

Avaliação da referenciação dos doentes com osteoartrose do joelho dos cuidados de saúde primários para a consulta de especialidade de ortopedia

Diana Luísa Morais da Costa

Investigação Médica | Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

Porto, 2015

Avaliação da referenciação dos doentes com osteoartrose do joelho dos cuidados de saúde primários para a consulta de especialidade de Ortopedia

Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto
- Artigo de Investigação Médica

Autor: Diana Luísa Morais da Costa

Endereço: Avenida António Santos Leite, 708 hab-B 4470-142 Maia, Portugal

Categoria: Aluna do 6º Ano do Mestrado Integrado em Medicina

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Rua de Jorge Viterbo Ferreira, nº 228, 4099-313 Porto, Portugal

Nº de Estudante: 200801177

Contacto Eletrónico: dianalmoraiscosta@gmail.com

Orientador: Dr. Adélio Justino Machado Vilaça

Título profissional: Assistente Hospitalar - Hospital Santo António - Centro Hospitalar do Porto

Largo do Prof. Abel Salazar, 4099-001 Porto, Portugal

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, ao meu pai, ao Augusto, à minha avó, à Sofia e, em especial, ao João Paulo, por todo o apoio incondicional, paciência, por todas as horas que perderam comigo, por acreditarem sempre em mim e pela força que sempre me deram para nunca desistir. Sem eles não teria conseguido.

Ao meu orientador e professor, Dr. Adélio Vilaça, pelo apoio, dedicação, sabedoria e disponibilidade na realização deste trabalho.

À Dra. Cristina Mendes por toda a ajuda e disponibilidade que sempre demonstrou.

Aos meus amigos por todo o apoio incondicional, compreensão, dedicação e por estarem sempre disponíveis para me ouvirem e para me darem uma “palavra amiga”

Ao meu namorado, por estar sempre presente, pela compreensão, paciência, carinho, disponibilidade e força que sempre me deu para conseguir realizar este trabalho.

A todos, o meu muito obrigada!

ÍNDICE

RESUMO.....	V
ABSTRACT	VI
LISTA DE ABREVIATURAS.....	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	VIII
ÍNDICE DE TABELAS	VIII
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	1
1. INTRODUÇÃO	1
2. OSTEOARTROSE DO JOELHO	1
2.1 Definição	1
2.2 Diagnóstico	2
2.3 Tratamento.....	2
2.4 Referenciação.....	3
3. A REALIDADE EM PORTUGAL.....	5
II. METODOLOGIA	6
III. RESULTADOS.....	8
1. Caracterização demográfica	8
2. Dados clínicos	8
3. Exames Complementares de Diagnóstico	10
4. Terapêutica	12
IV. DISCUSSÃO.....	16
1. Pertinência da Referenciação	16
2. Qualidade do pedido de referenciação.....	19
V. CONCLUSÃO	21
VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22
VII. ANEXO I	24

RESUMO

Introdução: A osteoartrose do joelho é uma doença articular degenerativa na qual há uma perda gradual da integridade da cartilagem articular e do osso subjacente, que resultam frequentemente em dor, limitação funcional e incapacidade importantes, contribuindo, assim, para uma menor qualidade de vida. Atualmente, representa um dos principais motivos de consulta ao nível dos Cuidados de Saúde Primários. Neste sentido, o médico de Medicina Geral e Familiar assume um papel importante no diagnóstico, avaliação inicial e abordagem terapêutica do doente com osteoartrose do joelho, assim como na sua referenciação à especialidade.

Objetivos: Avaliar a referenciação dos doentes com osteoartrose do joelho para a consulta de ortopedia.

Metodologia: estudo observacional, retrospectivo e descritivo, em doentes com osteoartrose do joelho seguidos em consulta externa de Ortopedia no Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António. Os dados foram retirados através da consulta do pedido de referenciação via sistema ALERT P1, entre o período de Janeiro de 2010 e Abril de 2015, com recurso ao Sistema de Apoio ao Médico.

Resultados: Do total de pedidos de referenciação, 11.6% não referiram qual o joelho atingido, 20.5% não indicaram se a dor estava presente e em 64.4% não foi possível saber a duração da sintomatologia. Apenas 9.2% dos doentes referiram a presença dos dois sinais de diagnóstico da gonartrose, sendo que nenhum referiu simultaneamente os três sintomas. A radiografia foi realizada em 55.4% dos doentes, seguida da TAC (26.7%), da ecografia (16.8%) e, por fim, da RM (2.0). Em 73.6% dos inquéritos não havia informação relativamente à terapêutica instituída.

Conclusão: A realização deste estudo, embora limitada à realidade de apenas um hospital, permitiu constatar que a referenciação, para além de ser insuficiente relativamente à informação clínica prestada, ocorre em fases precoces da doença e que, por isso, seriam passíveis de serem monitorizadas ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Palavras-chave: osteoartrose; joelho; referenciação; cuidados de saúde primários; ortopedia.

ABSTRACT

Introduction: The knee osteoarthritis is a degenerative joint disease characterized by a gradual loss of integrity of articular cartilage and underlying bone, which often result in pain, functional limitation and significant disability, thus contributing to a reduced quality of life. Nowadays, it represents one of the main causes of consultation in Primary Care. For that reason, the general practitioner has an important role in the diagnosis, evaluation and initial therapeutic approach to the patient with knee osteoarthritis, as well as in their referral to an orthopaedic specialist.

Objective: To assess the referral of patients with knee osteoarthritis to orthopedic consultation.

Methodology: observational, retrospective and descriptive study, in patients with knee osteoarthritis followed in external consultation of orthopedics at Centro Hospitalar do Porto – Hospital Santo António. The data was obtained by consulting the referral letter via ALERT P1 system, in the period between January 2010 and April 2015, using the Support Medical System.

Results: Of the total referral letters, 11.6% did not mention which was the reached knee, 20.5% did not indicate if the pain was present, and 64.4% did not know the duration of symptoms. Only 9.2% reported the presence of two signs for the diagnosis of gonarthrosis, and none simultaneously references the three symptoms. Radiography was performed in 55.4% of patients, followed by TAC (26.7%), ultrasound (16.8%) and, finally, MRI (2.0). In 73.6% of cases there was no information in relation to the therapeutic approach.

Conclusion: This study, although limited to the reality of only one hospital, established that the referral system, as well as being insufficient in relation to the provided clinical data, occurs in the early stages of the disease and, therefore, would be liable to be used in monitoring at Primary Care.

Keywords: osteoarthritis; knee; referral; primary health care; orthopedics.

LISTA DE ABREVIATURAS

DGS - Direção Geral de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

OA – Osteoartrose

CSP - Cuidados de Saúde Primários

ACR - American College of Rheumatology

NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence

ECD - Exames Complementares de Diagnóstico

CHP-HSA - Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António

SAM – Serviço de Apoio ao Médico

RM - Ressonância Magnética

TAC - Tomografia Axial Computorizada

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

ESCEO - European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis

EULAR - European League Against Rheumatism

RACGP - The Royal Australian College of General Practitioners

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ULS – Unidade Local de Saúde

ACR - American College of Rheumatology

KOOS - Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score

MFR – Medicina Física e de Reabilitação

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Área de referência dos doentes encaminhados para consulta de ortopedia do Hospital de Santo António

Figura 2 – Percentagem de doentes que referem ou não dificuldade de movimento, ou que carecem dessa informação.

Figura 3 – Percentagem de doentes nos quais a gonartrose interfere nas atividades da vida diária ou nos quais não há essa informação.

Figura 4 – Exames Complementares de Diagnóstico realizados nos doentes referenciados.

Figura 5 – Exame de primeira linha (doentes referenciados apenas com um exame).

Figura 6 – Doentes que realizaram apenas dois exames imagiológicos.

Figura 7 – Modalidades de tratamento em doentes que realizaram terapêutica não farmacológica.

Figura 8 – Medicação instituída nos doentes que realizaram terapêutica farmacológica.

