



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

**WICLAFF FERREIRA DE ALMEIDA**

**ADESÃO À PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS POR FISIOTERAPEUTAS  
BRASILEIROS NA CONDUÇÃO DO TRATAMENTO DA OSTEOARTRITE DE  
JOELHO: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

**FORTALEZA**

**2022**

WICLAFF FERREIRA DE ALMEIDA

ADESÃO À PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS POR FISIOTERAPEUTAS  
BRASILEIROS NA CONDUÇÃO DO TRATAMENTO DA OSTEOARTRITE DE  
JOELHO: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao  
Curso de Graduação em Fisioterapia da  
Faculdade de Medicina da Universidade  
Federal do Ceará

Orientador: Prof. Dr. Pedro Olavo de Paula  
Lima

Coorientação: Prof. Dr. Gabriel Peixoto Leão  
Almeida

FORTALEZA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na  
Publicação Universidade Federal  
do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

F444a Ferreira de Almeida, Wiclaff.

Adesão à prática baseada em evidências por fisioterapeutas brasileiros na condução do tratamento da osteoartrite de joelho: um estudo transversal / Wiclaff Ferreira de Almeida. – 2022.

36 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Curso de Fisioterapia, Fortaleza, 2022.

Orientação: Prof. Dr. Pedro Olavo de Paula Lima.

Coorientação: Prof. Dr. Gabriel Peixoto Leão Almeida.

1. Osteoartrite de joelho. 2. Fisioterapeuta. 3. Guia de Prática Clínica. I. Título.

CDD 615.82

---

WICLAFF FERREIRA DE ALMEIDA

ADESÃO À PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS POR FISIOTERAPEUTAS  
BRASILEIROS NA CONDUÇÃO DO TRATAMENTO DA OSTEOARTRITE DE  
JOELHO: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao  
Curso de Graduação em Fisioterapia da  
Faculdade de Medicina da Universidade  
Federal do Ceará

Orientador: Dr. Pedro Olavo de Paula Lima  
Coorientação: Dr. Gabriel Peixoto Leão  
Almeida

Aprovada em: 21/01/2022

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Pedro Olavo de Paula Lima

Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Shamyry Sulyvan de Castro

Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Me. Bruno Augusto Lima Coelho

Faculdade do Vale do Jaguaribe (FVJ)

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus pela sua infinita graça e misericórdia em minha vida.

Aos meus pais, Edwilson Silva de Almeida e Antônia Lúcia Ferreira Nunes, que me apoiaram durante toda a caminhada e nunca deixaram de acreditar e investir em mim, eu amo vocês, espero um dia recompensar tudo o que vocês fizeram por mim.

Aos meus irmãos e a minha “primã”, por mais que algumas vezes tenhamos nossos pontos de desencontros o sentimento sobrepõe qualquer dificuldade. Sobretudo, gostaria de prestar a minha homenagem ao meu irmão Wesley Ferreira de Almeida que infelizmente não está aqui para ver essa conquista na minha trajetória profissional. Meu irmão você está no meu coração, no da sua família e no de todos aqueles que te conheceram, essa conquista é nossa.

A minha segunda família, Tele 2011.2 vocês são o reflexo em parte de quem sou hoje, fico muito feliz em ver o crescimento e as conquistas de cada um de vocês.

Aos meus amigos da igreja que são da vida, sem o apoio de vocês ao longo desses anos com certeza tudo teria sido mais difícil e talvez eu não estivesse chegando aqui hoje.

Aos meus amigos da faculdade, em especial, Riccelli, João Paulo, João Perez, Beatriz, e o grupo dos “nó cego” pela motivação, carinho e suporte em todos os momentos.

Aos meus amigos do discord, vocês trouxeram leveza nos momentos em que eu só precisava me distrair e desopilar um pouco, ajudaram na minha formação, sou uma pessoa melhor por ter vocês.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Pedro Olavo de Paula Lima, gratidão por todos os ensinamentos durante a graduação e a todos os professores do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará, vocês são incríveis e exemplos para mim.

Aos professores participantes da Banca examinadora Shamyry Sulyvan de Castro e Bruno Augusto Lima Coelho pelo tempo e pelas valiosas colaborações e sugestões.

Por fim, ao meu melhor amigo Rical, você sabe o quanto foi difícil chegar nesse momento, mas também o quanto foi prazeroso vivenciar tudo isso e com certeza você fez essa experiência ser mais especial, gratidão.

## RESUMO

**Introdução:** A osteoartrite de joelho (OAJ) é uma condição de saúde caracterizada por sua cronicidade, progressividade e evolução lenta, impactando na qualidade de vida, funcionalidade e dor. Poucos estudos investigaram o perfil do fisioterapeuta que atende esse paciente, e ainda não existem estudos sobre a adesão da prática baseada em evidências (PBE) por fisioterapeutas brasileiros na condução do tratamento da OAJ. **Objetivo:** identificar a adesão à prática baseada em evidências por fisioterapeutas brasileiros na condução do tratamento da OAJ. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal. Os fisioterapeutas foram convidados a responder um formulário eletrônico através de uma carta de apresentação e por um infográfico disponibilizado nas redes sociais. A aderência foi verificada com base em quatro guias de prática clínica (GPC), foram considerados aderentes aqueles que seguissem pelo menos 50% das GPC. **Resultados:** 605 fisioterapeutas completaram a pesquisa. Apenas nove fisioterapeutas (1,5%) realizam as seis recomendações das diretrizes, entretanto 515 (85,1 %) aderem a pelo menos metade das recomendações. Apenas um fisioterapeuta (0,2%) realiza todas as sete intervenções não recomendadas pelas GPC e unicamente 40 (6,6%) não realizam nenhuma das intervenções não recomendadas. **Conclusão:** A maioria dos fisioterapeutas brasileiros estão seguindo pelo menos metade das recomendações, no entanto ainda estão utilizando também de terapias secundárias que não tem evidências suficientes para justificar sua prática.

