



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MIGUEL ALMEIDA SANTOS

**Experiência, expectativas e necessidades do doente com dor crónica por
gonartrose nos Cuidados de Saúde Primários: projeto piloto para estudo
qualitativo por focus group**

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

DR^a CATARINA ISABEL DOS SANTOS MATIAS

PROF. DR. LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO

MARÇO 2022

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO
ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

**Experiência, expectativas e necessidades do doente com dor crónica por
gonartrose nos Cuidados de Saúde Primários: projeto piloto para estudo
qualitativo por focus group**

*Experience, expectations and necessities felt by the patient with chronic pain due to
knee osteoarthritis at the Primary Health Care: pilot project for qualitative study by
focus group*

Autores:

Miguel Almeida Santos¹

Catarina Isabel dos Santos Matias^{1,2}

Luiz Miguel Santiago^{1,3}

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro, Coimbra, Portugal

³ Unidade de Saúde Familiar Topázio, Coimbra, Portugal

E-mail: miguel.almeida.santos8@gmail.com

ÍNDICE

| | |
|----------------------------|----|
| RESUMO | 4 |
| PALAVRAS-CHAVE | 6 |
| ABSTRACT | 7 |
| KEYWORDS | 9 |
| INTRODUÇÃO | 10 |
| MÉTODOS | 12 |
| RESULTADOS | 14 |
| DISCUSSÃO | 23 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 30 |
| ANEXO I - Questionário | 32 |

RESUMO

Introdução

Estudos indicam que os cuidados de saúde praticados atualmente para a gestão da gonartrose (GA) e da dor crónica associada são heterogéneos e têm resultados insuficientes, levando muitos doentes a sentir que as suas necessidades terapêuticas não são totalmente cumpridas.

Objetivo

Este estudo visou avaliar qualitativamente as experiências, expectativas e necessidades de doentes com GA, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), preparando as bases de inquirição para um estudo qualitativo por focus group, que deve analisar mais detalhadamente a perspetiva destes doentes.

Métodos

Estudo qualitativo transversal por resposta escrita a inquérito com perguntas abertas, aplicado numa amostra de conveniência, nos meses de janeiro e fevereiro de 2022. Os doentes selecionados expressaram, de forma anónima, a sua experiência no ambiente dos CSP para controlo da dor. Os dados obtidos através dos inquéritos foram analisados independentemente por dois investigadores.

Resultados

Foi obtida uma amostra de 19 participantes. Foram identificados seis temas principais referentes à experiência dos participantes: Diagnóstico e seguimento da GA; Acessibilidade e satisfação com o acompanhamento pelos CSP; Relação médico-doente e empoderamento do doente; Tratamento recomendado pelo Médico de Família para controlo da dor; Alterações do estilo de vida para controlo da dor e Avaliação da dor e do seu impacto na vida do doente e na dos que o rodeiam. Para 21.1% dos participantes a dor não estava controlada; 68.4% compreendiam a importância da atividade física na gestão da dor e 52.6% revelou limitação das atividades do dia-a-dia, precisando de mais apoio de amigos e familiares.

Discussão

A maioria dos participantes considera a limitação funcional o fator mais determinante para o impacto da GA na sua vida, apesar da satisfação com o acesso aos CSP, número e duração das consultas e comunicação do médico de família. O conhecimento atual acerca deste processo terapêutico é escasso, sendo importante saber mais sobre as suas características.

Conclusão

Os doentes com GA necessitam de uma abordagem holística, multidisciplinar e personalizada por parte dos CSP. Os dados recolhidos servirão como ponto de partida para a orientação dos focus groups de um futuro estudo, permitindo desenvolver estratégias adequadas para otimizar esse processo.

PALAVRAS-CHAVE

Dor crónica, gonartrose (GA), Cuidados de Saúde Primários (CSP), Médico de Família, Medicina Geral e Familiar (MGF), estudo qualitativo

ABSTRACT

Introduction

Studies indicate that the current practiced health care for the management of knee osteoarthritis and its associated chronic pain are heterogeneous and have insufficient results, leaving a lot of patients feeling that their therapeutic needs aren't totally met.

Objectives

The purpose of this study was to qualitatively evaluate the experiences, expectations and needs of patients with knee osteoarthritis, at the Primary Health Care, setting the inquiry foundations for a focus group-based qualitative study, which should analyze these patients perspectives in a more detailed way.

Methods

Cross-sectional qualitative study by written response to a survey with open questions, applied to a convenience sample, between January and February 2022. The selected patients anonymously expressed their experience with the pain control in the context of Primary Health Care. The collected data was independently analyzed by two investigators.

Results

A sample of 19 participants was obtained. Six main themes regarding participants experience were identified: Knee osteoarthritis diagnosis and follow-up; Accessibility and satisfaction with Primary Health Care follow-up; Doctor-patient relation and patient empowerment; Treatment recommended by the General Practitioner for pain control; Lifestyle changes for pain control and Pain assessment and its impact on the lives of the patient and of those around him. 21.1% of the participants didn't have their pain completely controlled; 68.4% understood the importance of physical activity on pain management and 52.6% reported limitation of their daily activities that leaved them needing more support from friends and family members.

Discussion

Most of the patients highlighted functional limitation as the defining factor of their current condition, although the majority of the participants were satisfied with the access to Primary Health Care, number and duration of the appointments and communication with the General Practitioner. Current knowledge about this therapeutic process is scarce, being of great importance finding out more about its characteristics.

Conclusion

Patients with knee osteoarthritis need a holistic, multidisciplinary and personalized approach by Primary Health Care. The collected data will serve as a starting point for the guidance of a focus group-based qualitative study, allowing for the development of adequate strategies to optimize this process.

KEYWORDS

Chronic pain, knee osteoarthritis, Primary Health Care, General Practitioner, Family Medicine/General Practice, qualitative study

INTRODUÇÃO

A dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável relacionada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”, [1] sendo classificada como crónica quando persiste ou recorre por mais de 3 meses ou quando persiste após a causa ter sido resolvida. [2]

Apesar de se apresentar habitualmente como resultado de uma doença ou lesão, a dor crónica é uma condição independente, [2,3] tendo um impacto biopsicossocial no doente que poderá afetar a sua vida individual, familiar, social, profissional e recreacional. [4,5]

Para além do impacto no indivíduo, a dor crónica representa um grande fardo económico. Azevedo LF et al (2014) [6] estimam um custo anual médio da dor crónica em Portugal de 4,611.69 milhões de euros, sendo 42.7% custos diretos e 57.3% custos indiretos, o que correspondia a 2.71% to PIB anual português em 2010. Em Portugal, aproximadamente um terço da população vive com algum tipo de dor crónica. [4,7]

Inicialmente, os doentes com dor crónica recorrem geralmente aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), em particular à Medicina Geral e Familiar (MGF), onde procuram o seu Médico de Família, já que este providencia cuidados acessíveis, continuados, completos e coordenados. [7] A sua gestão eficaz nestes cuidados envolve uma abordagem multidisciplinar e holística, com o objetivo de aliviar a dor e minimizar a incapacidade funcional, diminuindo as limitações físicas e sociais, de forma a maximizar a função e a qualidade de vida do doente, ensinando-lhe, ao mesmo tempo, a conviver com a dor crónica, por aconselhamento, medicação ou referência a outros níveis e prestadores de cuidados. [7,8,5] Globalmente, o joelho é a terceira localização mais frequente de dor crónica, representando 24% destes casos na população portuguesa. [4]

A artrose afeta aproximadamente 250 milhões de pessoas no mundo, sendo o joelho a articulação mais afetada, responsável por 83% do fardo da artrose. [9]

Em Portugal, a prevalência da gonartrose (GA) na população adulta é de 12.4%, [10] sendo que, com uma população cada vez mais envelhecida, na qual 8 em cada 10 idosos têm excesso de peso, [11] é de esperar que este número aumente no futuro.

