e Publicação

cim CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO

Os objetivos do tratamento da osteoartrose são aliviar a dor, reduzir a inflamação, melhorar a função articular e retardar a progressão da doença e o consequente dano estrutural

Osteoartrose

Tratamento e intervenção farmacêutica

DATA 2026-03-27 | **AUTOR** Aurora Simón, *Farmacêutica*

A **osteoartrose** (OA) é uma patologia articular crónica e degenerativa[1] com envolvimento da cartilagem e dos tecidos circundantes da articulação.[2] A sua prevalência aumenta com a idade.[3-5] É a patologia articular mais comum,[5,6] com um impacto social e económico significativo, bem como na qualidade de vida.[5,7,8]

Fatores de risco e manifestações clínicas

Certos **fatores de risco** têm sido associados ao aparecimento de OA: idade superior a 50 anos, sexo feminino (devido à perda de estrogénios na menopausa), genética e antecedentes familiares,[1,5,9,10] obesidade, atividade laboral ou desportiva intensa,[4,5,8-10] traumatismos articulares prévios, fatores anatómicos[1,3,4,8,10] e patologias concomitantes, como diabetes e doenças cardiovasculares.[1,8]

A OA é causada pelo **desgaste progressivo da cartilagem**.[10] A **dor é o principal sintoma**,[1,2,5,9,10] mas também existem crepitação ou rangidos articulares derivados da fricção e inflamação.[9,10] A dor é desencadeada com o movimento da articulação,[1,9] sendo especialmente intensa no início do mesmo,[9] e manifesta-se com rigidez de curta duração (15-30 minutos).[9,11] Com a progressão da doença, a dor pode surgir em repouso.[1,9] Em fases mais avançadas aparecem limitações da mobilidade e funcionais.[1,5,9,10] Fatores psicossociais, como a perceção do doente sobre a OA, a existência de outras patologias (por ex., depressão ou ansiedade) e os fatores socioeconómicos desempenham um papel importante na dor.[7]

A OA do joelho (gonartrose) é a mais frequente.[1,2] A OA da anca (coxartrose) manifesta-se por dor localizada na virilha e na parte interna da coxa, às vezes, irradiando para o joelho. A OA das mãos é detetável pela deformação que produz nos dedos; quando esta está concluída, a dor geralmente diminui. A OA cervical nem sempre causa sintomas, sendo o mais comum a cervicalgia. A OA lombar apresenta dor com o movimento e a sobrecarga lombar, melhorando com o repouso.[1] O envolvimento de múltiplas articulações ocorre em cerca de 25% dos casos.[3]

Geralmente é suficiente um **diagnóstico** assente em critérios clínicos, que pode ser feito com base nos sintomas, no histórico de fatores de risco e no exame físico.[7] Os exames laboratoriais e de imagem não são necessários,[6,7,12] exceto na presença de características atípicas, como história de traumatismo, agravamento súbito, suspeita de outras patologias,[6] dor acentuada em repouso ou rapidamente progressiva.[3]

Tratamento

Os objetivos do tratamento da OA são aliviar a dor, reduzir a inflamação, melhorar a função articular e retardar a progressão da doença e o consequente dano estrutural.[4,5,13] As normas de orientação clínica (NOC) recomendam proporcionar educação e aconselhamento, combinados com intervenções não farmacológicas e farmacológicas.[6,7]

O tratamento pode ser otimizado através da educação sobre a OA e a sua autogestão, e estabelecendo metas de tratamento com monitorização periódica. O tratamento deve ser direcionado para os fatores de risco modificáveis[13] e considerar as necessidades e preferências do doente, traduzidas num plano de tratamento individualizado.[4]

Medidas não farmacológicas

As medidas não farmacológicas são o tratamento de primeira linha para a OA,[2,6] devendo ser iniciadas o mais cedo possível no processo da doença.[2]

A **educação** melhora a compreensão do doente sobre a OA.[20] Deve incluir pelo menos três mensagens: a progressão da doença é lenta, é menos incapacitante que outras doenças reumáticas e a sua evolução pode ser modificada através dos hábitos de vida.[4]

A literatura apoia a realização de **exercício físico** pelas pessoas com OA.[4,11] O exercício melhora, a longo prazo, a dor, a função e a qualidade de vida,[2,6] embora a dor possa agravar-se inicialmente.[6,12] Também estimula a coordenação neuromuscular, ajudando a evitar possíveis quedas.[1] Geralmente, é indicada uma combinação de exercícios aeróbicos e de fortalecimento,[13,15] mas os programas devem ser personalizados.[13,16]

