

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

Graduação em Fisioterapia

Fernanda Moura da Silva

Rebecca Ferreira de Souza Silva

**INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PARA
DIAGNÓSTICO DE OSTEOARTRITE DE JOELHO**

São Paulo

2024

Instrumentos e procedimentos de avaliação fisioterapêutica para diagnóstico de osteoartrite de joelho: uma revisão da literatura ¹

Fernanda Moura da Silva²

Rebecca Ferreira de Souza Silva²

Francine Lopes Barretto Gondo³

A osteoartrite (OA) é uma condição degenerativa que afeta a cartilagem articular e causa impotência funcional. O tratamento conservador pode aliviar a dor e melhorar a qualidade de vida em pacientes com OA de joelho. Para uma abordagem fisioterapêutica eficaz, é essencial uma avaliação físico-funcional precisa, que possibilite um planejamento terapêutico individualizado. Este trabalho tem como objetivo identificar instrumentos e procedimentos de avaliação fisioterapêutica para pacientes com diagnóstico de OA de joelho. Foi realizada uma revisão de literatura entre janeiro de 2023 e agosto de 2024 nas bases PubMed, PEDro, MEDLINE e DITa, utilizando os descritores "Osteoartrite", "Joelho" e "Avaliação". Os critérios de inclusão foram diretrizes clínicas publicadas entre 2012 e 2024 que abordassem ferramentas de avaliação para OA de joelho, enquanto foram excluídos artigos que tratassem de cirurgia ou não correspondessem ao objetivo da pesquisa. A busca inicial identificou 44 estudos, resultando em 6 elegíveis, que abordaram a avaliação da dor, capacidade funcional, qualidade de vida e fatores psicológicos. As diretrizes analisadas sugerem que a avaliação clínica deve incluir anamnese e exame físico, embora algumas não mencionem o exame físico. O uso de exames de imagem foi discutido em 5 das 6 diretrizes, sendo a radiografia convencional a principal ferramenta diagnóstica. Conclui-se que há necessidade de novas pesquisas, visto a escassez de diretrizes clínicas com recomendações de instrumentos de avaliação e testes funcionais para avaliação fisioterapêutica de pacientes com OA de joelho.

Palavras- chave: Osteoartrite; joelho e avaliação.

¹Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia do Centro Universitário São Camilo, orientado pela Prof.^a Francine Lopes Barretto Gondo, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

² Graduanda em Fisioterapia. E-mail: fernanda.moura.silva @aluno.saocamilo-sp.br; rebecca.souza.silva@aluno.saocamilo-sp.br @aluno.saocamilo-sp.br

³ Professora- orientadora: Fisioterapeuta Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde

1 INTRODUÇÃO

A dor no joelho é uma condição clínica comum que atinge uma parcela significativa da população, em especial os idosos, sendo esta considerada um problema de saúde pública, a qual teve um aumento considerável (65%) nos últimos 20 anos. Esse quadro clínico apresenta sintomas característicos de doenças de origem musculoesquelética, sendo a osteoartrite a doença articular mais presente na atualidade¹

A osteoartrite é uma doença degenerativa caracterizada por uma inflamação iniciada na matriz da cartilagem articular. À medida que a condição de saúde vai avançando, as respostas dos condrócitos são interrompidas e conseqüentemente, ocorre a destruição do tecido cartilaginoso. Nas fases seguintes do processo, a membrana sinovial, o osso subcondral, os ligamentos, os tendões, a cápsula articular e os músculos periarticulares também sofrem alterações severas que podem levar a incapacidade funcional do indivíduo².

Aproximadamente 250 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de osteoartrite. Entre eles, a prevalência de osteoartrite de joelho é a mais alta, com 16-17% na população com idade entre 50 e 75 anos. A osteoartrite de joelho é uma das cinco principais causas de incapacidade em adultos com idade acima de 50 anos. Além da idade, o sexo feminino possui uma maior prevalência, sendo um fator de risco significativo².

As manifestações clínicas incluem dor, limitação da mobilidade articular, rigidez nas articulações, além do enfraquecimento e hipotrofia periarticular³. As repercussões funcionais mais relevantes são diminuição da atividade física, perda de condicionamento físico, cinesiofobia, distúrbios do sono, fadiga, ansiedade e sintomas depressivos¹.

A avaliação fisioterapêutica é um procedimento imprescindível e deve ser composta por três itens essenciais: história clínica da dor (localização específica, o que agrava e alivia, quando ocorreu o início da dor, bem como qualquer clique, travamento, instabilidade ou inchaço), exame físico e exames de imagem, os quais são utilizados para definição de um diagnóstico e elaboração de um plano de intervenção fisioterapêutico adequado, permitindo que o profissional obtenha um entendimento biopsicossocial mais amplo do histórico pessoal e das necessidades do paciente pois, todo contexto da sua vida é essencial⁴. Essa análise deve abranger aspectos como atividades da vida diária, participação no trabalho, lazer ou educação, humor e necessidades de educação em saúde, crenças em saúde e motivação para autogestão.⁵

O diagnóstico de osteoartrite de joelho é baseado apenas na avaliação clínica, onde exames de imagem não são necessários para diagnosticar uma apresentação típica da doença (dor relacionada ao uso, rigidez matinal de curta duração, idade maior que 50 anos, sintomas que afetam uma ou mais articulações). Entretanto, o exame de imagem pode ser solicitado se houver suspeita de um diagnóstico alternativo ou em apresentação atípica da patologia⁶.

As intervenções utilizadas nesta afecção podem obter resultados promissores como alívio de dores e melhora da qualidade de vida do indivíduo. Entretanto, para se obter uma abordagem fisioterapêutica eficaz, a avaliação físico-funcional deve ser assertiva para embasar o raciocínio clínico do profissional para elaboração de um planejamento terapêutico ideal, funcional e individualizado. Diante dessa premissa, o objetivo do presente estudo é identificar instrumentos e procedimentos de avaliação fisioterapêutica para pacientes com diagnóstico clínico de osteoartrite de joelho.

