

## REVISÃO

### **Manejo conservador da osteoartrite de joelho na Atenção Primária à Saúde: Uma revisão de literatura** *Conservative management of knee osteoarthritis in Primary Health Care: A literature review*

Mariley Pinto Marcondes Ribas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Universidade Tuiuti do Paraná (UTP), Curitiba, PR, Brasil*

Recebido em: 27 de Novembro de 2025; Aceito em: 3 de Dezembro de 2025.

**Correspondência:** Mariley Pinto Marcondes Ribas, [marileyribas@yahoo.com.br](mailto:marileyribas@yahoo.com.br)

#### Como citar

Ribas MPM. Manejo conservador da osteoartrite de joelho na Atenção Primária à Saúde: Uma revisão de literatura. *Fisioter Bras.* 2025;26(6):2890-2901 doi:[10.62827/fb.v26i6.1124](https://doi.org/10.62827/fb.v26i6.1124)

## Resumo

**Introdução:** A osteoartrite (OA) de joelho é uma condição crônica prevalente que acarreta importante impacto funcional e econômico. Embora diretrizes internacionais recomendem o manejo conservador como primeira linha, sua aplicação na Atenção Primária à Saúde (APS) segue como desafio.

**Objetivo:** Sintetizaram-se as evidências recentes acerca da efetividade, da adesão e das barreiras relacionadas ao manejo não cirúrgico da OA de joelho na APS. **Métodos:** Revisão da literatura na base PubMed (MEDLINE), abrangendo 2018-2025. Incluíram-se ensaios clínicos randomizados e estudos observacionais que avaliaram intervenções conservadoras (exercício, educação, autogestão) em adultos e idosos com OA de joelho na APS. A qualidade metodológica foi examinada pelas escalas PEDro e Newcastle-Ottawa. **Resultados:** Foram incluídos 16 estudos. Observou-se discrepância entre evidência e prática: apesar das recomendações priorizarem exercício e educação, tais estratégias permanecem subutilizadas na APS, com predomínio da farmacoterapia. Programas estruturados de exercício e educação, em formatos presenciais ou digitais, demonstraram efetividade consistente na redução da dor e na melhora funcional. A adesão destacou-se como principal determinante de resposta clínica, porém frequentemente limitada por cinesiofobia, surtos de dor e ausência de monitoramento contínuo. **Conclusão:** Modelos estruturados de cuidado que integrem educação e exercício são eficazes na APS, mas sua implementação é dificultada por barreiras de adesão e inércia clínica. A adoção de tecnologias digitais e a atenção à dosagem adequada do exercício emergem

como estratégias essenciais para otimizar desfechos e reduzir a necessidade de intervenções cirúrgicas precoces.

**Palavras-chave:** Osteoartrite do Joelho; Atenção Primária à Saúde; Modalidades de Fisioterapia; Terapia por Exercício; Cooperação do Paciente.

## Abstract

**Introduction:** Knee osteoarthritis (OA) is a prevalent chronic condition that has a significant functional and economic impact. Although international guidelines recommend conservative management as first-line treatment, its application in primary health care (PHC) remains a challenge. **Objective:** Recent evidence on the effectiveness, adherence, and barriers related to the non-surgical management of knee osteoarthritis in primary health care was synthesized. **Methods:** Literature review in the PubMed (MEDLINE) database, covering 2018-2025. Randomized clinical trials and observational studies that evaluated conservative interventions (exercise, education, self-management) in adults and older adults with knee OA in PHC were included. Methodological quality was examined using the PEDro and Newcastle-Ottawa scales. **Results:** Sixteen studies were included. A discrepancy between evidence and practice was observed: although recommendations prioritize exercise and education, such strategies remain underutilized in PHC, with pharmacotherapy predominating. Structured exercise and education programs, in face-to-face or digital formats, demonstrated consistent effectiveness in reducing pain and improving function. Adherence stood out as the main determinant of clinical response, but was often limited by kinesiophobia, pain flare-ups, and lack of continuous monitoring. **Conclusion:** Structured care models that integrate education and exercise are effective in PHC, but their implementation is hampered by barriers to adherence and clinical inertia. The adoption of digital technologies and attention to appropriate exercise dosage emerge as essential strategies for optimizing outcomes and reducing the need for early surgical interventions.