**Palavras-chave:** Osteoartrite de joelho, Fisioterapeuta, Guia de Prática Clínica.

## ABSTRACT

**Introduction:** Knee osteoarthritis (KOA) is a health condition characterized by its chronicity, progressiveness and slow evolution, impacting on quality of life, functionality and pain. A few studies have investigated the profile of the physical therapist who sees this patient, and there are still no studies on the adherence to evidence-based practice (EBP) by Brazilian physical therapists in the management of KOA treatment. **Objective:** Adherence to evidence-based practice by Brazilian physical therapists in the management of KOA. **Methodology:** This is a cross-sectional study. Physical therapists were invited to answer an electronic form through a cover letter and by an infographic available on social media. Adherence was checked based on four clinical practice guidelines, those who followed at least 50% of the guidelines were considered adherent. **Results:** 605 physical therapists completed the survey. Only nine physiotherapists (1.5%) perform all six guideline recommendations, however, 515 (85.1%) adhere to at least half of the recommendations. Only one physiotherapist (0.2%) performs all seven interventions not recommended by the guidelines, and only 40 (6.6%) do not perform any of the interventions not recommended. **Conclusion:** Most Brazilian physical therapists are following at least half of the recommendations; however they are still using secondary therapies that do not have sufficient evidence to justify their practice.

**Keywords:** Knee Osteoarthritis; Physical Therapy; Clinical Practice Guidelines.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2. MÉTODOS .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1. Tipo de Estudo .....</b>	<b>9</b>
<b>2.2. Participantes .....</b>	<b>9</b>
<b>2.3. Coleta de Dados .....</b>	<b>10</b>
<b>2.4. Análise dos Dados .....</b>	<b>10</b>
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>11</b>
<b>4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>16</b>
REFERÊNCIAS .....	16
APÊNDICE A .....	21
APÊNDICE B.....	22
APÊNDICE C.....	23

## 1. INTRODUÇÃO

A osteoartrite de joelho (OAJ) é uma condição de saúde caracterizada por sua cronicidade, progressividade e evolução lenta (AMOAKO; PUJALTE, 2014), que traz impactos na qualidade de vida e na capacidade funcional (TROUVIN; PERROT, 2018). A OAJ é uma condição multifatorial, sendo o envelhecimento, sexo feminino e o sobrepeso, alguns dos fatores de risco para o seu desenvolvimento (BROSSEAU et al., 2017). A prevalência de OAJ no mundo é de 3,8% (CROSS et al., 2014) e no Brasil, a prevalência é de 4,14% (SENNA et al., 2004). No que diz respeito ao tratamento, as guias de prática clínica (GPC) recomendam a utilização de intervenções ativas e variadas no tratamento da OAJ (FERNANDES et al., 2013). O tratamento pode incluir medicamentos, eletroestimulação, exercícios aeróbicos, treino sensorio motor, hidroterapia, educação em saúde e auxiliares de marcha (BANNURU et al., 2019). Entre as principais intervenções utilizadas, o exercício terapêutico, a educação e o controle do peso são fortemente recomendadas pelas GPC, e terapias secundárias como: terapia manual, ultrassom, LASER não tem evidência suficiente que justifique sua prática (HUNTER et al., 2018; KOLASINSKI et al., 2020).

Entretanto, nem sempre o que é recomendado pelas GPC é aplicado na prática clínica. Alguns estudos encontraram inconsistências entre as intervenções utilizadas e as propostas pelas melhores evidências disponíveis em diferentes condições de saúde, como tendinopatia patelar (MENDONÇA et al., 2020), dor lombar (BURNS et al., 2019; DE SOUZA; LADEIRA; COSTA, 2017; LADEIRA; SAMUEL CHENG; HILL, 2015), osteoartrite metacarpal (VILLAFANE et al., 2018), síndrome da dor trocantérica (STEPHENS et al., 2019) e osteoartrite de quadril (HOLDEN et al., 2018). Similarmente, estudos foram desenvolvidos para avaliar as decisões clínicas dos fisioterapeutas para o tratamento da OAJ em outros países como Inglaterra, Estados Unidos, Itália, Canadá, Austrália e Nigéria, também evidenciando inconsistências e baixa adesão as GPC (AYANNIYI; EGWU; ADENIYI, 2017; BATTISTA et al., 2021; COSTA et al., 2017; HOLDEN et al., 2009; TANG et al., 2020; TITTEMIER et al., 2021). Porém, ainda não existem estudos sobre a adesão da prática baseada em evidências (PBE) por fisioterapeutas brasileiros na condução do tratamento da OAJ, esta temática é importante para fomentar a discussão sobre o entendimento dos clínicos, docentes e estudantes sobre a importância do uso de evidências no manejo dos seus pacientes, perceber onde está a falha e corrigi-la, trazendo benefícios para os pacientes que serão melhor assistidos.

Portanto, o presente estudo procura identificar a adesão à prática baseada em evidências por fisioterapeutas brasileiros na condução do tratamento da osteoartrite de joelho. Nossas hipóteses são que os profissionais brasileiros tenham como terapia principal o exercício terapêutico, mas ainda utilizem recursos que não tenham evidências confiáveis suficientes disponíveis para justificar sua prática.

## **2. MÉTODOS**

### **2.1. Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo transversal conduzido no período de fevereiro de 2019 a outubro de 2020 com fisioterapeutas brasileiros que residem e atuam no Brasil. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (protocolo #1.000.404), e todos os participantes assinaram um termo de consentimento. Esse estudo foi escrito seguindo as recomendações do STROBE (*The Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology*) (GHARAIBEH; KOPPIKAR; J. BONILLA-ESCOBAR., 2014; VON ELM et al., 2008).

### **2.2. Participantes**

A amostra foi composta por 605 fisioterapeutas, filiados ou não a associações brasileiras inseridas na área de fisioterapia musculoesquelética, o tamanho amostral foi baseado em estudos anteriores. Foram considerados elegíveis os fisioterapeutas registrados no conselho federal de fisioterapia e terapia ocupacional (COFFITO) no Brasil e que tivessem atendido pelo menos um paciente com OAJ nos últimos seis meses. Foram excluídos fisioterapeutas estrangeiros, mesmo que morem e atuem no Brasil.

Os participantes foram convidados pelo pesquisador principal através de uma carta de apresentação a responder um formulário eletrônico, que possuía: (1) breve detalhamento do estudo, (2) termo de consentimento eletrônico, (3) objetivos do estudo e (4) formulário sobre o perfil de atendimentos do fisioterapeuta brasileiro na OAJ. Também foi divulgado um infográfico nas redes sociais que deu acesso ao formulário eletrônico.

### 2.3. Coleta de Dados

O instrumento de pesquisa foi desenvolvido pelos pesquisadores, realizado o método Delphi com 10 fisioterapeutas de fortaleza para estruturar o instrumento na sua versão final. O formulário tinha perguntas relacionadas ao perfil profissional e de atendimento dos fisioterapeutas brasileiros. Inicialmente, foram elencadas 12 perguntas a fim de entender o perfil sociodemográfico (idade, sexo, estado em que reside e atua) e clínico dos participantes (experiência clínica, titulações, acesso a base de dados e quantidades de pacientes atendidos).