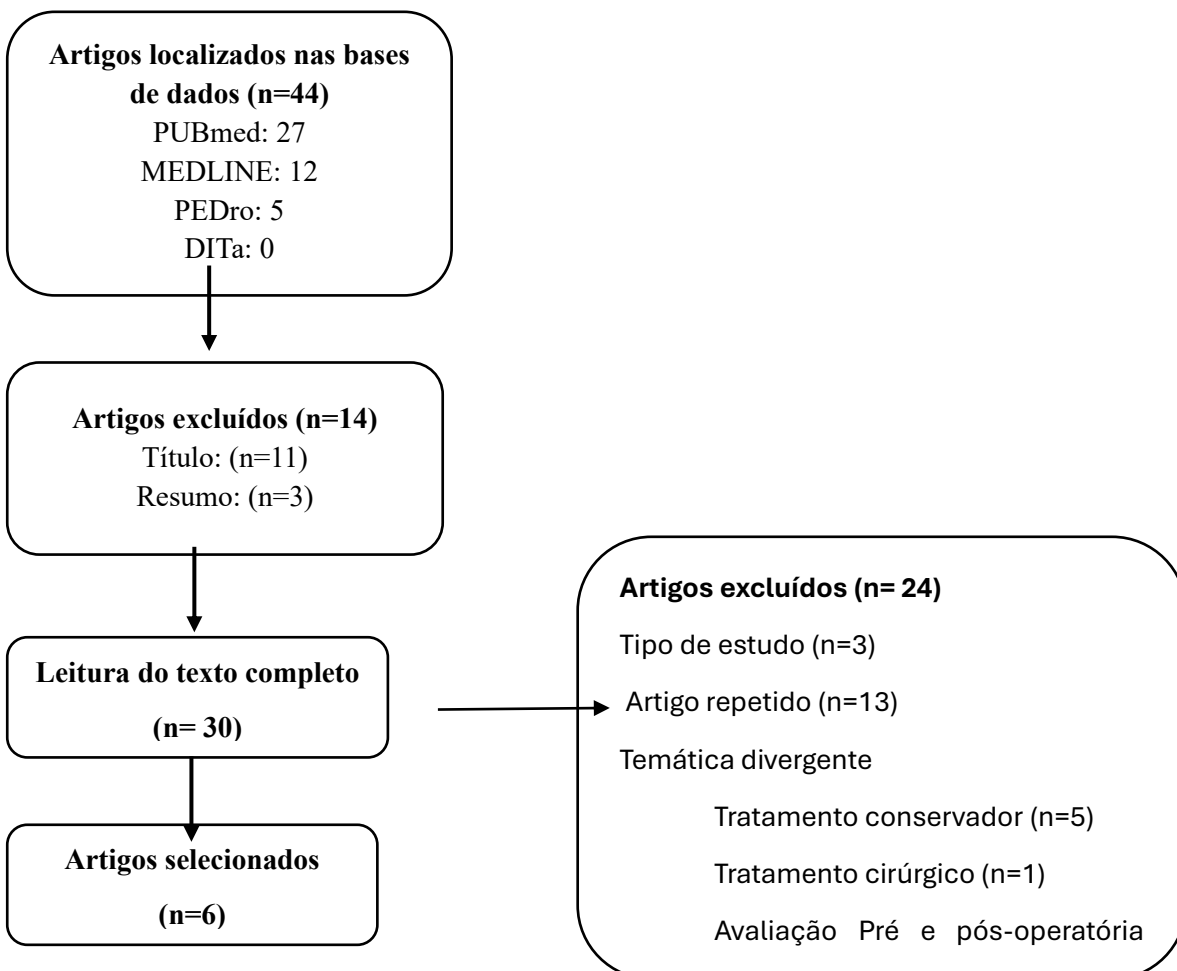
2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura, desenvolvida no período de janeiro de 2023 e agosto de 2024. A pesquisa dos artigos científicos foi realizada nas bases de dados eletrônicas PubMed, PEDro, MEDLINE e DITa, nos idiomas português e inglês, utilizando os descritores “Osteoartrite”, “Joelho” e “Avaliação”, seus referidos termos na língua inglesa, combinando os operadores booleanos. Na PubMed, foram realizadas duas buscas principais, na qual a primeira utilizou os termos (Osteoarthritis) AND (Knee) AND (Assessment) e a segunda busca (Osteoarthritis) AND (Knee) AND (Evaluation). Nas bases de dados PEDro e DITa foram utilizados os termos (Osteoarthritis) AND (Knee) AND (Assessment). Na Medline, a busca foi realizada com os seguintes termos: (Knee osteoarthritis) AND (Assessment) AND NOT (Treatment) AND (Guideline) AND NOT (Arthroplasty). Como critérios de inclusão, foram selecionadas diretrizes clínicas publicadas de 2012 a 2024, que abordassem ferramentas de avaliação para Osteoartrite de Joelho. Foram excluídos artigos que abordassem cirurgia, avaliação pré e pós-operatória, tratamento farmacológico, tratamento conservador, tratamento cirúrgico, fora do período estabelecido e duplicados ou que não corresponderam ao objetivo central da pesquisa.

3 RESULTADOS

A busca inicial identificou 44 estudos que, após a aplicação dos critérios de exclusão e posterior leitura dos resumos, resultou em 6 estudos elegíveis, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1- Fluxograma de seleção dos artigos para a inclusão na revisão da literatura



As diretrizes clínicas selecionadas identificaram critérios diagnósticos que devem ser aplicados na avaliação de pacientes com osteoartrite de joelho. A avaliação clínica inclui coleta da história clínica, sintomatologia e exame físico. O uso de exame de imagem para confirmação de diagnóstico é discutido nos diferentes estudos (QUADRO 1).

Quadro 1: Objetivo e metodologia dos estudos

Referência	Objetivo	Metodologia
NICE, 2022	Determinar se há benefício adicional em utilizar qualquer imagem como um complemento ao exame clínico para diagnosticar osteoartrite.	Avaliação da qualidade metodológica: ausência de evidências. Força de recomendação: Opinião do painel de especialistas que enfatiza que não há como recomendar o uso de exame de imagem além da avaliação clínica salvo na presença de características atípicas que indiquem necessidade de diagnóstico adicional ou diferencial.
Hawk et al, 2020	Desenvolver uma diretriz de prática clínica baseada em evidências por meio de um amplo processo de consenso sobre as melhores práticas para o manejo quiroprático de pacientes com dor musculoesquelética crônica.	Avaliação da qualidade metodológica: Diretrizes clínicas foram avaliadas pela escala AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation), revisões sistemáticas, ensaio clínico randomizado (RCT) e estudos de cortes foram avaliados pelo SIGN (Scottish Intercollegiate Guideline Network). Foi utilizado o sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation) para avaliar a qualidade geral das evidências. Força de recomendação: Não está descrito para avaliação.
Ariani et al., 2019	Disponibilizar diretrizes revisadas, fundamentadas em evidência científica e adaptadas para diagnosticar e tratar pacientes com osteoartrite primária e secundária de joelho, quadril e mão na Itália.	Avaliação da qualidade metodológica: O instrumento Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) foi utilizado para avaliar a qualidade metodológica da diretriz. 1 – Pelo menos uma meta-análise de estudos controlados randomizados ou de pelo menos um estudo controlado randomizado. 2 - Pelo menos um estudo controlado sem randomização ou de pelo menos um estudo de coorte 3 - Pelo menos um estudo de caso-controle. 4 - Séries de casos ou estudos de coorte e caso-controle de baixa qualidade. 5 - Comitê de especialistas. Força de recomendação: Nas diretrizes analisadas, foram utilizados diferentes sistemas de classificação de evidências. Com o objetivo de padronizar essas variações, os sistemas de classificação de cada diretriz foram revisados, e os níveis de evidência das recomendações foram reorganizados com base nos Níveis de Evidência de Oxford.

		<p>Achados indicativos de osteoartrite: sinais e sintomas e histórico clínico e familiar (nível de evidência 1 a 4)</p> <p>Uso de exame de imagem não é necessário em manifestação de sintomas típicos para diagnóstico, apenas em sintomas atípicos (nível de evidência 2 a 4).</p> <p>Caso seja necessário o uso de exame de imagem, a radiografia convencional simples é priorizada diante de outras modalidades, sendo este padrão ouro para avaliação. (nível de evidência 1 a 4).</p> <p>Exames laboratoriais não são necessários, apenas em caso de diagnóstico diferencial (nível de evidência 1-2).</p>
Martel-Pelletier et al., 2019	Desenvolver um projeto de diretriz clínica, para aprimorar o diagnóstico de osteoartrite em nível de atenção primária.	<p>Avaliação da qualidade metodológica: comitê de especialistas.</p> <p>Força de recomendação: Opinião do painel de especialistas.</p>
Sakellariou et al., 2017	Elaborar recomendações fundamentadas em evidência científica para aplicação de uso de imagem no manejo clínico de osteoartrite.	<p>Avaliação da qualidade metodológica:</p> <p>Classe de Evidências científica:</p> <p>Nível Ia: Meta-análise de ensaios clínicos randomizado.</p> <p>Nível Ib: evidência científica de pelo menos um ensaio clínico randomizado.</p> <p>Nível IIa: evidências científicas de pelo menos um estudo controlado sem randomização.</p> <p>Nível IIb: evidências científicas de pelo menos um estudo quase experimental.</p> <p>Nível III: evidências científicas de estudos descritivos não experimentais (estudos comparativos, de correlação e de caso-controle).</p> <p>Nível IV: evidências científicas baseado em relatórios de comitês de especialistas, opiniões ou experiência clínica de pesquisadores conceituados ou uma combinação desses elementos.</p> <p>LOA: escala de classificação de 0 a 10.</p> <p>Força de recomendação:</p> <p>O uso de imagem é desnecessário para osteoartrite com apresentação habitual (nível de evidência III-IV/ IC: 95%/ (Nível de concordância percebida: 8,7- 7,9 a 9,4)</p> <p>Em sintomas atípicos, o uso de exames de imagem ajuda a confirmar o diagnóstico de OA e/ou fazer diagnósticos alternativos ou adicionais. Possui apresentação habitual (nível de evidência III-IV/IC 95%. (Nível de concordância percebida: 9,6- 9,1 a 10)</p> <p>Não há necessidade do uso exames de imagem de rotina no acompanhamento da osteoartrite.</p> <p>Em situações de mudança rápida de sintomas ou</p>