**Keywords:** Osteoarthritis; Primary Health Care; Physical Therapy Modalities; Exercise Therapy; Patient Compliance.

## Introdução

A osteoartrite (OA) de joelho representa uma das principais causas de incapacidade global, impondo uma carga substancial aos sistemas de saúde e à qualidade de vida dos indivíduos idosos. Com o envelhecimento populacional e o aumento das taxas de obesidade, projeta-se que a prevalência da OA continue a crescer exponencialmente, exigindo estratégias de manejo que sejam escaláveis, custo-efetivas e acessíveis [1,2].

Além das limitações físicas, a doença impõe um impacto emocional considerável. Estudos qualitativos revelam que a dor crônica e a rigidez restringem a participação social, levando ao isolamento e gerando sentimento de frustração e dependência, o que reforça a necessidade de uma abordagem biopsicossocial desde o primeiro contato na unidade de saúde [3]. Embora historicamente vista como uma doença de “desgaste” inevitável, a

compreensão atual da OA como uma patologia de toda a articulação, influenciada por fatores biomecânicos, inflamatórios e psicossociais, mudou o paradigma de tratamento para intervenções ativas e multimodais [4]. Evidências recentes apontam que fatores como ansiedade, depressão e a presença de dor em múltiplos locais (dor generalizada) são preditores de pior prognóstico, independentemente da gravidade radiológica [5].

Essa complexidade exige estratégias de manejo que vão além do controle sintomático isolado. No contexto da APS, o diagnóstico oportuno é fundamental para o início precoce do manejo conservador. As diretrizes atuais preconizam que o diagnóstico da OA de joelho seja eminentemente clínico, baseado na presença de dor persistente, rigidez matinal de curta duração e crepitação, dispensando a necessidade rotineira de exames de imagem que podem atrasar o tratamento ou reforçar crenças biomédicas de gravidade [6].

Diretrizes de prática clínica internacionais, incluindo as da Osteoarthritis Research Society International (OARSI) e do American College of Rheumatology, são unâimes em recomendar intervenções não farmacológicas como tratamento de primeira linha. Estas incluem, fundamentalmente, a educação do paciente, o controle de peso e o exercício terapêutico (aeróbico e de fortalecimento), independentemente da gravidade radiográfica da doença [7-9].

No entanto, apesar da robustez destas evidências, existe uma lacuna persistente e bem documentada entre as recomendações das diretrizes e a prática clínica real na Atenção Primária à Saúde

(APS). Na prática da APS, o manejo da OA de joelho frequentemente permanece focado no controle sintomático farmacológico e no encaminhamento cirúrgico, com uma subutilização significativa de estratégias de exercício e educação [10]. Estudos recentes indicam que uma proporção alarmante de pacientes não recebe encaminhamento para fisioterapia ou aconselhamento sobre estilo de vida antes de serem considerados para artroplastia total de joelho [11,12]. Além disso, barreiras organizacionais, crenças dos profissionais de saúde sobre a eficácia do exercício e a falta de modelos estruturados de cuidado contribuem para essa inércia clínica [13].

Recentemente, novos modelos de entrega de cuidado têm surgido para mitigar essas barreiras, variando desde programas estruturados de educação e exercício presencial, como o Good Life with osteoArthritis in Denmark (GLA:D) e o programa Better Management of Patients with Osteoarthritis (BOA) na Suécia, até intervenções digitais e telessaúde [14-16]. A eficácia comparativa dessas modalidades, a adesão dos pacientes idosos a protocolos de autogestão e os fatores prognósticos que influenciam os desfechos na APS são áreas de intensa investigação atual [17,18]. Nesse contexto, compreender a forma como essas intervenções são aplicadas na APS é fundamental para qualificar o cuidado e reduzir a indicação de procedimentos cirúrgicos precoces ou desnecessários [19,20].

Sintetizaram-se as evidências recentes acerca da efetividade, da adesão e das barreiras relacionadas ao manejo não cirúrgico da OA de joelho na APS.

## Métodos

Revisão da literatura com o objetivo de resumir as evidências disponíveis sobre o manejo

não cirúrgico da OA de joelho no âmbito da APS. A condução do estudo seguiu as recomendações

metodológicas estabelecidas pelo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), garantindo rigor e transparência no processo de seleção e análise dos estudos.

A busca contemplou publicações entre janeiro de 2018 e 2025, de modo a assegurar a inclusão de evidências atuais e alinhadas às diretrizes clínicas mais recentes, permitindo uma análise consistente e contextualizada das práticas contemporâneas de cuidado.