Sendo a GA uma das principais causas globais de incapacidade, espera-se que se torne um desafio major para os sistemas de saúde no mundo. [12]

A GA pode afetar toda a articulação e causar disfunção funcional, dor e rigidez. [12] Para além disso, estes doentes podem experienciar depressão e problemas no sono. [13]

Não havendo cura conhecida para a artrose, as melhores práticas, baseadas na evidência, [13] apontam para a melhoria da função articular (através da manutenção da atividade articular, passiva e ativa), o alívio da dor e a modificação dos factores de risco para a progressão da doença, nomeadamente manutenção de um peso saudável. O tratamento farmacológico é recomendado para controlo sintomático e a artroplastia total do joelho é

opção de última linha, quando há um comprometimento significativo da qualidade de vida, apesar da implementação de medidas conservadoras.

No entanto, estudos indicam que os cuidados praticados atualmente para gestão da GA são heterogéneos e discordantes com os padrões de qualidade estabelecidos. [14] Por outro lado, Costa D et al. (2021) [15] mostraram que a utilização dos cuidados de saúde em Portugal por estes doentes parece não ser influenciada apenas pelo grau de necessidades clínicas, tendo verificado associações entre um perfil de maior utilização dos cuidados de saúde e fatores como o nível de ansiedade dos doentes ou a sua localização geográfica.

Assim, pretendeu-se avaliar as experiências, expectativas e necessidades sentidas pelos doentes na gestão da GA pelo Médico de Família, nos CSP. Este estudo piloto definiu orientações para um futuro estudo qualitativo por focus group, que deve investigar mais detalhadamente a perspetiva destes doentes, para uma melhor compreensão da forma como estes convivem com esta condição, sustentada na Medicina Centrada no Paciente.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Estudo quali-quantitativo observacional por resposta escrita em papel, a questões abertas, em amostra de conveniência nos meses de janeiro e fevereiro de 2022.

Cumprimento de padrões éticos

Foi obtido consentimento escrito por parte de todos os participantes. O protocolo do estudo foi submetido a aprovação da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.

Seleção dos participantes

Os participantes do estudo eram utentes de Unidades de Saúde Familiar (USF) do concelho de Coimbra, diagnosticados com GA, que cumpriam os seguintes critérios:

- Idade maior ou igual a 40 anos;
- Dor crónica (duração igual ou superior a 3 meses) uni ou bilateral;
- Sem antecedentes de traumatismo, fratura e/ou cirurgia do joelho;
- Sem cirurgia do joelho programada;
- Sem antecedentes de corticoterapia oral prolongada.

Foi feita uma seleção dos utentes que cumpriam os critérios explicitados acima e que se mostraram disponíveis para colaborar com o projeto, tendo sido obtida uma amostra de conveniência, num total de 19 participantes. A colheita dos dados foi realizada até à sua saturação, definida como o ponto em que os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do investigador, redundância ou repetição, não contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada. Nenhum benefício financeiro foi dado aos participantes.

Recolha de dados

A recolha dos dados foi feita com recurso a metodologia qualitativa, através de um inquérito com perguntas abertas (Anexo I), previamente estruturadas, de modo a abranger os tópicos considerados relevantes. Nas USF, médicos assistentes aplicaram os inquéritos aos doentes selecionados. No inquérito, o participante é convidado a expressar, de forma anónima, a sua experiência com os CSP para controlo da sua dor, respondendo a 19 perguntas num exemplar impresso em papel que lhe é entregue.

Para concluir a dimensão descritiva do projeto, os participantes também forneceram as seguintes informações: idade, sexo, peso (último registo recordado), altura, co-habitantes, nível de formação, situação profissional atual, início da dor no joelho e terapêuticas e/ou estratégias para o controlo e manutenção da dor.

Os inquéritos foram todos iguais, não havendo números de série ou códigos de identificação individual para cada um.

Não havendo qualquer elemento identificativo do participante, e tendo as respostas sido analisadas por pessoas diferentes das que os aplicaram, garantiu-se o anonimato das respostas.

Análise de dados

Os dados obtidos através dos inquéritos foram analisados pelo investigador principal e pelo investigador coordenador de forma independente, através do método de comparação constante. A informação foi analisada, codificada e classificada, de modo a agrupar por temas as principais manifestações dos participantes. As diferenças nestas análises foram resolvidas por consenso entre os dois investigadores.

De seguida, foram estudadas as propriedades e relações da informação de cada tema, resultando daí as discussões e conclusões finais.

Na elaboração deste estudo foram considerados os princípios de elaboração da investigação qualitativa por focus groups, através de critérios e padrões de qualidade e transparência já definidos: Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR). **[16]**

RESULTADOS

Características sociodemográficas e profissionais dos participantes

A amostra de 19 pessoas (Tabela 1) tem maior representação feminina, mediana de idade de 67 anos (mínimo de 40 e máximo de 84 anos). Todos os participantes têm excesso de peso e 15.8% têm obesidade; 47.4% vivem em família nuclear; 47.4% têm apenas a educação primária como formação acadêmica, estando reformados 68.4%; 57.9% têm sintomas já há mais de dois anos, tomando medicação analgésica 84.2% e realizando atividade física para gestão da dor 57.9%, como medida exclusiva ou complementar a outras terapêuticas.