		<p>mudanças clínicas, é recomendado a utilização. (nível de evidência III-IV/IC 95%. (Nível de concordância percebida: 8,8: 7,9 a 9,7)</p> <p>Na necessidade de exames de imagem, priorizar a radiografia convencional (simples) Para diagnósticos adicionais, os tecidos moles são melhores visualizados por US ou ressonância magnética e os ossos por TC ou ressonância magnética. Nível de evidência III-IV/ IC: 95%. (Nível de concordância percebida: 8,7 (7,9 a 9,6)</p> <p>As incidências radiográficas são necessárias para aprimorar a detecção de características de osteoartrite, especialmente para o joelho, recomendando a sustentação de peso e patelo-femoral. Nível de evidência: III/IC 95% (Nível de concordância percebida: 9,4 - 8,7 a 9,9)</p> <p>As características de imagem não preveem a resposta ao tratamento não cirúrgico e os exames de imagem não podem ser recomendados para este caso. Nível de evidência II-III/ IC 95%. 8,7 (7,5 a 9,7)</p>
Fernandes et al., 2013	Desenvolver recomendações baseadas em evidências e uma agenda educacional e de pesquisa para o tratamento não farmacológico da osteoartrite (OA) de quadril e joelho.	<p>Avaliação da qualidade metodológica: consenso do comitê de especialistas, baseado em evidências de pesquisa através de revisão sistemática da literatura e a opinião de especialistas.</p> <p>Ia: Meta-análise de ensaios clínicos randomizados.</p> <p>Ib: Pelo menos um ensaio clínico randomizado.</p> <p>IIa: Pelo menos um ensaio controlado sem randomização.</p> <p>IIb: Pelo menos um tipo de estudo quase experimental.</p> <p>III: Estudos descritivos, como estudos comparativos, estudos de correlação ou estudos de caso-controle.</p> <p>IV: Relatórios de comitês de especialistas ou opiniões e/ou experiência clínica de autoridades respeitadas.</p> <p>Força de recomendação: Uma avaliação inicial abrangente é fundamental. Porém, com a escassez de evidências para os diferentes tipos de avaliação, o grupo fundamentou a avaliação inicial nas principais áreas de repercussões da doença, considerando fatores pessoais e ambientais potencialmente interativos citados na literatura. Nível de evidência: (nível de evidência Ib misto 95%. (Nível de concordância percebida: 8,6- 7,9 a 9,2).</p>

As diretrizes clínicas selecionadas abordaram de maneira similar o procedimento de avaliação clínica/anamnese, considerando estes indispensáveis, antes de outras investigações. Devem conter uma coleta do histórico clínico do paciente, sinais e sintomas e um olhar biopsicossocial. As abordagens recomendadas em cada diretriz estão sumarizadas no quadro 2 e no quadro 3.

Quadro 2: Avaliação clínica/anamnese

Referência	Avaliação clínica/anamnese
NICE, 2022	Avaliação clínica (anamnese).
Hawk et al, 2020	<p>Avaliação detalhada da dor: coleta do histórico abrangente dos sintomas, tratamentos anteriores e atuais, fatores psicossociais.</p> <p>Componentes essenciais: avaliação dos fatores de risco de bandeira vermelha e amarela; início da dor atual; classificação de dor (gravidade, localização), etilismo, alimentação balanceada, prática de atividade física; catastrofização da dor; convicção de que a atividade física não deve ser realizada.</p> <p>Bandeiras vermelhas para histórico: câncer; confusão/consciência alterada; doença do tecido conjuntivo; osteopenia; dor noturna intensa; trauma ou infecção significativa; perda de peso inexplicável; dor no pescoço inexplicável/nova; distúrbios visuais ou da fala; fraqueza ou perda de sensibilidade; dor de cabeça.</p>
Ariani et al., 2019	<p>Sintomas: movimento doloroso e/ou restrito, instabilidade e dor local, dor noturna e em repouso em osteoartrite avançada.</p> <p>Sinais: crepitação, aumento da deformidade óssea, inflamação articular ausente ou modesta, anquilose óssea, apenas rigidez matinal de curta duração, desalinhamento com varo e valgo nos joelhos.</p> <p>Histórico clínico/familiar: sexo feminino, idade acima de 40 anos, status de menopausa, histórico familiar, obesidade.</p>
Martel-Pelletier J, et al., 2019	Presença de dor e idade acima de 50 anos.
Sakellariou et al., 2017	Anamnese é indispensável antes da solicitação de exames de imagem.
Fernandes et al., 2013	Avaliação inicial deve conter: Estado físico da pessoa, atividades da vida diária, participação, necessidades de humor e educação em saúde, crenças em saúde e motivação para autocuidado. Vale ressaltar que uma

	avaliação ampla deve ser realizada frequentemente para acompanhar a evolução do paciente.
--	---

Os itens a serem investigados no exame físico foram abordados em 3 das 6 diretrizes, sendo recomendados: avaliação do estado geral do paciente (inspeção e palpação), presença de déficits físicos e, sinais e sintomas clínicos que possam indicar patologias graves.

Quadro 3: Exame Físico

Referência	Exame Físico
NICE, 2022	Ausente.
Hawk et al, 2020	Bandeira vermelha: Reflexos sensoriais, motores ou tendinosos profundos anormais, febre >100°F, rigidez nugal e padrão de dor não relacionado a movimentos ou atividades.
Ariani et al., 2019	Ausente
Martel-Pelletier et al., 2019	A presença de efusão no joelho é um alerta para encaminhamento ao especialista.
Sakellariou et al., 2017	Um exame completo deve ser considerado antes da necessidade de uma investigação.
Fernandes et al., 2013	Ausente.

Dentre as 6 diretrizes, apenas 2 recomendaram o uso de questionários para a avaliação. Destaca-se a diretriz de Hawk et al, que inclui escalas para avaliação de diferentes desfechos como dor, capacidade funcional, qualidade de vida e fatores psicológicos (QUADRO 4).

Quadro 4: Instrumentos de avaliação aplicados nos estudos.

Referência	Instrumentos de avaliação
NICE, 2022	Ausentes.
Hawk et al, 2020	Avaliação da dor: Verbal Rating Scale; Numeric Rating Scale; Visual Analog Scale; Neuropathic Pain Scale; Central Sensitization Inventory; Brief Pain Inventory. Avaliação da capacidade funcional: Patient Specific Functional Scale (PSFS); Pain Disability Index. Avaliação de qualidade de vida: Medical Outcomes Study; Short Form Health Survey (SF-36); Global Well-Being Scale; EuroQol; PROMIS Global Health. Avaliação de fatores psicológicos: Beck Depression Inventory Patient Health Questionnaire (PHQ9); Profile of Mood States; Coping Strategies Questionnaire; PTSD Checklist-Specific Version; Alcohol/drug dependency: CAGE-AID.
Ariani et al., 2019	Ausentes

Martel-Pelletier et al., 2019	Dor incomum e de alta intensidade: Escala Visual analógica (EVA) com pontuação acima de 7 ou duração maior que 10 dias.
Sakellariou et al., 2017	Ausentes.
Fernandes et al., 2013	Ausentes.

Exames complementares têm sido amplamente estudados, no que tange à indicação efetiva, considerando o custo-benefício para a avaliação de pacientes com OA de joelhos. Cinco das diretrizes clínicas selecionadas apresentam recomendações diversas quanto ao uso de exames de imagem, conforme apresentado no quadro 5.

Quadro 5: Exames de imagem aplicados nos estudos.