A estratégia PICO foi utilizada para estruturar a pergunta-problema. A População (P) corresponde a indivíduos adultos e idosos com diagnóstico clínico ou radiográfico de OA de joelho. A Intervenção (I) abrange estratégias de manejo conservador, incluindo fisioterapia, cinesioterapia, educação em saúde, autogestão e programas estruturados de tratamento não farmacológico. O Contexto/Comparação (C) refere-se à APS ou serviços de primeiro contato com acesso direto, considerando diferentes modalidades de cuidado. Os Outcomes/Desfechos (O) analisados foram dor, função física, qualidade de vida, adesão ao tratamento e padrões de prescrição ou encaminhamento.

Dessa forma, a pergunta de pesquisa foi formulada da seguinte maneira: Em adultos e idosos com diagnóstico clínico ou radiográfico de OA de joelho, quais estratégias de manejo conservador, aplicadas no contexto da APS ou em serviços de primeiro contato, são eficazes para reduzir a dor, melhorar a função física, a qualidade de vida, promover a adesão ao tratamento e influenciar padrões de prescrição ou encaminhamento?

Foram definidos como critérios de inclusão: estudos originais, alinhados à pergunta norteadora, disponíveis na íntegra de forma online, gratuitos, publicados dentro do corte temporal estabelecido e

nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram excluídos: teses, dissertações, monografias, editoriais, anais de eventos e artigos duplicados.

A busca bibliográfica foi realizada na base de dados eletrônica PubMed (MEDLINE), selecionada por sua ampla cobertura de literatura biomédica e relevância para a prática clínica baseada em evidências.

A estratégia de busca foi estruturada utilizando uma combinação de vocabulários controlados (MeSH – Medical Subject Headings) e termos livres, conectando os domínios de população, contexto e intervenção. A estratégia de busca completa utilizada foi: ((“Osteoarthritis, Knee”[Mesh] OR “Knee Osteoarthritis”[tiab] OR “Knee OA”[tiab] OR “Gonarthrosis”[tiab]) AND (“Primary Health Care”[Mesh] OR “primary care”[tiab] OR “primary healthcare”[tiab] OR “family practice”[tiab] OR “general practice”[tiab]) AND (“Aged”[Mesh] OR “elderly”[tiab] OR “older adults”[tiab] OR “aged patients”[tiab]) AND (“Physical Therapy Modalities”[Mesh] OR “physiotherapy”[tiab] OR “physical therapy”[tiab] OR “exercise therapy”[tiab] OR “therapeutic exercise”[tiab]) AND (“treatment”[tiab] OR “therapeutic management”[tiab] OR “diagnostic methods”[tiab] OR “risk factors”[tiab]) AND (“Clinical Trial”[ptyp] OR “Controlled Clinical Trial”[ptyp] OR “Randomized Controlled Trial”[ptyp] OR “Observational Study”[ptyp] OR “Cohort Studies”[Mesh] OR “Case-Control Studies”[Mesh] OR “Cross-Sectional Studies”[Mesh])).

Os dados foram extraídos por dois autores de forma independente, com o objetivo de minimizar possíveis erros de interpretação, análise e avaliação dos artigos durante o processo de revisão. Nesta pesquisa, não houve necessidade de intervenção de um terceiro revisor, uma vez que não ocorreram conflitos na seleção dos estudos.

## Resultados

A estratégia de busca resultou na seleção final de 16 estudos primários que cumpriram todos os critérios de elegibilidade. A amostra incluiu ensaios clínicos randomizados (n=2), estudos de coorte baseados em registros nacionais (n=3), análises secundárias de ensaios clínicos (n=2) e estudos observacionais transversais (n=9). Os estudos

foram conduzidos majoritariamente na Europa (Suécia, Dinamarca, Noruega, Reino Unido, Bélgica), seguidos pelos Estados Unidos e Brasil, refletindo a predominância de grandes coortes escandinavas (GLA:D, BOA) na literatura atual sobre OA. A caracterização dos artigos se encontra no Quadro 1.