Tabela 1 Características sociodemográficas e profissionais dos participantes

| Características sociodemográficas e profissionais | Total^a No. (%) (N = 19) |
|---|---|
| Idade (anos) | |
| Média | 66 |
| Mediana | 67 |
| Máximo | 84 |
| Mínimo | 40 |
| Sexo | |
| Feminino | 10 (52.6) |
| Masculino | 9 (47.4) |
| Índice de Massa Corporal (IMC) (cálculo a partir dos dados fornecidos para altura e peso) | |
| Acima do peso ideal (25–29.99 kg/m ²) | 16 (84.2) |
| Obesidade (≥30 kg/m ²) | 3 (15.8) |
| Média | 28.9 |
| Mediana | 28.6 |
| Máximo | 37.6 |
| Mínimo | 25.9 |
| Co-habitantes | |
| Só | 6 (31.6) |
| Marido/mulher/esposo(a) | 9 (47.4) |
| Esposa e um filho/a e/ou mãe/pai | 4 (21.1) |

| | |
|--|-----------|
| Nível de formação | |
| Sem formação | 2 (10.5) |
| Primário | 9 (47.4) |
| Secundário | 3 (15.8) |
| Técnico | 1 (5.3) |
| Licenciatura | 1 (5.3) |
| Mestrado | 1 (5.3) |
| Doutoramento | 1 (5.3) |
| Sem resposta | 1 (5.3) |
| Situação profissional | |
| Ativo | 5 (26.3) |
| Reforma | 13 (68.4) |
| Desemprego | 0 (0) |
| Estudante | 0 (0) |
| Outra (Trabalhador Rural) | 1 (5.3) |
| Início da dor no joelho | |
| Há menos de 6 meses | 2 (10.5) |
| Entre 6 e 12 meses | 0 (0) |
| Entre 1 e 2 anos | 3 (15.8) |
| Há mais de 2 anos | 11 (57.9) |
| Outra/Resposta inválida | 2 (10.5) |
| Sempre | 1 (5.3) |
| Como faz o controlo e manutenção da dor? | |
| Medicamentos | 16 (84.2) |
| Paracetamol | 9 (47.4) |
| AINEs | 6 (31.6) |
| Opióides | 4 (21.1) |
| Atividade física | 11 (57.9) |
| Fisioterapia | 5 (26.3) |
| Injeção na articulação | 4 (21.1) |
| Acupuntura | 2 (10.5) |

Informação apresentada em valores absolutos (percentagem)

Ao analisar as respostas dos participantes ao inquérito, foram identificados 6 temas principais referentes à sua experiência a lidar com a GA:

1. Diagnóstico e seguimento da GA.

2. Acessibilidade e satisfação com o acompanhamento pelos CSP.
3. Relação médico-doente e empoderamento do doente.
4. Tratamento recomendado pelo Médico de Família para controlo da dor.
5. Alterações do estilo de vida para controlo da dor.
6. Avaliação da dor e do seu impacto na vida do doente e na dos que o rodeiam.

1. Diagnóstico e seguimento da GA

A Tabela 2 contém informação acerca do diagnóstico e seguimento da GA nos CSP. Três participantes (15.8%) não referem ser seguidos pelo Médico de Família, sendo que dois referem não ser acompanhados em nenhuma consulta e o outro refere ser seguido em consultas de Ortopedia e Fisiatria, por referência do Médico de Família. Um dos participantes, que afirma ser seguido pelo Médico de Família, refere "não consigo ir a outras consultas pois não me mexo bem".

Tabela 2 Diagnóstico e seguimento da GA

| Diagnóstico e seguimento da GA | Total^a |
|---|--------------------------|
| | No. (%) |
| | (N = 19) |
| Diagnóstico da GA por: | |
| Resultados de ECD + Comunicação do Médico de Família | 12 (63.2) |
| Exclusivamente resultados de ECD | 3 (15.8) |
| Ecografia (especificada dentro dos ECD) | 2 (10.5) |
| TAC (especificada dentro dos ECD) | 1 (5.3) |
| Sem resposta | 2 (10.5) |
| Exclusivamente comunicação do Médico de Família | 1 (5.3) |
| Seguimento da GA por: | |
| Médico de Família | 16 (84.2) |
| Médico de Família + Ortopedia + Reumatologia + Fisiatria | 7 (36.8) |
| Ortopedia | 5 (26.3) |
| Fisiatria | 3 (15.8) |
| Não tem seguimento em consulta | 2 (10.5) |
| Ortopedia + Fisiatria | 1 (5.3) |
| Informação apresentada em valores absolutos (percentagem) | |

2. Acessibilidade e satisfação com o acompanhamento pelos CSP

16 participantes (84.2%) afirmaram estar satisfeitos com o acesso à consulta quando têm dor. Os mesmos 16 participantes indicaram estar satisfeitos com a duração e número de consultas com o Médico de Família. Dos restantes, destacam-se algumas afirmações: “gostava de ter mais consultas pelos meus problemas”, “não há nada a fazer, aguentar”, “não marcam consulta e pelo telefone não é justo” e “não mexer muito bem faz-me sentir só sem poder fazer o que quero e assim precisava de falar mais com o médico”.

3. Relação médico-doente e empoderamento do doente

Da amostra, 13 participantes (68.4%) afirmaram sentir-se informados e esclarecidos acerca da sua GA e 5 (26.3%) referiram não se sentir informados e esclarecidos acerca da sua condição (“pouco esclarecido”, “Não sei porque tenho esta doença nos ossos”, “Não sei porque fiquei assim”), fazendo parte deste grupo aqueles que relataram não estar satisfeitos com o acesso e número de consultas com o Médico de Família. Um participante indicou sentir-se esclarecido, “mesmo que ainda não tenha percebido a causa para isto”.

Para 17 dos participantes (89.5%), a informação e o esclarecimento acerca dos tratamentos propostos pelo Médico de Família para controlo da dor no joelho foram positivos, apesar de um participante afirmar “mas não me fazem grande coisa. Dói sempre”. Apenas um participante afirmou ter “pouca informação” e por isso não se sentir informado em relação a este tópico. Um participante não registou nenhuma resposta para esta questão.

Para 16 participantes (84.2%), o Médico de Família teve em conta as experiências e opiniões destes aquando da decisão do tratamento mais adequado. 3 participantes afirmaram que houve acordo terapêutico com o médico (“ele disse-me o que podia ser feito”, “acertámos o que fazer”, “tratámos de concordar no que fazer”, “Sim, explicou-me”). Outras respostas registadas neste tópico foram “sim ele ouve-me mas não me tira as dores”, “Sim. Bem me avisa”, “Sim. Tenho ossos estragados pela vida tenho de saber sofrer”.

4. Tratamento recomendado pelo Médico de Família para controlo da dor

A informação recolhida acerca do tratamento para controlo da dor recomendado pelo Médico de Família encontra-se na Tabela 3.