Referência	Exames de imagem
NICE, 2022	Ausência de evidência científica que recomende a utilização de exames de imagem. Recomendados apenas na presença de características atípicas como: história de trauma recente, rigidez matinal prolongada relacionada às articulações, rápida piora dos sintomas ou deformidade, hipertermia, edema ou preocupações que possam sugerir infecção ou malignidade.
Hawk et al, 2020	O uso de exames de imagem para diagnosticar osteoartrite de joelho é válido em mudança de sintomas e em casos de dor crônica através do uso de radiografias convencionais. As vistas radiográficas de sustentação de peso e patelo-femoral detectam osteoartrite. Exames adicionais como ultrassom ou ressonância magnética são recomendados para avaliar tecidos moles e tecido ósseo por tomografia computadorizadas ou ressonância magnética.
Ariani et al., 2019	O uso de exames de imagem não é necessário para diagnosticar osteoartrite de joelho, apenas em duas situações: confirmação da doença além dos sintomas relatados ou para diagnóstico adicional através de radiografias convencionais simples. Tecidos moles são visualizados por ultrassonografia ou ressonância magnética, e ossos por tomografia computadorizada ou ressonância magnética. As vistas recomendadas para visualizar são sustentação de peso e patelofemoral. O uso de imagem não é útil para prever resposta ao tratamento.
Martel-Pelletier, et al., 2019	A radiografia simples é a principal ferramenta para diagnosticar OA. Na presença de anomalias morfológicas, deve ser feito encaminhamento para um especialista. Sugere-se as seguintes radiografias de joelho: AP com descarga de peso extensão 0° e flexão de 30°, perfil e vista femoro-patelar em flexão de 30°. Ressonância magnética não é indicada como diagnóstico de primeira linha.
Sakellariou et al., 2017	O uso de exames de imagem é indicada somente em pacientes com sintomas atípicos e com progressão rápida. A radiografia convencional simples deve ser realizada antes de outras modalidades. Tecidos moles são visualizados por ultrassonografia ou ressonância magnética, e ossos por tomografia computadorizada ou ressonância magnética. Projeções radiográficas como vistas de sustentação de peso e patelofemoral, otimizam a detecção da osteoartrite no joelho.

	O uso de imagem não é útil para prever resposta ao tratamento, o que valoriza a não recomendação ao uso da imagem também para esse propósito.
Fernandes et al., 2013	Ausentes.

5 DISCUSSÃO

A avaliação fisioterapêutica é fundamental e indispensável para o desenvolvimento de um plano de tratamento efetivo. Diretrizes clínicas são publicações com objetivo de orientar o clínico, para o manejo da condição de saúde pautado em evidências. As diretrizes consideradas elegíveis para essa revisão de literatura identificaram: anamnese, exame físico, instrumentos de avaliação/questionários e exame de imagem, como os procedimentos/ ferramentas/ recursos que devem compor a abordagem ao paciente com suspeita de OA de joelho.

5.1 AVALIAÇÃO CLÍNICA/ANAMNESE

De acordo com um recente estudo publicado por Pires, et al⁷, aproximadamente 40% de indivíduos com idade maior de 65 anos possuem osteoartrite sintomática no joelho. A detecção e intervenção precoce é indispensável para diminuir a morbidade e incapacidade, trazendo uma maior independência do paciente. O diagnóstico é inicialmente clínico e fundamentado na presença de sintomas como dor, rigidez e limitações funcionais. O exame físico detalhado deve preconizar a avaliação da dor, restrição da mobilidade, sensibilidade articular e sinal de aumento ósseo.

Embora existam diretrizes baseadas em evidências que abordem o tratamento para osteoartrite, Martel-Pelletier, et al⁸ destacam a dificuldade de implantação das recomendações na prática clínica. Os pacientes frequentemente mencionam que a dor não é adequadamente avaliada e considerada, além do que os procedimentos de avaliação costumam ser inconsistentes.

Os artigos revisados para este estudo demonstraram que há um consenso e um predomínio na literatura que o processo de anamnese e avaliação clínica são essenciais para uma coleta de dados mais abrangente para se obter um diagnóstico mais preciso de osteoartrite de joelho. Nestes são mencionados os itens a serem coletados na história clínica, sinais e sintomas destacando dor, e uma abordagem biopsicossocial. Entre os artigos é observado similares complementos para coleta de informações a respeito dos sinais e sintomas comuns no processo de avaliação.

Fernandes et al⁹ destacam o papel da avaliação inicial como pré-requisito para o tratamento individualizado dos pacientes com osteoartrite, recomendando a abordagem biopsicossocial, incluindo o estado físico da pessoa (dor; fadiga; qualidade do sono; estado das articulações dos membros inferiores incluindo pé, joelho e quadril; mobilidade; força; alinhamento das articulações; propriocepção e postura; comorbidades; peso) atividades da vida diária, participação (trabalho/educação, lazer, papéis sociais), necessidades de humor e educação em saúde, crenças em saúde e motivação para autocuidado devem ser avaliados, em especial, a reavaliação para acompanhar a evolução do paciente. Embora os autores demonstrem-se adeptos à abordagem, ressaltaram a escassez de pesquisas sobre a melhor forma de realizar uma avaliação abrangente.

Em comparação ao estudo anterior, Sakellariou, et al¹⁰ assentiram a necessidade do histórico e exame físico detalhado antes de outros critérios de diagnósticos como o uso de exame de imagens. Porém, a força tarefa desta pesquisa não apresentou nenhuma força de recomendação ou discussão da temática avaliação clínica no diagnóstico, assunto principal desta revisão.

Por sua vez, o estudo realizado por Ariani, et al¹¹ enfatiza que uma parte significativa dos sinais e sintomas apresenta-se de maneira comum nos diferentes modos de osteoartrite, sendo que os sintomas mais presentes seriam dor e ou limitação ao realizar movimento, instabilidade, dor

localizada, persistente e em repouso no período noturno em osteoartrite avançada e sinais de crepitação, aumento da deformidade óssea, inflamação articular ausente ou modesta, anquilose óssea e rigidez matinal de curta duração. Entretanto, alguns deles são caracterizados exclusivamente pelo desalinhamento com varo e valgo nos joelhos. Além disso, a presença de nódulos de Herberden são um fator de risco para desenvolver osteoartrite em outros locais, especialmente no joelho. O artigo apresenta outros os indicativos de diagnóstico para osteoartrite de joelho, os quais exigem maior atenção perfil de indivíduos do sexo feminino, idade acima de 40 anos, status de menopausa, histórico familiar e obesidade.

Em contrapartida, a diretriz clínica desenvolvida por Martel-Pelletier, et al⁸ assegura a investigação da dor, porém, a idade de alerta deve ser acima de 50 anos e menciona como complemento investigativo a necessidade de rastreamento da avaliação metabólica inflamatória: glicemia de jejum, investigação de um perfil lipídico anormal, IMC/sobrepeso e hipertensão arterial.

Em linha com essas observações, Hawk, et al¹² ressaltam em sua diretriz clínica que, em um procedimento de avaliação deve-se considerar o envolvimento do paciente no processo de consentimento, esclarecendo os riscos e benefícios do diagnóstico e do tratamento. Este processo envolve a comunicação ativa entre o paciente e o profissional utilizando-se termos claros e acessíveis para descrever todo o procedimento de exame, diagnóstico e opções de tratamento. O profissional deve questionar o paciente se há dúvidas e esclarecê-las caso haja necessidade. É essencial a compreensão das informações para uma tomada de decisão eficiente. De acordo com a diretriz, a avaliação cuidadosa de pacientes com dor crônica auxilia em um tratamento eficaz com as possíveis contraindicações para manipulação, especialmente a identificação de bandeiras vermelhas na coleta do histórico.

Nos estudos revisados, observa-se a relevância minuciosa do processo de anamnese antes mesmo da realização do exame físico e do direcionamento do tratamento. Além disso, pesquisas publicadas posteriormente não apenas reafirmam essa importância, mas também destacam a necessidade de complementação das informações acerca da vida, do histórico pessoal e familiar do paciente. É fundamental que o paciente receba um feedback claro, permitindo-lhe compreender o processo que será adotado no tratamento.

5.2 EXAME FÍSICO

O exame físico, sequência da anamnese, é fundamental para testar as hipóteses diagnósticas apresentadas na coleta da história clínica. Observa-se escassez de dados acerca desse processo, verificado em 4 das 6 diretrizes, objetos de estudo dessa revisão. Para assegurar a eficácia do exame físico, é preciso que seja realizado de forma direcionada e objetiva, inicialmente, sem a necessidade de solicitação de exames de imagem¹⁰.

Segundo Hawk, et al¹², é importante que esta etapa seja fundamentada pelos sintomas e histórico clínico apresentados na anamnese, considerando os locais de dor primária e secundária. Ademais, a função e a dor têm de ser examinadas, incluindo uma análise íntegra das condições musculoesqueléticas e neuromusculares. Além destes, os indicadores de bandeira vermelha (reflexos sensoriais, motores ou tendinosos profundos anormais, febre, rigidez nugal e padrão de dor não relacionado a movimentos ou atividades) sinalizados no exame clínico devem ser considerados, visto que estes indicam patologias e condições graves que exigem encaminhamento imediato, acompanhado de uma avaliação minuciosa ou que apresentem contraindicações a respeito de um aspecto do plano de tratamento apresentado.

