



Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose: Uma Revisão Sistemática

Keila Tavares Fernandes

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(Mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Pedro Augusto Gomes Rodrigues Marques Simões

Junho de 2025

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:
Uma Revisão Sistemática

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:
Uma Revisão Sistemática

Declaração de Integridade

Eu, Keila Tavares Fernandes, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 42768 do curso de Medicina da Faculdade de ciências da saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 09/06/2025

Keila Tavares Fernandes

(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente
assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:
Uma Revisão Sistemática

Dedicatória

Dedico este trabalho, com gratidão e carinho, à minha família, pelo amor incondicional e pelo apoio em todos os momentos;

Aos meus amigos, pelo companheirismo e incentivo ao longo desta jornada;

E a todos que, de alguma forma, contribuíram para minha formação académica.

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:
Uma Revisão Sistemática

Agradecimentos

Expresso a minha profunda gratidão aos meus pais, cujo apoio foi fundamental em toda a minha jornada académica.

Aos meus irmãos, pelo apoio incondicional e pela força que sempre me transmitiram, o meu sincero agradecimento.

Um agradecimento especial ao meu orientador, pela disponibilidade constante e pela orientação valiosa ao longo deste percurso.

À acolhedora cidade da Covilhã, que me recebeu de braços abertos e se tornou um verdadeiro lar, a minha eterna gratidão.

A todos que, de alguma forma, fizeram parte desta intensa maratona de seis anos, o meu muito obrigada.

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:
Uma Revisão Sistemática

Resumos

Introdução: A osteoartrose é uma condição crónica e altamente prevalente a nível mundial, caracterizada pela degradação progressiva das articulações, tendo como um dos principais sintomas a dor. Evidências apontam para o uso de métodos conservadores numa primeira abordagem terapêutica, nomeadamente a fisioterapia e o exercício físico regular. Recomendam-se adicionalmente informações ao paciente, modificação no trabalho, perda de peso e tecnologias de apoio como terapia de suporte. A literacia em saúde tende a melhorar a capacidade de autogerir a própria doença levando a um aumento da qualidade de vida.

Objetivo: O objetivo desta revisão sistemática é compreender o impacto das abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde na autogestão da osteoartrose e qualidade de vida dos doentes, com base nos dados disponíveis.

Métodos: Este estudo seguiu as diretrizes do PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) e foi conduzido por meio de uma pesquisa abrangente nas bases de dados PubMed, Cochrane Library, Web of Science e Scopus. A estratégia de pesquisa incluiu termos relacionados à osteoartrose, intervenções não cirúrgicas e qualidade de vida, adaptados conforme a especificidade de cada base de dados.

Resultados: Foram identificados 504 artigos nas bases de dados. Após a remoção de duplicados, a análise dos títulos e resumos e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram considerados elegíveis 7 artigos, que foram incluídos na presente revisão sistemática. Os estudos analisados envolveram uma combinação de diferentes abordagens para a gestão da osteoartrose, com ênfase em três grandes categorias: literacia em saúde, exercício físico e terapia farmacológica. Estas intervenções foram frequentemente utilizadas de forma combinada. A literacia em saúde esteve, muitas vezes, associada a programas educacionais destinados a melhorar o conhecimento dos doentes acerca da sua condição clínica, promovendo comportamentos saudáveis e uma melhor qualidade de vida. A prática regular de atividade física demonstrou benefícios relevantes na população-alvo, com intervenções baseadas, sobretudo, em fisioterapia e exercícios adaptados às limitações dos participantes. De forma geral, estas abordagens contribuíram para melhorias significativas na dor, função física e qualidade de vida dos participantes.

Conclusões: Os dados obtidos a partir dos estudos incluídos nesta revisão sistemática evidenciam a relevância das abordagens não cirúrgicas na gestão da osteoartrose. Estas intervenções demonstraram um impacto significativamente positivo na redução da dor e na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos com esta condição crónica. A combinação de estratégias, especialmente aquelas que integram componentes educativos e físicos revelou-se particularmente eficaz, reforçando a importância de uma abordagem multidisciplinar, conservadora e centrada nas necessidades individuais dos pacientes. Apesar da diversidade metodológica, os resultados dos diferentes estudos apresentam limitações relevantes, o que dificulta a uniformização dos achados. Ainda assim, os principais resultados reforçam a importância da promoção e da priorização, numa fase inicial, das intervenções não cirúrgicas como parte integrante do tratamento da osteoartrose. Torna-se, portanto, pertinente a realização de investigações futuras mais aprofundadas, com maior uniformidade metodológica e um follow-up prolongado, de forma a consolidar as evidências existentes e a orientar práticas clínicas mais eficazes.

Palavras-chave

Artrose; Capacitação; Qualidade de Vida; Abordagem não cirúrgica; Fisioterapia.

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:
Uma Revisão Sistemática

Abstract

Introduction: Osteoarthritis is a chronic and highly prevalent condition worldwide, characterized by progressive degradation of the joints, with pain as one of the main symptoms. The evidence points to the use of conservative methods in an initial therapeutic approach, namely physiotherapy and regular physical exercise. Patient information, job change, weight loss, and supportive technologies such as supportive therapy are additionally recommended. Health literacy tends to improve the ability to self-manage one's own illness and has led to an increase in quality of life.

Objective: The aim of this systematic review is to understand the impact of non-surgical approaches and health literacy on self-management of osteoarthritis and quality of life of patients, based on available data.

Methods: This study followed the PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) guidelines and was conducted through a comprehensive search of the PubMed, Cochrane Library, Web of Science and Scopus databases. The search strategy included terms related to osteoarthritis, non-surgical approach and quality of life, adapted according to the specificity of each database.

Results: 504 articles were identified in the database. After removing duplicates, analyzing titles and abstracts and applying inclusion and exclusion criteria, 7 articles were considered eligible and included in this systematic review. The studies analyzed involved a combination of different approaches to the management of osteoarthritis, with an emphasis on three broad categories: health literacy, physical exercise, and pharmacological therapy. These interventions were often used in combination. Health literacy has often been associated with educational programs designed to improve patients' knowledge about their clinical condition, promoting healthy behaviors and a better quality of life. Regular physical activity demonstrated relevant benefits in the target population, with interventions based mainly on physiotherapy and exercises adapted to the participants' limitations. Overall, these approaches contributed to significant improvements in participants' pain, physical function, and quality of life.

Conclusions: The data obtained from the studies included in this systematic review highlight the relevance of non-surgical approaches in the management of osteoarthritis. These

interventions have demonstrated a significantly positive impact on reducing pain and improving the quality of life of individuals with chronic conditions. The combination of strategies, especially those that integrate educational and physical components, has proven particularly effective, reinforcing the importance of a multidisciplinary, conservative approach focused on the individual needs of patients. Despite the methodological diversity, the results of the different studies present relevant limitations, which makes it difficult to standardize the findings. Nevertheless, the main results reinforce the importance of promoting and prioritizing, at an early stage, non-surgical interventions as an integral part of the treatment of osteoarthritis. Therefore, it is pertinent to carry out more in-depth future investigations, with greater methodological uniformity and prolonged monitoring, in order to consolidate existing evidence and guide more effective clinical practices.

