% das respostas.

O gráfico1 ilustra as principais dificuldades dos médicos para realizarem diagnóstico de osteoartrite na atenção básica.

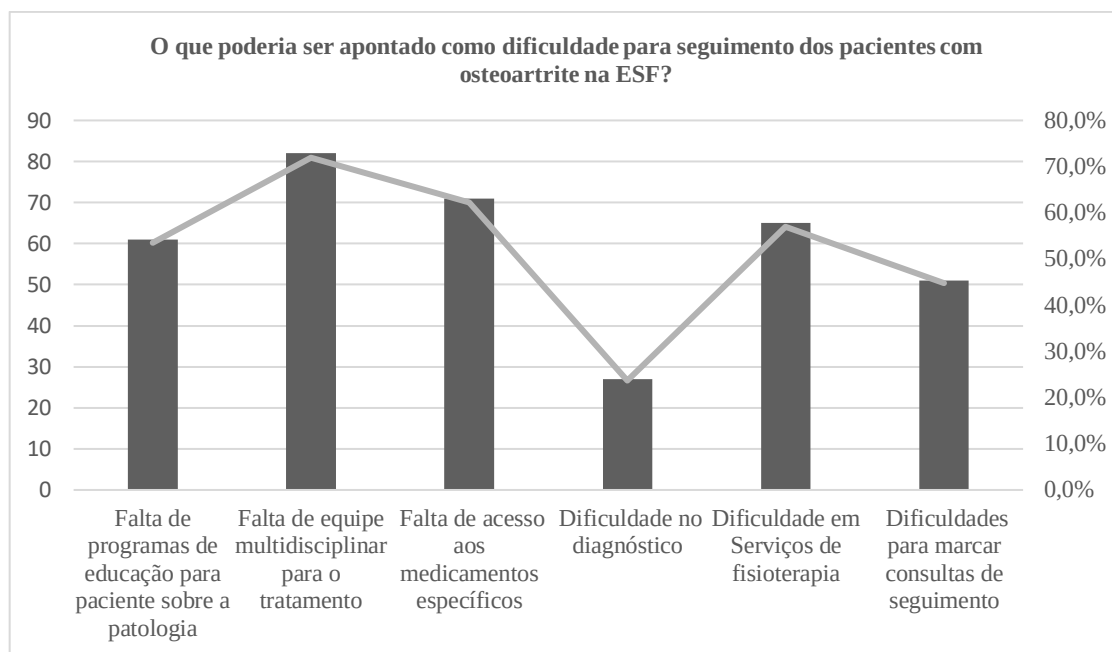
Gráfico 1. Distribuição Descritiva das variáveis que dificultam o diagnóstico de Osteoartrite no ambulatório da ESF no Município de Teresina, Piauí, 2018.



Fonte: Pesquisa direta.

Os resultados encontrados, ilustrados no gráfico 2, mostram que 71,9% relatam a falta de equipe multidisciplinar na atenção básica como a principal dificuldade para seguimento desses pacientes. A escassez de programas educativos sobre a patologia aponta 53,5%. Falta de acesso a medicamentos específicos, com 62,3%. A dificuldade técnica para fazer o diagnóstico aparece com 23,7%. A falta de serviços de fisioterapia também foi assinalada com 57,1% e a dificuldade em marcar consultas no sistema único de saúde, com 44,7%.

Gráfico 2. Distribuição Descritiva das variáveis que dificultam o seguimento de pacientes com Osteoartrite na ESF no Município de Teresina, Piauí, 2018.



Fonte: Pesquisa direta.

Os dados foram trabalhados e realizadas associações entre o perfil do profissional e o fato de precisar realizar o encaminhamento à especialista e a necessidade de projetos de promoção à saúde relacionados à patologia estudada. Os resultados dessa análise são apresentados abaixo na tabela 3.

Tabela 3. Associação entre o Perfil Profissional Médicos da ESF do Município de Teresina, Piauí, 2018.

	N	%	Costuma encaminhar para especialista seus pacientes com provável Osteoartrite?	Seria importante um trabalho de promoção de saúde em osteoartrite envolvendo a conscientização da comunidade sobre a doença?
			P-valor	P-valor
Sexo			0,639	0,015
Masculino	29	25,44		
Feminino	85	74,56		
Faixa Etária			0,578	0,808
≤30 anos	32	28,07		
31- 40 anos	44	38,60		
41- 50 anos	25	21,93		
51- 60 anos	8	7,02		
> 60 anos	5	4,39		
Anos de Formados			0,363	0,697
≤3 anos	32	28,07		
3- 5 anos	11	9,65		
6- 10 anos	22	19,30		
11-15 anos	13	11,40		
>15 anos	36	31,58		
Realizou Residência Médica em alguma área?			0,069	0,191
Não	52	45,61		
Sim	62	54,39		

Quanto tempo está trabalhando na Estratégia de Saúde da Família?		0,703	0,502
≤ 1 anos	22	19,30	
1- 3 anos	26	22,81	
4- 5 anos	9	7,89	
6- 10 anos	23	20,18	
11- 15 anos	20	17,54	
> 15 anos	14	12,28	
Atualmente, você atua como Clínico Geral em algum outro Serviço Médico além da Estratégia de Saúde da Família?		0,035	0,224
Não	66	57,89	
Sim	48	42,11	
Quantos eventos científicos (congressos, cursos, simpósios) você esteve presente nos últimos 5 anos?		0,565	0,014
≤3	12	10,53	
3- 5	55	48,25	
6- 10	29	25,44	
> 10	16	14,04	
Nenhum	2	1,75	

Legenda: P-valor: Foi calculado com base no Teste de associação Qui-quadrado (X^2), para o nível de significância de 5%.

Fonte: Pesquisa direta.

Discussão

O perfil sócio demográfico do médico do nosso estudo em sua maioria é do gênero feminino (74,6%), com menos de 50 anos de idade (88,6%). Os estudos da literatura mostram uma leve predominância do sexo feminino e faixa etária maior que 45 anos⁹⁻¹⁰.

Ainda analisando o perfil sócio demográfico, foi avaliado o tempo de graduação dos médicos generalistas que atendem a ESF de Teresina. O resultado mostrou 2 grupos principais e heterogêneos. A maioria dos médicos, 31,6% tem mais de 15 anos de formados. Em segundo lugar, apareceu outro extremo: médicos com menos de 3 anos de formados com 28,1% dos avaliados. Chiereghin et al. (2015)⁹, apontam que 45% dos médicos da atenção básica apresentam mais de 15 anos de graduação.