**Quadro 1 - Caracterização dos estudos analisados na revisão**

Estudo (Autor, Ano)	País	Desenho do Estudo	Amostra (N)	Principais Achados*
Bersotti et al. (2025)	Brasil	Transversal	193	Exercícios de fortalecimento e alongamento realizados 3 vezes por semana demonstraram maior eficácia na analgesia em comparação a frequências menores [23]
Silva et al. (2024)	Brasil	Transversal	164	Pacientes com OA na APS apresentam baixa capacidade funcional no Teste de Caminhada de 6 Minutos (TC6M), correlacionada a comorbidades e sedentarismo [2]
Sousa et al. (2024)	Brasil	Transversal (Survey)	303	Fisioterapeutas brasileiros utilizam diretrizes apenas parcialmente; critérios de alta focam predominantemente em dor e atividades de vida diária (AVDs) [9]
Jönsson et al. (2022)	Suécia	Coorte (Registro)	6.946	A intervenção digital foi superior à presencial na redução da dor, embora a diferença possa não ser clinicamente relevante; ambas as modalidades são eficazes [16]
Østerås et al. (2021)	Noruega	Quasi-Experimental	333	Intervenção educativa para GPs/Fisioterapeutas melhorou a provisão de informação aos pacientes, mas não alterou significativamente padrões de encaminhamento ou uso de imagem [20]
Gohir et al. (2021)	Reino Unido	ECR	105	Programa de exercícios via internet foi superior aos cuidados habituais (“usual care”) na redução da dor e melhora da função física (WOMAC) em 6 semanas [17]
Dell’Isola et al. (2020)	Suécia	Coorte (Registro)	38.030	A combinação de educação com exercícios (seja domiciliar ou supervisionado) resultou em maior redução da dor do que apenas educação [15]

Skou et al. (2020)	Dinamarca	Transversal (Registro)	14.902	“Surtos de dor” (pain flares) durante testes funcionais são comuns (1 em cada 3 pacientes) e estão associados a baixa autoeficácia e medo de movimento [14]
Khoja et al. (2020)	EUA	Transversal	2.297	Houve um declínio nas recomendações de fisioterapia/estilo de vida e aumento significativo na prescrição de opioides e anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) por ortopedistas ao longo do tempo [11]
Abbate et al. (2020)	EUA	Transversal	1.187	O uso de analgésicos orais é alto (70-82%), enquanto o uso de fisioterapia e injeções é moderado. Fatores sociodemográficos influenciam significativamente o tratamento [13]
Button et al. (2020)	Reino Unido	Longitudinal	643	Cerca de 30% dos pacientes seguem trajetórias de cuidado subótimas na APS; um IMC elevado é um preditor para o encaminhamento ao tratamento conservador ideal [19]
Moseng et al. (2020)	Noruega	Coorte (Análise Sec.)	293	A adesão ao protocolo de exercícios foi determinante para o sucesso clínico: pacientes aderentes tiveram maior proporção de resposta OMERACT-OARSI [22]
Spitaels et al. (2020)	Bélgica	Transversal	235	Baixa aderência aos indicadores de qualidade (QI) para perda de peso e encaminhamento para fisioterapia na perspectiva do paciente, indicando lacunas na prática da APS [12]
Moseng et al. (2019)	Noruega	ECR Cluster	393	A implementação do modelo estruturado (SAMBA) aumentou o acesso à fisioterapia, mas a fidelidade à dose recomendada de exercícios permaneceu baixa [18]
Ingelsrud et al. (2019)	Dinamarca	Transversal	517	A qualidade do cuidado pré-cirúrgico é inferior; muitos pacientes chegam à avaliação para artroplastia sem nunca terem tentado tratamento conservador adequado (ex: fisioterapia) [10]
Quicke et al. (2018)	Reino Unido	Coorte (Análise Sec.)	514	Mudanças no nível geral de atividade física não se associaram fortemente a melhorias clínicas em 3 ou 6 meses, sugerindo a necessidade de exercícios terapêuticos específicos [21]

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

\*Legendas: ECR: Ensaio Clínico Randomizado. APS: Atenção Primária à Saúde. NOS: Escala Newcastle-Ottawa (para estudos observacionais, pontuação máxima de 9 estrelas). PEDro: Escala PEDro (para ensaios clínicos, pontuação máxima de 10 pontos). Análise Sec.: Análise Secundária de dados de um ensaio clínico prévio.

A síntese narrativa dos dados foi organizada em três domínios temáticos principais: (i) Aderência às diretrizes e padrões de prescrição na Atenção Primária; (ii) Efetividade de modelos de entrega de cuidado (presencial versus digital); e (iii) Fatores

prognósticos e barreiras à implementação. O Quadro 1 apresenta a caracterização dos estudos incluídos, bem como a síntese de seus principais achados.