Keywords

Osteoarthritis; Empowerment; Quality of life; non-surgical approach; Physiotherapy

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:
Uma Revisão Sistemática

Índice:

Declaração de Integridade	3
Dedicatória	5
Agradecimentos.....	7
Resumos	9
Abstract.....	12
Índice:	15
Lista de figuras.....	17
Lista de tabelas	19
Lista de Acrónimos	21
1. Introdução.....	1
2. Métodos	3
2.1. Critérios de elegibilidade:	3
2.2. Base de dados:	3
2.3. Estratégia de pesquisa:.....	4
2.3.1. Tabela 1 - Exemplar de estratégia de pesquisa utilizada:.....	4
2.4. Processo de seleção:	4
2.4.1 Tabela 2 - Critérios de Inclusão e Exclusão:.....	5
2.5. Processo de recolha de dados:.....	5
2.6. Avaliação do risco de viés do estudo:.....	6
3. Resultados	6
3.1. Características do estudo	7
3.2. Risco de viés em estudos	8
3.3. Resultados dos estudos individuais	9
Tabela 3: Resumo das características dos estudos incluídos.....	11
3.4. Intervenções dos estudos.....	13
4. Resultados	14
Tabela 4: Resumo dos principais achados.....	17
5. Discussão	19
6. Conclusão	23
7. Referências Bibliográficas.....	24
8. Anexos	26

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:

Uma Revisão Sistemática

INTRODUCTION	27
JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES 28	
EXPLANATION OF ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES CRITICAL APPRAISAL	29
INTRODUCTION	34
INTRODUCTION TO THE CASE SERIES CRITICAL APPRAISAL TOOL	36
TOOL GUIDANCE	37
REFERENCES.....	39

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:
Uma Revisão Sistemática

Lista de figuras

Figura 1 - PRISMA 2020 Fluxograma;

Figura 2 – Risco de viés de acordo com a ferramenta ROB-2;

Figura 3 – Risco de viés de acordo com a ferramenta ROB-2 cluster;

Figura 4 – Risco de viés de acordo com a ferramenta ROBINS-E

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:
Uma Revisão Sistemática

Lista de tabelas

Tabela 1 - Exemplo de estratégia de pesquisa utilizada;

Tabela 2 - Critérios de Inclusão e Exclusão;

Tabela 3 - Resumo das características dos estudos incluídos;

Tabela 4 - Resumo dos principais achados;

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:
Uma Revisão Sistemática

Lista de Acrónimos

AINES	Anti-inflamatórios não esteroides
B	The effect
BBAT	Terapia básica de sensibilização corporal
BOA	Osteoarthritis Self-Management Program
EQ-5D	EuroQol 5-Dimensions
IC	Intervalo de confiança
IQR	Interquartile Range
MeSH	Medical Subject Headings
OA	Osteoartrose
PEI	Patient Enablement Instrument
PGIC	Patient Global Impression of Change
PICOS	Participant, Intervention, Comparator, Outcome and Studey design
PRISMA	Itens Preferenciais para a Elaboração de Revisões Sistemáticas e Meta-Análises
RCT	Randomized controlled trial
RoB-2	Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials
ROBINS-E	Risk of Bias in Non-randomized Studies of Exposures
SOASP	Self-Management Osteoarthritis Support Program
SWE – RES – 23	Swedish Rheumatic Disease Empowerment Scale
WOMAC	Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:
Uma Revisão Sistemática

1. Introdução

A osteoartrose (OA) ou simplesmente artrose é a forma mais comum de artrite e uma das doenças crónicas mais prevalentes globalmente. O risco ao longo da vida de desenvolver osteoartrose sintomática do joelho é estimado em aproximadamente 40% nos homens e 47% nas mulheres, sendo superior entre indivíduos com obesidade. (1,2) É caracterizada pela degradação progressiva da cartilagem associada à dor, fraqueza muscular e redução da mobilidade e da capacidade de realizar atividades da vida diária. Outros efeitos principais, incluem inflamação aguda e crónica da membrana sinovial, alteração óssea subcondral, presença de osteófitos e alterações no líquido sinovial. Constitui uma das principais causas da incapacidade com um impacto negativo no bem-estar físico e mental das pessoas. (1–3)

Estima-se que afete cerca de 40 milhões de pessoas em toda europa. (4) Os casos aumentaram nas últimas décadas para 14,8% da população global com mais de 30 anos. Prevê-se um aumento desses valores até ao ano de 2050 gerando uma maior carga sobre o sistema de saúde mundialmente. (5)

Esta patologia tem uma predileção por membros inferiores como joelho e coxa, sendo que a articulação mais afetada é a do joelho. (1,2) Os fatores de risco individuais da artrose incluem as características sociodemográficas, nomeadamente sexo feminino, idade e raça afroamericana, predisposição genética, obesidade, estilos de vida e elevada densidade/massa óssea. (1,4)

O diagnóstico é essencialmente clínico, com a presença da dor no exame físico. No entanto, achados radiológicos podem ser evidentes no decorrer do tempo com outros sintomas articulares. As diretrizes atuais de tratamento recomendam procedimentos não cirúrgicos com cuidados farmacológicos apropriados, aconselhamento e educação do paciente, atividade física, controlo do peso e fisioterapia. (2,6,7) Existem evidências que apontam para a redução significativa da dor e melhoria da função física em pacientes com OA do joelho e que participaram em programas de exercícios padrão. A cirurgia constitui uma opção de tratamento alternativo em casos refratários a abordagens não cirúrgicas para o alívio dos sintomas. (8)

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:
Uma Revisão Sistemática

Dada a possibilidade de aumento exponencial da prevalência da OA e sendo os recursos de assistência médica limitados, torna-se cada vez mais pertinente o envolvimento do paciente na autogestão desta doença. A literacia em saúde assume um papel de extrema importância, visto que melhora a responsabilidade pessoal com conseqüente mudança nos hábitos sociais. (9)

Considerando os riscos inerentes e os custos da cirurgia e o facto de que esta condição pode melhorar com o tempo, pode ser aconselhável a fisioterapia como primeira linha. (6)

Assim sendo, o objetivo desta revisão sistemática é compreender o impacto das abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde na autogestão da doença e na qualidade de vida dos doentes, com base nos dados disponíveis.

2. Métodos

Esta revisão sistemática foi conduzida de acordo com as diretrizes PRISMA (Itens Preferenciais para a Elaboração de Revisões Sistemáticas e Meta-Análises).

2.1. Critérios de elegibilidade:

A questão desta revisão foi elaborada com base na estrutura PICOS e foram incluídos estudos que investigam indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de artrose de OA de acordo com os achados clínicos e radiológicos (P), submetidos a abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde (I), comparados com cuidados habituais (C), e como desfecho a autogestão da doença e qualidade de vida (O). Foram incluídos estudos concebidos como estudo de caso múltiplo, exploratório, observacional, ensaio controlado randomizado, randomizado por clusters e um desenho convergente paralelo de métodos mistos incorporando inquéritos transversais e entrevistas individuais semiestruturadas (S).

Foram excluídos artigos duplicados, em língua não dominada (dois estavam em alemão e um em chinês simplificado) ou que aplicassem abordagens não cirúrgicas em doentes previamente operados.