Foi verificado se os generalistas tinham alguma especialização ou residência médica. Do total, 54,4% responderam que tinham especialização e 45,6% que não tinham. Esses dados são similares aos artigos estudados, onde 70% dos avaliados tinham residência médica ou estava em andamento⁹⁻¹³.

Sobre atualização científica, 48,2% afirmaram que participam de 3 a 5 eventos científicos em 5 anos, sendo que 58,9% dos entrevistados trabalhavam como clínicos em outros serviços de saúde. A literatura aponta que o médico da ESF, em sua maioria, tem especialização e participam de mais de 5 eventos científicos por ano⁹.

Especificamente sobre o tema desta pesquisa, foi questionado se existe demanda de pacientes com queixas osteoarticulares na ESF e 100% dos entrevistados responderam positivamente. Porcheret et al. (2018)⁶ apontam essa demanda excessiva e crescente de pacientes com queixas articulares em serviços de atenção básica como foi constatado. Essa demanda tende a crescer com o envelhecimento ascendente da população brasileira e a conscientização dos pacientes sobre a patologia. A cada dia aumenta a crença na população mais idosa que deve se procurar tratamentos farmacológicos e não farmacológicos para as enfermidades reumáticas, diminuindo a teoria de que a artrose é inerente à velhice e não tem tratamento.

Analisando o conhecimento técnico sobre a patologia estudada, a maioria dos entrevistados, neste estudo, consegue fazer o diagnóstico de osteoartrite na ESF (79,8%). Apontam que é possível fazer o seguimento clínico (70,2%). No entanto, costumam encaminhar esses pacientes para especialistas no serviço secundário ou terciário (88,6%). Assinalam vários motivos, que serão discutidos separadamente, como fatores de entraves para acompanhar esses pacientes na atenção básica, referenciando ao serviço especializado secundário ou terciário¹⁵.

Ainda em relação ao conhecimento técnico de diagnóstico da osteoartrite, o presente estudo mostra que 98,2% dos médicos de nossa região acham importante que existam projetos de promoção à saúde direcionados ao paciente reumático, a fim de esclarecer dúvidas e anseios que o usuário idoso demanda sobre as patologias reumáticas⁶.

Durante a revisão bibliográfica para esse estudo, observou-se que a literatura sobre o tema procura enfatizar a necessidade de diretrizes e algoritmos clínicos de osteoartrite

direcionados , especificamente, para o generalista, pois acredita-se que a patologia, na forma não complicada, deve ser diagnosticada e conduzida na atenção básica, com ênfase à programas de educação ao paciente, combate à obesidade e estímulo à prática de atividade física¹⁰⁻¹¹. Baseado nesses estudos, foi questionado a necessidade de um algoritmo clínico sobre manejo de osteoartrite direcionados aos médicos generalistas da ESF da nossa região. Os entrevistados foram unânicos (100%) ao afirmar que seria importante a realização e divulgação desse estudo¹²⁻¹⁵.

Os médicos neste estudo fazem a suspeição diagnóstica de Osteoartrite, principalmente, pela queixa de dor articular abrangendo 100% dos que responderam. A senilidade com 51,8%, obesidade com 49,1% são fatores importantes observados no momento do diagnóstico. As deformidades articulares, avaliadas no exame físico, são aspectos prevalentes para suspeição da patologia, abrangendo 71,6% das respostas. De acordo com Coimbra et al. (2004)¹², o aumento crescente do envelhecimento na população brasileira, a demanda de pacientes com osteoartrite na atenção básica tende a aumentar a cada dia. As queixas principais são relacionadas a dor articular, obesidade e sedentarismo e as diretrizes clínicas para manejo dessa patologia enfocam esses 3 aspectos mais prevalentes de queixas e exame físico¹⁶⁻¹⁹.

Os profissionais da região estudada afirmaram que conseguem realizar o diagnóstico de Osteoartrite na ESF com a história clínica e exame físico dos pacientes (98,2%) e necessitam de alguns exames complementares como: radiografias simples da articulação (84,4%) e exames laboratoriais (44%). A literatura mostra que é possível realizar diagnóstico de osteoartrite no atendimento primário, baseado na história clínica, exame físico, história familiar, fatores de risco como: obesidade, deformidades, trabalho forçado. A necessidade de exames sofisticados de laboratório e imagem não é apontada como fator preponderante para o diagnóstico, sendo esses exames reservados para casos mais complicados, com sinais de alerta e que não responderam ao tratamento inicial⁵.

Os médicos da atenção básica afirmam que conseguem fazer diagnóstico de osteoartrite na ESF, 79,8%, e até que conseguiriam fazer o seguimento adequado da patologia na atenção básica 70,2%, porém, apontam como as maiores dificuldades de acompanhamento dos pacientes: falta de programas de educação e promoção de saúde ao paciente, 53,5%, falta de equipe multidisciplinar com nutricionistas e fisioterapeutas 71,9%, falta de acesso a medicamentos condroprotetores, 62,3% e dificuldade para marcar consultas rotineiramente, 44,7%. Esses dados estão de acordo com a literatura quando Dziedzic et al. (2014)⁵ afirmam que para o seguimento desses pacientes deve ser enfatizado tratamento não medicamentoso multidisciplinar com nutricionistas, médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. O tratamento medicamentoso para as formas não complicadas deve ser iniciado e mantido na atenção básica segundo as necessidades específicas de cada paciente. A dificuldade de equipe multidisciplinar e consultas rotineiras nas unidades básicas são entraves constantes na rede do SUS em diversas patologias^{9,15}.

Com a análise dos dados, foram avaliadas associações entre o perfil sócio demográfico do médico generalista estudado e a necessidade de referenciar os pacientes ao especialista. Com base no teste Qui-quadrado, ao nível de significância 5%, foi observado que existe evidências de associação entre encaminhamento ao especialista e o fato do médico trabalhar como clínico em outro serviço além da ESF ($p: 0,035$). Com base nessas variáveis que apresentaram associação, foi realizada a regressão logística binária, ao nível de significância de 5% para avaliar e mensurar essa associação. Após a regressão logística, com base no Or (razão de chance) pode-se afirmar que, neste estudo, os médicos que atuam como clínico em outro serviço além da ESF, têm 72% a menos de chance de encaminhar pacientes ao especialista. De acordo com Chiereghin et al. (2015)⁹, os médicos com melhor formação e experiência clínica costumam encaminhar menos pacientes para especialistas.