Neste contexto, Martel-Pelletier, et al⁸, destacam que em investigações adicionais, a presença de efusão (derrame articular) é um indicativo de alerta e o paciente deve ser direcionado ao especialista. A diretriz também enfatiza que o plano de tratamento é prejudicado em decorrência do

tempo de espera prolongado do encaminhamento em decorrência de que nem sempre é possível realizar punção sistemática de efusão na atenção primária durante o exame físico.

Durante a palpação, é fundamental avaliar a sensibilidade local, observando calor e efusão. Na região patelofemoral, deve-se mover a patela em um curto arco de movimento, observando a presença de dor, crepitação, estalos e travamentos no joelho. Também é importante verificar se há presença de cisto de Baker na região medial da fossa poplíteia, medir a amplitude de movimento através de um goniômetro com o joelho inicialmente estendido e, em seguida, flexionando-o gradativamente até o máximo possível e observar dor ao longo do processo.⁴

O exame físico é de extrema importância para a definição do tratamento a ser realizado em um paciente, sendo crucial também para a detecção urgente de quaisquer alterações que possam comprometer seu estado de saúde. A realização tardia do exame físico pode acarretar prejuízos significativos, agravando o quadro clínico do paciente. Assim, a importância desse exame se estende tanto ao encaminhamento para tratamentos adequados quanto à identificação de sintomas que requerem atenção imediata.⁴

Embora a maioria dos estudos selecionados enfatize a relevância da realização desse processo e forneça indicativos sobre quais caminhos devem ser seguidos, ainda não existe uma padronização consolidada dos procedimentos que devem ser executadas no primeiro atendimento, especialmente para a detecção de disfunções cinéticas funcionais e condições que exijam intervenção de urgência. Isso reflete uma lacuna na uniformização dos protocolos de exames a serem realizados, o que pode impactar a eficácia do atendimento e a agilidade no tratamento dos pacientes.

5.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Instrumentos de Medição (IM) são ferramentas utilizadas para avaliar as principais características do estado de saúde de um indivíduo, incluindo deficiências, limitações de atividades, participação e qualidade de vida, o qual podem ser aplicados para fins diagnósticos, mensurando os resultados de intervenções em saúde e para determinar prognósticos. Sua utilização na prática clínica diária é um fator essencial da prática baseada em evidências, sendo considerados ferramentas que contribuem no processo de tomada de decisão clínica. Instrumentos autorrelatados quanto baseados em desempenho são recomendados para profissionais de reabilitação em diversas diretrizes de prática clínica. Braun, Rieckmann, Weber, Grüneberg¹³.

O termo medida de resultado, regularmente refere-se a um instrumento de medição, que avalia a mudança na capacidade de um indivíduo antes e após uma intervenção. Estas medidas, em geral, são padronizadas, utilizando questionários fechados ou protocolos específicos para seu uso, atribuindo pontuações que proporcionam a avaliação quantitativa da capacidade e que foram avaliadas quanto as suas propriedades psicométricas¹³.

Conforme os artigos selecionados, apenas 2 de 6 abordaram quais instrumentos devem ser utilizados em uma avaliação, indicando uma escassez de uma abordagem precisa na osteoartrite de joelho. Assim, destaca-se a diretriz de Hawk, et al¹² que recomenda escalas de medidas de resultados validadas para avaliação dos sintomas e características individuais do paciente, além monitorar o progresso à longo prazo, ferramentas para avaliar dor, capacidade funcional, qualidade de vida e fatores psicológicos.

A mensuração da dor é um aspecto fundamental na prática clínica, permitindo uma avaliação objetiva e subjetiva das experiências dos pacientes. Entre as escalas recomendadas destacam-se a *Verbal Rating Scale*; *Numeric Rating Scale*; *Visual Analog Scale*; *Neuropathic Pain Scale* e *Central Sensitization Inventory*. Essas cinco escalas avaliam a intensidade da dor de forma semelhante, utilizando classificações numéricas e somas de pontuação, podendo ser aplicadas de diferentes formas.

A *Verbal Rating Scale* mensura a intensidade da dor em níveis, que variam de: nenhum a muito grave. Conforme descrito por Atisook, et al¹⁴, os níveis são categorizados com muito leve, leve, moderado, severo e muito grave. Comparando com estudo de Martel-Pelletier, et al⁸ ressalta-se que ao paciente apresentar dor incomum e de alta intensidade, deve se utilizar a Escala Visual Analógica (EVA), sendo uma pontuação acima de 7 cm ou a presença de dor com duração superior a 10 dias. Esta escala é caracterizada com uma linha de 10 centímetros baseado em dois descritores verbais que representam ausência de dor e dor extrema, o qual os entrevistados são orientados a marcar na linha a dor que lhes representa.¹⁴

A *Numeric Rating Scale*, especificamente escala numérica de dor-11 (NRS-11) é outra ferramenta que mensura a intensidade da dor através da escolha do paciente, sendo neste caso a escolha de um único número que melhor represente a intensidade da dor, sendo 0 (ausência de dor) e 10 (pior dor).¹⁴

Neuropathic Pain Scale (NPS) consiste em 10 itens descritivos relacionados a dor, cujos resultados são somados. A pontuação varia de que indica 0 indicando ausência de dor, a 10 que representa a maior dor imaginável. A pontuação total do NPS pode variar entre 0 a 100, onde 100 representa maior nível de sintomas similares a dor neuropática¹⁵.

Diferente das outras ferramentas de avaliação, a *Central Sensitization Inventory* foi o único instrumento citado que avalia a sensibilização central, relacionado à amplificação da percepção da dor e à alteração da resposta à dor no sistema nervoso central.¹⁶

A capacidade funcional de um paciente refere-se à sua habilidade de realizar atividades diárias de forma independente e eficiente. A avaliação da capacidade funcional é essencial para compreender o impacto de doenças ou condições de saúde no cotidiano do paciente e orientar intervenções terapêuticas adequadas. Essa avaliação pode ser feita por meio de escalas e questionários que medem o desempenho em atividades específicas, contribuindo para o planejamento de cuidados e reabilitação. Para a avaliação da capacidade funcional, foram citadas as escalas *Patient Specific Functional Scale* (PSFS), *Pain Disability Index* e *Brief Pain Inventory* (BPI).

A *Patient Specific Functional Scale* (PSFS), conforme descrito por Moore, et al¹⁷, analisa o status funcional do indivíduo. Essa ferramenta permite que o paciente identifique e priorize atividades que estão comprometidas, utilizando uma escala de desempenho de 11 pontos. Para descrever essas atividades, pode-se utilizar a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF), que oferece uma estrutura abrangente para a avaliação da funcionalidade e da participação do indivíduo em diferentes contextos.

Em comparação a ferramenta anterior, a *Pain Disability Index* solicita ao entrevistado que avalie o impacto da dor em seu funcionamento em sete áreas abrangentes: responsabilidades familiares e domésticas, recreação, atividades sociais, ocupação, comportamento sexual, autocuidado e atividades de suporte à vida¹⁸.

Diferentemente dos questionários mencionados anteriormente, o *Brief Pain Inventory* (BPI) é um breve questionário que, além de avaliar a gravidade da dor, investiga como esta interfere em diferentes atividades. Os componentes presentes no BPI são pontuados em uma escala numérica de 0 a 10, onde 0 indica ausência de dor e 10 representa a maior dor imaginável. A classificação da gravidade da dor é obtida a partir de quatro itens que avaliam a intensidade da dor, incluindo a dor mais grave, menos grave, a média que o paciente sentiu nas últimas 24 horas e a dor atual. A pontuação de interferência da dor é calculada pela soma de sete subitens relacionados aos aspectos da vida diária, como aproveitamento da vida, atividades gerais, capacidade de caminhar, humor, sono, trabalho normal e relações com outras pessoas, variando de 0 (sem interferência) a 10 (interferência total)¹⁹.