Na segunda etapa do formulário, foi descrito um caso clínico baseado em um paciente com condições relacionadas à OAJ e nove perguntas sobre o perfil de atendimento, tendo por base as seguintes intervenções: neuroestimulação elétrica transcutânea (TENS), (LAW; CHEING; TSUI, 2004; OSIRI et al., 2000; VANCE et al., 2012) ultrassom, (LUKSURAPAN; BOONHONG, 2013; WU et al., 2019) laser, (BRIDGES; HILLIARD; CHUI, 2020; FUKUDA et al., 2011; STAUSHOLM et al., 2019) crioterapia, (DANTAS et al., 2019a, 2019b) mobilização articular, (ALKHAWAJAH; ALSHAMI, 2019; SIT et al., 2018) exercício aeróbico, (BROSSEAU et al., 2004) exercícios de fortalecimento, (ANWER; ALGHADIR; BRISMÉE, 2016; LI et al., 2016; YAMATO; DEVEZA; MAHER, 2016) exercício aquático, (BARTELS et al., 2016; LIM; TCHAI; JANG, 2010; LUND et al., 2008) acupuntura, (CHEN et al., 2017; LI et al., 2019) órteses e palmilhas (HSIEH; LEE, 2016; MINE et al., 2017) e outros. As escolhas das intervenções mencionadas no formulário foram definidas por meio da literatura (BANNURU et al., 2019; HUNTER et al., 2018; JEVSEVAR, 2013; KOLASINSKI et al., 2020) e experiência clínica dos autores.

### 2.4. Análise dos Dados

A normalidade da distribuição dos dados foi determinada pelo teste de kolmogorov-smirnov. Foram realizadas estatísticas descritivas para obtenção de média e desvio padrão ou frequência das variáveis: idade, sexo, estado onde reside, experiência clínica, titulações, acesso a base de dados e quantidade de pacientes atendidos. Foram utilizados os testes de qui-quadrado de Pearson, para caracterização da amostra, e para verificar associações entre adesão das GPC com as variáveis: tempo de formado, maior titulação, número de pacientes atendidos, local de trabalho (público, privado ou ambos).

Seguimos as recomendações das GPC (BANNURU et al., 2019; HUNTER et al., 2018; JEVSEVAR, 2013; KOLASINSKI et al., 2020) para indicarmos o grau de recomendações de cada terapia dentro da condição, sendo: (1) recomendado, (2) não recomendado, (3) recomendação conflituosa (sem consenso) e (4) não mencionado. A partir disso também analisamos o nível de adesão as GPC sendo: quem seguiu mais de 50% das GPC foi classificado como aderente e quem fez uma percentagem inferior a isto foi classificado como não aderente. (DE SOUZA; LADEIRA; COSTA, 2017; MENDONÇA et al., 2020).

### 3. RESULTADOS

Obtivemos 620 respostas e 15 fisioterapeutas foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão (sendo 13 excluídos por não ter atendimento pelo menos um paciente com OAJ nos últimos seis meses e três participantes eram estrangeiros), restando 605 participantes que foram incluídos em nossa análise. A tabela 1 apresenta as características dos fisioterapeutas que responderam ao questionário.

**Tabela 1** – Características dos fisioterapeutas inclusos no estudo

<b>Variável</b>	
<b>Sexo, n (%)</b>	
Masculino	311 (51,4)
Feminino	294 (48,6)
<b>Idade (em anos)</b>	
	30,5 (6,50)
<b>Tempo de graduação (em anos)</b>	
< 5	270 (51,4)
5 a 10	144 (23,8)
> 10	191 (31,6)
<b>Frequência de atendimentos, n (%)</b>	
< 1 paciente/mês	71 (11,7)
Pelo menos 1 paciente/mês	244 (40,3)
Pelo menos 1 paciente/semana	290 (47,9)
<b>Maior titulação, n (%)</b>	
Pós-graduação lato sensu	407 (67,3)
Especialista COFFITO	121 (29,7)

Mestre	79 (13,1)
Doutor	21 (3,5)
<b>Local de trabalho, n (%)</b>	
Instituição pública	68 (11,2)
Instituição privada	455 (75,2)
Ambas	82 (13,6)
Outros	25 (13,2)

---

Dos 605 fisioterapeutas, 247 (40,8%) eram da região sudeste, dos estados de São Paulo 143 (23,6%), Minas Gerais 58 (9,6%), Rio de Janeiro 38 (6,3%) e Espírito Santo oito (1,3%). Da região nordeste participaram 186 fisioterapeutas (30,7%), dos estados de Ceará 71 (11,7%), Bahia 38 (6,3%), Pernambuco 24 (4,0%), Paraíba 15 (2,5%), Maranhão dez (1,7%), Alagoas nove (1,5%), Sergipe oito (1,3%), Piauí seis (1,0%), Rio Grande do Norte cinco (0,8%). Da região sul participaram 109 fisioterapeutas (18%), dos estados de Rio Grande do Sul 44 (7,3%), Santa Catarina 35 (5,8%) e Paraná 30 (5,0%). Da região centro-oeste participaram 40 fisioterapeutas (6,6%), dos estados de Goiás 21 (3,5%), Mato Grosso sete (1,2%), Mato Grosso do Sul 3 (0,5%) e nove (1,5%) do Distrito Federal. Por fim, da região norte participaram 23 fisioterapeutas (3,8%), dos estados de Pará 13 (2,1%), Amapá quatro (0,7%), Acre três (0,5%), Amazonas um (0,2%), Rondônia um (0,2%) e Tocantins um (0,2%). Nenhum fisioterapeuta rondoniense participou do estudo. Os dados mostraram também que, ser especialista influencia em atender pelo menos um paciente com OAJ por semana ( $\chi^2$ : 7,64;  $p=0,02$ ).

A tabela 2 apresenta o número percentual da escolha de tratamento dos fisioterapeutas para o caso clínico proposto. Baseado em quatro GPC (BANNURU et al., 2019; FERNANDES et al., 2013; HUNTER et al., 2018; JEVSEVAR, 2013) as respostas foram agrupadas em três categorias: (a) respostas obrigatórias, (b) respostas opcionais em conjunto com as obrigatórias e (c) respostas que não deveriam ser escolhidas.