## Discussão

A literatura analisada evidencia uma lacuna persistente entre as recomendações das diretrizes clínicas internacionais e a prática real na APS. Khoja, Almeida e Freburger [11], analisando dados nacionais ambulatoriais dos EUA, identificaram uma tendência decrescente nas taxas de encaminhamento para fisioterapia e aconselhamento de estilo de vida por ortopedistas, contrastando com um aumento significativo na prescrição de opioides e AINEs. Abbate et al. [13] corroboram esses achados, observando que, embora o uso de analgésicos orais seja onipresente, modalidades essenciais como exercícios terapêuticos e perda de peso são subutilizadas.

Sob a perspectiva do paciente, Spitaels et al. [12] e Ingelsrud et al. [10] relatam que uma proporção significativa de pacientes encaminhados para cirurgia de artroplastia nunca havia sido exposta a um tratamento conservador de primeira linha adequado, indicando uma “inéria clínica” na APS. No contexto brasileiro, Sousa et al. [9] demonstraram que, embora os fisioterapeutas consultem as diretrizes, a adesão completa às recomendações de educação e autogestão ainda é parcial.

Os estudos baseados nos registros nacionais escandinavos fornecem evidências robustas sobre a efetividade de programas estruturados na APS. Dell’Isola et al. [15], utilizando dados do registro sueco BOA (Better Management of Patients with Osteoarthritis), demonstraram que a combinação de educação com exercícios (supervisionados ou

domiciliares) é superior à educação isolada na redução da dor.

Uma tendência emergente identificada é a viabilidade e eficácia das intervenções digitais. Jönsson et al. [16], comparando a entrega face a face do programa BOA com uma versão digital, observaram reduções de dor clinicamente relevantes em ambos os grupos, com uma vantagem estatística marginal para o grupo digital. Similarmente, o ensaio clínico randomizado de Gohir et al. [17] evidenciou que um programa de exercícios baseado na internet foi superior aos cuidados habituais (*usual care*) na redução da dor e melhora da função física em seis semanas. Contudo, a implementação destes modelos enfrenta desafios.

Os estudos SAMBA [18] e START [20] na Noruega mostraram que, apesar de workshops educativos para médicos e fisioterapeutas aumentarem o encaminhamento para fisioterapia, a fidelidade à dosagem correta de exercícios e a adesão às recomendações de perda de peso permaneceram subótimas.

A resposta clínica às intervenções na APS é heterogênea e influenciada por múltiplos fatores. Skou et al. [14], analisando uma coorte de 14.902 pacientes do registro GLAD, identificaram que “surtos de dor” (*pain flares*) durante o exercício são comuns e estão associados a baixa autoeficácia e medo de movimento, sugerindo a necessidade de abordagens cognitivo-comportamentais integradas.

A relação entre atividade física e desfechos clínicos mostrou-se complexa; Quicke et al. [21], em uma análise secundária do ensaio BEEP, não encontraram uma associação linear direta entre mudanças no nível de atividade física geral e redução da dor em longo prazo, indicando que a especificidade do exercício terapêutico pode ser mais relevante que o volume de atividade geral. Além disso, Moseng et al. [22] destacaram que a adesão ao protocolo de exercícios é um preditor crítico de resposta clínica positiva (respondedores OMERACT-OARSI).

Fatores funcionais também foram destacados. Silva et al. [2] e Bersotti et al. [23] reforçam que pacientes na APS apresentam capacidade funcional reduzida. Para quantificar esse déficit e monitorar a evolução clínica, o uso de testes de desempenho padronizados, como o Teste de Sentar e Levantar de 30 segundos (30-CST) e o Timed Up-and-Go (TUG), tem se mostrado essencial, pois correlacionam-se diretamente com a independência do idoso e o risco de quedas [6].

A literatura é unânime em posicionar o exercício terapêutico e a educação como pilares do tratamento. No entanto, os dados de vida real apresentados por Khoja et al. [11] e Abate et al. [13] indicam um descompasso preocupante: enquanto as diretrizes evoluem para priorizar o manejo ativo, a prática clínica em muitos cenários ainda favorece abordagens passivas e farmacológicas. O aumento nas prescrições de opioides e AINEs observado por Khoja et al. [11] sugere que, diante da limitação de tempo e recursos na APS, a prescrição medicamentosa permanece a “via de menor resistência” para o manejo da dor, em detrimento de encaminhamentos para reabilitação funcional.