Figura 9 – Doentes que apresentaram melhoria do quadro clínico.

Figura 10 – Doentes sem melhoria do quadro clínico.

Figura 11 - Algoritmo de tratamento da osteoartrose do joelho.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I – Parâmetros para a caracterização da dor, em doentes que apresentam gonalgia.

Tabela II – Terapêutica instituída previamente à referência dos doentes à consulta.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. INTRODUÇÃO

As doenças Reumáticas, definidas como um conjunto de doenças e alterações funcionais do sistema músculo-esquelético de causa não traumática¹, constituem atualmente um dos principais motivos de incapacidade funcional e laboral nos países desenvolvidos, atingindo maioritariamente a população idosa². Para além do impacto na qualidade de vida dos doentes e familiares², este é um problema de saúde cuja dimensão social e económica requer uma intervenção organizada e integrada por parte dos vários profissionais de saúde, de forma a permitir uma resposta rentável e eficiente face ao crescente número de doentes e ao limitado número de recursos disponíveis¹. Foi neste sentido que a Direção Geral de Saúde (DGS) desenvolveu, em 2004, o “Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas”, integrado no projeto da Organização das Nações Unidas, juntamente com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) – “Década do Osso e da Articulação 2000 – 2010”¹.

De entre as várias entidades nosológicas que constituem este grupo de doenças, a Osteoartrose (OA) é aquela que apresenta maior expressão clínica³, estando associada a uma importante taxa de morbilidade e constituindo um dos principais motivos de consulta ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP)⁴. Segundo estimativas da OMS, cerca de 9.6% dos homens e 18.0% das mulheres com idade superior a 60 anos apresentam doença sintomática, sendo que 80% dos doentes com OA apresentam limitações na mobilidade e 25% não são autónomos nas atividades da vida diária (AVD)⁵.

As articulações mais frequentemente afetadas são as do joelho, coxofemorais, interfalângicas proximais e distais e as do segmento lombar da coluna vertebral¹, sendo a OA do joelho o tema central desta tese.

2. OSTEOARTROSE DO JOELHO

2.1 Definição

Considerada a principal causa de incapacidade na pessoa idosa¹, a OA do joelho (gonartrose) define-se como sendo uma doença articular degenerativa na qual há perda gradual da integridade da cartilagem articular e do osso subjacente, assim como um comprometimento de todos os tecidos moles envolventes, resultando frequentemente em dor, limitação funcional e incapacidade importantes¹.

Consoante o número de compartimentos afetados, o processo artrósico designa-se de uni, bi ou tricompartmental, sendo, geralmente, no compartimento interno da articulação do

joelho que as alterações degenerativas se iniciam. Uma explicação possível para este facto é o suporte de 60% da carga pelo compartimento interno⁶.

2.2 Diagnóstico

O diagnóstico da OA do joelho é, por vezes, complexo e pouco objetivo, pela multiplicidade de fatores envolvidos na patogénese da doença e pela clínica variável. O facto de não haver especificidade relativamente aos achados físicos, laboratoriais e radiológicos, torna difícil o desenvolvimento de critérios universais e orientações clínicas que auxiliem o médico no diagnóstico. Tal leva a que muitas vezes este seja feito com base na idade, história médica, sintomatologia, exames imagiológicos e experiência do próprio médico⁷. Apesar de não existirem critérios específicos para o diagnóstico da gonartrose, têm sido desenvolvidos sistemas de classificação preditivos da doença que auxiliam o médico na abordagem inicial ao doente, um dos quais foi desenvolvido pela *American College of Rheumatology (ACR)*, utilizando fluxogramas e critérios de inclusão clínicos, laboratoriais e radiológicos⁸. Ainda assim, a abordagem ao doente com OA do joelho assenta, essencialmente, em duas componentes: clínica e radiológica⁶.

Na componente clínica, para além da anamnese detalhada, é importante averiguar o grau de limitação da marcha, confirmar a origem mecânica da dor, ou seja, se a dor surge e agrava com o movimento, alivia em repouso e se está associada a rigidez matinal de curta duração^{1,2}. Ocasionalmente, podem estar presentes sinais inflamatórios. Neste caso, é importante definir se a inflamação se localiza no joelho, de forma a excluir processos inflamatórios das áreas envolventes⁷. No exame físico, é importante avaliar se há aumento e deformidade da articulação e definir o grau de limitação do movimento².

A componente radiológica consiste na avaliação das alterações características na radiografia do joelho, que permitem confirmar o diagnóstico e avaliar a gravidade das lesões. Estas incluem a diminuição da entrelinha articular, esclerose do osso subcondral, geodes subcondrais e crescimento de osteófitos marginais¹. Por ser uma patologia de evolução lenta e progressiva, em fases iniciais da doença pode existir uma dissociação clinico-radiológica^{1,3,6,7}, isto é, inicialmente o doente pode apresentar sinais e sintomas, apesar de não apresentar achados radiológicos característicos, podendo o inverso também acontecer.

2.3 Tratamento

Abordando a OA do joelho de uma perspetiva biopsicossocial³ e não apenas pelas alterações patológicas, podemos distinguir três níveis de tratamento. Num primeiro nível, aplicável a todos os doentes, a abordagem deve passar pela educação para a doença, com

disponibilização de informação e recomendações, prática de exercícios de fortalecimento e controlo/perda de peso. A reabilitação física e o recurso a auxiliares de marcha, assim como o tratamento farmacológico, nomeadamente com agentes analgésicos e anti-inflamatórios e agentes modificadores da doença, constituem um segundo nível. Nos doentes com um elevado grau de incapacidade e dor persistente apesar da terapêutica instituída, deve ser considerada a referência à consulta de ortopedia (terceiro nível).

Relativamente à abordagem cirúrgica, consideram-se candidatos todos os doentes que após três meses de terapêutica, farmacológica e não-farmacológica, não apresentam melhoria do quadro clínico, estando a decisão de tratamento dependente dos sintomas do doente no pré-operatório, do benefício a nível de capacidade funcional que poderá resultar, das expectativas de sucesso do doente e, claro está, dos riscos implicados⁹.

Das várias técnicas cirúrgicas disponíveis para o tratamento da gonartrose, a artroplastia total do joelho é considerada o *gold standard* na doença avançada⁶, apresentando uma eficácia de até 85%¹⁰. Para além desta técnica, existem outras alternativas cirúrgicas, tais como as técnicas realizadas por artroscopia (lavagem e desbridamento, meniscectomia e estimulação da medula óssea), a artroplastia parcial, a osteotomia e a artrodese.

2.4 Referência

Por ser uma doença crónica e degenerativa, é essencial um acompanhamento clínico periódico do doente, através do exame físico e da avaliação e quantificação da dor e limitação funcional¹. A avaliação periódica do doente com OA do joelho não requer a realização de exames radiológicos regulares, pela dissociação clínico-radiológica que frequentemente se verifica, sendo apenas necessária em situações de deterioração rápida do quadro clínico¹. Este acompanhamento do doente, realizado essencialmente ao nível dos CSP^{9,10}, inclui a abordagem terapêutica do doente, numa fase inicial ou estável da doença, assim como a referência atempada e justificada à consulta de especialidade. São motivos de referência¹:

I. a reumatologia:

- a) dúvida no diagnóstico (por exemplo, quando há dissociação clínico-radiológica);
- b) dúvida na etiologia;
- c) presença de derrame articular importante, persistente ou repetido;
- d) evolução rápida da doença (clínica e/ou radiológica);
- e) resposta insuficiente à terapêutica instituída.

II. a ortopedia:

- a) necessidade de correção anatómica para melhoria da biomecânica articular;
- b) fase avançada da doença em que se torna prudente a colocação de prótese articular.

III. a fisioterapia:

- a) doentes que possam beneficiar da aplicação de agentes físicos para alívio sintomático;
- b) doentes que necessitem de um programa de cinesioterapia para fortalecimento muscular e/ou melhoria da biomecânica da articulação.