Dentre as intervenções obrigatórias, as intervenções “Exercícios em CCA”, “Exercícios em CCF”, “Aeróbico” e “Aquático” tiveram uma taxa de escolha de 64,8%, 75,7%, 54,4% e 56%, respectivamente. Dentre as terapias que não deveriam ser escolhidas, “Mobilização articular” e “Liberação miofascial” foram as opções com maior taxa de escolha 78,3% e 53,9% respectivamente.

**Tabela 2** – Percentual de escolhas das opções de tratamento para o caso clínico (n= 605)

Obrigatórias		Não deveriam ser escolhidas		Opcionais em conjuntos com obrigatórias	
Exercícios	602 (99,5)	Ultrassom	167 (27,64)	Eletroterapia	462 (76,4)
CCA	392 (64,8)	Crioterapia	162 (26,8)	Aconselhamento	601 (99,3)
CCF	458 (75,7)	Mobilização articular	474 (78,3)	Encaminhamento profissional	526 (86,9)
Aeróbico	329 (54,4)	Osteopatia	75 (12,4)		
Sensório-Motor	348 (57,5)	Laser	219 (36,2)		
Aquático	339 (56)	Liberação miofascial	326 (53,9)		
Reduzir peso	526 (86,9)	Acupuntura	118 (19,5)		
Exercícios Domiciliares	496 (82)				
Dispositivo para Auxilio de Marcha	33 (5,5)				

Dentre os 605 fisioterapeutas, 486 (80,3%) acessam alguma base de dados, sendo 439 (90,3%) Pubmed, 329 (67,70%) PEDro, 157 (32,30%) Cochrane, 150 (30,86%) Lilacs, 13 (2,67%) Embase e 27 (5,54%) relataram acessar outras bases de dados.

Apenas nove fisioterapeutas (1,5%) realizam todas as seis intervenções recomendadas pelas diretrizes, 121 (20%) realizam cinco das seis intervenções, 196 (32,4%) realizam quatro das seis intervenções, 189 (31,2%) realizam três das seis intervenções, 77 (12,7%) realizam duas das seis intervenções e 13 (2,1%) realizam apenas uma intervenção das seis recomendadas. Dessa forma, 515 (85,1%) foram considerados aderentes e 90 (14,9%) foram considerados não aderentes às recomendações das GPC.

Apenas um fisioterapeuta (0,2%) realiza todas as sete intervenções não recomendadas pelas diretrizes, cinco (0,8%) realizam seis das sete intervenções, 40 (6,6%) realizam cinco das sete intervenções, 98 (16,2%) realizam quatro das sete intervenções, 158 (26,1%) realizam três das sete intervenções, 175 (28,9%) realizam duas das sete intervenções, 88 (14,5%) realizam uma das sete intervenções e somente 40 (6,6%) não realizam nenhuma das

intervenções não recomendadas. Dessa forma, 303 (50,1%) aderiram ao não recomendado pelas GPC e 302 (49,9%) não aderiram.

Nossos dados mostram que ser especialista não influencia na adesão às GPC. Todavia, encontramos que os especialistas COFFITO prescrevem mais fisioterapia aquática ( $\chi^2$ : 4,36;  $p=0,03$ ) que é recomendada pelas GPC. Nenhuma variável demonstrou ter associação com a adesão ao que as GPC não recomendam.

#### **4. DISCUSSÃO**

Considerando os resultados dos estudos passados com objetivos similares aos nossos, nossas hipóteses eram que apesar dos fisioterapeutas escolherem o exercício terapêutico no manejo dessa condição, haveria divergência entre a adesão das condutas recomendadas e aquilo que a literatura mostra como ineficaz, nossos resultados confirmaram essas hipóteses. As GPC têm a função de preencher lacunas entre a prática clínica e as melhores evidências e, de modo geral, a taxa de adesão foi positiva, porém muitos profissionais ainda incluem nas suas condutas terapias secundárias que não tem evidências suficientes para justificar sua prática (por exemplo, terapia manual, mobilização articular).

A maior parte dos fisioterapeutas (99,5%) tem consciência da importância dos exercícios terapêuticos no tratamento da OAJ. Os resultados concordam com os alcançados por outros fisioterapeutas no mundo (AYANNIYI; EGWU; ADENIYI, 2017; BATTISTA et al., 2021; COSTA et al., 2017; HOLDEN et al., 2009; TANG et al., 2020; TITTEMIER et al., 2021). Todavia, apesar disso, 90,1% dos fisioterapeutas participantes da pesquisa consideram a inclusão da terapia manual (por exemplo: mobilização articular, liberação miofascial, massagem) como parte da terapêutica. Uma revisão sistemática (MOTA DA SILVA et al., 2015) verificou como os fisioterapeutas pensam quando se relaciona a prática clínica com a prática baseada em evidências, foi visto que embora os profissionais encarem a temática de forma positiva, existem barreiras reportadas que acabam limitando sua adesão e implementação no ambiente clínico, algumas delas foram: falta de tempo, incapacidade de compreender os dados estatísticos, falta de interesse e dificuldade na generalização dos resultados, isso pode justificar essa taxa tão alta de escolha dessas terapias secundárias, já que as evidências atuais mostram por exemplo, que quando comparamos a terapia manual com a terapia por exercício sozinha, ela fornece unicamente benefícios em curto prazo na redução da dor e melhora da função (ANWER et al., 2018). Vale pontuar que, essa conclusão sobre a terapia manual foi

obtida através de evidências de baixa qualidade metodológica, ou seja, as GPC classificam como inferior ao comparar-se às evidências que sustentam o exercício, fazendo assim, a terapia manual ser apenas um tratamento eventual (BANNURU et al., 2019).

Verificamos também que pessoas recém formadas tendem a ter menos especializações, o que é esperado. Porém, até cinco anos de formados menos da metade da amostra se especializou (43,3%). Contudo, nossos achados indicam que ser especialista (pós graduação *latu sensu*) faz você atender mais pacientes com OAJ (pelo menos um por semana) quando comparado a frequência de atendimento com generalistas. Outro achado a ser pontuado é o fato de que quase 20% da amostra relatou não acessar base de dados na sua rotina clínica. Esse é um achado preocupante, já que as informações de livros são mais desatualizadas e temos uma grande onda de informações sendo disseminadas pelas mídias sociais sem nenhum crivo científico. Tudo isso pode impactar negativamente na escolha de condutas, uma vez que há muitas chances de não estarem baseadas em evidências confiáveis, seguras e atuais.