Tabela 3 Tratamento recomendado pelo Médico de Família para controlo da dor

| Tratamento recomendado pelo Médico de Família para controlo da dor | Total^a No. (%) (N = 19) |
|---|---|
| Controlo da dor na maior parte do tempo | |
| Dor controlada | 13 (68.4) |
| Dor não controlada | 4 (21.1) |
| Sem resposta | 2 (10.5) |
| No caso de terem sintomas descontrolados... | |
| ...Sabe como agir. | 17 (89.5) |
| ...Não como agir. | 1 (5.3) |
| Sem resposta | 1 (5.3) |
| Expectativas para o plano de tratamento do Médico de Família | |
| Melhoria da limitação funcional | 7 (36.8) |
| Não agravar condição ("não piorar"/"manter situação atual") | 6 (31.6) |
| Melhorar ou eliminar dores | 5 (26.3) |
| Melhoria do bem-estar geral ("satisfação") | 3 (15.8) |
| Cumprimento completo do plano terapêutico do Médico de Família | |
| Sim | 16 (85.2) |
| Não | 1 (5.3) |
| Sem resposta | 3 (15.8) |
| Custos da terapêutica são elevados? | |
| Não | 12 (63.2) |
| Sim | 4 (21.1) |
| Sem resposta | 3 (15.8) |
| Reportaram dificuldade em suportar os custos | 5 (26.3) |
| Plano terapêutico do Médico de Família | |
| Inclui outros tratamentos para além do uso de medicamentos | 14 (73.7) |
| Inclui exercício físico | 6 (31.6) |
| Inclui Fisioterapia | 2 (10.5) |
| Exclusivamente medicação | 3 (15.8) |
| Inclui "gelo e calor quando pior" | 1 (5.3) |
| Informação apresentada em valores absolutos (percentagem) | |

Dos participantes que referiram não ter a dor controlada, dois tinham “sempre dores” e outros dois indicaram agravamento das dores com o movimento (“para me mexer ainda é pior”, “quando ando um pouco mais fico pior”). Um referiu “Não, é saber viver com a dor”.

Foram mencionados “reforçar medicação” e “gelo” para controlo da dor. Um participante referiu “Tenho de tomar os medicamentos que não me fazem nada”. Um participante afirmou não cumprir o plano por completo (“é muito aborrecido e estar sempre a tomar comprimidos sem ter ajudas é muito mau”).

Em relação aos custos da terapêutica, os testemunhos dos participantes incluem: “osteopatia podia ser comparticipada”, “Tenho de pagar o transporte para a fisioterapia e para as consultas no hospital”, “Ter de pagar medicamentos é muito aborrecido com a minha reforma”, “É um pouco caro”, “reforma é pequena”, “a reforma não dá para tudo”.

Sobre o plano terapêutico como um todo, seis referiram conselhos específicos de exercício físico (“caminhada”, “atividade física com pedaleira”, “passear com amigas”, “andar a pé”, “exercícios para a força”, “ginásio [...] para melhorar mobilidade e força muscular”) e um reportou “[o Médico de Família] quer algumas coisas que eu não posso fazer sozinha. Tenho de ter quem trate de mim e o meu marido não é capaz”.

Um participante afirmou ainda “[o Médico de Família] sabe que falo com Osteopata”.

5. Alterações do estilo de vida para controlo da dor

Na Tabela 4 encontra-se um resumo das respostas dos participantes nesta secção.

Tabela 4 Alterações do estilo de vida para controlo da dor

| Alterações do estilo de vida para controlo da dor | Total^a No. (%) (N = 19) |
|--|---|
| Crenças sobre prática de exercício físico para gestão da dor: | |
| É benéfica | 13 (68.4) |
| Não é benéfica | 4 (21.1) |
| “não” | 1 (5.3) |
| “Eu não posso fazer nada” | 1 (5.3) |
| “não posso nem consigo” | 1 (5.3) |
| “só traz mais dor” | 1 (5.3) |
| Sem resposta | 2 (10.5) |
| Participantes que reportaram praticar exercício físico | |
| “caminhada”/“marcha”/“andar a pé” | 12 (63.2) |
| “bicicleta em casa” | 8 (42.1) |
| “Musculação” | 3 (15.8) |
| | 1 (5.3) |

| | |
|---|----------|
| Tipo de exercício físico adequado e dirigido ao controlo da dor | |
| Acreditam estar a fazer o exercício adequado | 5 (26.3) |
| Não sabe/não responde | 5 (26.3) |
| Hidroginástica | 2 (10.5) |
| "Esforço sem pesos" | 2 (10.5) |
| "Reforço muscular e abdominais" | 2 (10.5) |
| "Bicicleta" | 2 (10.5) |
| Não sabe mas quer iniciar plano | 1 (5.3) |

Informação apresentada em valores absolutos (percentagem)

No que toca à prática de exercício físico, registaram-se as seguintes respostas: "só traz mais dor", "Sim preciso fortalecer os músculos", "Sim, melhor estar", "sim, pelo menos distraio-me", "sim, para me manter ativa", "sim, para me poder mexer", "Sim importantíssima para a cabeça e o corpo", "Sim, importantíssima para manter a força e a mobilidade e o bem-estar." e "era bom mas não dá, não posso nem consigo". Este último participante perguntou ainda "só se fosse em casa mas como?", quando questionado sobre o tipo de exercício físico que acreditava ser adequado e dirigido ao controlo da sua dor.

A importância da continuidade e consistência da atividade física foi destacada por dois dos participantes ("Já percebi que se não mantenho o que estou a fazer na semana seguinte tenho mais dificuldades"; "Quando não a faço [a bicicleta] sinto poucos dias depois que estou pior.").

Um participante referiu que a mobilidade, apesar da dor, é benéfica: "tudo aquilo que mexe os joelhos", e outro disse que o melhor exercício era "o que dá força às pernas permite dobrar os joelhos e não me faça mal". Um participante afirmou falta de tempo para a prática de exercício físico ("Não tenho tempo para isso. Basta-me andar que já cansa").

6. Avaliação da dor e do seu impacto na vida do doente e na dos que o rodeiam

Em relação à classificação da intensidade da dor, durante a maior parte do tempo, numa escala de 0 (nenhuma dor) a 10 (maior intensidade imaginável), 17 participantes classificaram a dor com um valor, um referiu que a intensidade era "irregular (7-10)" e um não respondeu (Tabela 5). Dos que classificaram a dor com um valor fixo (n=17), a média foi 6.82, a mediana 7, a moda 6 e o desvio interquartil 1.5.

Tabela 5 Intensidade da dor na maior parte do tempo

| Avaliação da dor e do seu impacto | No. (%) (N = 18) |
|---|-----------------------------------|
| Intensidade da dor na maior parte do tempo | |
| 5 | 1 (5.6) |
| 6 | 7 (38.9) |
| 7 | 5 (27.8) |
| 8 | 3 (16.7) |
| 9 | 0 (0) |
| 10 | 1 (5.6) |
| “Irregular 7-10” | 1 (5.6) |
| Impacto reportado da dor na vida do doente | |
| Limitação de pelo menos algumas atividades do seu dia-a-dia | 10 (52.6) |
| Limitação de todas as atividades do dia-a-dia | 2 (10.5) |
| Sem dificuldade nas atividades do dia-a-dia | 8 (42.1) |
| Sem resposta | 1 (5.6) |
| Reportada dificuldade no movimento | 2 (10.5) |
| Impacto reportado da dor nos que o rodeiam | |
| Maior dependência de amigos e família | 9 (47.4) |
| Relação com os seus familiares e amigos afetada | 8 (42.1) |
| Relação com os seus familiares e amigos inalterada | 7 (38.9) |
| Informação apresentada em valores absolutos (percentagem) | |

Dois participantes expressaram-se em relação à dificuldade no movimento (“mal posso andar, os joelhos estão grossos”; “quero andar e às vezes não posso”) e três referiram dificuldade em diferentes tarefas do dia-a-dia (“Sim em particular fazer trabalhos em casa abaixado”, “Dificulta-me apanhar coisas do chão.”, “Sim, fazer limpeza num pequeno jardim”, “quando tenho de ir às compras sinto logo o peso da carga”). Um participante afirmou “ainda não” se sentir limitado pela dor.