A referenciação à consulta de ortopedia, tema central da presente tese, deve, portanto, acontecer apenas numa fase avançada da doença, em que as alterações degenerativas já são evidentes e em que a resposta clínica ao tratamento conservador já não é satisfatória. Excepcionalmente, e perante um doente que se apresenta com gonalgia e sinais inflamatórios da articulação ou febre, a referenciação deve ocorrer mais cedo e ter carácter urgente^{9,10}.

As *guidelines* de 2014 desenvolvidas pelo *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), apresentam como recomendações de referenciação³:

- Doente refratário ao tratamento não-cirúrgico e com impacto importante na qualidade de vida;
- Doente já recebeu orientações no que respeita à educação para a doença, prática de exercício físico e redução/controlo do peso;
- A referenciação deve acontecer antes que haja limitação funcional marcada e prolongada e dor severa;
- Fatores relativos ao doente, tais como sexo, idade e comorbilidades, não devem constituir barreiras à referenciação para cirurgia;
- Previamente à referenciação devem ser discutidos os riscos e benefícios da cirurgia e as potenciais consequências de não a realizar, assim como devem ser abordados os tempos de recuperação e reabilitação após a cirurgia, o impacto do uso de prótese na vida diária e os recursos de ajuda disponíveis na área de residência.

Aquando da referenciação, deve ser comunicado ao médico especialista o motivo de referenciação, duração do quadro clínico, comorbilidades, Exames Complementares de Diagnóstico (ECD) e respetivos relatórios, história médica passada, terapêuticas instituídas, com os respetivos resultados clínicos, e medicação habitual¹¹. Só assim é possível ao médico especialista avaliar a evolução da doença e determinar o melhor tratamento possível.

3. A REALIDADE EM PORTUGAL

Segundo dados da DGS (2004), incluídos no “Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas”, pelo menos 30% da população refere sintomas músculo-esqueléticos, dos quais 20% possui um problema significativo, 7% apresenta incapacidade e 0.5% está dependente de terceiros^{1,2}, sendo a OA a principal causa de incapacidade na população idosa¹. Mais ainda, a DGS afirma que as doenças reumáticas são motivo de consulta em 16 a 23% das consultas de clínica geral, representam a 2ª ou 3ª causa de custos atribuíveis ao consumo de medicamentos, constituem a 1ª causa de incapacidade temporária e originam o maior número de reformas antecipadas por doença (35-41%)^{1,2}. No documento “O estado da Reumatologia em Portugal” (2010), elaborado no âmbito do projeto do Observatório Nacional das Doenças Reumáticas (ONDOR), os autores descrevem uma prevalência de alterações radiográficas sugestivas de gonartrose de 56.9% no sexo masculino e 57.7% no sexo feminino; 27.4% dos homens e 51.2% das mulheres referiram ter tido dor no joelho ao longo da vida; e 11.2% dos homens e 28.5% das mulheres apresentavam história recente de dor articular clinicamente significativa¹². A prevalência de indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino com critérios clínicos e radiológicos de OA do joelho foi de 6.0% e 15.8%, respectivamente¹².

Apesar da reduzida mortalidade associada às doenças reumáticas, os estudos epidemiológicos realizados até à data evidenciam a sua importância, nomeadamente da OA do joelho, enquanto problema de saúde pública¹, tornando-se urgente o delineamento de estratégias para uma melhor abordagem e orientação destes doentes. É, portanto, essencial, e motivo de investigação da presente tese, perceber e avaliar a abordagem do médico ao nível dos cuidados de saúde primários², de forma a perceber como é gerido todo o processo de referência até ao médico ortopedista. Só assim é possível avaliar toda a dimensão do problema e apresentar propostas de resolução do mesmo, para uma melhor rentabilização dos recursos e melhor acompanhamento do doente.

II. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo observacional, retrospectivo e descritivo, com a colheita de dados realizada durante o mês de Maio de 2015.

Os dados foram retirados através da consulta do pedido de referência via sistema ALERT P1, referentes aos doentes seguidos em consulta externa de Ortopedia no Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António (CHP-HSA), entre o período de Janeiro de 2010 e Abril de 2015, com recurso ao Sistema de Apoio ao Médico (SAM).

Visando selecionar a amostra de entre a população apresentada, usou-se os seguintes critérios de inclusão:

- Pedido de referência apresenta como “Justificação”: osteoartrose do joelho/gonartrose;
- Pedido de referência apresenta a osteoartrose do joelho/gonartrose, como patologia já diagnosticada;
- Pedido de referência faz referência aos sinais e sintomas e/ou às alterações imagiológicas compatíveis com o diagnóstico de gonartrose e no registo da consulta é confirmado o diagnóstico;

Foram excluídos todos os doentes referenciados à consulta por patologia distinta da gonartrose e que não apresentavam este diagnóstico, assim como todos aqueles nos quais o pedido de referência não estava disponível para consulta.

Os dados recolhidos foram registados através do preenchimento de um inquérito de leitura ótica, elaborado com base na literatura atual referente à osteoartrose do joelho, e que foi matéria de pesquisa durante a investigação. Este inquérito foi dividido em 4 componentes principais, tendo-se registado os seguintes parâmetros:

1. Dados demográficos: sexo, data de nascimento e área de referência do pedido;
2. Dados clínicos: quadro clínico apresentado pelo doente (joelho atingido), nomeadamente parâmetros para a caracterização da dor (agravamento com o movimento, alívio com o repouso, rigidez matinal, intensidade da dor e interferência com o sono) e grau de deformidade e função da articulação (limitação de movimento e interferências nas AVD), assim como a duração da sintomatologia;
3. Exames Complementares de Diagnóstico (ECD): radiografia do joelho (incidências e relatório), análise do líquido sinovial, ressonância magnética (RM), ecografia, tomografia axial computadorizada (TAC) ou outros exames;
4. Terapêutica: tratamento realizado pelo doente, farmacológico e/ou não farmacológico, e respetiva resposta clínica.

Após a recolha dos dados, estes foram processados utilizando o programa de estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 para o Windows. O tratamento estatístico subsequente consistiu na análise descritiva das variáveis, tendo-se obtido tabelas de frequência e gráficos de colunas e circulares, com recurso do *Microsoft Excel*.

Para efeitos de discussão, foram utilizadas, como referência, as recomendações da *European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis* (ESCEO), *European League Against Rheumatism* (EULAR), *Alfred Health* e *The Royal Australian College of General Practitioners* (RACGP).

O estudo realizado, assim como o conteúdo do inquérito utilizado, foram submetidos à aprovação da Comissão de Ética do HSA, tendo-se obtido o parecer favorável.

III. RESULTADOS

1. Caracterização demográfica

A população de estudo foi constituída por uma amostra de 112 (37%) indivíduos do sexo masculino e 191 (63%) do sexo feminino, perfazendo um total de 303 inquéritos preenchidos. As áreas de referência pertenciam aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Grande Porto II, Grande Porto III, Grande Porto V, Grande Porto VI, Grande Porto VIII e Tâmega I e à Unidade de Saúde Local (ULS) de Matosinhos.