Diferente dos achados de outros estudos (BATTISTA et al., 2021; COSTA et al., 2017) nosso estudo não encontrou uma percentagem alta de recomendação dos fisioterapeutas sobre a educação em dor. Somente 46,8% da amostra pontuou educação em dor como importante no manejo clínico, isso pode ser reflexo ainda da lacuna existente entre a disponibilidade da informação e na forma que ela chegará para os clínicos e não apenas pesquisadores. É válido trazer a reflexão sobre como profissionais estão assistindo os pacientes com OAJ no autogerenciamento da sua condição, entendendo o seu problema e o que fazer pra ter qualidade de vida e funcionalidade mesmo nos períodos de crise.

Uma limitação do nosso estudo foi que não conseguimos estimar a taxa de resposta da amostra, visto que o formulário foi divulgado nas redes sociais e algumas associações convidadas não responderam sobre a quantidade de membros ativos no momento. Outro possível viés seja na amostra pois os profissionais que não usam com frequência redes sociais podem ter ficado de fora da pesquisa. O fato de termos apresentado apenas um caso clínico no formulário também pode ser uma limitação, visto que a OAJ é uma condição que tem um espectro de sintomatologia e as respostas poderiam ser mais exploradas nesse contexto.

Sobre as implicações da pesquisa, não está claro como treinar de forma prática os fisioterapeutas para atuarem baseados em evidências, alinhando seus conhecimentos e abolindo práticas que não trazem benefício para os pacientes. Alguns estudos tiveram como resultados que trabalhos em pequenos grupos junto com educação interativa e pessoal tendem a ser eficazes (NILSEN; BERNHARDSSON, 2013; TILSON et al., 2016). É preciso traçar

estratégias palpáveis e reais para a implementar de forma adequada a PBE no contexto clínico da OAJ, mobilizando conselhos regionais, associações e universidades por influenciar tanto os clínicos no processo de educação continuada, quanto os estudantes de graduação, docentes e intuições de ensino, dado que estes têm maior responsabilidade de promover discussões no ambiente de ensino. Outro ponto, como perspectivas futuras seria realizar um estudo que aborde os critérios para diagnóstico clínico de osteoartrite. Segundo Battista, (BATTISTA et al., 2021) os critérios para diagnóstico clínico da osteoartrite que os fisioterapeutas utilizavam eram inconsistentes com os apresentados na literatura. É sabido que os achados radiográficos devem ser levados em consideração apenas quando existem outras doenças na suspeita clínica que gerem os sintomas (artrite reumatoide, infecção, câncer) ou quando está planejando uma intervenção cirúrgica. (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE), 2014).

As despesas desse trabalho foram custeadas pelos pesquisadores.

## **5. CONCLUSÃO**

Fisioterapeutas brasileiros parecem estar seguindo as recomendações das GPC no seu tratamento, no entanto ainda estão utilizando também de terapias secundárias que não tem evidências suficientes para justificar sua prática, isso leva ao questionamento se de fato estão realmente aderindo ou estão simplesmente fazendo um pouco de várias terapias sem considerar as recomendações das GPC. Medidas para melhorar a adesão total as GPC e abolir totalmente as práticas que não tem respaldo científico são necessárias, uma vez que ainda existem lacunas entre evidência e prática clínica no manejo da OAJ.

## **REFERÊNCIAS**

ALKHAWAJAH, H. A.; ALSHAMI, A. M. The effect of mobilization with movement on pain and function in patients with knee osteoarthritis: a randomized double-blind controlled trial. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 20, n. 1, p. 452, 18 dez. 2019.

AMOAKO, A. O.; PUJALTE, G. G. A. Osteoarthritis in Young, Active, and Athletic Individuals. **Clinical Medicine Insights: Arthritis and Musculoskeletal Disorders**, v. 7, p. CMAMD.S14386, 22 jan. 2014.

ANWER, S. et al. Effects of orthopaedic manual therapy in knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. **Physiotherapy (United Kingdom)**, v. 104, n. 3, p. 264–276, 2018.

ANWER, S.; ALGHADIR, A.; BRISMÉE, J.-M. Effect of Home Exercise Program in Patients With Knee Osteoarthritis. **Journal of Geriatric Physical Therapy**, v. 39, n. 1, p. 38–48, jan. 2016.

AYANNIYI, O.; EGWU, R. F.; ADENIYI, A. F. Physiotherapy management of knee osteoarthritis in Nigeria—A survey of self-reported treatment preferences. **Hong Kong Physiotherapy Journal**, v. 36, p. 1–9, 2017.

BANNURU, R. R. et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. **Osteoarthritis and Cartilage**, v. 27, n. 11, p. 1578–1589, 2019.

BARTELS, E. M. et al. Aquatic exercise for the treatment of knee and hip osteoarthritis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 23 mar. 2016.

BATTISTA, S. et al. Italian physiotherapists' knowledge of and adherence to osteoarthritis clinical practice guidelines: a cross-sectional study. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 22, n. 1, p. 380, 23 dez. 2021.

BRIDGES, M.; HILLIARD, J.; CHUI, K. Effects of Light Therapy on Osteoarthritis and Its Sequelae in Aging and Older Adults. **Topics in Geriatric Rehabilitation**, v. 36, n. 1, p. 11–37, jan. 2020.

BROSSEAU, L. et al. Efficacy of Aerobic Exercises For Osteoarthritis (part II): A Meta-analysis. **Physical Therapy Reviews**, v. 9, n. 3, p. 125–145, 20 set. 2004.

BROSSEAU, L. et al. The Ottawa panel clinical practice guidelines for the management of knee osteoarthritis. Part one: introduction, and mind-body exercise programs. **Clinical Rehabilitation**, v. 31, n. 5, p. 582–595, 9 maio 2017.

BURNS, S. A. et al. Examination procedures and interventions for the hip in the management of low back pain: a survey of physical therapists. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 23, n. 5, p. 419–427, 2019.

CHEN, N. et al. Electro-Acupuncture is Beneficial for Knee Osteoarthritis: The Evidence from Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. **The American Journal of Chinese Medicine**, v. 45, n. 05, p. 965–985, 31 jan. 2017.

COSTA, B. R. DA et al. How Do Physical Therapists Treat People with Knee Osteoarthritis, and What Drives Their Clinical Decisions? A Population-Based Cross-Sectional Survey. **Physiotherapy Canada**, v. 69, n. 1, p. 30, 1 dez. 2017.