A qualidade de vida é nível de satisfação e bem-estar de um indivíduo em diversas áreas, incluindo saúde física, emocional, social e ambiental, que pode ser influenciada por fatores como condições de vida, saúde, relacionamentos e acesso a serviços. A avaliação da qualidade de vida é essencial para entender como diferentes aspectos afetam o bem-estar e orientar intervenções para melhoria. Hawk C, et al¹² citam a implementação dos seguintes instrumentos: *Medical Outcomes Study*; *Short Form Health Survey* (SF-36); *Global Well-Being Scale*; *EuroQol* e *PROMIS Global Health*.

O questionário *Medical Outcomes Study* é um instrumento genérico de avaliação em saúde, de fácil administração e compreensão. O questionário consiste em 36 questões, que abordam oito componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Além disso, inclui uma pergunta comparativa sobre a saúde atual em relação à saúde de um ano atrás²⁰. De maneira similar, as ferramentas *Global Well-Being Scale*²¹ e *PROMIS Global Health*²² analisam o bem-estar global do indivíduo.

O questionário *36-Item Short Form Health Survey* (SF-36) também foi empregado na avaliação de qualidade de vida, avaliando através de oito escalas: capacidade funcional (FP), aspectos físicos (RP), dor (PA), estado geral de saúde (GH), vitalidade (VT), aspectos sociais (SF), aspectos emocionais (ER) e saúde mental (HM). A análise dos componentes revelou que o SF-36 mede dois conceitos distintos: uma dimensão física e dimensão mental.²³

O instrumento EuroQol foi desenvolvido para ser preenchido de forma autônoma pelo respondente, sendo composto por quatro componentes: a descrição da saúde percebida pelo entrevistado; a autoavaliação da saúde por meio de um termômetro; a avaliação de um conjunto padrão de estados de saúde e informações de contexto sobre o entrevistado. As páginas 2 e 3 são a única parte do questionário destinada àqueles que desejam coletar dados sobre qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). Na página 2, os entrevistados descrevem seu estado de saúde em cinco dimensões: mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor/desconforto e ansiedade/depressão. Para cada dimensão, o respondente escolhe um dos três níveis disponíveis, permitindo que o estado de saúde seja representado por um código de cinco dígitos. Por exemplo, o estado 21132 indicaria nível 2 em mobilidade, sem dificuldades em autocuidado ou atividades habituais, apresentando dor ou desconforto extremo e ansiedade ou depressão moderada. Na página 3, os participantes são convidados a indicar seu estado de saúde atual em um termômetro calibrado que varia de zero ("pior estado de saúde imaginável") a 100 ("melhor estado de saúde imaginável").²⁴

A avaliação de fatores psicológicos em uma avaliação fisioterapêutica é essencial para entender o impacto das questões emocionais e cognitivas na recuperação e no bem-estar do paciente. Diversos fatores como fatores como depressão, alterações de humor e dependência de substâncias ilícitas podem influenciar a dor, a adesão ao tratamento e a funcionalidade. Hawk C, et al¹² em seu estudo também sugeriu a avaliação de fatores psicológicos, o qual mencionou *Beck Depression Inventory*; *Patient Health Questionnaire* (PHQ9); *Profile of Mood States*; *Coping Strategies Questionnaire*; *PTSD Checklist-Specific Version* e *Alcohol/drug dependency: CAGE-AID*.

O *Beck Depression Inventory* (BDI-II) é uma das ferramentas mais utilizadas para mensurar sintomas depressivos e sua gravidade em adolescentes e adultos. O BDI-II é um instrumento de autorrelato composto por 21 itens que examinam os sintomas de depressão maior. As respostas são somadas para gerar uma pontuação total, na qual valores mais elevados indicam níveis mais intensos de depressão.²⁵

O segundo instrumento mencionado foi o *Patient Health Questionnaire* (PHQ). Segundo Kroenke, Spitzer, Williams²⁶, trata-se de uma ferramenta nova para diagnósticos baseados em critérios de transtornos depressivos e outros transtornos mentais frequentemente encontrados na atenção primária. Com 9 itens, é mais curta do que muitas outras medidas de depressão, apresentando sensibilidade e especificidade comparáveis. Ela é baseada nos 9 critérios do DSM-IV para o

diagnóstico de transtornos depressivos, o que a diferencia de outras ferramentas de "2 passos", que exigem perguntas adicionais para confirmar diagnósticos quando as pontuações são altas. O PHQ-9 tem o potencial de servir como um instrumento de dupla finalidade, capaz de estabelecer diagnósticos de transtorno depressivo e avaliar a gravidade dos sintomas com os mesmos 9 itens.

Foi citado *Coping Strategies Questionnaire*, o qual foi criado para avaliar aspectos cognitivos que ajudam na adaptação ao lidar com a dor crônica²⁷. O questionário Profile of Mood States, conforme Lochbaum, Zanatta, Kirschling, May²⁸ (2021) é amplamente utilizado no contexto clínico para abordar questões psicoterapêuticas, psicológicas e somáticas, além de ser empregado em estudos farmacológicos, ocupacionais e de medicina esportiva para avaliar o estado emocional. Composto por 27 itens, este questionário avalia o uso de estratégias de enfrentamento da dor em seis domínios: Distração, Catastrofização, Ignorar as sensações de dor, Distanciamento da dor e Autodeclarações de enfrentamento. Os pacientes indicam a frequência com que utilizam essas estratégias em uma escala Likert de sete pontos, variando de 0 ("Nunca faço isso") a 7 ("Sempre faço isso"). Cada domínio é avaliado separadamente, com pontuações mais altas indicando um maior uso das estratégias.

De maneiras distintas, as escalas PTSD Checklist-Specific Version e Alcohol/drug dependency: CAGE-AID são ferramentas complementares para medir sintomas pós-traumáticos²⁹ e utilizada para identificar problemas relacionados ao consumo de álcool, não sendo prioridades em uma avaliação de osteoartrite de joelho³⁰.

Embora os artigos Hawk, et al¹² e Martel-Pelletier, et al⁸ mencionem a utilização destas ferramentas de avaliação de maneira abrangente, não foram fornecidas informações sobre a função de cada instrumento e as orientações para sua aplicação. Ressalta-se também uma escassez na literatura que aborde instrumentos específicos utilizados para avaliar a osteoartrite de joelho.

5.4 EXAMES DE IMAGEM

A utilização da exames de imagem no diagnóstico de osteoartrite de joelho foi verificada em 5 das 6 diretrizes analisadas, demonstrando concordância acerca da utilização de radiografia convencional simples para determinar o diagnóstico do paciente, desde que seja aplicada em situações de confirmação da doença, diagnóstico adicional, mudanças de sintomas, sintomas atípicos e progressão rápida da doença^{10,11,12,31}.

A diretriz da NICE³¹ avaliou através de um comitê de especialistas os potenciais benefícios e riscos associados aos exames de imagem, e considerou que os resultados de imagem compatíveis a osteoartrite podem não se configurar como indicativos dos sintomas clínicos da doença. Devido à ausência de evidências, com base na opinião do comitê, foi concluído que há baixa possibilidade de que a inclusão da solicitação de exames de imagem traga grandes benefícios para o diagnóstico osteoartrite. Portanto, foi recomendada sua utilização em situações que apresentem características atípicas ou que indiquem um diagnóstico alternativo, como história de trauma recente, rigidez matinal prolongada relacionada às articulações, rápida piora dos sintomas ou deformidade, hipertermia, edema ou preocupações que possam sugerir infecção ou malignidade.

Vale salientar que independentemente de o comitê reconhecer uma possível investigação mais aprofundada na presença características atípicas, foi acordado que exames de imagem não oferecem benefícios adicionais durante a avaliação e que há uma escassez de evidências que possam mudar o cenário atual.