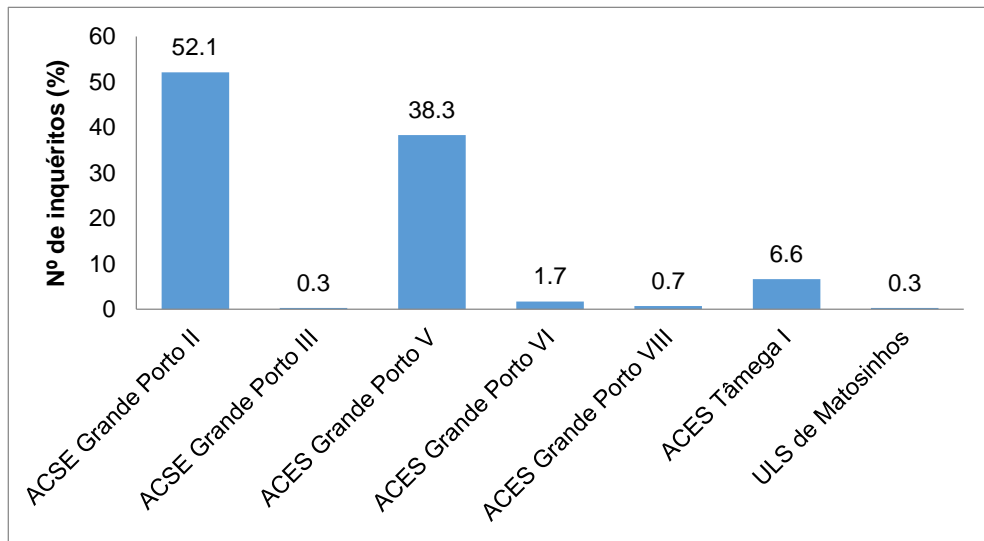


Figura 1- Área de referência dos doentes encaminhados para consulta de ortopedia do Hospital de Santo António. ACES – Agrupamento de Centros de Saúde; ULS – Unidade Local de Saúde.

2. Dados clínicos

Dos 303 inquéritos preenchidos, 268 (88.4%) referiam qual o joelho atingido pela gonartrose, sendo que em 137 era o joelho esquerdo (45.2%), em 131 (43.2%) era o joelho direito e em 11.6% dos inquéritos não havia essa informação.

A gonalgia (dor articular) era referida como sintoma em 79.5% (n=241) dos inquéritos, sendo os restantes pedidos de referência desprovidos dessa informação (20.5%; n=62). Tal como mostra a Tabela I, referente aos doentes que apresentavam gonalgia, a grande maioria não faz referência aos parâmetros caracterizadores da dor, indicados na primeira coluna, sendo que 46.5% (n=141) não refere nenhum dos parâmetros.

Tabela I - Parâmetros para a caracterização da dor, em doentes que apresentam gonalgia.

	Sim		Não		Não refere	
	N	%	N	%	N	%
Agrava com o movimento?	33	13.7	2	0.8	206	85.5
Melhora com o repouso?	12	5.0	2	0.8	227	94.2
Há rigidez matinal?	2	0.8	0	0.0	239	99.2
Dor interfere com o sono?	3	1.2	1	0.4	237	98.3
Refere intensidade da dor?	67	27.8	-	-	174	72.2

O parâmetro referente à intensidade apenas apresentava duas opções: “Sim” ou “Não refere”.

Dos doentes com gonalgia, apenas 10 (4.1%) tinham a indicação de que a dor agravava com o movimento e melhorava em repouso, o que estaria de acordo com a caracterização de uma dor do tipo mecânico, típica da gonartrose.

Relativamente ao grau de deformidade de articulação, 71% dos inquiridos (n=215) não apresentavam qualquer tipo de informação. Por outro lado, 20.1% (n=61) referiam aumento da articulação e 10.2% (n=31) deformidade da mesma; apenas 1.7% (n=5) e 0.3% (n=1) dos inquiridos indicavam ausência de aumento ou deformidade, respetivamente.

Tal como mostra a Figura 2, apenas uma pequena percentagem de pedidos (0.7%) refere não haver limitação de movimento em consequência da gonartrose, sendo que em 35.3% (n=107) há dificuldade de movimento e em 64% (n=194) não dão esta informação. A Figura 3, referente ao impacto da gonartrose nas AVD, indica como a grande maioria dos pedidos de referência (94.7%) não fornece esta informação.

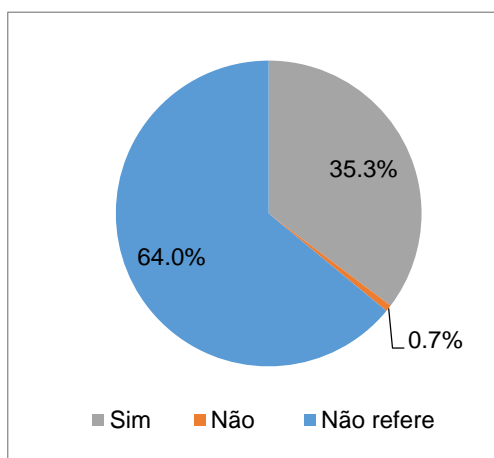


Figura 2- Percentagem de doentes que referem (Sim) ou não (Não) dificuldade de movimento, ou que carecem dessa informação (Não refere).

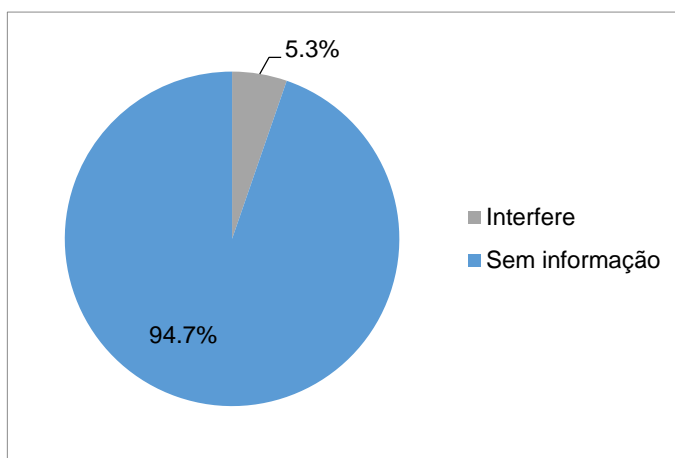


Figura 3 – Percentagem de doentes nos quais a gonartrose interfere nas atividades da vida diária ou nos quais não há essa informação.

Por motivos de diagnóstico, importa referir que nenhum doente referenciou, simultaneamente, a presença de dor, rigidez matinal e interferência da gonartrose nas AVD (limitação funcional). Da mesma forma, é importante referir que apenas 9.2% (n=28) dos doentes indicaram a presença dos dois sinais da doença: aumento da articulação e limitação do movimento.

Em relação à duração da sintomatologia, 195 inquiridos (64.4%) carecem desta informação.

3. Exames Complementares de Diagnóstico

Tal como mostra a Figura 4, a radiografia é o ECD mais frequentemente realizado.

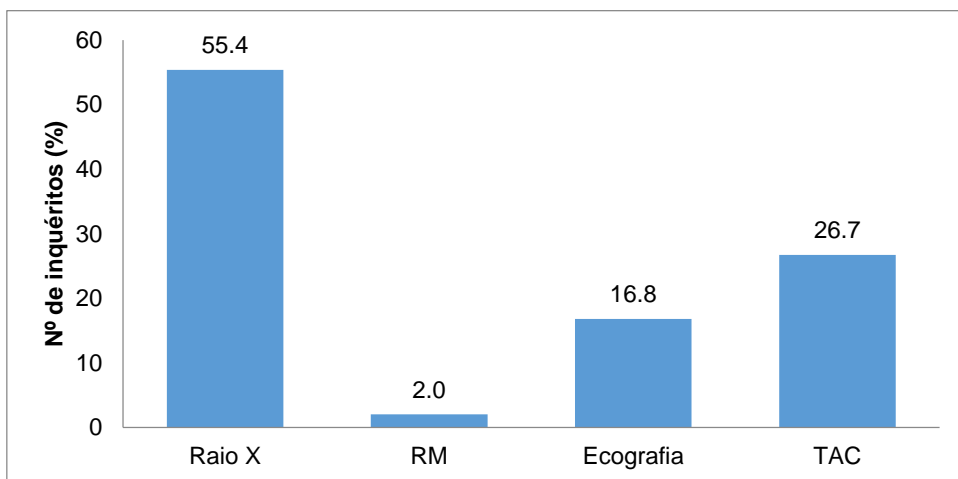


Figura 4 - Exames Complementares de Diagnóstico realizados nos doentes referenciados. Raio X = Radiografia do(s) joelho(s); RM = Ressonância Magnética; TAC = Tomografia Axial Computorizada.