CROSS, M. et al. The global burden of hip and knee osteoarthritis: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 73, n. 7, p. 1323–1330, jul. 2014.

DANTAS, L. O. et al. The effects of cryotherapy on pain and function in individuals with knee osteoarthritis: a systematic review of randomized controlled trials. **Clinical Rehabilitation**, v. 33, n. 8, p. 1310–1319, 8 ago. 2019a.

DANTAS, L. O. et al. Short-term cryotherapy did not substantially reduce pain and had unclear effects on physical function and quality of life in people with knee osteoarthritis: a randomised trial. **Journal of Physiotherapy**, v. 65, n. 4, p. 215–221, out. 2019b.

DE SOUZA, F. S.; LADEIRA, C. E.; COSTA, L. O. P. Adherence to Back Pain Clinical Practice Guidelines by Brazilian Physical Therapists. **Spine**, v. 42, n. 21, p. E1251–E1258, 1 nov. 2017.

FERNANDES, L. et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 72, n. 7, p. 1125–1135, jul. 2013.

FUKUDA, V. O. et al. Short-Term efficacy of low-level laser therapy in patients with knee osteoarthritis: a randomized placebo-controlled, double-blind clinical trial. **Revista Brasileira de Ortopedia (English Edition)**, v. 46, n. 5, p. 526–533, set. 2011.

GHARAIBEH, A.; KOPPIKAR, S.; J. BONILLA-ESCOBAR., F. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) in the International Journal of Medical Students. **International Journal of Medical Students**, v. 2, n. 2, p. 36–37, 26 dez. 2014.

HOLDEN, M. A. et al. UK-based physical therapists' attitudes and beliefs regarding exercise and knee osteoarthritis: Findings from a mixed-methods study. **Arthritis & Rheumatism**, v. 61, n. 11, p. 1511–1521, 15 nov. 2009.

HOLDEN, M. A. et al. **How Do Physical Therapists in the United Kingdom Manage Patients With Hip Osteoarthritis? Results of a Cross-Sectional Survey** *Physical Therapy* □. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ptj>>.

HSIEH, R.-L.; LEE, W.-C. Clinical effects of lateral wedge arch support insoles in knee osteoarthritis. **Medicine**, v. 95, n. 27, p. e3952, jul. 2016.

HUNTER, D. et al. **Guideline for the management of knee and hip osteoarthritis**. [s.l: s.n.]. v. 31

JEVSEVAR, D. S. Treatment of Osteoarthritis of the Knee: Evidence-Based Guideline, 2nd Edition. **Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons**, v. 21, n. 9, p. 571–576, 1 set. 2013.

KOLASINSKI, S. L. et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation

Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. **Arthritis & Rheumatology**, v. 72, n. 2, p. 220–233, 6 fev. 2020.

LADEIRA, C. E.; SAMUEL CHENG, M.; HILL, C. J. Physical therapists' treatment choices for non-specific low back pain in Florida: an electronic survey. **Journal of Manual & Manipulative Therapy**, v. 23, n. 2, p. 109–118, 10 maio 2015.

LAW, P. P. W.; CHEING, G. L. Y.; TSUI, A. Y. Y. Does Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation Improve the Physical Performance of People With Knee Osteoarthritis? **JCR: Journal of Clinical Rheumatology**, v. 10, n. 6, p. 295–299, dez. 2004.

LI, J. et al. The effectiveness and safety of acupuncture for knee osteoarthritis. **Medicine**, v. 98, n. 28, p. e16301, jul. 2019.

LI, Y. et al. The effects of resistance exercise in patients with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Rehabilitation**, v. 30, n. 10, p. 947–959, 11 out. 2016.

LIM, J. Y.; TCHAI, E.; JANG, S. N. Effectiveness of Aquatic Exercise for Obese Patients with Knee Osteoarthritis: A Randomized Controlled Trial. **PM and R**, v. 2, n. 8, p. 723–731, 2010.

LUKSURAPAN, W.; BOONHONG, J. Effects of phonophoresis of piroxicam and ultrasound on symptomatic knee osteoarthritis. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 94, n. 2, p. 250–255, 2013.

LUND, H. et al. A randomized controlled trial of aquatic and land-based exercise in patients with knee osteoarthritis. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 40, n. 2, p. 137–144, 2008.

MENDONÇA, L. D. M. et al. Interventions used for Rehabilitation and Prevention of Patellar Tendinopathy in athletes: a survey of Brazilian Sports Physical Therapists. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 24, n. 1, p. 46–53, jan. 2020.

MINE, K. et al. The effectiveness of braces and orthoses for patients with knee osteoarthritis. **Prosthetics & Orthotics International**, v. 41, n. 2, p. 115–126, abr. 2017.

MOTA DA SILVA, T. et al. What do physical therapists think about evidence-based practice? A systematic review. **Manual Therapy**, v. 20, n. 3, p. 388–401, 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Osteoarthritis: care and management. **National Institute for Health and Care Excellence**, 2014.

NILSEN, P.; BERNHARDSSON, S. Towards evidence-based physiotherapy - research challenges and needs. **Journal of Physiotherapy**, v. 59, n. 3, p. 143–144, 2013.

OSIRI, M. et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation for knee osteoarthritis. In: OSIRI, M. (Ed.). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2000. v. 4p. 447–449.