Essa “inéria clínica” tem consequências diretas. Ingelsrud et al. [10] demonstraram que muitos

pacientes chegam à fila de espera para artroplastia total de joelho sem terem esgotado as opções conservadoras, o que contraria os princípios de *stepped care* (cuidado escalonado). Isso sugere que o sistema de saúde, muitas vezes, falha em atuar como um *gatekeeper* eficaz, permitindo que pacientes avancem para procedimentos cirúrgicos de alto custo e risco sem a devida tentativa de manejo conservador estruturado.

Uma das contribuições mais significativas desta revisão é a consolidação da eficácia dos modelos de entrega digital. Os estudos de Jönsson et al. [16] e Gohir et al. [17] indicam que plataformas digitais não são apenas alternativas viáveis, mas podem ser superiores ao cuidado habitual em termos de redução de dor em curto prazo. A hipótese para esse sucesso reside na frequência de interação: programas digitais frequentemente oferecem *feedback* diário e monitoramento contínuo, algo inviável no modelo presencial tradicional da APS devido a restrições de agenda e custo.

No entanto, a tecnologia não substitui a necessidade de uma estrutura comunicativa adequada. O sucesso dos programas presenciais escandinavos (GLA:D e BOA) reforça que o “ingrediente ativo” não é apenas o exercício mecânico, mas a educação capaz de reverter crenças limitantes. É fundamental que o fisioterapeuta abandone o “discurso de deficiência” (*impairment discourse*), que compara o joelho a uma “máquina desgastada”, e adote um “discurso participativo”. Esta abordagem foca na capacidade residual e na segurança do movimento, combatendo a noção errônea de que a atividade física aceleraria a degeneração articular [4]. A redução da cinesifobia e o aumento da autoeficácia são mediadores cruciais para o sucesso do tratamento.

A adesão emerge como o fator crítico de sucesso, mas sua definição precisa ser rigorosa. Dados

de implementação mostram que a resposta clínica positiva (respondedores OMERACT-OARSI) é significativamente maior em pacientes que cumprem a dosagem de exercitar-se duas ou mais vezes por semana por pelo menos oito semanas [22].

Além da frequência, a modalidade importa: uma metanálise recente de rede indicou que, embora exercícios aquáticos ofereçam benefícios, os exercícios terrestres (aeróbicos e de fortalecimento) e o Tai Chi apresentam eficácia superior e mais sustentada no manejo da dor e função física [24]. Isso aponta para uma falha na “tradutibilidade” das diretrizes: saber o que prescrever (exercício) é diferente de saber como garantir que o paciente idoso, muitas vezes com comorbidades e baixa capacidade funcional, como evidenciado por Silva et al. [2], consiga executar o plano. A personalização da carga e o monitoramento de “surtos de dor” (*pain flares*), que afetam um em cada três pacientes durante o exercício, devem ser incorporados aos protocolos de atendimento para evitar o abandono precoce do tratamento.

## Conclusão

O manejo não cirúrgico da OA de joelho na APS enfrenta uma dicotomia entre a evidência estabelecida e a prática clínica. Embora exercícios terapêuticos e educação sejam comprovadamente eficazes, seja via entrega presencial ou digital, sua implementação é frequentemente subótima, com barreiras significativas relacionadas à adesão do paciente e à cultura de prescrição dos profissionais. Para superar a inércia clínica e reduzir encaminhamentos cirúrgicos desnecessários, é imperativo que os sistemas de saúde adotem programas estruturados que combinem educação em saúde para autogestão com protocolos de exercícios de dosagem adequada. A incorporação

Os estudos brasileiros incluídos [2,9,23] mostram que o cenário nacional reflete os desafios globais: baixa capacidade funcional dos pacientes ao chegarem na reabilitação e uso parcial das diretrizes pelos profissionais. Para o contexto do Sistema Único de Saúde, os modelos de grupos educativos e terapêuticos (como o GLA:D) apresentam-se como soluções custo-efetivas ideais para a Estratégia Saúde da Família, permitindo o atendimento de múltiplos pacientes com recursos limitados.