Um doente confirma a mudança na relação familiar - “eles sabem que eu sou uma coitada que tem muitas dores nos joelhos” e outros escrevem acerca da maior dependência destes e de amigos: “tenho recorrido a ajuda de amigos e família”, “têm de me ajudar pois eu não consigo fazer nada sem dor”, “Sim para me fazerem algumas compras”, “Sim. Já sou a velha que custa a andar”, “Sim. Então não me mexo!”).

À pergunta “Como se vê a si próprio desde que convive com a dor no joelho?”, as respostas podem ser agrupadas em quatro assuntos principais:

1. Limitação ou incapacidade funcionais: “Com muitas limitações”, “mais limitado e a ter de ter cuidados”, “mais debilitada no andar dia a dia”, “Um pouco mais limitada”, “Limitado pois ir dar passeios na natureza está limitado, por causa das descidas.”, “Tenho medo de cair”).
2. Frustração (“Mal”, “mais abatida”, “Sinto-me mal. Aborrecido. Enervado”, “Muito mal e sem ajudas para nada”)
3. Aceitação ou otimismo: “Vejo-me a pagar com juros as asneiras que fiz. Mas deram-me gozo.”, “Aborrecido por ter isto mas alegre pois não piorou muito.”, “A precisar de ter juízo”.
4. Peso da idade na evolução da condição: “Estou mais velha”, “Estou a ficar mais velha.”, “Mais velha e com os ossos gastos”, “A envelhecer”, “Já fiz o que tinha a fazer!”.

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou qualitativamente as experiências, expectativas e necessidades sentidas pela pessoa com dor crónica por GA nos CSP, sendo seu objetivo a orientação de um futuro estudo por focus group, no qual se poderão explorar mais detalhadamente as perspetivas dos doentes.

Em relação às características sociodemográficas, 18 dos 19 participantes têm mais de 55 anos, o que vai ao encontro da caracterização da população com dor crónica estudada por Antunes F. et al. (2021). [7] A média de 66 anos está muito próxima da média de 65.34 anos da amostra do estudo de Costa D et al. (2021), com 978 participantes diagnosticados com GA em Portugal. [15]

Sendo a amostra deste estudo uma amostra de conveniência, não se pode confrontar de forma válida a equitatividade de sexo encontrada nos participantes deste estudo com a maior preponderância do sexo feminino (superior a 70%), verificada nas amostras portuguesas de estudos para caracterização da prevalência da dor crónica [7] e da GA. [15,12]

O facto de todos os participantes terem excesso de peso ($IMC \geq 25$) enquadra-se no descrito pela literatura, já que parece haver uma maior utilização dos CSP por parte de pessoas com GA e com excesso de peso ou obesidade. [15]

No que diz respeito ao agregado familiar, cerca de um terço dos participantes vivia sozinho, o que pode dificultar a gestão da dor, se a incapacidade for grande, devido à possível ausência de uma rede de apoio familiar e/ou de cuidadores.

Quase metade dos participantes têm o nível básico de formação e cerca de dois terços estão reformados. A maioria convivia e lidava com a dor há mais de um ano, o que poderá tornar os testemunhos desta amostra mais consistentes, devido à experiência acumulada pelos doentes ao longo do tempo.

Oitenta e quatro por cento tomava medicação analgésica para controlo da dor, o que apoia a elevada tendência para a utilização destes fármacos na dor crónica em geral [7] e na dor crónica por GA. [17] A baixa percentagem de doentes que tomavam opióides aproxima-se da que é descrita por Azevedo LF et al. (2013). [8] Mais de metade dos participantes referiram a atividade física como medida adotada, o que é superior aos resultados descritos por Østerås et al. (2015), nos quais a amostra portuguesa tinha uma taxa de referência para atividade física de apenas 43%. [12]

Diagnóstico e seguimento da GA

Expectativa dos doentes em relação a ECD

O elevado número de doentes diagnosticados pelo Médico de Família (63.2%) é coerente com os 61.4% reportados por Antunes F. et al. (2021) [7] para a dor crónica.

Um elevado número de doentes reportou que o diagnóstico envolveu a realização de exames complementares de diagnóstico, com 1 ecografia e 2 TAC reportadas, sendo presumível que os restantes tenham realizado radiografias. No entanto, as características clínicas da artrose nem sempre se associam a alterações imagiológicas. [18] Por isso, seria interessante saber se estes exames foram pedidos para reforçar o diagnóstico clínico, esclarecendo sinais ou sintomas de alarme, e se atrasaram ou não a intervenção médica não-farmacológica.

Seguimento em consulta de especialidade médica

Apenas cerca de um terço dos participantes eram seguidos em consulta de especialidade médica, o que pode sugerir uma baixa taxa de referência por parte dos CSP, uma fraca adesão dos doentes a estas consultas ou uma satisfação com os CSP e a consequente não necessidade de acompanhamento mais especializado.

Incapacidade funcional como fator limitador do seguimento do doente em consulta

A incapacidade funcional causada pela dor crónica é evidenciada pelo participante que refere "não consigo ir a outras consultas pois não me mexo bem". Neste caso, a limitação causada pela artrose impedia que houvesse uma otimização da terapêutica da dor em consulta adequada, o que possivelmente levará a um agravamento da dor, com consequente agravamento da incapacidade funcional, alimentando um "ciclo de dor, inatividade e perda de massa muscular." [17]

Acessibilidade e satisfação com o acompanhamento pelos CSP

Satisfação com acessibilidade, quantidade e duração das consultas

A maioria dos participantes parecia ter facilidade no acesso aos CSP e estar satisfeita com a duração e número de consultas com o Médico de Família.

Necessidade de uma abordagem holística por parte do Médico de Família

Num estudo sobre os fatores que levam à utilização dos CSP pelos doentes com artrose em Portugal, conclui-se que a utilização dos sistema de saúde por pessoas com GA não é só motivada por necessidades clínicas, [15] o que evidencia a globalidade dos problemas que esta condição crónica acarreta, como no caso dos participantes que referiram "gostava de ter mais consultas pelos meus problemas" e "não mexer muito bem faz-me sentir só sem poder fazer o que quero e assim precisava de falar mais com o médico", possivelmente esperando do Médico de Família uma abordagem holística da sua dor e dos problemas consequentes.

Relação médico-doente e empoderamento do doente

Satisfação com comunicação do Médico de Família

O elevado número de participantes que afirmaram estar informados e esclarecidos acerca dos tratamentos que lhes foram propostos pelo Médico de Família para controlo da dor no joelho, parece indicar que a comunicação do Médico de Família é positiva na maior parte dos casos. Apesar disso, parece que um deles sente falta de uma melhor explicação em relação à causa da sua dor: “mesmo que ainda não tenha percebido a causa para isto”, o que sugere que poderia ser importante explorar mais aprofundadamente o verdadeiro grau de conhecimento dos participantes acerca dos mecanismos da doença.