2.2. Base de dados:

O processo de pesquisa foi conduzido na PubMed, Scopus, Web of Science e Cochrane Library, tendo a última pesquisa sido realizada a 15 de novembro de 2024.

2.3. Estratégia de pesquisa:

Nas bases de dados foram usados os termos relacionados com a osteoartrose, intervenções não cirúrgicas e qualidade de vida, adaptados conforme a especificidade de cada base de dados. Na pesquisa na PubMed e na Cochrane Library usaram-se também os termos MeSH correspondentes aos termos utilizados na pesquisa.

Os termos usados nas várias bases de dados foram pesquisados no título, resumo e palavras-chaves.

A Tabela 1 representa um exemplo de uma estratégia de pesquisa utilizada na base de dados Web of Science.

As referências dos estudos incluídos e de outras revisões foram analisadas para possível elegibilidade.

2.3.1. Tabela 1 - Exemplar de estratégia de pesquisa utilizada:

7	#1 AND #2 AND #4
6	#1 AND #2 AND #3
5	#1 AND #2 AND #3 AND #4
4	((TS=(physical therapy modalities)) OR TS=(non-surgical approach)) OR TS=(on-surgical approach*) OR TS=(physiotherap*)
3	TS=(quality of life)
2	(TS=(empowerment)) OR TS=(health literacy)
1	((TS=(osteoarthritis)) OR TS=(arthritides)) OR TS=(arthritis) OR TS=(arthrosis)

2.4. Processo de seleção:

Os artigos identificados nas bases de dados foram transferidos para a plataforma “Rayyan” para o processo de análise da relevância e da duplicação.

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:

Uma Revisão Sistemática

Os estudos potencialmente elegíveis foram revistos por dois revisores independentes (KF e PS), de acordo com o título e do resumo, se cumpriam os critérios de inclusão, e as divergências foram resolvidas por consenso.

2.4.1 Tabela 2 - Critérios de Inclusão e Exclusão:

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<ul style="list-style-type: none">● Participantes de idade igual ou superior a 18 anos;● Diagnóstico clínico/radiológico de OA;● Dor crónica;● Intervenção não cirúrgica;● Estudos com uma avaliação global do doente usando escalas;	<ul style="list-style-type: none">● Participantes sem diagnóstico de OA;● Intervenção cirúrgica;

2.5. Processo de recolha de dados:

Os dados foram recolhidos de cada um dos artigos elegíveis por dois autores de forma independente (KS e PS) para um Excel. As discrepâncias foram resolvidas por consenso entre os autores. Um conjunto de variáveis foram escolhidas por consenso entre os autores, e os seguintes dados foram extraídos: informação bibliográfica (título do Artigo, autor, ano e país), tipo de estudo, participantes, objetivo, intervenção, localização da OA, escalas, tempo de follow-up e resultados.

2.6. Avaliação do risco de viés do estudo:

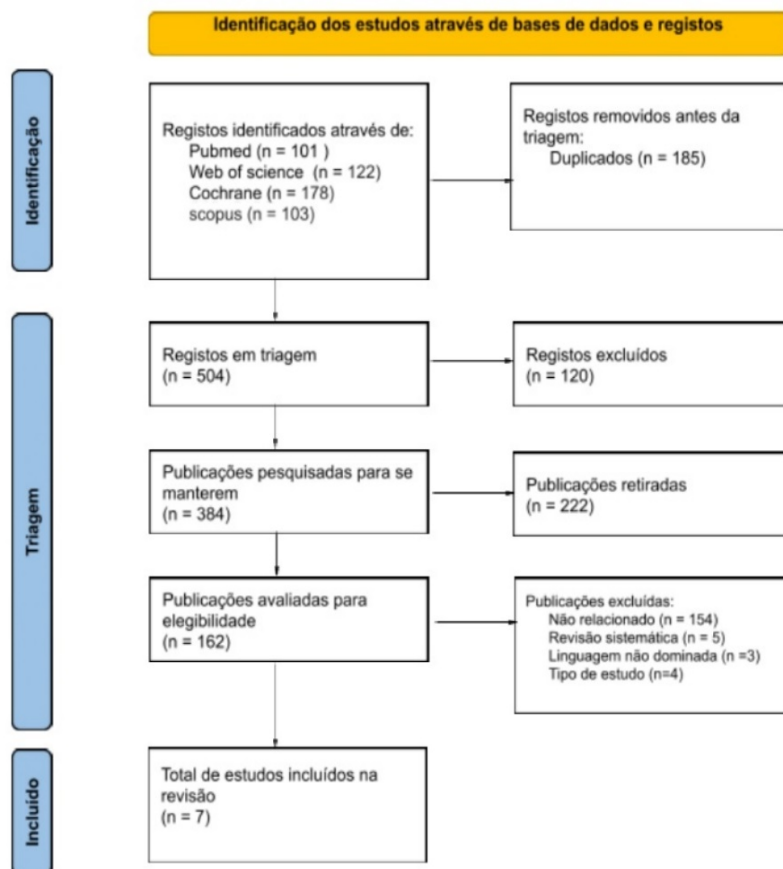
Os riscos de viés foram avaliados com as ferramentas da Cochrane: RoB2 para os ensaios clínico randomizados e ROBINS-E para estudos de exposição; e as ferramentas do JBI: “JBI critical appraisal checklist for case reports” para a série de casos e “JBI critical appraisal checklist for analytical cross sectional studies” para estudos transversais. Dois autores (KF e PS) avaliaram o risco de viés de cada estudo de forma independente e as discrepâncias foram resolvidas por consenso entre os autores.

3. Resultados

No total foram identificados 504 artigos das quatro bases de dados, e foram removidos 185 duplicados, ficando 319. Para além disso, 120 artigos foram excluídos após a análise do título e resumo. Após a avaliação do texto completo, 192 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão (população, intervenção, outcome, setting e língua). Finalmente, 7 artigos cumpriram os critérios de inclusão e foram incluídos na análise. (2,7–12)

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose: Uma Revisão Sistemática

Figura 1 - PRISMA 2020 Fluxograma



Referência bibliográfica: Adaptado e traduzido de PRISMA 2020 (10)

3.1. Características do estudo

Os 7 estudos incluídos foram publicados entre 2016 e 2024 e conduzidos em cinco países diferentes: Noruega (n = 1), Austrália (n = 1), Suécia (n = 3), Nepal (n = 1) e Estados Unidos (n = 1).







Os estudos analisaram diferentes intervenções não cirúrgicas para a osteoartrose, com ênfase nos seus efeitos sobre a dor e a qualidade de vida. Os estudos variaram em desenho metodológico, número de participantes, tipos de intervenção não cirúrgica, localizações da

osteoartrose e escalas utilizadas para avaliar a dor e a qualidade de vida. O follow-up também variou conforme o estudo.