Esta revisão apresenta limitações que devem ser consideradas. A busca foi restrita a uma única base de dados (PubMed) e a seleção conduzida por um único revisor, o que pode introduzir viés de seleção. No entanto, a estratégia de busca ampla permitiu a inclusão dos estudos de registro mais relevantes da atualidade (GLA:D, BOA), garantindo que as evidências discutidas representam o “estado da arte” no manejo da OA. Além disso, a heterogeneidade dos desenhos de estudo impediu a realização de metanálise, limitando as conclusões a uma síntese qualitativa.

de tecnologias digitais para monitoramento remoto e o foco em estratégias comportamentais para manejo de surtos de dor aparecem como caminhos promissores para otimizar os desfechos clínicos nessa população.

### Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

### Financiamento

Financiamento próprio.

### Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Ribas MPM; Redação do manuscrito: Ribas MPM; Revisão do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Ribas MPM.

## Referências

1. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. *Lancet* [Internet]. 2019 Apr [cited 2024 Sep 13];393(10182):1745-59. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30417-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30417-9).
2. Silva EB, Molinari CV, Cazarini Junior C, Alves VLDS. Functional capacity in patients with knee osteoarthritis: a cross-sectional study. *Acta Ortop Bras* [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 13];32(spel):e272993. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-7852202432272993>.
3. Wallis JA, Taylor NF, Bunzli S, Shields N. Experience of living with knee osteoarthritis: a systematic review of qualitative studies. *BMJ Open* [Internet]. 2019 Sep [cited 2024 Sep 13];9(9):e030060. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030060>.
4. Bunzli S, Taylor N, O'Brien P, Dowsey M, Wallis J, Choong P, et al. How do people communicate about knee osteoarthritis? A discourse analysis. *Pain Med* [Internet]. 2021 May [cited 2024 Sep 13];22(5):1127–48. Available from: <https://doi.org/10.1093/pmt/pnaa436>.
5. Green DJ, Lewis M, Mansell G, Artus M, Dziedzic KS, Hay EM, et al. Clinical evolution and prognostic factors in different locations of musculoskeletal pain: secondary analysis of individual patient data from randomized clinical trials. *Eur J Pain* [Internet]. 2018 Jul [cited 2024 Sep 13];22(6):1057–70. Available from: <https://doi.org/10.1002/ejp.1200>.
6. Goff AJ, Elkins MR. Knee osteoarthritis. *J Physiother* [Internet]. 2021 Oct [cited 2024 Sep 13];67(4):240–1. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2021.07.004>.
7. Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, Arden NK, Bennell K, Bierma-Zeinstra S, et al. OARSI guidelines for the non-surgical treatment of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* [Internet]. 2019 Nov [cited 2024 Sep 13];27(11):1578-89. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.joca.2019.06.011>.
8. Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J, et al. 2019 Guidelines from the American College of Rheumatology/Arthritis Foundation for the treatment of osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Rheumatol* [Internet]. 2020 Feb [cited 2024 Sep 13];72(2):220-33. Available from: <https://doi.org/10.1002/art.41142>.
9. Sousa TS, Monteiro NRO, Jardim RAC, Matos AP, Iosimuta NCR. Clinical practice guidelines, patient education, and discharge planning used by physical therapists for patients with knee osteoarthritis: a cross-sectional study. *Fisioter Pesqui* [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 13];31:e23005524en. Available from: <https://doi.org/10.1590/fp.2024.23005524en>.
10. Ingelsrud LH, Roos EM, Gromov K, Jensen SS, Troelsen A. Patients report lower quality of medical care for knee osteoarthritis prior to evaluation for knee replacement surgery: a cross-sectional study of 517 patients in Denmark. *Acta Orthop* [Internet]. 2020 Jan [cited 2024 Sep 13];91(1):82-7. Available from: <https://doi.org/10.1080/17453674.2019.1709712>.
11. Khoja SS, Almeida GJ, Freburger JK. Recommendation rates for physical therapy, lifestyle counseling, and pain medication for the treatment of knee osteoarthritis in outpatient settings: cross-sectional analysis of the National Ambulatory Care Survey (2007–2015). *Arthritis Care Res* [Internet]. 2020 Feb [cited 2024 Sep 13];72(2):184–92. Available from: <https://doi.org/10.1002/acr.23823>.