Apesar de apenas 26.3% afirmarem desconhecimento em relação à causa da doença, seria importante perceber se isto se deve a uma má comunicação do médico, se está relacionada com o nível de apreensão do doente ou se tem outra causa.

A afirmação “Tenho ossos estragados pela vida tenho de saber sofrer” evidencia uma crença de que a GA é uma condição resultante do natural envelhecimento. Este pensamento já foi descrito em vários estudos que avaliaram as crenças dos doentes em relação à GA, e pode levar a uma aceitação/resignação perante a doença, que pode ser prejudicial para a adesão ao tratamento. [19-21] Por outro lado, a artrose é uma doença que por vezes é vista pelos profissionais de saúde como uma inevitabilidade, levando-os a assumir uma postura passiva em relação à sua gestão. [22]

Como refere Antunes F. et al. (2021), [7] o doente com dor crónica precisa de perceber que, provavelmente, não haverá uma cura para a sua dor, mas antes um plano de gestão da dor, para assegurar a melhor qualidade de vida possível. Assim, a comunicação entre médico e doente é um ponto fundamental para a melhor gestão da dor crónica.

Tratamento recomendado pelo Médico de Família para controlo da dor

Controlo e gestão da dor

Com 21.1% dos participantes a recusarem ter um controlo adequado da dor, há uma coerência com os dados reportados por Antunes F. et al. (2021), [7] que afirmam que um em cada três doentes com dor crónica nos CSP não consideram ter a dor controlada. No estudo de Laires P. A. et al. (2017) [17] verificou-se que mais de metade da amostra de doentes com GA tinha dor moderada ou grave, apesar do uso de analgésicos, o que sugere que as estratégias farmacológicas adotadas nos centros de saúde para o controlo da dor associada a esta condição podem ser insuficientes para a maior parte dos doentes. Em relação à medicação analgésica realizada pelos doentes, verificou-se que a percentagem de doentes sob as diferentes medicações foi diminuindo consoante a habitual escalada da escada terapêutica - paracetamol como primeira linha farmacológica, seguido de anti-inflamatórios não esteróides e, por último, opióides. [5,17]

Só um participante afirma não saber o que fazer no caso de ter sintomas descontrolados, o que parece mostrar que o Médico de Família está a comunicar bem o plano terapêutico aos doentes.

O agravamento da dor com movimento (“para me mexer ainda é pior”, “quando ando um pouco mais fico pior”) mostra que, apesar de a dor ser um problema por si só, a consequente incapacidade funcional pode ser uma queixa tão importante como esta, pela limitação que implica à vida do doente. Por outro lado, os médicos tendem a focar-se mais na dor, apesar da limitação funcional ser reportada como igualmente importante para muitos doentes. [22]

Expectativas do doente em relação ao plano de tratamento recomendado pelo Médico de Família

As expectativas dos doentes podem estar relacionadas com a comunicação que foi feita pelo Médico de Família. Se este faz uma comunicação realista da evolução expectável da doença, é mais provável que as expectativas do doente correspondam ao desenvolvimento esperado dos sintomas. Para além disso, os doentes deverão saber que, para ter resultados favoráveis, têm de ser proativos nas alterações do estilo de vida, e não simplesmente depender da medicação para controlo da dor.

Impacto financeiro do plano terapêutico

A dificuldade de alguns participantes em financiar os tratamentos propostos pode favorecer um regime de exercício físico gratuito em casa, principalmente para a população reformada, como propõem Silva C et al. (2018). [18]

Abrangência do plano terapêutico combinado com o Médico de Família

As respostas dos participantes indicam que, pelo menos, há uma indicação por parte do Médico de Família de que o plano terapêutico ideal também inclui medidas não-farmacológicas.

Alterações do estilo de vida para controlo da dor

Aproximadamente dois terços dos participantes parecem compreender a importância da atividade física na gestão da sua dor, o que faz com que seja mais provável que adiram a um programa de exercício regular, do que os que apresentam um conhecimento e compreensão limitados neste aspeto. [23]

A importância da continuidade e consistência da atividade física e os benefícios da mobilidade são apoiados por estudos que concluíram que a não prática de comportamentos promotores da saúde por parte de pessoas com doenças crónicas leva a um aumento das necessidades não supridas destes doentes. [24]

O agravamento da dor foi uma razão comum para não praticar exercício físico (cinesiofobia). Isto pode ser problemático, já que, como afirma Laires P. A. et al. (2017), “alguns autores sugerem que a dor pode levar à ausência de atividade física, resultar num ciclo de dor, inatividade e perda de massa muscular.” [17]

Um regime de exercício físico em casa [18] poderia ser recomendado para dois participantes: um que referiu indisponibilidade de horário para realizar exercício físico; e outro que perguntou “só se fosse em casa mas como?”, o que mostra a necessidade de ajuda na construção de um plano adequado para este doente, possivelmente do Médico de Família.

Outro participante referiu que o exercício físico “era bom mas não dá”, “não posso nem consigo”. Isto pode evidenciar a necessidade de haver um reforço na tentativa de encontrar um plano de exercício físico adequado para o doente.

Avaliação da dor e do seu impacto na vida do doente e na dos que o rodeiam

Avaliação da dor sentida na maior parte do tempo

A mediana de 7.0 (com um desvio interquartil de 1.5) é superior à mediana de 5.0 (com um desvio interquartil de 3.0), relatada para a dor crónica em doentes portugueses por Antunes F. et al. (2021). [7]

Impacto da dor na vida do doente e na dos que o rodeiam

Cerca de metade dos participantes sente uma limitação significativa das atividades do dia-a-dia, o que mostra o impacto que a dor crónica tem na vida da pessoa, podendo, no caso de este estar ativo profissionalmente, trazer sérias dificuldades profissionais ao doente. O facto de 9 participantes afirmarem que a dor os faz precisar de maior apoio e ajuda de familiares e amigos mostra o impacto que a dor crónica com potencial incapacitante pode ter, não só na própria pessoa, mas também nos que a rodeiam, como já foi descrito por participantes de vários estudos qualitativos. [21]

Auto-imagem

Apesar de não ser possível avaliar a saúde mental/estado emocional dos participantes com base numa frase, podemos dizer que cerca de um quinto dos participantes mostrou sinais depressivos ou de ansiedade. A maioria destacou a limitação funcional como fator definidor da sua condição atual, o que reforça a necessidade, já reportada, [22] de os médicos se focarem neste aspeto tanto quanto na dor. Outra grande parte da amostra parece estar resignada à crença de que a GA é uma consequência do envelhecimento.

Pontos fortes e limitações

Este estudo tem algumas limitações importantes. Em primeiro lugar, foi um estudo exploratório para um futuro estudo qualitativo por focus group, mais aprofundado. O reduzido tamanho da amostra (19 participantes) e a circunscrição dos testemunhos dos doentes a respostas escritas limitam a generalização dos resultados.