De acordo com a Figura 5, que indica os doentes referenciados apenas com um ECD, a maioria realiza a radiografia como exame de primeira linha (37.6%; n=114), seguido da TAC (19.5%; n=59), da ecografia (3.3%; n=10) e, por fim, da RM (2.0%; n=6).

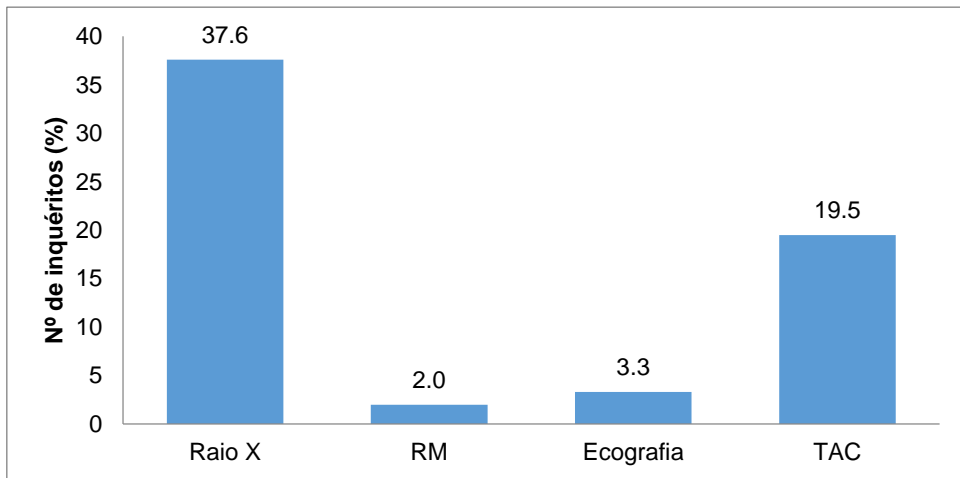


Figura 5 - Exame de primeira linha (doentes referenciados apenas com um exame). Raio X = radiografia; RM = Ressonância Magnética; TAC = Tomografia Axial Computorizada.

Dos doentes que realizaram radiografia, 35 (20.8%) não referiam se o exame era uni ou bilateral, 117 (69.6%) não especificavam as incidências e 37 (22.0%) não apresentavam o relatório (ou a referência às alterações encontradas).

A Figura 6 faz referência aos doentes que realizaram apenas dois ECD, podendo verificar-se que a radiografia e a ecografia eram a combinação mais frequentemente utilizada (11.2%; n=34), sendo a TAC e a ecografia raramente realizadas em conjunto (2.5%; n=2). Em 1.7% dos inquéritos (n=5), foram realizados três ECD (radiografia, TAC e ecografia).

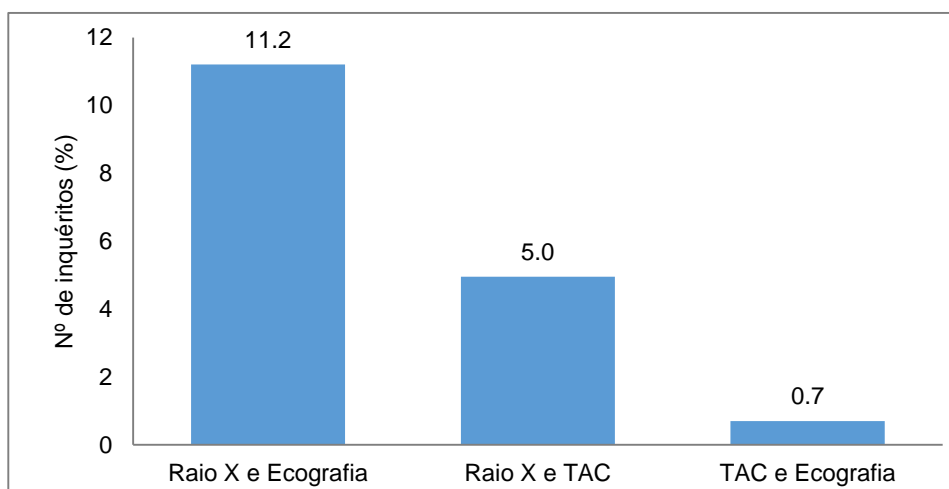


Figura 6 - Doentes que realizaram apenas dois exames imagiológicos. Pode verificar-se que nenhum doente realizou a radiografia simultaneamente com a Ressonância Magnética. Raio X = radiografia; TAC = Tomografia Axial Computorizada.

A referência à consulta sem nenhum exame realizado, ocorreu em 19.1% (n=58) dos inquiridos.

4. Terapêutica

Do total da amostra, a grande maioria não apresentava informação quanto à terapêutica instituída – Tabela II. Mais precisamente, em 73.6% dos pedidos (n=223) não havia informação relativamente a nenhuma das duas terapêuticas.

Tabela II – Terapêutica instituída previamente à referência dos doentes à consulta.

	Tratamento não farmacológico		Tratamento farmacológico	
	N	%	N	%
Sim	37	12.2	67	22.1
Não	3	1.0	0	0.0
Não Refere	263	86.8	236	77.9

Do total de doentes, apenas 8.3% (n=25) realizaram ambos os tratamentos não farmacológico e farmacológico.

Relativamente à terapêutica não farmacológica (Figura 7), a Medicina Física e de Reabilitação (MFR) foi a mais frequentemente realizada, sendo os auxiliares de marcha utilizados, como única modalidade de tratamento, em apenas 8.1% (n=3).

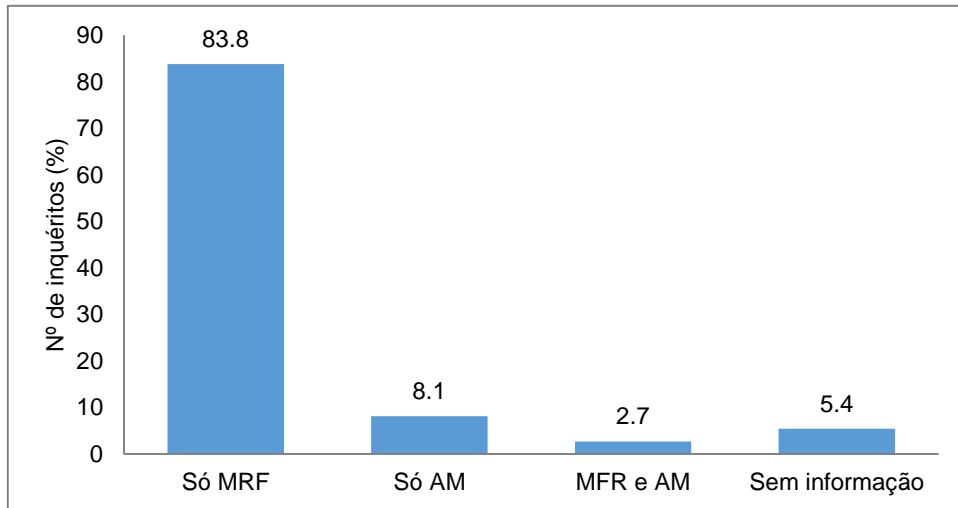


Figura 7 - Modalidades de tratamento em doentes que realizaram terapêutica não farmacológica. MFR = Medicina Física e de Reabilitação; AM = Auxiliares de marcha.

A Figura 8 especifica a medicação realizada nos doentes sob terapêutica farmacológica, podendo verificar-se que os AINEs são os medicamentos mais frequentemente utilizados (61.2%; n=41), sendo a categoria de "outros", que incluiu as infiltrações com corticóides ou ácido hialurónico, a que apresenta percentagem mais baixa (9.0%; n=6).