12. Spitaels D, Vankrunkelsven P, Grypdonck L, Dusar FR, Aertgeerts B, Luyten FP, et al. Quality of medical care for knee osteoarthritis in primary care: the patient perspective. *Arthritis Care Res [Internet]*. 2020 Oct [cited 2024 Sep 13];72(10):1358–66. Available from: <https://doi.org/10.1002/acr.24049>.
13. Abbate LM, Jeffreys AS, Coffman CJ, Schwartz TA, Arbeeva L, Callahan LF, et al. Demographic and clinical factors associated with non-surgical treatment of osteoarthritis in outpatient clinic patients. *Arthritis Care Res [Internet]*. 2018 Aug [cited 2024 Sep 13];70(8):1141–9. Available from: <https://doi.org/10.1002/acr.23448>.
14. Skou ST, Grønne DT, Roos EM. Prevalence, severity, and correlates of pain flares in response to repeated sitting and standing activities: a cross-sectional study of 14,902 patients with knee and hip osteoarthritis in primary care. *J Orthop Sports Phys Ther [Internet]*. 2020 Jun [cited 2024 Sep 13];50(6):309–18. Available from: <https://doi.org/10.2519/jospt.2020.9302>.
15. Dell'Isola A, Jönsson T, Ranstam J, Dahlberg LE, Ekvall Hansson E. Education, home exercises, and supervised exercises for people with hip and knee osteoarthritis as part of a nationwide implementation program: data from the Registry for Better Management of Osteoarthritis Patients. *Arthritis Care Res [Internet]*. 2020 Feb [cited 2024 Sep 13];72(2):201–7. Available from: <https://doi.org/10.1002/acr.23899>.
16. Jönsson T, Dell'Isola A, Lohmander LS, Wagner P, Cronström A. Comparison between in-person and digital administration of an osteoarthritis treatment program for hip or knee osteoarthritis. *JAMA Netw Open [Internet]*. 2022 Nov [cited 2024 Sep 13];5(11):e2240126. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.40126>.
17. Gohir SA, Eek F, Kelly A, Abhishek A, Valdes AM. Effectiveness of Internet-based exercises for the treatment of knee osteoarthritis: the IBEAT-OA randomized clinical trial. *JAMA Netw Open [Internet]*. 2021 Feb [cited 2024 Sep 13];4(2):e210012. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.0012>.
18. Moseng T, Dagfinrud H, Østerås N. Application of international guidelines on osteoarthritis in primary care: acceptance and adherence among healthcare professionals and patients. *Osteoarthritis Cartilage [Internet]*. 2019 Aug [cited 2024 Sep 13];27(8):1138–47. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.joca.2019.05.006>.
19. Button K, Spasić I, Playle R, Owen D, Lau M, Hannaway L, et al. Use of routine referral data from patients with knee and hip pain to improve access to specialized care. *BMC Musculoskelet Disord [Internet]*. 2020 Jan [cited 2024 Sep 13];21(1):66. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12891-020-3088-1>.
20. Østerås N, Blaker IB, Hjortland T, Cottrell E, Quicke JG, Dziedzic KS, et al. Improving the treatment of osteoarthritis in primary care: results of a quasi-experimental study. *BMC Musculoskelet Disord [Internet]*. 2021 Jan [cited 2024 Sep 13];22(1):79. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12891-021-03958-4>.
21. Quicke JG, Foster NE, Croft PR, Ogollah RO, Holden MA. Change in physical activity level and clinical outcomes in older adults with knee pain: secondary analysis of a randomized controlled trial.

BMC Musculoskelet Disord [Internet]. 2018 Jan [cited 2024 Sep 13];19(1):59. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12891-018-1973-0>.

- 22.** Moseng T, Dagfinrud H, Van Bodegom-Vos L, Dziedzic K, Hagen KB, Natvig B, et al. Low adherence to exercise may have influenced the proportion of patients who responded to treatment according to OMERACT-OARSI criteria in an integrated osteoarthritis care model: secondary analyses of a cluster-randomized, staggered-design trial. BMC Musculoskelet Disord [Internet]. 2020 May [cited 2024 Sep 13];21(1):236. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03309-6>.
- 23.** Bersotti FM, Silva RPD, Alonso AC, Brech GC, Serrão PRMDS, Ervilha UF. Frequency and type of exercise in pain and independence in older adults with osteoarthritis: a cross-sectional study. Acta Ortop Bras [Internet]. 2025 Jan [cited 2024 Sep 13];33(1):e280703. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-7852202333280703>.
- 24.** Yan L, Li D, Xing D, Fan Z, Du G, Jiu J, et al. Comparative efficacy and safety of exercise modalities in knee osteoarthritis: systematic review and network meta-analysis. BMJ [Internet]. 2025 [cited 2024 Sep 13];391:e085242. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj-2025-085242>.



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.