Quando analisado a associação entre o perfil sociodemográfico do médico, especificamente nos quesitos: gênero (p valor: 0,015) e número de participação em eventos científicos (p valor:0,014) relacionando com a importância de um trabalho de conscientização sobre osteoartrite e promoção à saúde observou-se que esses fatores influenciam na opinião dos entrevistados. Chiereghin et al. (2015)⁹ mostram que o médico da atenção básica costuma ser um profissional com mais experiência e apto a fazer diagnóstico e seguimento das formas não complicadas da patologia na atenção básica. Dziedzic et al. (2014)⁵ afirmam que os pilares para tratamento da osteoartrite no serviço primário deve enfatizar conscientização dos pacientes sobre a patologia, programas de combate à obesidade e prática de exercícios físicos, configurando um trabalho preventivo e não medicamentoso como abordagem inicial.

Conclusão

O perfil sócio demográfico do médico que atua na ESF da cidade de Teresina- PI avaliado em nosso estudo mostra que os profissionais são em sua maioria mulheres com faixa etária menor que 50 anos, mais de 15 anos de graduação, metade já tinha realizado residência médica e realizavam regularmente atualização científica.

Há uma grande demanda de pacientes com queixas osteoarticulares na ESF. Os médicos conseguem fazer a suspeição diagnóstica com a história, exame físico e com poucos exames complementares como radiografias simples.

Apesar de conseguirem fazer a suspeição diagnóstica, há uma alta taxa de encaminhamento para o especialista no serviço secundário e terciário devido a dificuldades de seguimento dos pacientes na atenção básica.

Os entrevistados foram unânimes ao afirmarem que seria de primordial importância a realização de algoritmos de manejo clínico para diagnóstico de osteoartrite direcionados à

atenção básica assim como programas de promoção à saúde e conscientização dos pacientes sobre a patologia.

Referências

1. Edwards JJ, Khanna M, Jordan KP, Jordan JL, Bedson J, Dziedzic KS. Quality indicators for the primary care of: a systematic review. *Ann Rheum Dis* 2015; 74(3):490-8.
2. Yu D, Jordan KP, Bedson J, Englund M, Blyth F, Turkiewicz A, Prieto-Alhambra D, Peat G. Population trends in the incidence and initial management of osteoarthritis: age-period-cohort analysis of the Clinical Practice Research Datalink, 1992-2013. *Rheumatology (Oxford)* 2017; 56(11):1902-1917.
3. Dziedzic KS, Healey EL, Porcheret M, Afolabi EK, Lewis M, Morden A, Jinks C, McHugh GA, Ryan S, Finney A, Main C, Edwards JJ, Paskins Z, Pushpa-Rajah A, Hay EM. Implementing core NICE guidelines for osteoarthritis in primary care with a model consultation (MOSAICS): a cluster randomised controlled trial. *Osteoarthritis Cartilage* 2018; 26(1):43-53.
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Osteoarthritis: care and management in adults. Reino Unido: NICE; 2014. Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG177/NICEGuidance/pdf/English>
5. Dziedzic KS, Healey EM, Porcheret M, Ong BN, Main CJ, Jordan KP, Lewis M, Edwards JJ, Jinks C, Morden A, McHugh GA, Ryan S, Finney A, Jowett S, Oppong R, Afolabi E, Pushpa-Rajah A, Handy J, Clarkson K, Mason E, Whitehurst T, Hughes RW, Croft PR, Hay EM. Implementing the NICE osteoarthritis guidelines: a mixed methods study and cluster randomised trial of a model osteoarthritis consultation in primary care – the management of osteoarthritis in consultations (MOSAICS) study protocol. *Implement Sci* 2014; 9:95-110.

6. Poecheret M, Main C, Croft P, Dziedcic K. Enhancing delivery of osteoarthritis care in the general practice consultation: evaluation of a behaviour change intervention. *BMC Fam Pract* 2018; 19(1):26-33.
7. Parkins Z, Sanders T, Hassel AB. Comparision of patient experience of the Osteoarthritis consultation with GP atitudes and beliefs to AO: a narrative review. *BMC Fam Pract* 2014; 15:46-56.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundadndo a descentralização com equidade de acesso. 2ª ed. rer. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
9. Chiereghin A, Martinez JE. Análise das condições para diagnóstico de doenças reumáticas na atenção básica de saúde na cidade de Sorocaba-SP. *Rev Bras Reumatol* 2015; 55(3):251-55.
10. Petrosyan Y, Sahakyanb Y, Barnsleya JM, Kuluskia K, Liue B, Wodchisa WP. Quality indicators for care of osteoarthritis in primary care settings: a systematic literature review. *Fam Pract* 2018; 35(2):151-159.
11. Sociedade Brasileira de Reumatologia. Osteoartrite (Artrose): Tratamento. São Paulo: AMB/CFM; 2003. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/osteoartrite-artrose-tratamento.pdf
12. Bruyère O, Cooper C, Pelletier JP, Maheu E, Rannou F, Branco J, Luisa Brandi M, Kanis JA, Altman RD, Hochberg MC, Martel-Pelletier J, Reginster JY. A consensous statement on the European Society for Clinical and Economic aspectas of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) algorithm for manegement of knee osteoarthritis-from evidence – based- medicine to the real-life setting. *Semin Arthritis Rheum* 2016; 45(4 Suppl):3-11.
13. Berenbaum F. Osteoarthritis as na inflammatory disease (osteoarthritis is not osteoarthrosis!). *Osteoarthritis Cartilage* 2013; 21(1):16-21.

14. Egerton T, Nelligan R, Setchell J, Atkins L and Bennell KL. General practitioners' perspectives on a proposed new model of service delivery for primary care management of knee osteoarthritis: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2017; 18(1):85.
15. Egerton T, Diamond LE, Buchbinder R, Bennell KL, Slade SC. A systematic review and evidence synthesis of qualitative studies to identify primary care clinicians' barriers and enablers to the management of osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 2017; 25(5):625-638.
16. Finney A, Healey E, Jordan JL, Ryan S, Dziedzic KS. Multidisciplinary approaches to managing osteoarthritis in multiple joints sites: a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disord* 2016; 17(1):266-279.
17. Jackson H, Barnett LA, Jordan KP, Dziedzic KS, Cottrell E, Finney AG, Paskins Z, Edwards JJ. Patterns of routine primary care of osteoarthritis in the UK: a cross sectional electronic health records study. *BMJ Open* 2017; 7(12):1-11.
18. Jennifer Baldwin, Andrew Briggs, Warwick Bagg, Peter Larme. An osteoarthritis model of care should be a national priority for New Zealand. *N Z Med J* 2017; 130(1467):78-86.
19. McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum FSM, Bierma-Zeinstra GA, Hawker Y, Henrotin DJ, Hunter H, Kawaguchi KK, Lohmander S, Rannou F, Rooss EM, Underwood M. OARSI guidelines for the non surgical management of the knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 2014; 22(3):363-88.
20. Petrella RJ, Davis P. Improving management of musculoskeletal disorders in primary care: the Joint Adventures Program. *Clin Rheumatol.* 2007; 26(7):1061-6.
21. Østerås N, van Bodegom-Vos L, Dziedzic K, Moseng T, Aas E, Andreassen Ø, Mdala I, Natvig B, Røtterud JH, Schjervheim UB, Vlieland TV, Hagen KB. Implementing international osteoarthritis treatment guidelines in primary health care: study protocol for the SAMBA stepped wedge cluster randomized controlled trial. *Implement Sci* 2015; 10:165-187.