Em relação à seleção da amostra, a limitação do estudo a candidatos colaboradores na participação no inquérito, escolhidos pelos médicos assistentes nas USF, pode constituir um viés, já que estes doentes poderão ter uma taxa de adesão à terapêutica maior.

No que toca ao inquérito, a apresentação de sugestões de algumas respostas (sob a forma de opções assinaláveis com uma cruz) e o encadeamento das questões podem ter levado a que os participantes tenham sido influenciados nos seus testemunhos. A grande variação nos sintomas dos doentes com GA faz com que um inquérito estandardizado esteja à partida limitado no que toca à interpretação dos seus resultados, havendo a necessidade de fazer um estudo qualitativo com entrevistas num formato mais maleável, para conseguir obter resultados mais elucidativos acerca da experiência dos doentes.

Não foi definido um intervalo temporal concreto para a classificação da intensidade da dor sentida pelo doente. Recomenda-se a adoção de um intervalo temporal como “última semana” ou “último mês” num futuro estudo, para melhor definição da dor dos participantes e para uma mais fácil comparação entre os participantes da amostra, assim como com os resultados obtidos por outros estudos. Existe ainda outra limitação na caracterização da dor, que é observada frequentemente em estudos sobre a dor crónica: sendo a dor uma sensação subjetiva, a sua aferição baseia-se em testemunhos dos próprios doentes, havendo sempre a possibilidade de viés, devido aos diferentes contextos dos doentes e às diferentes perceções e tolerância da dor.

Não foi inquirida aos participantes a presença de outras comorbilidades. Isto teria sido importante para perceber se, nesta amostra, haveria uma relação entre o número de comorbilidades e a intensidade da dor/qualidade de vida. Num estudo de Prazeres F et. al (2016), [25] uma amostra de doentes com múltiplas comorbilidades, utilizadores dos CSP, reportou piores indicadores de qualidade de vida que a população de referência. Já o estudo de Antunes F. et al. (2021), [7] não encontrou nenhuma associação entre a existência de comorbilidades e a intensidade da dor, apesar de mais de metade da população estudada, doentes com dor crónica, ter três ou mais comorbilidades. Assim, teria sido interessante perceber se as características da nossa amostra se alinhavam com algum destes estudos.

O tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico destes participantes é desconhecido, o que poderia ser um dado interessante para melhor compreender o que levou estes doentes a recorrer aos CSP, assim como a atuação inicial do Médico de Família. Antunes F. et al. (2021) [7] reportou que apenas cerca de metade da sua amostra de doentes com dor crónica foram diagnosticados até um ano após o início dos sintomas.

Por último, não foi perguntado aos participantes se, à data ou nalgum momento da evolução da sua doença, recorreram a Certificação de Incapacidade Temporária para o trabalho (ou se interromperam as suas atividades por algum período, no caso dos doentes reformados/desempregados), se tiveram hábitos tabágicos, alcoólicos ou toxicológicos, se a dor no joelho era uni ou bilateral e se havia atingimento de outras articulações.

Conclusão

Este estudo piloto forneceu dados sobre a perspetiva dos doentes com GA e a gestão da sua dor crónica nos CSP, importantes para a definição dos pontos-chave a ser abordados num futuro estudo qualitativo.

A maioria dos participantes destacou a limitação funcional como fator definidor da sua condição atual, apesar da satisfação maioritária com o acesso aos CSP, com o número e a duração das consultas e com a comunicação do médico de família. Para 21.1% dos participantes a dor não estava controlada; 68.4% compreendiam a importância da atividade física na gestão da dor e 52.6% revelou limitação das atividades do dia-a-dia, precisando de um maior apoio de amigos e familiares.

Os doentes com GA necessitam de uma abordagem holística, multidisciplinar e personalizada por parte dos CSP. Os dados recolhidos servirão como ponto de partida para a orientação dos focus groups de um estudo futuro e permitirão desenvolver estratégias adequadas para otimizar esse processo, de modo a aprofundar o conhecimento acerca da perspetiva destes doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020 Sep 1;161(9):1976-1982.
2. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019 Jan;160(1):19-27.
3. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth*. 2019;123(2): e273–83.
4. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. Epidemiology of chronic pain: A population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *J Pain*. 2012;13:773-783.
5. Mills S, Torrance N, Smith BH. Identification and Management of Chronic Pain in Primary Care: a Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2016 Feb;18(2):22.
6. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. The economic impact of chronic pain: a nationwide population-based cost-of-illness study in Portugal. *Eur J Health Econ*. 2016 Jan;17(1):87-98.
7. Antunes F, Pereira RM, Afonso V, Tinoco R. Prevalence and Characteristics of Chronic Pain Among Patients in Portuguese Primary Care Units. *Pain Ther*. 2021 Dec;10(2):1427-1437.
8. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonca L, Dias CC, Castro-Lopes JM. A population-based study on chronic pain and the use of opioids in Portugal. *Pain*. 2013;154(12):2844–52.
9. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 15;380(9859):2163-96.
10. Branco JC, Rodrigues AM, Gouveia N, et al Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt– a national health survey *RMD Open* 2016;2
11. Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal.
12. Østerås N, Jordan KP, Clausen B, Cordeiro C, Dziedzic K, Edwards J, et al. Self-reported quality care for knee osteoarthritis: comparisons across Denmark, Norway, Portugal and the UK. *RMD Open*. 2015;1(1):e000136.
13. Costa D, Cruz EB, Rodrigues AM, et al. Models of care for patients with knee osteoarthritis in primary healthcare: a scoping review protocol. *BMJ Open* 2021;11:e045358.

14. Hagen KB, Smedslund G, Osteras N, Jamtvedt G. Quality of community-based osteoarthritis care: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Care Res.* 2016;68(10):1443–52.
15. Costa D, Rodrigues AM, Cruz EB, Canhão H, Branco J, Nunes C. Driving factors for the utilisation of healthcare services by people with osteoarthritis in Portugal: results from a nationwide population-based study. *BMC Health Serv Res.* 2021 Sep 28;21(1):1021].
16. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med.* 2014 Sep;89(9):1245-51.
17. Laires PA, Laíns J, Miranda LC, Cernadas R, Rajagopalan S, Taylor SD, et al. Inadequate pain relief among patients with primary knee osteoarthritis. *Rev Bras Reumatol Engl Ed.* 2017 May-Jun;57(3):229-237.
18. Silva C, Amaro A, Pinho A, Gonçalves RS, Rodrigues M, Ribeiro F. Feasibility of a Home-Based Therapeutic Exercise Program in Individuals With Knee Osteoarthritis. *Arch Rheumatol.* 2018 Jan 15;33(3):295-301.
19. Turner AP, Barlow JH, Buszewicz M, Atkinson A, Rait G. Beliefs about the causes of osteoarthritis among primary care patients. *Arthritis Rheum.* 2007;57(2):267–271.
20. Spitaels D, Vankrunkelsven P, Desfosses J, Luyten F, Verschueren S, Van Assche D, et al. Barriers for guideline adherence in knee osteoarthritis care: a qualitative study from the patients' perspective. *J Eval Clin Pract.* 2017;23:165–172.
21. Wallis JA, Taylor NF, Bunzli S, Shields N. Experience of living with knee osteoarthritis: a systematic review of qualitative studies. *BMJ Open* 2019;9:e030060.
22. Roos EM, Arden NK. Strategies for the prevention of knee osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol.* 2016 Feb;12(2):92-101.
23. Duarte N, Santos C, Hughes SL, Paúl C. Participation in a randomised controlled trial for older adults with osteoarthritis in Portugal: Analysis of the acceptance factors. *Health Soc Care Community.* 2020;28:2374–2381.
24. Jang,B.-N.; Kim,H.-J.; Kim, B.-R.; Woo, S.; Lee, W.-J.; Park, E.-C. Effect of Practicing Health Behaviors on Unmet Needs among Patients with Chronic Diseases: A Longitudinal Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 7977.
25. Prazeres F, Santiago LM. Relationship between health-related quality of life, perceived family support and unmet health needs in adult patients with multimorbidity attending primary care in Portugal: a multicentre cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2016;14:156.