Em comparação ao estudo anterior³¹, o artigo Hawk, et al¹² concorda que é essencial os profissionais priorizarem a história clínica e os achados do exame físico de maneira específica, ressaltando que a solicitação de exames de imagem não é obrigatória, especialmente em casos de apresentação típica da osteoartrite de joelho. Contudo, ao contrário da diretriz NICE³¹, (2022), o estudo diz que o exame de imagem pode ser solicitado em caso de confirmação da doença, geralmente

sendo realizado por meio de radiografias simples. Os exames de imagem podem ser solicitados para excluir outras condições potenciais e em situações que apresentem sinais de alerta, sendo necessário avaliar cada paciente de forma individualizada. Em situações de dor crônica no joelho, recomenda-se a utilização de radiografias convencionais simples antes de recorrer a outras modalidades de imagem. Os fatores radiológicos para dor crônica no joelho que indicam a necessidade de ressonância magnética sem contraste incluem radiografias sem alterações; derrame articular; osteocondrite dissecante; corpos livres e histórico de reparo de cartilagem ou menisco e lesão óssea prévia (segunda fratura e avulsão da espinha tibial).

De maneira similar, para Ariani, et al¹¹, pacientes que apresentam manifestações clínicas típicas da doença, não necessitam de exames de imagens adicionais, sendo relevante seu uso apenas em situações, onde sinais e sintomas não são totalmente compatíveis com a osteoartrite ou, onde há suspeitas de sobreposição com outras doenças. Quando relevante seu uso, a radiografia é solicitada antes de outros exames complementares, em projeções convencionais e realizadas de forma bilateral. Vale ressaltar que esta modalidade de imagem não oferece esclarecimento a respeito da resposta ao tratamento não cirúrgico, tornando-se desaconselhado sua utilização para este propósito.

Sakellariou, et al¹⁰ desenvolveram sete recomendações fundamentadas em evidência e opinião de especialistas sobre o uso de exame de imagem no tratamento de osteoartrite sintomática como guia norteador na prática clínica. Ainda que com indicação habitual, verifica-se uma carência de estudos que avaliam o real benefício complementar do uso de imagem junto aos achados clínicos no diagnóstico, tratamento e acompanhamento da doença, justificando aprofundamento sobre a temática. Com a insuficiência de informações, a força-tarefa declarou em seu estudo que embora existam novas técnicas avançadas de imagem que permitam a detecção de patologias em tecidos moles, ósseos e cartilagosos na osteoartrite, o aumento de informações fornecidas nestes exames ainda não apresenta influência na decisão clínica em relação ao tratamento, não recomendando o uso de imagens sistemáticas em todas as áreas.

As diretrizes^{10,11,12} enfatizam que as vistas radiográficas devem ser analisadas minuciosamente com intuito de otimizar a detecção da OA do joelho, priorizando em sustentação de peso e patelo-femoral. Os tecidos moles são visualizados com ultrassom diagnóstico ou ressonância magnética sem contraste, enquanto a tomografia computadorizada ou a ressonância magnética avaliam tecido ósseo. Os exames citados anteriormente podem ser utilizados em uma investigação aprofundada do osso ou dos tecidos periarticulares e que vistas alternativas podem ser efetuadas para uma análise mais aprofundada¹¹.

Em contrapartida, Martel-Pelletier, et al⁸ foi a única diretriz a pontuar que o critério inicial para diagnosticar o paciente com osteoartrite de joelho inclui: estreitamento do espaço articular ou a presença de osteofitos evidenciados em uma radiografia realizada nos últimos 6 meses. Este recomenda as radiografias de joelho de acordo com a classificação francesa de procedimentos as vistas anteroposteriores com descarga de peso extensão 0° e flexão de 30°, perfil e vista femoro-patelar em flexão de 30°. Além disso, a diretriz não recomenda a utilização de ressonância magnética.

Embora as modalidades de imagem demonstrem ao profissional um papel complementar no direcionamento necessário para realização de um diagnóstico certo, sua utilização não é considerada prioridade, especialmente, em pacientes que apresentam sintomas típicos da osteoartrite. Essa prioridade é reconhecida apenas quando há uma circunstância específica ou quando se observa alguma alteração relevante que atraia a atenção do profissional para uma investigação mais aprofundada. Assim, de maneira geral, as diretrizes concordam que o exame de imagem pode ser utilizado apenas como complementar.

6 CONCLUSÃO

A avaliação realizada por fisioterapeutas se estabelece como um elemento fundamental na elaboração de um plano de tratamento eficaz para indivíduos com osteoartrite no joelho. Com base em diretrizes clínicas, conclui-se que um processo avaliativo detalhado, é constituído por anamnese completa, exame físico preciso, ferramentas de avaliação válidas sendo avaliação da dor: *Verbal Rating Scale*; *Numeric Rating Scale*; *Visual Analog Scale*; *Neuropathic Pain Scale*; *Central Sensitization Inventory e Brief Pain Inventory*, avaliação da capacidade funcional: *Patient Specific Functional Scale (PSFS)* e *Pain Disability Index*, avaliação da qualidade de vida: *Medical Outcomes Study*; *Short Form Health Survey (SF-36)*; *Global Well-Being Scale*; *EuroQol e PROMIS Global Health* e avaliação de fatores psicológicos: *Beck Depression Inventory*; *Patient Health Questionnaire (PHQ9)*; *Profile of Mood States*; *Coping Strategies Questionnaire*; *PTSD Checklist-Specific Version e Alcohol/drug dependency: CAGE-AID* e, em alguns casos, exames de imagem como radiografia simples.

Embora haja divergência nas diretrizes analisadas, a integração do conhecimento entre os profissionais de saúde, a padronização dos protocolos de avaliação e a atenção cuidadosa às particularidades de cada paciente são indispensáveis para aprimorar a qualidade do atendimento. Assim, destaca-se a necessidade de uma abordagem holística e personalizada, que não apenas realize a avaliação da osteoartrite, mas também considere as demandas específicas dos pacientes, favorecendo intervenções mais eficazes e melhorando a qualidade de vida a longo prazo.

Conclui-se que, há necessidade de novas pesquisas, visto a escassez de diretrizes clínicas com recomendações de instrumentos de avaliação e testes funcionais para avaliação fisioterapêutica de pacientes com OA de joelho.

REFERÊNCIAS

1. Lesmond I, Calvache-Mateo A, Heredia-Ciuró A, Martín-Núñez J, Navas-Otero A, López-López L, Valenza MC. Neurophysiological pain education for patients with symptomatic knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2024 Mar;120:108128. doi: 10.1016/j.pec.2023.108128. Epub 2023 Dec 23. PMID: 38147773.
2. Tore NG, Oskay D, Haznedaroglu S. The quality of physiotherapy and rehabilitation program and the effect of telerehabilitation on patients with knee osteoarthritis. *Clin Rheumatol*. 2023 Mar;42(3):903-915. doi: 10.1007/s10067-022-06417-3. Epub 2022 Oct 24. PMID: 36279075; PMCID: PMC9589787.
3. Wolf DF, Carvalho C, Moreira Padovez RFC, Braz de Oliveira MP, Mendes da Silva Serrão PR. Effects of physical exercise on muscle function of the knee, pain and quality of life in postmenopausal women with knee osteoarthritis: A systematic review with meta-analysis. *Musculoskelet Sci Pract*. 2024 Jun;71:102929. doi: 10.1016/j.msksp.2024.102929. Epub 2024 Mar 11. PMID: 38489855.
4. Duffaut CJ, Goldman J, Miller EM. Clinical Evaluation of the Knee Arthritis Patient. *Tech Vasc Interv Radiol*. 2023 Mar;26(1):100876. doi: 10.1016/j.tvir.2022.100876. Epub 2022 Dec 22. PMID: 36889841.
5. Ho CM, Thorstensson CA, Nordeman L. Physiotherapist as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care-a randomised controlled pragmatic study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2019 Jul 13;20(1):329. doi: 10.1186/s12891-019-2690-1. PMID: 31301739; PMCID: PMC6626628.
6. Teo PL, Bennell KL, Lawford BJ, Egerton T, Dziedzic KS, Hinman RS. Physiotherapists may improve management of knee osteoarthritis through greater psychosocial focus, being proactive with advice, and offering longer-term reviews: a qualitative study. *J Physiother*. 2020 Oct;66(4):256-265. doi: 10.1016/j.jphys.2020.09.005. Epub 2020 Oct 6. PMID: 33036932.