4.2 Produto: Manejo clínico/ algoritmo de osteoartrite para médicos da Estratégia de Saúde da Família

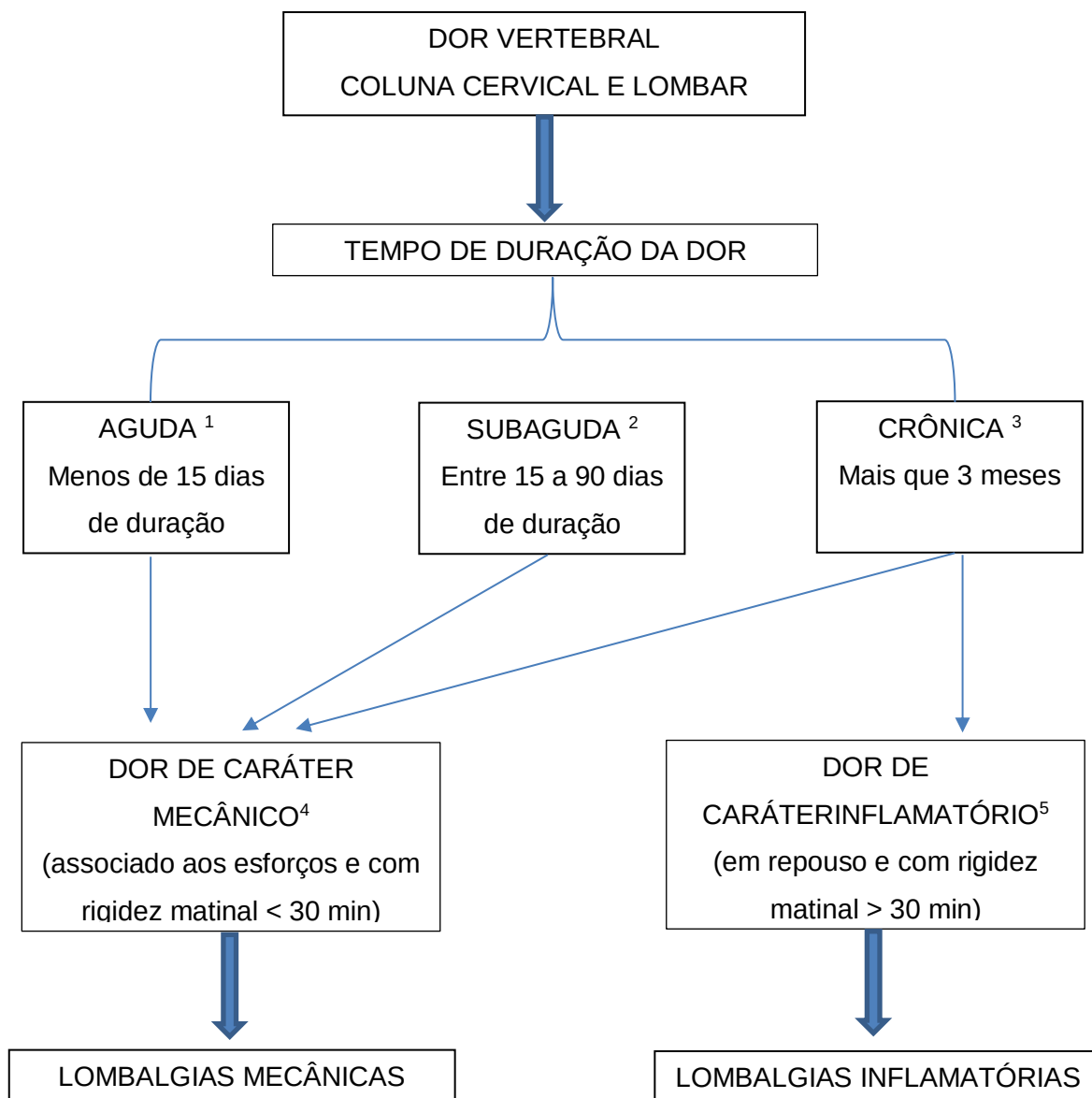
4.2.1. Introdução

Algoritmos de diagnóstico são fluxogramas que auxiliam o médico na sua conduta clínica, indicando possíveis vias de decisão que orientam para um diagnóstico correto. É um instrumento de auxílio, não minimizando a percepção clínica do médico durante a história e exame físico²⁰.