3.2. Risco de viés em estudos

Houve heterogeneidade no tipo de desenho dos estudos: 3 estudos observacionais longitudinais prospetivos, 2 ensaios clínicos randomizados (1 deles com cluster), 1 série de casos e 1 misto. Resultados detalhados sobre o risco de viés de acordo com as ferramentas ROB-2, ROBINS-E, “JBI critical appraisal checklist for case reports” e “JBI critical appraisal checklist for analytical cross sectional studies” são apresentados nas figuras 2-4 e nos anexos intitulados “**Aplicação da JBI Critical Appraisal Checklist for Case Series**” e “**Aplicação da JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies**”. Os ensaios clínicos randomizados apresentaram baixo risco de viés e os estudos prospetivos apresentaram um elevado risco de viés.

Figura 2 – Risco de viés de acordo com a ferramenta ROB-2

		Risk of bias domains					
		D1	D2	D3	D4	D5	Overall
Study	Egerton et al. 2022						
	Domains: D1: Bias arising from the randomization process. D2: Bias due to deviations from intended intervention. D3: Bias due to missing outcome data. D4: Bias in measurement of the outcome. D5: Bias in selection of the reported result.						

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:
Uma Revisão Sistemática

Figura 3 – Risco de viés de acordo com a ferramenta ROB-2 cluster

Study	Risk of bias domains							Overall
	D1	D1b	D2	D3	D4	D5		
Thapa et al. 2023	+	+	+	+	+	+	+	

Domains:
D1 : Bias arising from the randomization process.
D1b: Bias arising from the timing of identification and recruitment of Individual participants in relation to timing of randomization.
D2 : Bias due to deviations from intended intervention.
D3 : Bias due to missing outcome data.
D4 : Bias in measurement of the outcome.
D5 : Bias in selection of the reported result.

Judgement
+ Low

Figura 4 – Risco de viés de acordo com a ferramenta ROBINS-E

Study	Risk of bias domains							Overall
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	
Åkesson et al. 2022	X	+	+	+	-	+	+	X
Åkesson et al. 2024	X	+	+	+	-	+	+	X
Unevik et al. 2020	X	+	+	+	-	+	+	X

Domains:
D1: Bias due to confounding.
D2: Bias arising from measurement of the exposure.
D3: Bias in selection of participants into the study (or into the analysis).
D4: Bias due to post-exposure interventions.
D5: Bias due to missing data.
D6: Bias arising from measurement of the outcome.
D7: Bias in selection of the reported result.

Judgement
X High
- Some concerns
+ Low

3.3. Resultados dos estudos individuais

As características detalhadas dos artigos incluídos, incluindo autor, ano, país, tipo de estudo, participantes, objetivo, intervenção, localização da OA, escalas e follow-up, estão resumidas na Tabela 3.

De acordo com o tamanho da amostra verificamos que 1 estudo tem menos de 100 participantes (7), 1 com 110, 2 com 143, 1 com 158 e 2 com mais de 500 participantes (589 e 22.741).

As articulações mais comumente afetadas foram o joelho e a coxa.

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:

Uma Revisão Sistemática

Relativamente ao seguimento, 2 estudos não tiveram qualquer tipo de seguimento e 4 tiveram um seguimento igual ou superior a 6 meses (máximo de 12 meses).

Relativamente às características demográficas dos participantes, 6 estudos tinham uma amostra composta principalmente por mulheres com média de idades entre os 55 e 69 anos (variação entre 27 e 95 anos).

Tabela 3: Resumo das características dos estudos incluídos.

Autor, Ano, País	Tipo de estudo	Participantes	Objetivo	Intervenção	Localização da OA	Escalas	Follow-up
Strand et al. 2016 Noruega (6)	Série de Casos	7 (5H /2M) CI: 45-80A; OA moderada a grave da anca; CE: Gravidez (5º ao 9º mês)	Explorar e avaliar a viabilidade e o impacto da combinação da Terapia Básica de Sensibilização Corporal com a educação do doente para indivíduos com OA da anca.	Educação do doente; Terapia Básica da Consciência Corporal.	Coxartrose	NRS HOOS 2.0 HHS UCLA EQ-5D-5L TUG ROM PGIC	10M
Egerton et al. 2022 Austrália (7)	Ensaio Clínico Randomizado	589 Idade média: 56,4 anos Sexo: 65,9% feminino	Comparar os efeitos de vídeos educacionais sobre OA do joelho.	Vídeos educacionais	OA do joelho	ASES-Pain BFMS Adaptação do Questionário de Credibilidade/Expectativa KOAKS	
Thapa et al. 2023 Nepal (2)	Ensaio Clínico Randomizado com Cluster	158 Idade média: 58,8 anos Sexo: 78,5% feminino CI: ≥18 anos OA e dor crónica persistente há ≥ três meses	Avaliar o impacto das revisões de medicação e intervenções educacionais de farmacêuticos comunitários na dor, função física, conhecimento, depressão e qualidade de vida em pessoas com OA.	Intervenção educativa (folheto e vídeo)	Joelho, coxartrose e múltiplas articulações	NRS WOMAC PROMIS EQ-5D-3L Escala visual analógica	3M 6M
Åkesson et al. 2022 Suécia (9)	Observacional longitudinal prospetivo	143 Idade média: 66 (DP 9,3) anos (40–90 anos) Sexo: 78% mulheres CI: OA da anca e/ou do joelho, Língua sueca	Estudar a capacitação entre os doentes com OA na anca e/ou no joelho participantes num SOASP.	Educação e exercícios fornecidos por um fisioterapeuta.	Coxartrose e OA do joelho	SWE-RES-23 PEI	3M
Åkesson et al. 2024 Suécia (11)	Observacional longitudinal prospetivo	143 Idade média: 66 (DP 9,3) anos (40–90 anos) Sexo: 78% feminino CI: OA da anca e/ou do joelho, Língua sueca	Explorar fatores associados à mudança no empowerment em doentes que participaram no SOASP. Um objetivo secundário foi avaliar o empowerment após o SOASP a longo prazo.		Coxartrose e OA do joelho	SWE-RES-23 NRS EQ-5D-5L escala visual analógica PEI	3M 9M.

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:
Uma Revisão Sistemática

Booker et al. 2019 EUA (12)	Misto	110 afro-americanos Idade média: 68,4 (DP 12,4) anos (50-94 anos) Sexo: 81,8% feminino	Descrever os padrões e as perceções das estratégias de autogestão da dor numa amostra de idosos afro-americanos que vivem na comunidade.	Farmacológicas, não farmacológicas, Massagem e vitaminas, e práticas espirituais	Qualquer articulação major	REALM-SF SILS APSI	
Unevik et al. 2020 Suécia (13)	Observacional longitudinal prospectivo com registo nacional	22.741 Idade média: 66,3 (DP 9) anos (27-95 anos) Sexo: 70,7% feminino	Examinar diferenças educacionais e de local de nascimento na dor articular, qualidade de vida, disposição para cirurgia, mobilidade, atividade física e comportamento de evicção do medo.	BOA para indivíduos com OA.	Coxartrose, OA do joelho e das mãos	NRS EQ-5D-3L	3 M 12 M

Abreviaturas: **ASES-Pain:** American Shoulder and Elbow Surgeons Pain Score; **APSI:** Ankle Performance Score Index; **BFMS:** Berg Functional Mobility Scale; **BOA:** Osteoarthritis Self-Management Program; **CE:** Critério de exclusão; **CI:** Critério de inclusão; **DP:** Desvio padrão; **EQ-5D-3L:** EuroQol 5-Dimension 3-Level; **EQ-5D-5L:** EuroQol 5-Dimension 5-Level; **H:** Homens; **HHS:** Harris Hip Score; **HOOS 2.0:** Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score 2.0; **KOAKS:** Knee Osteoarthritis Knowledge Scale; **M:** Mulheres; **NRS:** Numeric Rating Scale; **PEI:** Patient Enablement Instrument; **PGIC:** Patient Global Impression of Change; **PROMIS:** Patient-Reported Outcomes Measurement Information System; **REALM-SF:** Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine – Short Form; **ROM:** Range of Motion; **SILS:** Single Item Literacy Screener; **SOASP:** Self-Management Osteoarthritis Support Program; **SWE-RES-23:** Swedish Resilience Scale 23; **TUG:** Timed Up and Go; **UCLA:** University of California, Los Angeles Activity Scale; **WOMAC:** Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index.