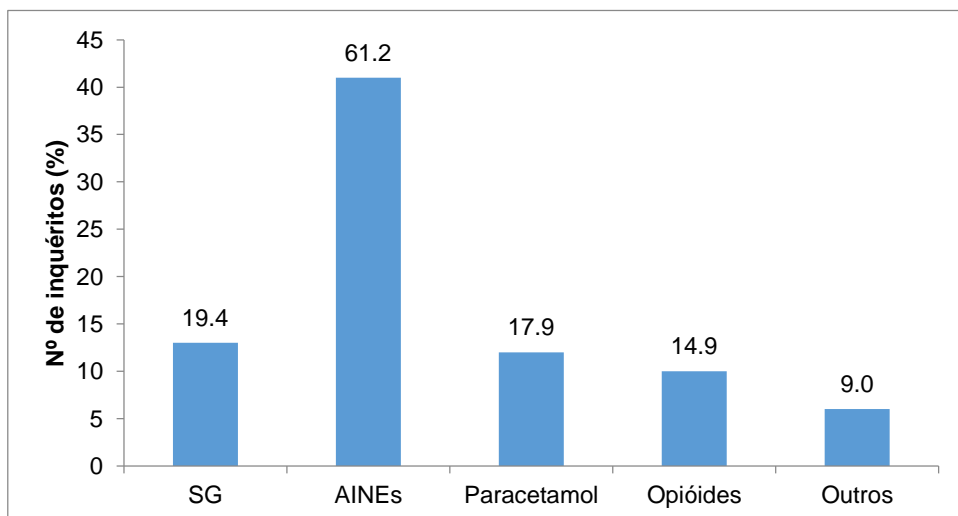


Figura 8 - Medicação instituída nos doentes que realizaram terapêutica farmacológica (n=67). A categoria de "Outros" inclui as infiltrações com corticóides e ácido hialurónico. SG = Sulfato de Glucosamina; AINEs = Anti-Inflamatórios Não Esteróides.

A resposta clínica à terapêutica instituída foi referida em 21.5% (n=65) dos inquéritos, sendo que 2.0% (n=6) apresentaram melhoria clínica e 19.5% (n=59) não; em 78.5% (n=238) dos inquéritos não havia informação relativamente à resposta à terapêutica.

A Figura 9 refere-se aos doentes que apresentaram melhoria do quadro clínico (n=6), verificando-se que 50% realizou apenas tratamento não farmacológico.

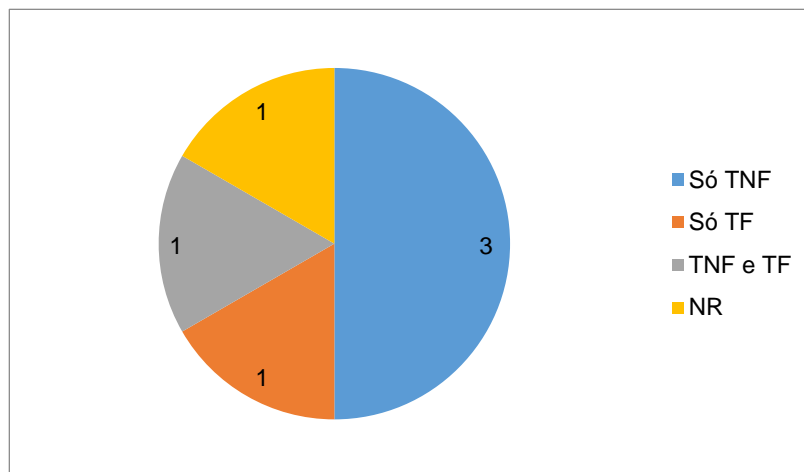


Figura 9 - Doentes que apresentaram melhoria do quadro clínico, realizando só TNF, só TF, TNF e TF ou não tendo informação sobre o tratamento realizado (NR). TNF = Tratamento Não Farmacológico; TF = Tratamento Farmacológico; NR = Não Refere

A Figura 10 indica a abordagem terapêutica nos doentes que não apresentaram melhoria dos sintomas (n=59). Neste caso, a maioria (54.2%; n=32) realizou apenas tratamento farmacológico, verificando-se que apenas um doente (2.0%) não indicava qual a terapêutica instituída.

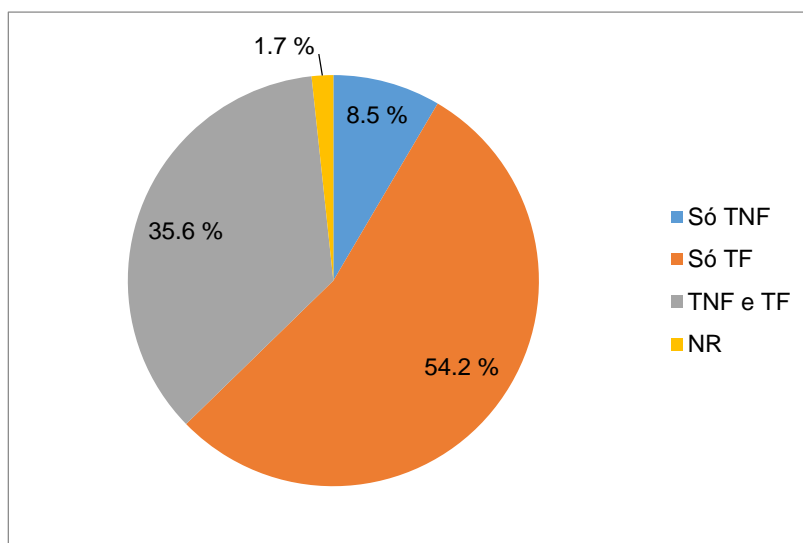


Figura 10 - Doentes sem melhoria do quadro clínico, realizando só TNF, só TF, TNF e TF ou não tendo informação sobre o tratamento realizado (NR). TNF = Tratamento Não Farmacológico; TF = Tratamento Farmacológico; NR = Não Refere.

Para efeitos de avaliação da referência, importa realçar que apenas 6.9% (n=21) do total de doentes, realizaram ambas as terapêuticas, sem melhoria do quadro clínico.

IV. DISCUSSÃO

O objetivo principal do presente estudo consistiu em avaliar a referência dos doentes com OA do joelho à consulta de ortopedia, tendo-se definido 2 parâmetros de avaliação:

- (1) Pertinência da referência, enquanto etapa do acompanhamento dos doentes com gonartrose;
- (2) Qualidade do pedido de referência, quanto à informação prestada.

1. Pertinência da Referência

Recentemente, a ESCEO (2014) publicou um algoritmo de tratamento da OA do joelho¹³, tendo por base a literatura atual e a própria experiência profissional dos peritos que constituíram o grupo de estudo. As *guidelines* existentes até à data analisam individualmente as modalidades de tratamento, mas nenhuma avalia o tratamento enquanto conjunto de intervenções sequenciais. Foi neste sentido que a ESCEO desenvolveu este estudo, tendo por objetivo estabelecer orientações para os profissionais de saúde sobre a abordagem terapêutica aos doentes com gonartrose de uma forma ordenada e sequencial.

Segundo a ESCEO, o diagnóstico de gonartrose constitui o pré-requisito no tratamento da patologia¹³. A este respeito, a *American College of Rheumatology* (ACR) publicou em 1986 critérios de classificação da OA do joelho¹⁴ que, embora úteis em estabelecer um diagnóstico considerando parâmetros clínicos, laboratoriais e radiológicos, baseavam-se numa amostra selecionada de doentes, o que limitava a aplicabilidade de tais critérios¹⁵. Mais recentemente, a EULAR (2010) lançou recomendações sobre o diagnóstico da gonartrose, em doentes com idade superior a 40 anos, afirmando que este pode ser estabelecido, com segurança, com base na presença de três sintomas (gonalgia, rigidez matinal de curta duração e limitação do movimento) e três sinais (crepitação, restrição do movimento e aumento da articulação), sem a necessidade de exames imagiológicos¹⁵. A realização da radiografia do joelho deve ser considerada um componente complementar ao diagnóstico, em vez de um componente essencial a este, devendo ser utilizada apenas em casos atípicos, nos quais se suspeita de outras patologias¹⁵.