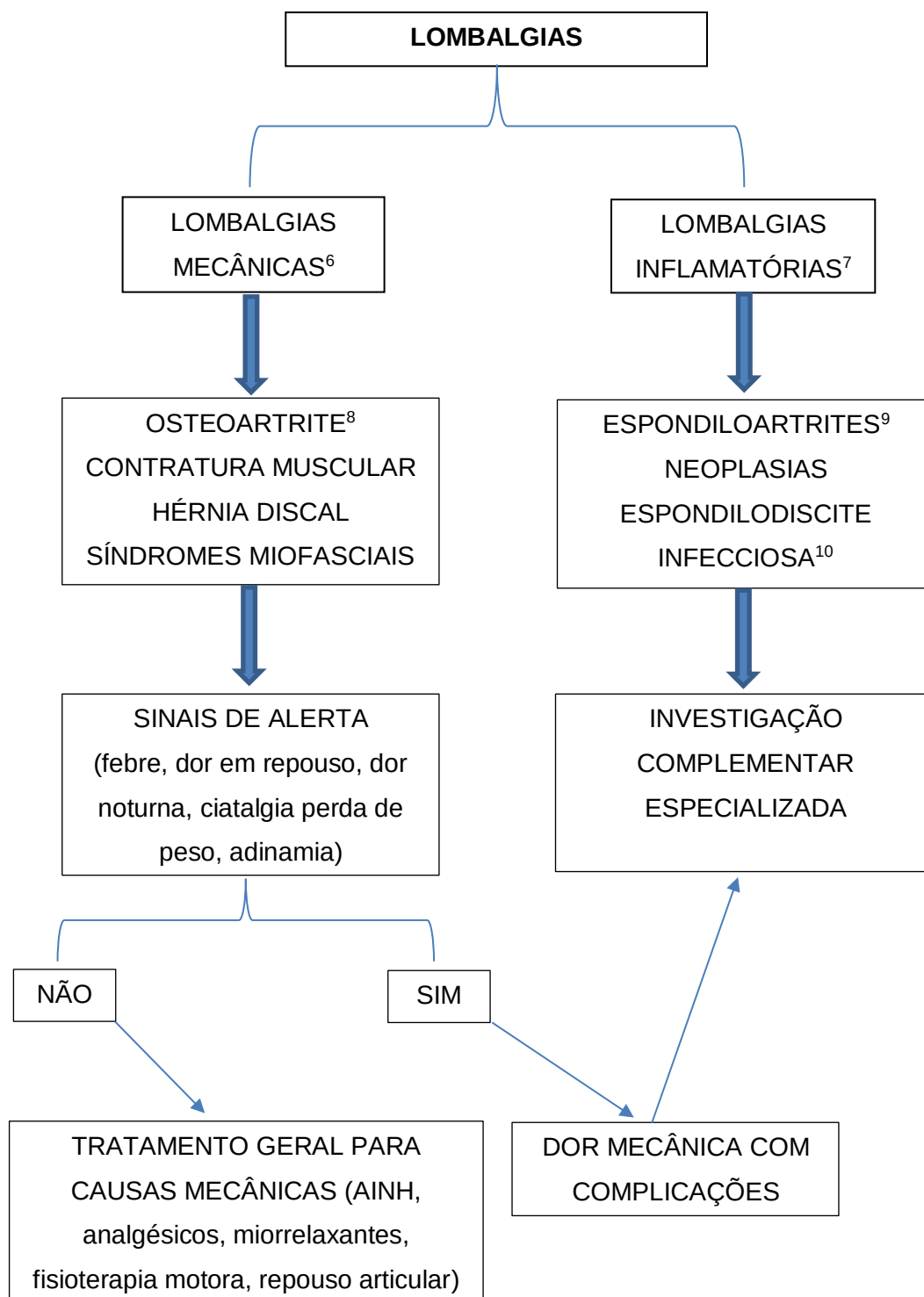
No presente algoritmo, a Osteoartrite generalizada foi dividida em coluna vertebral e articulações periféricas. O ponto inicial é a dor articular, uma vez que esta é a queixa mais prevalente. A queixa algica é dividida em aguda, subaguda e crônica na tentativa de direcionar melhor o raciocínio clínico. A sintomatologia articular ou vertebral é dividida em mecânicas ou inflamatórias. As artropatias mecânicas costumam ser associadas aos esforços e a doenças osteodegenerativas. As inflamatórias, são algias contínuas, em repouso e têm associação com doenças sistêmicas reumáticas auto-imunes²¹.

Neste produto, foram enfatizados os principais sinais de alerta que o médico deve ficar atento para uma patologia com possíveis complicações que devem ser pesquisadas e tratadas por especialistas em serviço secundário ou terciário. Os principais sinais de alerta são: dor crônica, febre, dor em repouso e/ou noturna, adinamia, perda de peso, indisposição⁵.