3.4. Intervenções dos estudos

Strand et al. (6) conduziram uma intervenção focada na educação do paciente, com o objetivo principal de capacitar os doentes. A educação física teve uma duração de 2 horas em ambiente hospitalar e foi oferecida uma vez por semana, durante 12 a 13 semanas. O programa era estruturado para promover um processo de aprendizagem focado na consciência do movimento. Cada sessão teve a duração de 90 minutos, sendo 70 minutos dedicados à prática de movimento, seguidos de 20 minutos de discussão, com espaço para a partilha de experiências e reflexões.

Egerton et al. (7) avaliaram o impacto de dois vídeos educacionais voltados para pessoas com OA do joelho. Os vídeos incluíam informações baseadas em evidências atuais de diretrizes da prática clínica, com destaque na importância da atividade física e perda de peso, mas diferiam-se pela linguagem e estilo de comunicação utilizados.

Thapa et al. (2) realizaram uma intervenção em que os utentes com OA receberam formações educativas e de revisão da medicação, com o intuito de promover mudanças comportamentais e auxiliar no uso adequado de medicamentos para o controlo da dor. Durante um período de seis semanas, os participantes assistiram a um vídeo educativo sobre o tratamento da OA e receberam chamadas semanais de um farmacêutico comunitário, que forneceu esclarecimentos e aconselhamento.

Åkesson et al. (9,11) ofereceram um programa combinado de educação e exercícios. O programa consistia em duas a três sessões educativas semanais, nas quais os participantes receberam informações sobre osteoartrose, fatores de risco, sintomas, tratamentos, estratégias de coping e autogestão. Após a parte educativa, os participantes receberam um programa de exercícios adaptado individualmente, que poderiam realizar em casa ou durante sessões de treinamento em grupo, com supervisão de um fisioterapeuta durante 6 a 8 semanas.

Booker et al. (12) incluíam várias opções de intervenção, como: tópicos de venda livre, modalidades térmicas, exercícios, medicamentos de venda livre, práticas espirituais, medicamentos sujeitos a receita médica, dispositivos de assistência e ortóticos, injeções articulares, repouso, massagem e vitaminas.

Unevik et al. (13) focaram em um programa sueco de autogestão para doentes com OA. O programa possui dois componentes: uma parte teórica, com um mínimo de duas sessões, e

uma parte prática de exercícios voluntários, que poderiam ser realizados individualmente ou em sessões de grupo supervisionadas.

4. Resultados

As diferentes escalas de avaliação utilizadas no estudo forneceram uma visão abrangente das mudanças ao longo do tempo. A dor ao caminhar foi selecionada como parâmetro principal, uma vez que constitui um dos principais sintomas relatados na coxartrose. Após quatro meses, a maioria dos participantes do estudo perceberam uma melhoria significativa da dor, função e qualidade de vida, conforme avaliado pela escala PGIC (Patient Global Impression of Change). Dos 7 participantes, 1 não apresentou melhoria e, não obstante piorou e optou por método cirúrgico, o que evidencia variabilidade nos resultados. Alterações a nível da dor durante a caminhada variou entre os doentes com osteoartrose da anca moderada a grave, dependendo da intervenção realizada, seja apenas com exercício físico ou com a combinação de exercício físico e terapia básica de sensibilização corporal. Após 10 meses, 3 dos 5 doentes apresentaram uma melhoria significativa. Embora a intervenção tenha levado a uma melhoria substancial nos diferentes parâmetros, a resposta ao tratamento pode ser diferente entre pacientes. PGIC demonstrou que a maioria dos participantes relatou melhoria na dor e função após 4 meses, mas essa melhoria não foi uniforme, o que pode ser influenciado por diversos fatores individuais. (6)

Após a intervenção, o grupo experimental apresentou melhorias mais notáveis na autoeficácia para a gestão da dor da OA (diferença média de 0,4 [IC 95% 0,2, 0,6] unidades, $P < 0,001$) e maiores reduções no medo do movimento (1,6 [IC 95% 1,1, 2,0] unidades, $P < 0,001$) do que o controlo. O grupo experimental apresentou também maiores aumentos nas crenças sobre a importância da atividade física (0,2 unidades [IC 95% 0,1, 0,3, $P < 0,001$]), na motivação para ser fisicamente ativo (0,9 unidades [IC 95% 0,6, 1,2, $P < 0,001$]) e no conhecimento sobre a OA do joelho (7,7 pontos [IC 95% 6,8, 8,6, $P < 0,001$]). Comparativamente ao controlo, o grupo experimental apresentou uma melhoria na autoeficácia para controlar a dor da OA e uma redução da cinesiofobia. (7)

Tendo em conta os 158 participantes, mais de metade referiu dor relacionada com artrose do joelho ($n = 90, 57,0\%$) e demonstrou conhecimentos limitados sobre o tratamento

da dor e artrose. Embora não tenham sido identificadas diferenças significativas nas características demográficas e clínicas basais entre os grupos, o grupo experimental apresentou uma melhoria nas escalas da dor aos 3 meses e no final do estudo, 6 meses, em comparação com o grupo de controlo. Não existem diferenças estatisticamente significativas na pontuação Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (WOMAC). As escalas da dor e WOMAC dos participantes (média \pm desvio padrão) foram de $6,36 \pm 1,71$ e $63,85 \pm 18,12$, respetivamente. (2)

De acordo com a intervenção realizada neste estudo, os valores medianos do instrumento de capacitação do doente (PEI) e da escala sueca de capacitação em doenças reumáticas (SWE-RES-23) indicam níveis moderados a elevados de capacitação e resiliência após a parte educativa do programa e no seguimento de três meses. O valor mediano reportado foi de 6 (IQR 3–6,5) para o PEI (n=109) e de 3,8 (IQR 3,6–4,1) para o SWE-RES-23 (n=108). O teste de Wilcoxon mostrou um aumento estatisticamente significativo na capacitação entre a linha de base e o follow-up de três meses, com um efeito de tamanho moderado. (11)