- SENNA, E. R. et al. Prevalence of Rheumatic Diseases in Brazil: A Study Using the COPCORD Approach. **Journal of Rheumatology**, v. 31, n. 3, p. 594–7, 2004.
- SIT, R. W. S. et al. Clinic-Based Patellar Mobilization Therapy for Knee Osteoarthritis: A Randomized Clinical Trial. **The Annals of Family Medicine**, v. 16, n. 6, p. 521–529, 12 nov. 2018.
- STAUSHOLM, M. B. et al. Efficacy of low-level laser therapy on pain and disability in knee osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomised placebo-controlled trials. **BMJ Open**, v. 9, n. 10, p. e031142, out. 2019.
- STEPHENS, G. et al. A survey of physiotherapy practice (2018) in the United Kingdom for patients with greater trochanteric pain syndrome. **Musculoskeletal Science and Practice**, v. 40, n. September 2018, p. 10–20, 2019.
- TANG, C. Y. et al. Exploring Physical Therapist Adherence to Clinical Guidelines When Treating Patients With Knee Osteoarthritis in Australia: A Mixed Methods Study. **Physical Therapy**, v. 100, n. 7, p. 1084–1093, 19 jul. 2020.
- TILSON, J. K. et al. Promoting physical therapists' use of research evidence to inform clinical practice: part 3 – long term feasibility assessment of the PEAK program. **BMC Medical Education**, v. 16, n. 1, p. 144, 12 dez. 2016.
- TITTEMIER, B. J. et al. Knee Osteoarthritis: An Investigation into the Clinical Practice of Physiotherapists in Canada. **Physiotherapy Canada**, v. 73, n. 1, p. 37–46, 1 fev. 2021.
- TROUVIN, A. P.; PERROT, S. Pain in osteoarthritis. Implications for optimal management. **Joint Bone Spine**, v. 85, n. 4, p. 429–434, 2018.
- VANCE, C. G. T. et al. Effects of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation on Pain, Pain Sensitivity, and Function in People With Knee Osteoarthritis: A Randomized Controlled Trial. **Physical Therapy**, v. 92, n. 7, p. 898–910, 1 jul. 2012.
- VILLAFANE, J. H. et al. Conservative management of thumb carpometacarpal osteoarthritis: An Italian survey of current clinical practice. **Journal of Bodywork and Movement Therapies**, v. 22, n. 1, p. 37–39, jan. 2018.
- VON ELM, E. et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 61, n. 4, p. 344–349, abr. 2008.
- WU, Y. et al. Effects of therapeutic ultrasound for knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Rehabilitation**, v. 33, n. 12, p. 1863–1875, 5 dez. 2019.
- YAMATO, T. P.; DEVEZA, L. A.; MAHER, C. G. Exercise for osteoarthritis of the knee (PEDro synthesis). **British Journal of Sports Medicine**, v. 50, n. 16, p. 1013–1014, ago. 2016.

## APÊNDICE A

### PROJETO DE ASSISTÊNCIA E PREVENÇÃO DAS DISFUNÇÕES DE JOELHO – PAPO JOELHO

Fortaleza, xx de xxxxx de 20xx.

**Prezada Associação xxxxxxxx,**

O Projeto de Assistência e Prevenção das Disfunções de Joelho (PAPO – Joelho) da Universidade Federal do Ceará vem por meio desta solicitar a divulgação das Pesquisas intituladas:

- PERFIL DO ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO BRASILEIRO NO TRATAMENTO DA OSTEOARTRITE DE JOELHO (OAJ).

O objetivo principal destas pesquisas é traçar o perfil do atendimento do fisioterapeuta brasileiro na osteoartrite de joelho. Essa pesquisa trará um panorama nacional da atuação do fisioterapeuta brasileiro nessa disfunção e se está em consonância com as práticas em saúde baseadas em evidências científicas. A pesquisa possui cadastro na Plataforma Brasil e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com número xxxxxxxx.

A coleta de dados se dará por meio de formulários eletrônicos totalizando cerca de 10 – 15 minutos para resposta de cada formulário.

Devido à importância e abrangência da xxxxxxxx, seu auxílio na divulgação proporcionará o alcance de um maior número de profissionais e que assim possa ser atingido o objetivo acima citado.

Agradeço antecipadamente,

---

Prof. Gabriel Peixoto Leão Almeida  
Coordenador do Projeto de Assistência e Prevenção das Disfunções de Joelho

## APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE MEDICINA  
Departamento de Fisioterapia



# PERFIL DE ATENDIMENTO DO FISIOTERAPEUTA BRASILEIRO (PERFISIO)

## OSTEOARTRITE DE JOELHO

Nosso objetivo é traçar um panorama atual das condutas dos fisioterapeutas brasileiros frente a condições específicas!

### RESPONDA O FORMULÁRIO AQUI!

<https://forms.gle/EVMRzTXwTFh9mkPA7>



**SUA PARTICIPAÇÃO É MUITO IMPORTANTE!**

 @joelhoemevidencia

 (85) 99762-3089

 perfisio.papojoelho@gmail.com



## APÊNDICE C

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "Perfil de atendimentos do fisioterapeuta brasileiro na Osteoartrite de joelho (OAJ)".

Esta pesquisa tem como objetivo identificar o perfil de atendimento do fisioterapeuta brasileiro no tratamento da OAJ, tendo em vista que ainda não existem estudos investigando as abordagens terapêuticas utilizadas pelos fisioterapeutas brasileiros no tratamento dessa condição.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Com o aceite da participação nesta pesquisa, você concorda que foi informado (a) dos objetivos do estudo "Perfil de atendimento do fisioterapeuta brasileiro na Osteoartrite de joelho (OAJ)" de maneira clara e detalhada, esclarecendo suas dúvidas. Sendo conhecido que a qualquer momento poderá solicitar novas informações e modificar sua decisão de participar se assim o desejar.

Vale salientar, que não existe pergunta certa ou errada.

Responsáveis pelo projeto:

Prof. Dr Pedro Olavo de Paula Lima - Orientador e coordenador do projeto

Prof. Dr. Gabriel Peixoto Leão Almeida - Orientador e coordenador do projeto

João Paulo Silva Pereira - Mestrando (Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia e Funcionalidade - UFC)

Wiclaff Ferreira de Almeida - Graduando em Fisioterapia (UFC)

E-mail \*

E-mail válido  
.....

Estou ciente dos objetivos e consinto em participar da pesquisa Perfil do Atendimento do Fisioterapeuta Brasileiro na Osteoartrite de Joelho \*

Sim

Não

Nome Completo \*

Texto de resposta curta

Idade \*

Texto de resposta curta

01. Qual o seu sexo? \*

- Feminino
- Masculino

Você atendeu pelo menos 1 (um) paciente com Osteoartrite (OA) de joelho nos últimos 6 meses? \*

- Sim
- Não

02. Indique há quanto tempo você se graduou: \*

- Há menos de 5 anos
- Entre 5 e 10 anos
- Há mais de 10 anos

03. Aonde você trabalha? \*

- Instituição Pública (Ex: Unidades Básicas de Saúde, Hospitais Públicos, Universidades Públicas etc).
- Instituição Privada (Ex: Clínicas e Hospitais Privados, Empresas, Universidades/Faculdades Privadas etc)
- Ambos

04. Nacionalidade: \*

- Brasileira
- Outros...

05. Estado em que reside: \*

06. Você possui algum curso de pós-graduação *latu senso*?

- Sim
- Não

Caso sim, especifique:

Texto de resposta curta  
.....