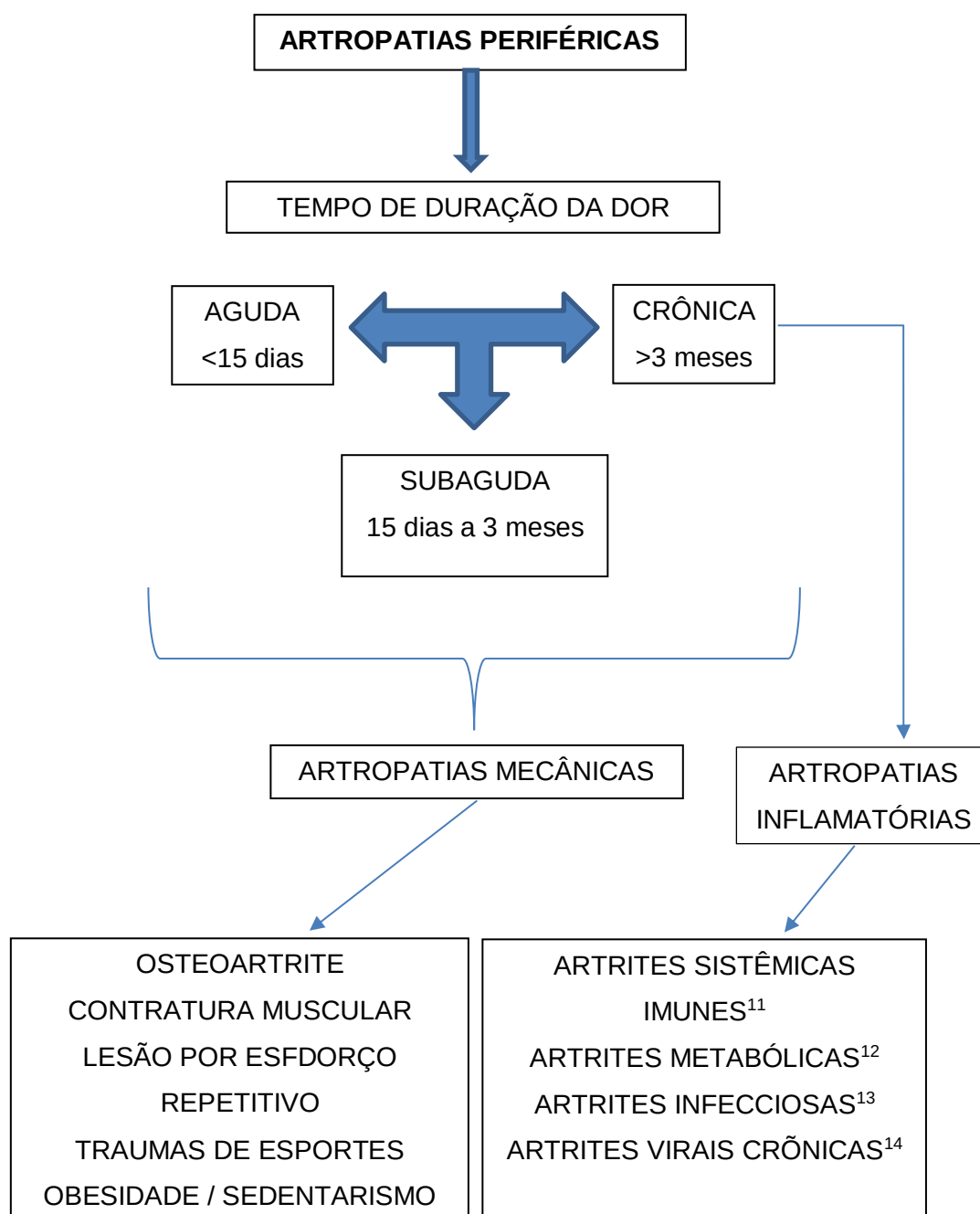
ESPONDILOARTROSE



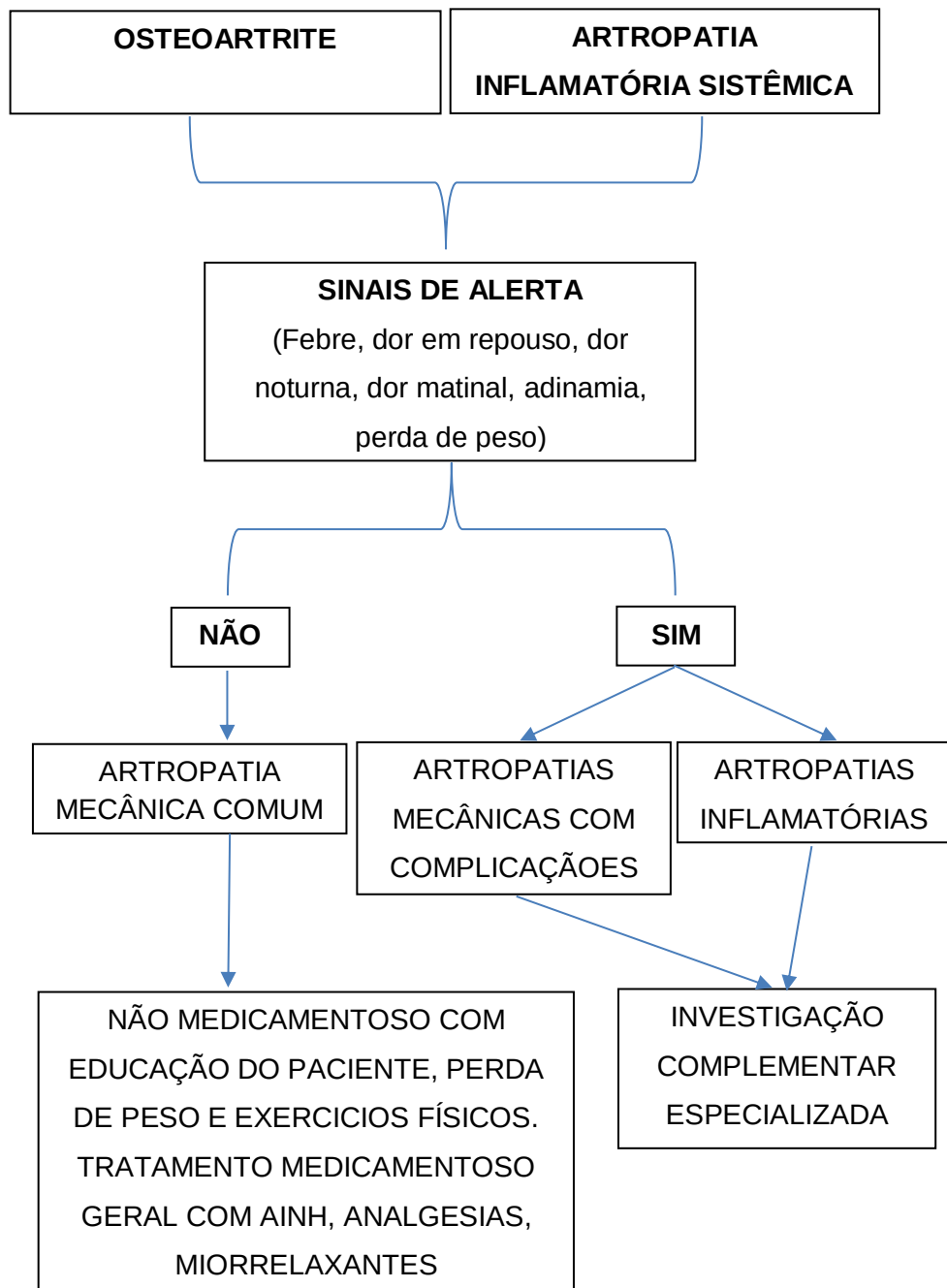
1. Dor aguda caracteriza-se por instalação dos sintomas com menos de 15 dias de duração¹¹.
2. Dor subaguda caracteriza-se por instalação dos sintomas de 15 dias a 3 meses de duração¹¹.
3. Dor crônica, os sintomas apresentam mais de 3 meses de duração¹¹.
4. Artropatia mecânica está relacionada à traumas, contusões, dor muscular e patologias osteodegenerativas. Está associada aos esforços e movimentos e tende a melhorar ao repouso. Não apresenta sintomas sistêmicos¹⁴.
5. Artropatia inflamatória está relacionada à patologias sistêmicas reumáticas. Dor em repouso e com rigidez articular matinal > 30 minutos¹⁴.



6. Lumbalgias mecânicas são associadas aos esforços e costumam estar associadas a traumas, má postura e doenças osteodegenerativas¹⁴.
7. Lumbalgias inflamatórias surgem em repouso, com dor noturna. Estão associadas a doenças reumáticas sistêmicas como as Espondiloartrites¹⁴.
8. Osteoartrite é a principal doença osteodegenerativa que ocasiona dor mecânica principalmente em grandes articulações e coluna vertebral¹⁰.
9. Espondiloartrites são as patologias inflamatórias do eixo axial, sendo a Espondilite Anquilosante a mais prevalente¹⁴.
10. Espondilodiscite infecciosa é o acometimento infeccioso da coluna vertebral principalmente por germes piogênicos e tuberculose¹¹.



-
11. Artrites sistêmicas imunes ocasionam dor inflamatória sendo o Lupus Eritematoso Sistêmico e a Artrite reumatóide as principais¹⁴.
 12. Artropatias metabólicas são causas de artrite aguda, em sua forma inicial, ou crônica. A gota é a principal doença dessa classe¹⁹.
 13. Artrites infecciosas são causas comuns de artrites agudas em grandes articulações, sendo o *Stafilococcus aureus* e *Gonococcus* os principais germes⁹.
 14. As artrites virais crônicas podem ocasionar dor crônica e de difícil manejo. As mais prevalentes são: Dengue, Chikungunya, Hepatites B e C⁹.