As pessoas consideradas ativas antes do estudo, ou seja, que praticavam > 120 minutos de exercício por semana tiveram uma menor melhoria na capacitação (PEI) em comparação com aquelas que não praticavam exercício no início do estudo. O que significa que aqueles que já eram fisicamente ativos antes do estudo tinham menos margem para melhorar a sua capacitação em relação à gestão da artrose. Um aumento significativo da capacitação (PEI) no follow-up de 3 meses foi associado a uma melhoria considerável no empowerment (B = 0,041, IC 95% (0,011, 0,07), p = 0,008). Viver sozinho associa-se a uma menor melhoria no empowerment (B = 0,278, CI 95% (0,469, 0,086), p = 0,005) em comparação com a habitação conjunta. (9)

Das 37 estratégias avaliadas, as mulheres utilizaram em média ($8,26 \pm 3,73$) estratégias, enquanto os homens, tiveram uma média de ($7,25 \pm 3,73$). A diferença de 1 estratégia entre os géneros não foi estatisticamente significativa (P = 0,28). Afro-americanos com dor intensa usaram mais estratégias ($9,58 \pm 2,80$) do que aqueles com dor moderada ($7,86 \pm 3,87$) ou ligeira ($7,48 \pm 3,81$). Embora a tendência sugira que maior intensidade da dor esteja associada ao uso de mais estratégias, o resultado não atingiu significância estatística (P = 0,06). Idosos afro-americanos com maior escolaridade e literacia em saúde utilizaram em média, mais 1 estratégia do que aqueles com menor escolaridade e literacia em saúde. Apesar dessa diferença, os resultados não foram estatisticamente significativos. Apenas 10% dos participantes relataram que a autogestão não controlava a dor, sugerindo que a maioria

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:

Uma Revisão Sistemática

percebeu algum grau de eficácia. Os afro-americanos com melhor controlo da dor usaram mais estratégias ($8,35 \pm 3,8$) em comparação com os que tinham pior controlo da dor ($6,36 \pm 2,2$). Os que consideravam suas estratégias eficazes eram mais propensos a utilizar uma combinação das 10 principais estratégias. Muitos participantes descreveram a escolha de estratégias como um processo de tentativa e erro, pois não conseguiam identificar uma única estratégia eficaz, com a percepção de que o efeito era resultado da combinação de várias estratégias. (12)

Os participantes com maior escolaridade mostraram uma menor propensão para dor e menos disposição para cirurgia articular no início do estudo. Aos 3 e 12 meses, demonstraram menos dificuldades ao caminhar e menos comportamentos de evitamento do medo ao longo do estudo. Por outro lado, indivíduos com nível educacional mais baixo relataram mais dor e pior qualidade de vida no início e ao longo do estudo, maior disposição para cirurgia articular, mesmo após participação no programa de autogestão. Esses achados são coerentes com pesquisas anteriores, o que sugere que a educação pode influenciar a percepção da dor e a adesão a estratégias não cirúrgicas. (13)

Tabela 4: Resumo dos principais achados

Autor, Ano, País	Intervenção	Participantes	Parâmetros avaliados	Resultados principais
Strand et al. 2016 Noruega (6)	Educação do doente; Terapia Básica da Consciência Corporal.	7	Dor ao caminhar (PGIC); Função; Qualidade de vida.	Melhoria significativa da dor, função e qualidade de vida; Evolução negativa de 1 participante que optou por cirurgia.
Egerton et al. 2022 Austrália (7)	Vídeos educacionais	589	Autoeficácia para gestão da dor; Cinesiofobia; Crenças e motivação sobre atividade física; Literacia em saúde sobre OA.	Maior autoeficácia; Menor cinesiofobia; Crenças mais positivas sobre atividade física; Maior motivação para ser ativo; Mais conhecimento sobre osteoartrose.
Thapa et al. 2023 Nepal (2)	Intervenção educativa (folheto e vídeo)	158	Dor; Funcionalidade; Conhecimento sobre o tratamento da dor e artrose.	Aos 3 e 6 meses, observou-se uma melhoria na dor, embora sem diferenças estatisticamente significativas na pontuação total da escala WOMAC. Dor (média ± DP): 6,36 ± 1,71; WOMAC (média ± DP): 63,85 ± 18,12.
Åkesson et al. 2022 Suécia (9)	Educação e exercícios fornecidos por um fisioterapeuta.	143	Capacitação do doente (PEI); Resiliência no contexto da dor crónica e limitações funcionais (SWE-RES-23).	Após a intervenção e no seguimento de 3 meses, os valores medianos indicaram níveis moderados a elevados de capacitação e resiliência. Aumento estatisticamente significativo na capacitação, com efeito moderado de acordo com o teste de Wilcoxon.
Åkesson et al. 2024 Suécia (11)		143	Capacitação do doente (PEI); Empowerment.	Maior tempo de exercício prévio associa-se a menor melhoria no PEI; Aumento significativo na capacitação no follow-up de 3 meses foi associado a maior empowerment enquanto viver sozinho associa a menor evolução.

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:
Uma Revisão Sistemática

Booker et al. 2019 EUA (12)	Farmacológicas, não farmacológicas, Massagem e vitaminas, e práticas espirituais	110	Estratégias de autogestão da dor; Perceção individual da eficácia das estratégias utilizadas.	Não houve diferença significativa no número de estratégias de autogestão usadas por homens e mulheres; Afro-americanos com dor forte usaram mais estratégias do que os com dor leve ou moderada, mas a diferença não foi significativa; Apenas 10% relataram que a autogestão não controlava a dor; Uso de mais estratégias associa-se ao melhor controlo da dor.
Unevik et al. 2020 Suécia (13)	BOA para indivíduos com OA.	22.741	Qualidade de vida; Adesão a estratégias de autogestão; Atividade física; Dor; Disposição para cirurgia.	Maior escolaridade associa a melhor qualidade de vida e maior prática de atividade física desde o início do estudo e mantida aos 3 e 12 meses. Menos dor, menor disposição para cirurgia e menos dificuldades ao caminhar. Menor escolaridade correlaciona-se com mais dor, pior qualidade de vida e maior intenção para cirurgia, mesmo após a intervenção.

Abreviaturas: **BOA:** Osteoarthritis Self-Management Program; **DP:** Desvio Padrão; **OA:** Osteoartrose; **PEI:** Patient Enablement Instrument; **PGIC:** Patient Global Impression of Change; **SWE-RES-23:** Swedish Resilience Scale 23; **WOMAC:** Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index.

5. Discussão

A osteoartrose é uma das principais causas de dor e incapacidade funcional a nível mundial, sendo essencial identificar estratégias eficazes que promovam o alívio sintomático e a manutenção da autonomia.

De acordo com o ensaio clínico randomizado, a intervenção liderada por farmacêuticos comunitários que inclui educação sobre OA, orientação no correto uso de medicamentos e promoção de estratégias não farmacológicas contribuiu para uma redução significativa da dor e uma melhoria do conhecimento dos doentes. Estes resultados evidenciam a importância do apoio comunitário para capacitar os doentes a gerir melhor a sua condição e melhorar o seu bem-estar. Contudo, a avaliação da funcionalidade física através do WOMAC, assim como os níveis de depressão e a qualidade de vida, não revelaram alterações significativas, com resultados semelhantes entre os grupos de intervenção e controlo aos 3 e 6 meses. (2)

Embora a intervenção liderada por farmacêuticos tenha demonstrado benefícios na redução da dor e no aumento do conhecimento sobre a doença, a ausência de impacto significativo na funcionalidade física e qualidade de vida sugere que informação e aconselhamento isolados podem não ser suficientes para gerar mudanças comportamentais duradouras ou melhorias em domínios mais amplos. É possível que a intensidade da intervenção ou o tempo de follow-up (3 a 6 meses) tenham limitado os efeitos.