Considerando os parâmetros de avaliação utilizados no inquérito do presente estudo, verificamos que 79.5% dos doentes referem dor, dos quais 0.7% referem rigidez matinal (sendo que nenhum indica a duração deste sintoma), e 5.3% referem limitação funcional, considerada relativamente aos doentes que mencionavam interferência nas AVD. Dos sinais acima enumerados, 20.1% apresentam aumento da articulação e 35.3% restrição do

movimento, não tendo sido avaliada a presença de crepitação. Do total de pedidos de referência, apenas 9.2% referem a presença dos dois sinais de diagnóstico da gonartrose, sendo que nenhum refere simultaneamente os três sintomas. Portanto, tendo em conta as recomendações da EULAR¹⁵ e considerando desvalorizável o número de doentes (2.6%; n=8) referenciados com idade igual ou inferior a 40 anos, nenhum doente referenciado à consulta apresentava critérios clínicos de diagnóstico de gonartrose.

Outra análise importante dos resultados refere-se aos ECD realizados. A radiografia, indicada como exame imagiológico mais adequado no diagnóstico da gonartrose¹⁵, foi realizada em 55.4% dos doentes, seguida da TAC (26.7%), da ecografia (16.8%) e, por fim, da RM (2.0%); em 19.1% dos doentes não foi realizado nenhum exame. Apesar de ser o exame *gold standard*, a radiografia não é indispensável para o diagnóstico, podendo este ser estabelecido na ausência de alterações radiográficas¹⁵. Mais ainda, a realização de outros exames de imagem, nomeadamente da ecografia, TAC e RM, está raramente indicada como parte da investigação da gonartrose¹⁵. Portanto, a avaliação imagiológica, neste estudo, conduziu a custos desnecessários e potencialmente evitáveis.

Uma vez estabelecido o diagnóstico de OA do joelho, é importante considerar e priorizar as várias opções de tratamento disponíveis, de forma a estabelecer um plano terapêutico adequado. Neste sentido, as recomendações da ESCEO apresentam um algoritmo de tratamento (Figura 11) que considera as várias etapas de abordagem ao doente, assumindo, como universalmente aceite, a necessidade de iniciar com medidas e intervenções básicas e combinar terapêutica farmacológica e não farmacológica. De acordo com este algoritmo, a referência à consulta de ortopedia deve acontecer só após falência das terapêuticas não farmacológica e farmacológica.

Analisando as opções de tratamento indicadas no pedido de referência, verificamos que 12.2% dos doentes realizaram tratamento não farmacológico, 22.1% tratamento farmacológico, apenas 8.3% realizaram tratamento não farmacológico e farmacológico e em 73.6% não havia informação relativamente à terapêutica instituída (podendo isto significar ou a ausência de terapêutica, ou a ausência desta informação no pedido de referência). Outro aspeto importante a considerar é a resposta clínica à terapêutica, estando esta informação ausente em 78.5% dos pedidos. Dos doentes que não apresentaram melhoria clínica e, por isso, possíveis candidatos à cirurgia, a maioria (54.2%) realizou apenas tratamento farmacológico, 8.5% apenas tratamento não farmacológico e 35.6% realizou ambos os tratamentos farmacológico e não farmacológico. Portanto, de acordo com o algoritmo de tratamento e as recomendações de referência da ESCEO¹³, apenas 6.9% dos doentes referenciados teriam indicação para cirurgia.

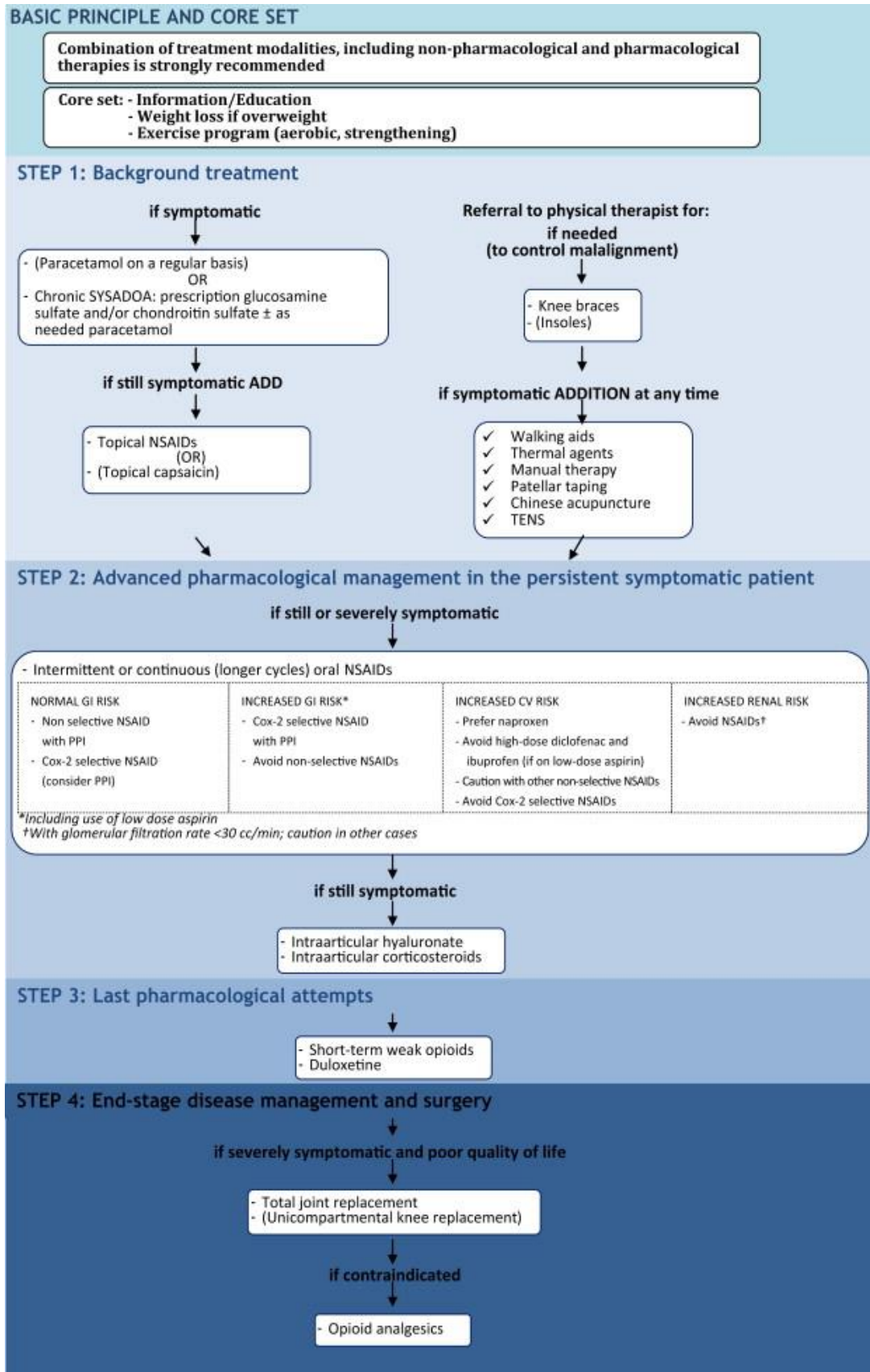


Figura 11 - Algoritmo de tratamento da osteoartrose do joelho. Fonte: O. Bruyère et al. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 2014; 44(3): 256.

2. Qualidade do pedido de referenciação

Atualmente, não existe nenhum documento que especifique as informações que devem constar do pedido de referenciação. A literatura mais recente relativamente à referenciação do doente aborda essencialmente o momento em que esta deve acontecer, não avaliando o conteúdo do pedido.

No presente estudo, as informações recolhidas permitem avaliar, de uma forma geral, a adequabilidade da informação prestada pelo médico dos CSP ao médico especialista. Da análise dos resultados, verificamos que 11.6% dos inquéritos não referem qual o joelho atingido, 20.5% não indicam se a dor está presente e em 64.4% não é possível saber a duração da sintomatologia. Mais ainda, em 73.6% dos inquéritos não havia informação relativamente à terapêutica instituída. Daqui se pode inferir que numa percentagem considerável de casos, a informação prestada no pedido de referenciação é insuficiente.