5 CONCLUSÃO

O perfil sócio demográfico do médico que atua na ESF da cidade de Teresina-PI avaliado em nosso estudo mostra que os profissionais são em sua maioria mulheres com faixa etária menor que 50 anos.

Esses profissionais, em sua maioria, têm mais de 15 anos de formados, seguidos de um grupo equivalente com menos de 3 anos de graduação.

A metade dos avaliados já realizaram residência médica, atuam na ESF há, pelo menos, 3 anos e participam frequentemente de atualização científica.

Há uma grande demanda de pacientes com queixas osteoarticulares na ESF. Os médicos conseguem fazer a suspeição diagnóstica com a história, exame físico e com poucos exames complementares como radiografias simples.

Apesar de conseguirem fazer a suspeição diagnóstica, há uma alta incidência de encaminhamento para o especialista no serviço secundário e terciário, sendo apontado como dificuldades para o seguimento desses pacientes a falta de equipe multidisciplinar com serviços de fisioterapia, falta de programas de conscientização da população e dificuldades de marcar consultas pelo SUS.

Os entrevistados foram unânimes ao afirmarem que seria de primordial importância a realização de algoritmos clínicos para diagnóstico de osteoartrite direcionados à atenção básica, a fim de que o manejo dessa patologia seja efetuado no serviço primário, mais próximos da comunidade e com programas de conscientização do usuário do SUS.

REFERÊNCIAS

- ALTMAN, R. D. et al. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee. **Arthritis Rheum**, Chicago, v. 43, n. 9, p. 1905-15, 2000.
- ASCEF, B. de O. et al. Health-related quality of life of patients of Brazilian primary health care. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, p.2-8, 2017.
- BALDWIN, J. et al. An osteoarthritis model of care should be a national priority for New Zealand. **N Z Med J**, Nova Zelândia, v. 130, n. 1467, p. 78-86, 2017.
- COIMBRA, I et al. Osteoartrite(artrose): tratamento. **Rev Bras Reumatol**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 450-453, 2004.
- DZIEDZIC, K. S. et al. Implementing core NICE guidelines for osteoarthritis in primary care with a model consultation (MOSAICS): a cluster randomised controlled trial. **Osteoarthritis Cartilage**, London, v. 26, n. 1, p. 43-53, 2018.
- _____. et al. Implementing the NICE osteoarthritis guidelines: a mixed methods study and cluster randomised trial of a model osteoarthritis consultation in primary care-the management of osteoarthritis in consultations (MOSAICS) study protocol. **Implement Sci**, Staffordshire, v. 9, p.2-9, 2014.
- EDWARDS, J. J et al. Quality indicators for the primary care of osteoarthritis: a systematic review. **Ann Rheum Dis**, London, v. 74, n. 3, p. 490-8, 2013.
- EGERTON, T. et al. A systematic review and evidence synthesis of qualitative studies to identify primary care clinicians' barriers and enablers to the management of osteoarthritis. **Osteoarthritis Cartilage**, London, v. 25, n. 5, p.625-638, 2017.
- _____. et al. General practitioners' perspectives on a proposed new model of service delivery for primary care management of knee osteoarthritis: a qualitative study. **BMC Fam Pract**, London, v. 18, n. 1, p. 85, 2017.
- FINNEY, A. et al. Multidisciplinary approaches to managing osteoarthritis in multiple joint sites: a systematic review. **BMC Musculoskelet Disord**, London, v. 17, n. 1, p. 266-279, 2016.
- GLAZIER, R. H. et al. Management of common musculoskeletal problems: a survey of Ontario primary care physicians. **CMAJ**, Ottawa, v. 158, n. 8, p. 1037-1040, 1998.
- GÖTTEMSIUEL, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 189-198, 2009.
- HOCHBERG, M. C. et al. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. **Arthritis Care Res (Hoboken)**, United States, v. 64, n. 4, p.465-474, 2012.

KINGSBURY, S. R. et al. Hydroxychloroquine Effectiveness in Reducing Symptoms of Hand Osteoarthritis. **Ann Intern Med**, Philadelphia, v. 168, n. 6, p.385-387, 2018.

_____. et al. Hydroxychloroquine effectiveness in reducing symptoms of hand osteoarthritis (HERO): study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, London, v. 14, n. 1, p. 64-74, 2013.

MARQUES, A. P.; KONDO A. A fisioterapia na osteoartrose: uma revisão da literatura. **Rev Bras Reumatol**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 83-90, 1998.

McALINDON, T. E. et al. OARSI guidelines for the non surgical management of knee osteoarthritis. **Osteoarthritis Cartilage**, London, v. 22, n. 2014, p. 363-388, 2014.

ØSTERÅS, N. et al. Implementing international osteoarthritis treatment guidelines in primary health care: study protocol for the SAMBA stepped wedge cluster randomized controlled trial. **Implement Sci**, London, v. 10, n. 165-177, 2015.

PASKINS, Z.; SANDERS, T.; HASSEL, A. B. Comparison of patient experiences of the osteoarthritis consultation with GP attitudes and beliefs to OA: a narrative review. **BMC Fam Pract**, London, v. 46, n. 15, p.2-10, 2014.

PETRELLA, R. J.; DAVIS, P. Improving management of musculoskeletal disorders in primary care: the Joint Adventures Program. **Clin Rheumatol**, Brussels, v. 26, n. 7, p. 1061-6, 2007.

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.657-667, 2006.

PORCHERET, M. et al. Enhancing delivery of osteoarthritis care in the general practice consultation: evaluation of a behaviour change intervention. **BMC Fam Pract**, London, v. 9, n. 1, p. 26-33, 2018.

YU, D. et al. Population trends in the incidence and initial management of osteoarthritis: age-period-cohort analysis of the Clinical Practice Research Datalink, 1992–2013. **Rheumatology**, Oxford, v. 56, n. 11, p. 1902-1917, 2017.

APÊNDICES

Instrumento de coleta de dados

Data: ____/____/____

PARTE 1: PERFIL PROFISSIONAL (MARCAR X NA ALTERNATIVA ESCOLHIDA)

1.

Qual sexo?

Masculino ()

Feminino ()

2.Faixa etária?

Menos de 30 anos ()

Entre 31 a 40 anos ()

Entre 41a 50 anos ()

Maior que 60 anos ()

3.Quantos anos de graduação em Medicina?

Menos que 3 anos ()

Entre 4 a 5 anos ()

Entre 6 a 10 anos ()

Entre 11 a 15 anos ()

Mais que 15 anos ()

4.Tem residência médica?

Sim ()

Não ()

5.Quanto tempo trabalha na ESF?