O estudo que avaliou a implementação de um Programa de Autogestão Apoiada para a Osteoartrose (SOASP), apresentou melhorias no empowerment dos participantes aos 3 meses, sobretudo naqueles que relataram um aumento na sua capacidade de atuação (enablement). Além disso, algumas características individuais, como viver sozinho ou praticar exercícios regularmente, pareceram atenuar os efeitos do programa, sublinhando a importância de adaptar as intervenções ao perfil dos doentes. Não foram encontradas outras associações relevantes. Aos 9 meses, os efeitos positivos não se mantiveram. (11)

O aumento do empowerment aos 3 meses sugere que o SOASP pode ser eficaz a curto prazo para promover a autogestão e a perceção de controlo sobre a doença. O efeito da intervenção pode ser modulado por fatores contextuais e pelas características basais dos participantes, como o apoio social disponível e o nível prévio de autogestão. Este achado reforça a importância de personalizar as intervenções e levar em conta as características e necessidades individuais dos doentes.

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:

Uma Revisão Sistemática

O resultado do estudo analisado sugere que abordagens não cirúrgicas, particularmente a combinação de educação do paciente com a terapia básica de sensibilização corporal (BBAT), podem proporcionar benefícios marcados na gestão da dor e na melhoria da qualidade de vida em pessoas com osteoartrose da anca. Não obstante, observou-se uma redução significativa da dor em quatro dos sete participantes, sendo que três destes realizaram a intervenção combinada. Além disso, estes mesmos participantes relataram melhorias da dor durante atividades específicas (como estar sentado e durante a noite) e, em dois casos, melhorias expressivas na qualidade de vida avaliada pelo EuroQol 5-Dimensions (EQ-5D). Ainda assim, o estudo mostra que os efeitos positivos podem ser limitados em casos de osteoartrose avançada. Os dois participantes que não responderam favoravelmente à intervenção, apresentavam ausência de cartilagem articular (Espaço mínimo articular de zero mm), o que sugere que a extensão da degeneração pode influenciar negativamente a eficácia das abordagens conservadoras. Esta observação reforça a importância da avaliação individualizada e cuidada na escolha do tratamento não cirúrgico, tendo em conta a gravidade da doença e o nível de funcionalidade do paciente. (6)

Intervenções de carácter educacional e psicossocial melhorou significativamente a autoeficácia e reduziu a cinesiofobia, comparado ao grupo controlo, além de influenciar positivamente crenças sobre a necessidade de cirurgia e a importância da atividade física. Os resultados demonstram benefícios ao nível da dor, função e qualidade de vida. Contudo, a curta duração da intervenção limita conclusões sobre efeitos sustentados. Os sintomas da osteoartrose tendem a ser mais eficazmente controlados por meio de modificações no estilo de vida, através de exercícios de fortalecimento muscular, prática regular de atividade física e perda ponderal. Estas intervenções são atualmente recomendadas como primeira linha terapêutica, sobretudo na osteoartrose do joelho, em virtude das evidências robustas que sustentam o seu impacto positivo na redução da sintomatologia e na melhoria da funcionalidade articular. (7)

Os programas estruturados de educação em saúde e outras estratégias conservadoras revelaram-se promissoras. A literacia em saúde desempenha um papel central na eficácia destas intervenções, ao permitir uma melhor compreensão da doença, adesão ao tratamento e tomada de decisões informadas relacionadas com a sua saúde. Esta componente educativa visa desmistificar crenças erróneas frequentemente enraizadas, como a perceção de que o exercício físico pode agravar a degeneração articular, e fomentar atitudes mais proativas e realistas face ao autocuidado.

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:

Uma Revisão Sistemática

A capacitação dos doentes é um aspeto cada vez mais valorizado nas intervenções não cirúrgicas. O estudo que avaliou o programa sueco sobre o autocuidado destinado a pessoas com osteoartrose (SOASP) evidenciou níveis moderados a elevados de capacitação (PEI) e empowerment (SWE-RES-23). Além disso, o PEI baseia-se na perceção subjetiva do doente quanto à mudança. Ainda assim, os dados reforçam a importância de intervenções educativas bem estruturadas, capazes de promover o envolvimento ativo do doente na gestão da osteoartrose, contribuindo para melhores resultados a longo prazo. (9)

Os dados deste estudo indicam que idosos afro-americanos com dor moderada a grave devido à osteoartrose recorrem a uma ampla variedade de estratégias de autogestão, independentemente do nível de escolaridade. Contrariamente à literatura anterior, que se focava sobretudo em indivíduos com baixos níveis educacionais, a maioria dos participantes deste estudo tinham ensino superior, o que pode ter contribuído para o uso mais diversificado de abordagens. As estratégias mais utilizadas incluíram produtos tópicos de venda livre, calor, exercício físico, medicação (AINEs, opioides e infiltrações) e práticas espirituais. (12)

Embora tenha sido referida com menor frequência do que em estudos anteriores, a espiritualidade manteve-se como um elemento valorizado pelos participantes. As intervenções farmacológicas foram usadas com frequência, o que realça a necessidade de acompanhamento médico cuidadoso, sobretudo em populações idosas. Estes achados sublinham a importância de reconhecer e integrar diferentes dimensões físicas, farmacológicas e culturais na gestão da dor por osteoartrose, adaptado às intervenções, características e preferências dos doentes.

Fatores individuais, como o nível de escolaridade e a prática prévia de atividade física, demonstraram ser determinantes na adesão e nos resultados das intervenções não cirúrgicas. Observou-se que participantes com níveis educacionais mais elevados tendem a compreender melhor os benefícios dessas intervenções, o que se traduz em maior envolvimento e compromisso com os programas terapêuticos. Essa maior adesão refletiu-se em melhores desfechos, nomeadamente na redução da dor, na melhoria da funcionalidade e na qualidade de vida. Os resultados mostram que participantes com maior nível educacional apresentaram melhores desfechos ao longo do tempo, como maior qualidade de vida, mais atividade física, menor dor e menor disposição para cirurgia articular. Também tiveram maior adesão ao programa de autocontrolo e menor comportamento de evitação por medo. Esses achados indicam que a educação influencia positivamente a forma como os indivíduos gerenciam a dor e aderem ao tratamento, reforçando a importância de adaptar intervenções às diferentes necessidades educacionais para melhorar os resultados em pacientes com osteoartrose. (13)

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:

Uma Revisão Sistemática

Os achados desta revisão estão em consonância com estudos prévios que destacam os benefícios das abordagens não cirúrgicas. Um exemplo particularmente relevante é o estudo de follow-up prolongado realizado por Svege et al. (14) que reforça a eficácia da intervenção conservadora na osteoartrose da anca. Neste ensaio clínico randomizado, os autores avaliaram o impacto de um programa de exercício supervisionado combinado com educação sobre a OA, em comparação com os cuidados usuais. Após seis anos de seguimento, os resultados mostraram que a intervenção foi capaz de adiar significativamente a necessidade de artroplastia total da anca, com uma redução de 44% na taxa de cirurgia no grupo de intervenção em relação ao controlo. Além disso, o tempo médio até à cirurgia foi mais prolongado no grupo que realizou fisioterapia e educação (5,4 anos vs 3,5 anos).