A *Alfred Health*, líder na prestação de cuidados de saúde, investigação e educação na Austrália, defende que o pedido de referenciação deve conter, para além dos dados demográficos, a informação clínica do doente, nomeadamente o motivo de referenciação, duração do quadro clínico, comorbilidades, ECD já realizados e respetivos relatórios, história médica passada e medicação habitual¹¹. A RACGP, no documento *Referral for Joint Replacement - A management guide for health providers* (2007), fornece orientações sobre a referenciação dos doentes com artrose do joelho e anca, nomeadamente no que diz respeito às informações prestadas pelo médico dos CSP. Um dos componentes do pedido de referenciação consiste num questionário, preenchido pelo próprio doente, que visa avaliar 5 aspetos da doença: dor, limitação, estado psicológico, impacto económico e agravamento recente¹⁶. Esta avaliação permite perceber o impacto da OA na vida do doente e, conseqüentemente, a necessidade de tratamento cirúrgico. Adicionalmente, a RACGP considera, também, necessária para a referenciação a presença das seguintes informações: achados ao exame físico, terapêutica realizada até ao momento, expectativas do doente, alergias e doenças infeto-contagiosas, história de consumo de tabaco, drogas e álcool e informação complementar relevante, tal como necessidades especiais ou considerações sociais¹⁶.

Considerando as recomendações acima enunciadas, os parâmetros avaliados no presente estudo apenas se referem a alguns aspetos da informação clínica prestada, pelo que não é possível estabelecer comparações, sob esta perspetiva. Contudo, há em Portugal um modelo de questionário semelhante ao utilizado na Austrália e que permite avaliar vários aspetos da doença. O *Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score* (KOOS), validado para a população portuguesa por Gonçalves em 2009^{17,18}, é um questionário preenchido pelo próprio doente e que é utilizado como instrumento de medição e avaliação da incapacidade

gerada por patologia do joelho, nomeadamente por gonartrose. Este questionário encontra-se dividido em grupos de questões¹⁹, que abrangem cinco dimensões: sintomas e rigidez; dor; atividades da vida diária (AVD); atividades desportivas e de lazer; e qualidade de vida¹⁷. Desta forma, o KOOS permite avaliar o impacto da gonartrose sob vários aspetos e, assim, determinar se um dado tratamento realizado está ou não a ser eficaz.

Tendo em conta o conteúdo e objetivo do KOOS, talvez fosse prudente considerar o preenchimento deste questionário aquando da referenciação do doente à consulta de ortopedia, de maneira a estabelecer, de uma forma mais fidedigna, o verdadeiro impacto da doença no doente.

V. CONCLUSÃO

A contínua evolução e melhoria dos cuidados médicos e o envelhecimento da população mudaram o paradigma das doenças no mundo atual. Cada vez mais, as doenças músculo-esqueléticas assumem um papel relevante, nomeadamente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, sendo a osteoartrose do joelho um dos motivos de consulta mais frequentes e um importante problema de saúde pública.

A articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e Secundários reveste-se de especial importância, não só a nível dos serviços e acompanhamento prestados ao doente, como também a nível da gestão dos recursos disponíveis. O médico de Medicina Geral e Familiar, que estabelece esta articulação, é responsável pela avaliação inicial e monitorização do doente, assim como pela sua referenciação, atempada e justificada, à consulta de especialidade. A realização deste estudo, embora limitada à realidade de apenas um hospital, permitiu constatar que a referenciação, para além de ser insuficiente relativamente à informação clínica prestada, ocorre em fases precoces da doença e que, por isso, seriam passíveis de serem monitorizadas ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

O fato de não haver, em Portugal, nenhuma orientação relativamente à monitorização e processo de referenciação da gonartrose, contribui para perpetuar este problema que, para além de condicionar o acompanhamento médico do doente, implica o uso de recursos de uma forma exagerada e desgovernada que acarreta custos desnecessários. Uma estratégia para resolver esta questão, poderá passar pela elaboração de um protocolo ou algoritmo de tratamento da gonartrose, que seja fácil de utilizar e oriente, de forma universal, os médicos dos Cuidados de Saúde Primários na abordagem ao doente.

No futuro, serão necessários mais estudos para perceber a verdadeira dimensão deste problema e, assim, delinear estratégias de intervenção que permitam não só melhorar a abordagem terapêutica ao doente com osteoartrose do joelho, como também rentabilizar os recursos disponíveis.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Direção Geral de Saúde (DGS). Programa nacional contra as doenças reumáticas. Lisboa: DGS; 2004.
2. Pereira MT. Queixas Osteoarticulares nos Cuidados de Saúde Primários: Prevalência, Caracterização e Terapêuticas prescritas [Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina]. Covilhã: Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências; 2009.
3. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Osteoarthritis: The care and management of osteoarthritis in adults. Clinical guideline CG177; 2014.
4. Braga R, Cavadas LF, Santo JÁ. Doenças reumáticas nos cuidados de saúde Primários. Dos sintomas ao diagnóstico diferencial: O papel da medicina geral e familiar. Observatório Nacional de Doenças Reumáticas (ONDOR); [data desconhecida].
5. World Health Organization (WHO). Chronic diseases and health promotion. Chronic rheumatic conditions [Internet]. Geneva (CH): World Health Organization, Department of Chronic Diseases and Health Promotion Chronic Respiratory Diseases and Arthritis (CRA). Disponível em: <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>
6. Carvalho FMP. Tratamento da gonartrose numa abordagem cirúrgica [Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina]. Covilhã: Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências; 2010.
7. Kalunian KC. Diagnosis and classification of osteoarthritis. 2013 Jul [revisto em 2014 Nov]. In: UpToDate [Internet]. Filadélfia (PA): WoltersKluwer Health, 1992 -. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-classification-of-osteoarthritis>
8. Bárbara ACO. Efectividade de um programa de exercício aquático na osteoartrose do joelho [Dissertação de Mestrado em Fisioterapia: Relatório de Projecto de Investigação]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas; 2012.
9. Surgical Speciality Associations; Royal College of Surgeons of England (RCSEng). Commissioning guide : Painful osteoarthritis of the knee. Londres: The Royal College of Surgeons of England; 2013.

10. National Institute for Clinical Excellence (GB). Referral Advice: A guide to appropriate referral from general to specialist services. Londres: National Institute for Clinical Excellence; 2001.
11. Alfred Health (AU). Referral guidelines : Orthopaedic Surgery. [local desconhecido]: Alfred Health; 2006 [revisado em 2013].
12. Lucas R, Monjardino M. O Estado da Reumatologia em Portugal. Observatorio Nacional das Doencas Reumaticas, Programa Nacional Contra as Doencas reumaticas; 2010.
13. Bruyère O, Cooper C, Pelletier J-P, et al. An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in Europe and internationally: a report from a task force of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). *Semin Arthritis Rheum.* 2014; 44(3), 253–63.
14. Altman R, Asch E, Bloch D, et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum.* 1986; 29(8):1039–49.
15. Zhang W, Doherty M, Peat G, et al. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2010; 69: 483–9.
16. Brand C, Osborne RH, Landgren F, Morgan M. Referral for Joint Replacement: A management guide for health providers. The Royal Australian College of General Practitioners (AU), Joint Replacement Waiting List Working Group; 2007.
17. Sousa ARDP. Efetividade da intervenção conservadora e de um programa de exercício físico no solo na osteoartrose do joelho [Dissertação de Mestrado em Fisioterapia: Relatório de Projecto de Investigação]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas; 2012.
18. Gonçalves RS, Cabri J, Pinheiro JP, Ferreira PL. Cross-cultural adaptation and validation of the Portuguese version of the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS). *Osteoarthritis and Cartilage.* 2009; 17(9): 1156 -1162.
19. Almeida AC. Métodos de avaliação dos resultados do tratamento das lesões do Ligamento Cruzado Anterior [Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2013.

VII. ANEXO I