Menos de 1 ano ()

Entre 1 a 3 anos ()

Entre 4 a 5 anos ()

Entre 6 e 10 anos ()

Entre 11 e 15 anos ()

Mais que 15 anos ()

6.Atualmente, trabalha como Clínico geral em outro Serviço Médico além da ESF?

Sim ()

Não ()

7.Quantos eventos científicos (congressos, cursos, regionais, nacionais, internacionais) você esteve presente nos últimos 5 anos?

Menos que 2 ()

Entre 3 e 5 ()

Entre 6 e 10 ()

Mais que 10 ()

Nenhum ()

PARTE 2: CONHECIMENTO TÉCNICO ESPECÍFICO EM OSTEOARTRITE (MARCAR X NA ALTERNATIVA ESCOLHIDA)

8.Há demanda pacientes clínicos com queixas osteoarticulares na ESF?

Sim ()

Não ()

9.Como faz a suspeição diagnóstica de Osteoartrite na ESF? (Pode marcar mais de uma alternativa)

- Queixa clínica de dor articular ()
- Idade avançada do paciente ()
- Trabalho profissional com esforço físico ()
- História familiar de doenças reumáticas ()
- História de obesidade ou sobrepeso ()
- Deformidades articulares ()

10.Consegue fazer o diagnóstico de Osteoartrite na ESF?

- Sim ()
- Não ()

11.Como consegue fazer o diagnóstico de Osteoartrite na ESF? (pode marcar mais de uma alternativa)

- História clínica e exame físico ()
- Exames laboratoriais ()
- Radiografias simples ()
- Tomografia computadorizada ()
- Ressonância magnética ()

12.Costuma encaminhar para especialista?

- Sim ()
- Não ()

13.O que poderia dificultar o diagnóstico dos pacientes com Osteoartrite na ESF? (Pode marcar mais de uma alternativa)

- Dificuldade de exames de imagem ()
- Excesso de pacientes ()
- Dificuldade de seguimento dos pacientes ()
- Dificuldade de marcar consulta pelo SUS ()
- Falta de experiência profissional ()

14.É possível fazer seguimento dos pacientes com osteoartrite na ESF?

- Sim ()
- Não ()

15.O que poderia ser apontado como dificuldade para seguimento dos pacientes com osteoartrite na ESF? (Pode marcar mais de uma alternativa)

- Falta de programas de educação para paciente ()
- Falta de equipe multidisciplinar ()
- Falta de acesso aos medicamentos específicos ()
- Dificuldade no diagnóstico ()
- Dificuldade de acesso a fisioterapia ()
- Dificuldade de marcar consultas no SUS ()

16.Seria importante um trabalho de promoção de saúde em osteoartrite envolvendo a conscientização da comunidade sobre a doença?

- Sim ()
- Não ()

17.Seria importante a confecção de um algoritmo de manejo clínico para diagnóstico de Osteoartrite na ESF?

- Sim ()
- Não ()

ANEXOS

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO PARA OSTEOARTRITE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: GERARDO VASCONCELOS MESQUITA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89624518.3.0000.5210

Instituição Proponente: INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR DO PIAUI LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.812.805

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratória e descritiva a ser realizada mediante entrevista, não presencial, aos médicos generalistas que atendem na Estratégia de Saúde da Família no município de Teresina com o objetivo de elaborar um protocolo clínico para diagnóstico de osteoartrite na Estratégia de Saúde da Família. Os endereços eletrônicos e os telefones pessoais dos médicos serão obtidos por pesquisa no conselho regional de medicina ou consultas na internet. Os médicos serão contatados primeiramente pelo telefone e em seguida será enviado o questionário e o TCLE para o email. O questionário contém perguntas sobre o perfil profissional do médico da ESF e o conhecimento técnico de diagnóstico de osteoartrite. A pesquisa será com todos os médicos das 206 equipes da estratégia saúde da família no município de Teresina - PI. Esse número foi repassado pela secretaria de saúde do município em fevereiro de 2018. Serão excluídos da pesquisa os médicos que estiverem de férias ou licença médica ou não estarem presentes no dia da coleta.

Objetivo da Pesquisa:

Elaborar um protocolo clínico para diagnóstico de osteoartrite na Estratégia de Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram apresentados conforme item V da resolução 466/12 do C.N.S.

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Handwritten signature: Marcos Gomes Pereira
 Presidente do CEP UNINOVAFAPI

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E**



Continuação do Parecer: 2.812.805

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem fundamentada e com boa base metodológica, de grande importância para a atenção básica com a perspectiva de melhoria referente ao diagnóstico da osteoartrite por parte da equipe médica da ESF. Tal pesquisa pode beneficiar os usuários do sistema público de saúde, com profissionais mais capacitados para um diagnóstico precoce e correto, corroborando com um melhor tratamento e desfecho clínico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados conforme a resolução 466/12 do C.N.S.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui-se que o protocolo de pesquisa encontra-se APROVADO, porque está elaborado de acordo com as recomendações éticas da Resolução CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1131055.pdf	29/06/2018 09:26:47		Aceito
Declaração de Pesquisadores	INSTRUMENTO.pdf	29/06/2018 09:26:26	GERARDO VASCONCELOS MESQUITA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	29/06/2018 09:25:27	GERARDO VASCONCELOS MESQUITA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOTCM.pdf	29/06/2018 08:08:37	GERARDO VASCONCELOS MESQUITA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	10/05/2018 22:25:30	GERARDO VASCONCELOS MESQUITA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	10/05/2018 22:25:19	GERARDO VASCONCELOS MESQUITA	Aceito
Folha de Rosto	folhajoelma.pdf	10/05/2018 22:22:00	GERARDO VASCONCELOS MESQUITA	Aceito

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro: Bairro do Uruguai CEP: 64.073-505
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 Fax: (86)2106-0740 E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



Continuação do Parecer: 2.812.805

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 10 de Agosto de 2018

Assinado por:
Theonas Gomes Pereira
(Coordenador)

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente dos objetivos do Projeto de Pesquisa **“PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO PARA OSTEOARTRITE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”** e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Autorizo os pesquisadores: **GERARDO VASCONCELOS MESQUITA E JOELMA MOREIRA DE NORÕES RAMOS** acesso ao telefone das UBSs para ter acesso aos médicos.

Teresina, 28 de junho de 2018.

Ayla Maria Calixto de Carvalho

Ayla Maria Calixto de Carvalho
Comissão de Ética em Pesquisa da
Fundação Municipal de Saúde

Ayla Maria Calixto de Carvalho
COREN-PI 048.758