7. Pires DPC, Monte FAD, Monteiro LF, Soares FRDC, Faria JLR. Updates in the Treatment of Knee Osteoarthritis. *Rev Bras Ortop (Sao Paulo)*. 2024 Jun 22;59(3):e337-e348. doi: 10.1055/s-0044-1786351. PMID: 38911892; PMCID: PMC11193585.
8. Martel-Pelletier J, Maheu E, Pelletier JP, Alekseeva L, Mkinsi O, Branco J, Monod P, Planta F, Reginster JY, Rannou F. A new decision tree for diagnosis of osteoarthritis in primary care: international consensus of experts. *Aging Clin Exp Res*. 2019 Jan;31(1):19-30. doi: 10.1007/s40520-018-1077-8. Epub 2018 Dec 11. PMID: 30539541; PMCID: PMC6514162.
9. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JW, Andreassen O, Christensen P, Conaghan PG, Doherty M, Geenen R, Hammond A, Kjekken I, Lohmander LS, Lund H, Mallen CD, Nava T, Oliver S, Pavelka K, Pitsillidou I, da Silva JA, de la Torre J, Zanolli G, Vliet Vlieland TP; European League Against Rheumatism (EULAR). EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2013 Jul;72(7):1125-35. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-202745. Epub 2013 Apr 17. PMID: 23595142.
10. Sakellariou G, Conaghan PG, Zhang W, Bijlsma JWJ, Boyesen P, D'Agostino MA, Doherty M, Fodor D, Kloppenburg M, Miese F, Naredo E, Porcheret M, Iagnocco A. EULAR recommendations for the use of imaging in the clinical management of peripheral joint osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2017 Sep;76(9):1484-1494. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-210815. Epub 2017 Apr 7. PMID: 28389554.
11. Ariani A, Manara M, Fioravanti A, Iannone F, Salaffi F, Ughi N, Prevete I, Bortoluzzi A, Parisi S, Scirè CA. The Italian Society for Rheumatology clinical practice guidelines for the diagnosis and management of knee, hip and hand osteoarthritis. *Reumatismo*. 2019 Sep 23;71(S1):5-21. doi: 10.4081/reumatismo.2019.1188. PMID: 31948191.
12. Hawk C, Whalen W, Farabaugh RJ, Daniels CJ, Minkalis AL, Taylor DN, Anderson D, Anderson K, Crivelli LS, Cark M, Barlow E, Paris D, Sarnat R, Weeks J. Best Practices for Chiropractic Management of Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: A Clinical Practice Guideline. *J Altern Complement Med*. 2020 Oct;26(10):884-901. doi: 10.1089/acm.2020.0181. Epub 2020 Jul 30. PMID: 32749874; PMCID: PMC7578188.
13. Braun T, Rieckmann A, Weber F, Grüneberg C. Current use of measurement instruments by physiotherapists working in Germany: a cross-sectional online survey. *BMC Health Serv Res*. 2018 Oct 23;18(1):810. doi: 10.1186/s12913-018-3563-2. PMID: 30352584; PMCID: PMC6199696.
14. Atisook R, Euasobhon P, Saengsanon A, Jensen MP. Validity and Utility of Four Pain Intensity Measures for Use in International Research. *J Pain Res*. 2021 Apr 21;14:1129-1139. doi: 10.2147/JPR.S303305. PMID: 33907460; PMCID: PMC8071079.
15. Lape EC, Selzer F, Davis AM, Collins JE, Losina E, Katz JN. Psychometric properties of the Neuropathic Pain Scale (NPS) in a knee osteoarthritis population. *Osteoarthr Cartil Open*. 2020 Jan 23;2(1):100027. doi: 10.1016/j.ocarto.2020.100027. PMID: 36474559; PMCID: PMC9718093.
16. Schuttert I, Wolff AP, Schiphorst Preuper RHR, Malmberg AGGA, Reneman MF, Timmerman H. Validity of the Central Sensitization Inventory to Address Human Assumed Central Sensitization: Newly Proposed Clinically Relevant Values and Associations. *J Clin Med*. 2023 Jul 23;12(14):4849. doi: 10.3390/jcm12144849. PMID: 37510964; PMCID: PMC10381378.
17. Moore HE, Corning WL, van der Esch M, Roorda LD, Dekker J, Groot J, Wijnbenga MH, Lems WF, van der Leeden M. Evaluation of treatment outcome using the Patient Specific Functional Scale in knee osteoarthritis patients undergoing multidisciplinary rehabilitation. *Osteoarthr Cartil Open*. 2020 Sep 3;2(4):100098. doi: 10.1016/j.ocarto.2020.100098. PMID: 36474879; PMCID: PMC9718295.
18. Tait RC, Chibnall JT, Krause S. The Pain Disability Index: psychometric properties. *Pain*. 1990 Feb;40(2):171-182. doi: 10.1016/0304-3959(90)90068-O. PMID: 2308763.
19. Wang S, Yao S, Wei J, Shang L, Xu C, Ma J. Psychometric Properties of the Brief Pain Inventory Among Patients With Osteoarthritis Undergoing Total Knee Arthroplasty Surgery. *J Arthroplasty*. 2024 Mar;39(3):672-676. doi: 10.1016/j.arth.2023.08.072. Epub 2023 Aug 28. PMID: 37648099.

20. Ciconelli, RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)”. 1997. 148 p. Tese (Doutorado em Medicina) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.
21. Bonacchi A, Chiesi F, Lau C, Marunic G, Saklofske DH, Marra F, Miccinesi G. Rapid and sound assessment of well-being within a multi-dimensional approach: The Well-being Numerical Rating Scales (WB-NRSs). *PLoS One*. 2021 Jun 14;16(6):e0252709. doi: 10.1371/journal.pone.0252709. PMID: 34125831; PMCID: PMC8202918.
22. Lapin B, Katzan IL. PROMIS global health: potential utility as a screener to trigger construct-specific patient-reported outcome measures in clinical care. *Qual Life Res*. 2023 Jan;32(1):105-113. doi: 10.1007/s11136-022-03206-y. Epub 2022 Aug 10. PMID: 35947238.
23. Lins L, Carvalho FM. SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE Open Med*. 2016 Oct 4;4:2050312116671725. doi: 10.1177/2050312116671725. PMID: 27757230; PMCID: PMC5052926.
24. Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy*. 1996 Jul;37(1):53-72. doi: 10.1016/0168-8510(96)00822-6. PMID: 10158943.
25. Gomes-Oliveira, Marcio Henrique et al. Validação da versão em português brasileiro do Inventário de Depressão Beck-II em uma amostra comunitária. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [online]. 2012, v. 34, n. 4 [Acessado em 28 de outubro de 2024], pp. 389-394. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>>. Epub 16 de janeiro de 2013. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>.
26. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep;16(9):606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x. PMID: 11556941; PMCID: PMC1495268.
27. Monticone M, Ferrante S, Giorgi I, Galandra C, Rocca B, Foti C. The 27-item coping strategies questionnaire-revised: confirmatory factor analysis, reliability and validity in Italian-speaking subjects with chronic pain. *Pain Res Manag*. 2014 May-Jun;19(3):153-8. doi: 10.1155/2014/956828. Epub 2014 Apr 22. PMID: 24761430; PMCID: PMC4158961.
28. Lochbaum M, Zanatta T, Kirschling D, May E. The Profile of Moods States and Athletic Performance: A Meta-Analysis of Published Studies. *Eur J Investig Health Psychol Educ*. 2021 Jan 13;11(1):50-70. doi: 10.3390/ejihpe11010005. Erratum in: *Eur J Investig Health Psychol Educ*. 2021 Jun 09;11(2):513-514. doi: 10.3390/ejihpe11020036. PMID: 34542449; PMCID: PMC8314345.
29. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. A Lista de Verificação do Transtorno de Estresse Pós-Traumático para DSM-5 (PCL-5): Desenvolvimento e Avaliação Psicométrica Inicial. *J Estresse Trauma*. 2015 Dez;28(6):489-98. doi: 10.1002/jts.22059. Epub 2015 25 de novembro. PMID: 26606250.
30. Basu D, Ghosh A, Hazari N, Parakh P. Use of Family CAGE-AID questionnaire to screen the family members for diagnosis of substance dependence. *Indian J Med Res*. 2016 Jun;143(6):722-730. doi: 10.4103/0971-5916.191931. PMID: 27748296; PMCID: PMC5094111.
31. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Evidence review for additional benefit of imaging in the diagnosis of osteoarthritis: Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management: Evidence review A. London: (NICE); 2022 Oct. (NICE Guideline, No. 226.) Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589217/>