ANEXO I - Questionário

Experiência, expectativas e necessidades do doente com dor crónica por gonartrose nos Cuidados de Saúde Primários: projeto piloto para estudo qualitativo por focus group

Questionário para Trabalho Final do Mestrado Integrado em Medicina



Aluno: Miguel Almeida Santos

Trabalho realizado sob a orientação de:
Dr.^a Catarina Isabel dos Santos Matias
Prof. Dr. Luiz Miguel Santiago

Informações do participante:

1. Idade: _____
2. Sexo: _____
3. Peso (último registo recordado): _____
4. Altura: _____
5. Com quem vive? _____
6. Nível de formação: **[assinale a opção mais adequada]**
 - Sem formação
 - Primário
 - Secundário
 - Técnico
 - Licenciatura

1 de 7

- Mestrado
- Doutoramento

7. Situação profissional atual: **[assinale a opção mais adequada]**

- Ativo. Profissão: _____
- Reforma
- Desemprego
- Estudante
- Outra: _____

8. Início da dor no joelho: **[assinale a opção mais adequada]**

- Há menos de 6 meses
- Entre 6 e 12 meses
- Entre 1 e 2 anos
- Há mais de 2 anos
- Outra: _____

9. Como faz o controlo e manutenção da dor? **[assinale as opções mais adequadas]**

- Medicamentos
 - Quais? _____
 - Em que situações (p. ex. crise de dor/SOS, antes de esforços físicos, todos os dias independentemente de ter dor ou não)? _____
- Fisioterapia
- Injeção na articulação
- Osteopatia
- Acupuntura
- Atividade física. Qual? _____
- Outros. Quais? _____
- Nenhum método

Questionário

1. Como soube que tem artrose no joelho? **[assinale as opções que mais se adequam à sua resposta]**

- Informação prestada pelo médico de família.
- Através de resultado/relatório de exames complementares de diagnóstico. Quais? _____
- Outro meio. Qual? _____

2. Está satisfeito(a) com o **acesso** à consulta quando tem dor? **[assinale a opção mais adequada]**

- Sim.
- Não. Por favor indique as razões. _____

3. Está satisfeito(a) com a **duração e número de consultas** com o **médico de família**, tendo em conta a gestão da sua dor? **[assinale a opção mais adequada]**

- Sim.
- Não. Por favor indique as razões. _____

4. É seguido(a) por causa da sua artrose no joelho por: **[assinale as opções mais adequadas]**

- Médico de Família.
- Ortopedista...
 - ... por iniciativa própria.
 - ... por referência do Médico de Família.
- Fisiatra...
 - ... por iniciativa própria.
 - ... por referência do Médico de Família.
- Outro(s). Qual(ais)? _____
 - ... por iniciativa própria.
 - ... por referência do Médico de Família.
- Nenhum.

5. Sente-se **informado(a) e esclarecido(a)** acerca da sua **artrose** no joelho? **[assinale a opção mais adequada]**

- Sim.
- Não. Por favor indique as razões. _____

6. Sente-se **informado(a) e esclarecido(a)** acerca dos **tratamentos** que lhe são propostos pelo médico de família para controlo da dor no joelho? **[assinale a opção mais adequada]**

- Sim.
- Não. Por favor indique as razões. _____

7. Sente que o **médico de família** teve em conta as suas **experiências e opiniões** aquando da decisão do tratamento mais adequado para si? _____

7.1. A abordagem do seu **médico de família** no tratamento da dor inclui outros tratamentos para **além do uso de medicamentos**? _____

8. Sente que, **na maior parte do tempo**, tem a dor controlada com o tratamento que lhe foi proposto? **[assinale a opção mais adequada]**

Sim.

Não. Por favor indique as razões. _____

9. No caso de ter **sintomas descontrolados**, sabe como deve agir para o controlo da dor? **[assinale a opção mais adequada]**

Sim.

Não. Por favor indique as razões. _____

10. O que espera de um **plano de tratamento** recomendado pelo seu **médico de família**? _____

11. Cumpre **por completo** o plano de tratamento recomendado pelo seu **médico de família**? **[assinale a opção mais adequada]**

Sim.

Não cumpro nada/só cumpro em parte. Por favor indique que parte(s) do plano não cumpro e as razões. _____

12. Considera que os **custos** relacionados com o seu tratamento (medicamentos, equipamentos auxiliares da marcha, fisioterapia, sessões de grupo ou outros) são elevados? **[assinale a opção mais adequada]**

Não.

Sim. Por favor indique as razões. _____

12.1. Sente dificuldade em suportar estes custos? _____

13. Considera que a **prática de exercício físico** é benéfica para a gestão da sua dor? Porquê? _____

13.1. **Se sim**, costuma praticar, o quê e com que regularidade? _____

13.2. **Se não**, sente-se motivado(a) para iniciar a prática de um plano de exercício físico adequado às suas necessidades? _____

14. Que **tipo de exercício físico** acredita ser adequado e dirigido ao controlo da sua dor? _____

15. Classifique a **intensidade da sua dor**, na **maior parte do tempo**, entre **0 e 10** (0 corresponde a nenhuma dor e 10 é a maior intensidade que consegue imaginar) _____

16. Considera que a dor limita as **atividades do seu dia-a-dia**? **[assinale a opção mais adequada]**

Não.

Sim. Por favor indique que atividades são mais afetadas e de que forma. _____

17. Sente que os seus **amigos e família** o veem e tratam da mesma forma que o faziam antes de saberem que tem uma artrose no joelho? _____

18. Sente que passou a precisar de maior **apoio e ajuda de amigos e família** desde que iniciou os sintomas associados à artrose no joelho? _____

19. Como se vê **a si próprio** desde que convive com a dor no joelho? _____

Muito obrigado pela sua colaboração.

7 de 7