Os resultados desta revisão sugerem que as intervenções não cirúrgicas devem ser adaptadas às necessidades individuais dos pacientes, considerando fatores como escolaridade, nível de atividade física e suporte social. Programas educativos podem ser particularmente eficazes para pacientes com menor nível educacional, e estratégias de motivação devem ser incorporadas para melhorar a adesão ao tratamento. Além disso, a combinação de exercícios físicos com terapias cognitivas ou psicossociais pode aumentar a eficácia das intervenções, especialmente para aqueles que enfrentam barreiras psicológicas, como medo do movimento.

É importante que os profissionais de saúde considerem a abordagem individualizada ao planear tratamentos para pacientes com OA, levando em conta as características e preferências de cada paciente para melhorar os resultados clínicos e a qualidade de vida.

Embora os achados desta revisão ofereçam insights valiosos sobre o impacto das abordagens não cirúrgicas na OA, algumas limitações devem ser destacadas. Primeiramente, a maioria dos estudos incluídos apresentou amostras relativamente pequenas e follow-up de curto prazo, o que limita a generalização dos resultados a longo prazo. Além disso, a heterogeneidade nas escalas de avaliação utilizadas para medir a dor e a funcionalidade torna difícil a comparação direta entre os estudos.

6. Conclusão

Esta revisão sistemática reforça a relevância das abordagens não cirúrgicas na gestão da osteoartrose, particularmente pelo seu impacto positivo do exercício físico, da literacia em saúde e das estratégias de autogestão na redução da dor e na melhoria da funcionalidade e qualidade de vida dos doentes. Os resultados sugerem que intervenções conservadoras, quando adaptadas às necessidades individuais, podem ser eficazes na gestão da OA, especialmente quando se consideram fatores como o nível de escolaridade, prática prévia de atividade física e apoio social.

A evidência atual mostra que programas de educação em saúde, aliados ao incentivo à atividade física e ao envolvimento ativo do paciente no seu próprio cuidado, são componentes fundamentais para alcançar melhores resultados clínicos. Contudo, a variabilidade nas respostas ao tratamento e as limitações metodológicas dos estudos analisados indicam a necessidade de investigação adicional.

Futuros estudos devem focar-se em intervenções de longo prazo, com maior rigor metodológico e ênfase em fatores psicossociais que influenciam a adesão e eficácia das abordagens não cirúrgicas. Uma abordagem centrada no paciente, individualizada e baseada em evidência, deverá ser prioritária no planeamento terapêutico para doentes com osteoartrose.

7. Referências Bibliográficas

1. Neogi T, Zhang Y. Epidemiology of Osteoarthritis. Vol. 39, *Rheumatic Disease Clinics of North America*. 2013. p. 1–19.
2. Thapa P, KC B, Gyawali S, Leong SL, Mohamed Ibrahim MI, Lee SWH. Effectiveness of community pharmacist-led interventions in osteoarthritis pain management: A cluster-randomized trial. *Res Soc Adm Pharm*. 2024 Feb 1;20(2):149–56.
3. Vina ER, Kwok CK. Epidemiology of osteoarthritis: Literature update. Vol. 30, *Current Opinion in Rheumatology*. Lippincott Williams and Wilkins; 2018. p. 160–7.
4. De Sola H, Salazar A, Rebollo-Ramos M, Moral-Munoz JA, Failde I. Prevalence of diagnosed and undiagnosed osteoarthrosis and associated factors in the adult general Spanish population. *Aten Primaria*. 2024 Aug 1;56(8).
5. Steinmetz JD, Culbreth GT, Haile LM, Rafferty Q, Lo J, Fukutaki KG, et al. Global, regional, and national burden of osteoarthritis, 1990-2020 and projections to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol*. 2023 Sep 1;5(9):e508–22.
6. Strand LI, Liland Olsen A, Nygard H, Furnes O, Heide Magnussen L, Lygren H, et al. Basic Body Awareness Therapy and patient education in hip osteoarthritis: A multiple case study. *Eur J Physiother*. 2016 Apr 2;18(2):116–25.
7. Egerton T, Bennell KL, McManus F, Lamb KE, Hinman RS. Comparative effect of two educational videos on self-efficacy and kinesiophobia in people with knee osteoarthritis: an online randomised controlled trial. *Osteoarthr Cartil*. 2022 Oct 1;30(10):1398–410.
8. Maqbool M, Fekadu G, Jiang X, Bekele F, Tolossa T, Turi E, et al. An up to date on clinical prospects and management of osteoarthritis. Vol. 72, *Annals of Medicine and Surgery*. Elsevier Ltd; 2021.
9. Åkesson KS, Hansson EE, Pawlikowska T, Sundén A, Stigmar K, Ageberg E. Factors associated with empowerment after participating in a supported osteoarthritis self-management program: An explorative study. *Osteoarthr Cartil Open*. 2024 Jun 1;6(2).
10. <https://www.prisma-statement.org/translations> .

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:

Uma Revisão Sistemática

11. Åkesson KS, Sundén A, Stigmar K, Fagerström C, Pawlikowska T, Ekvall Hansson E. Enablement and empowerment among patients participating in a supported osteoarthritis self-management programme – a prospective observational study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2022 Dec 1;23(1).
12. Booker S, Herr K, Tripp-Reimer T. Patterns and Perceptions of Self-Management for Osteoarthritis Pain in African American Older Adults. *Pain Med (United States).* 2019 Aug 1;20(8):1489–99.
13. Unevik E, Abbott A, Fors S, Rolfson O. Sociodemographic inequalities in outcomes of a swedish nationwide self-management program for osteoarthritis: Results from 22,741 patients between years 2008–2017. *J Clin Med.* 2020 Jul 1;9(7):1–14.
14. Svege I, Nordsletten L, Fernandes L, Risberg MA. Exercise therapy may postpone total hip replacement surgery in patients with hip osteoarthritis: A long-term follow-up of a randomised trial. *Ann Rheum Dis.* 2015 Jan 1;74(1):164–9.

8. Anexos

I. Aplicação da JBI Critical Appraisal Checklist for Case Series

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include <input checked="" type="checkbox"/>	Exclude <input type="checkbox"/>	Seek further info <input type="checkbox"/>	

Abordagens não cirúrgicas e literacia em saúde em pessoas com artrose:
Uma Revisão Sistemática

II. Aplicação da JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies

	Yes	No	Unclear	Not applicable
Were there clear criteria for inclusion in the case series?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants included in the case series?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were valid methods used for identification of the condition for all participants included in the case series?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Did the case series have consecutive inclusion of participants?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Did the case series have complete inclusion of participants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was there clear reporting of the demographics of the participants in the study?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was there clear reporting of clinical information of the participants?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were the outcomes or follow up results of cases clearly reported?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was there clear reporting of the presenting site(s)/clinic(s) demographic information?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was statistical analysis appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info