07. Você possui algum título de especialista reconhecido pelo COFFITO?

- Sim
- Não

Caso sim, especifique:

- Associação dos Fisioterapeutas Acupunturistas do Brasil/ Sociedade Brasileira de
- Associação Brasileira de Fisioterapia Aquática
- Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorespiratória e Fisioterapia em Terapia
- Associação Brasileira de Fisioterapia Dermatofuncional
- Sociedade Nacional de Fisioterapia Esportiva
- Associação Brasileira de Fisioterapia em Gerontologia
- Associação Brasileira de Fisioterapia do Trabalho
- Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional
- Associação Brasileira de Fisioterapia em Oncologia
- Associação Brasileira de Fisioterapia Traumato-Ortopédica

- Associação Brasileira de Fisioterapeutas Osteopatas
- Associação Nacional de Fisioterapia em Quiropraxia
- Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher

08. Você possui Mestrado? \*

- Sim
- Não

Caso sim, especifique:

Texto de resposta curta  
.....

09. Você possui Doutorado? \*

- Sim
- Não

Caso sim, especifique:

Texto de resposta curta  
.....

10. Quantos pacientes com OA de joelho você costuma atender? \*

- Menos de 1 (um) paciente por mês
- Pelo menos 1 (um) paciente por mês
- Pelo menos 1 (um) paciente por semana

11. Você costuma acessar bases de dados para pesquisar sobre OA de joelho? \*

- Sim
- Não

Se sim, quais? (Por favor, marquem todas que se aplicam)

- Pubmed/Medline
- Lilacs
- Embase
- PEDro
- Cochrane
- Outros...

12. Quantos artigos científicos sobre OA de joelho você costuma ler? \*

- Menos de 1 (um) artigo por mês
- Pelo menos 1 (um) artigo por mês
- Pelo menos 1 (um) artigo por semana
- Não costumo ler artigos sobre esse tema

## As próximas perguntas foram baseadas no caso clínico abaixo. Por favor, leia-o com atenção.

### Caso Clínico

Uma mulher de 56 anos de idade foi encaminhada ao fisioterapeuta por um médico reumatologista, devido história de dor no joelho direito, que piorou nos últimos meses. Ela é costureira e dona de casa. No entanto, devido ao problema no joelho, as atividades domésticas estão prejudicadas.

Sua saúde geral é boa, apesar de ter sobrepeso, hipertensão (controlada) e ser sedentária. Nega etilismo e tabagismo. Relata que sente o joelho "duro" pela manhã, ao acordar, e que melhora com o movimento. Ao longo do dia sente o joelho crepitar durante suas atividades diárias.

Classifica sua dor em 6 em uma escala de 0 a 10, porém, durante movimentos como agachar, subir e descer escadas, classifica sua dor em 8, na mesma escala. Atualmente, para aliviar a dor, ela toma analgésico, receitado pelo seu médico. A radiografia solicitada evidenciou presença de osteófitos definidos, sem redução do espaço intra-articular.

Ao exame físico evidenciou-se edema leve no joelho, sem dor à palpação das estruturas articulares, redução da força muscular de quadríceps direito quando comparado ao membro contralateral, pés levemente supinados e discreto varismo de joelho.

De acordo com o CASO CLÍNICO apresentado acima, responda qual seria sua conduta para tratar ESTE PACIENTE NESTE MOMENTO.

01. Caso você fosse o fisioterapeuta do paciente acima, qual seria o seu diagnóstico cinesiológico-funcional? \*

Texto de resposta longa

02. Neste momento, você usaria algum recurso de Eletrotermofototerapia para tratar esta paciente? \*

Sim

Não

02. Neste momento, você usaria algum recurso de Eletrotermofototerapia para tratar esta paciente? \*

- Sim
- Não

Caso sim, quais? (Por favor, marque todos que se aplicam)

- TENS/CIV/Diadinâmicas
- Ultrassom
- Ondas Curtas
- Corrente Russa
- FES
- LASER
- Aussie
- Crioterapia
- Calor Superficial
- Outros...

03. Você usaria algum recurso de Terapia Manual para tratar esta paciente? \*

- Sim
- Não

Caso sim, quais? (Por favor, marque todos que se aplicam)

- Mobilização Articular (Maitland, Mulligan, dentre outros)
- Osteopatia/Quiropraxia
- Terapia de Liberação Miofascial
- Técnicas Posturais
- Massoterapia
- Drenagem Linfática Manual
- Outros...

04. Você prescreveria Exercícios Terapêuticos para esta paciente? \*

- Sim
- Não

Caso sim, quais? (Por favor, marque todos que se aplicam)

- Exercícios de fortalecimento em cadeia cinética aberta para membros inferiores
- Exercícios de fortalecimento em cadeia cinética fechada para membros inferiores
- Exercícios aeróbicos de baixo impacto
- Exercícios de treino sensório-motor e equilíbrio
- Alongamentos
- Fisioterapia Aquática
- Outros...

05. Você usaria algum outro tipo de recurso para tratar esta paciente? \*

Sim

Não

Caso sim, quais? (Por favor, marque todos que se aplicam)

Bandagem (Rígida e/ou Elástica)

Acupuntura

Terapia Cognitivo-Comportamental

Outros...

06. Você ofereceria algum conselho para esta paciente? \*

Sim

Não

Caso sim, especifique. (Por favor, marque todas que se aplicam)

Uso de algum suporte para o joelho (órtese)

Reduzir o nível de atividade

Aumentar o nível de atividade

Reduzir o peso

Melhorar os hábitos alimentares

Uso de calor ou gelo em casa

Uso de dispositivo de auxílio durante a marcha (Ex: Muleta)

- Uso de palmilhas ou calçados mais adequados
- Medidas de prevenção da dor durante o movimento ou atividade
- Realizar em casa exercícios prescritos por você
- Outros...

07. Provavelmente, quantas vezes por semana você atenderia esta paciente? \*

- Uma vez
- Duas vezes
- Três vezes
- Mais de três vezes

08. Provavelmente, em quantas semanas você trataria esta paciente? \*

- Entre 1 e 4 semanas
- Entre 2 e 3 meses
- Entre 4 e 6 meses
- 6 meses ou mais

09. Você encaminharia esta paciente para outro profissional? \*

- Sim
- Não

Caso sim, quais? (Por favor, marque todos que se aplicam)

- Outro fisioterapeuta
- Cirurgião Ortopédico
- Educador Físico
- Terapeuta Ocupacional
- Nutricionista
- Farmacêutico
- Acupunturista
- Médico Reumatologista
- Outros...