Em caso de sobrepeso ou obesidade, a maioria das NOC recomenda a **perda de peso** para redução da carga mecânica nas articulações.[1,5-7,11,15] A obesidade é um fator importante na incidência e progressão da OA.[3,16] A perda de pelo menos 10% do peso corporal foi associada a uma redução da dor em doentes com OA do joelho.[7,8,13] Também pode ser recomendada para a OA da anca,[13,16] embora não existam ensaios aleatorizados que avaliem o seu impacto, e pode ser benéfica para a OA nas mãos.[13]

Quando necessário, podem ser usados **dispositivos auxiliares** para manter a autonomia como ajudas à deambulação (bengalas, canadianas, andarilhos), dispositivos que facilitam atividades

e Publicação

CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO

Osteoartrose: Tratamento e intervenção farmacêutica

DATA 2026-03-127| **AUTOR** Aurora Simón, *Farmacêutica*

quotidianas (apoios, telefones adaptados),[1,4,9,10] e ortóteses (joelheiras, proteções de pulso, talas) que ajudam a estabilizar a articulação, favorecendo o seu descanso e a redução da dor.[9,10]

A **estimulação elétrica nervosa transcutânea** (TENS), a **termoterapia**, a **balneoterapia**,[4,5] e outras terapias menos convencionais (ioga, relaxamento, fitoterapia) apresentam fraca evidência científica.[4] O uso de TENS em OA de joelho e/ou anca tem sido desaconselhado.[15,17] A combinação de **terapia manual** com exercício reduz a dor, mas não há provas suficientes para a recomendar isoladamente.[4,12]

Tratamento farmacológico

A terapêutica farmacológica é utilizada na OA que não responde a medidas não farmacológicas ou, juntamente com estas, na presença de sintomas mais graves.[13] Deve ser utilizada apenas durante os períodos sintomáticos;[4,8,13] uma vez que nenhum dos fármacos demonstrou modificar a progressão da doença.[4-8,14,18] A escolha do fármaco deve ser individualizada e depender de fatores como a intensidade da dor,[13] o tipo e número de articulações afetadas, a existência de outras patologias[4,13] e as possíveis interações com medicamentos concomitantes.[4]

Os **anti-inflamatórios não esteroides (AINE) tópicos** são úteis na redução da dor e melhora da funcionalidade.[5] Pela sua eficácia e perfil de segurança favorável, podem ser utilizados em pessoas com uma ou poucas articulações afetadas.[1,8,13,18] Os AINE tópicos são fortemente recomendados para a OA de joelho e condicionalmente para a OA de mão,[14,15,17] sendo menos úteis na OA da anca.[11,18] Pelo menor risco de efeitos sistémicos,[11,14] são o tratamento de escolha em pessoas idosas e em utilização prolongada.[8] O efeito secundário mais relatado são erupções cutâneas ligeiras.[14]

Em pessoas que não respondem adequadamente a AINE tópicos, com OA em múltiplas articulações e/ou em pessoas com OA da anca podem ser utilizados **AINE orais**.[13,17] Estes mostraram um efeito moderado nos ensaios,[11,17] sendo úteis no controle da dor e da rigidez, e na melhoria da funcionalidade.[4,8] Contudo, deve existir monitorização regular dos potenciais efeitos adversos e interações medicamentosas.[17]

O uso de AINE é limitado pelo risco de complicações gastrointestinais, cardiovasculares e renais,[7,13,18] devendo ser utilizados na menor dose eficaz durante o menor tempo possível.[5,7,12-14,17,18] Isto é especialmente relevante nas pessoas com OA, que são geralmente idosas e, frequentemente, com comorbilidades.[14] Em pessoas com problemas gastrointestinais deve ser adicionado um gastroprotetor (por ex., um inibidor da bomba de protões) ou utilizado um AINE inibidor da COX-2.[5,10,11,13,18] Porém, é preferível não utilizar AINE em doentes de alto risco.[13]

O **paracetamol** foi considerado tratamento de primeira linha na OA; contudo, evidências recentes mostraram que a sua eficácia na dor e incapacidade é escassa e clinicamente não relevante.[4,13,18] Pode ser uma opção para dor leve ou moderada,[13] quando os AINE estão contraindicados ou são mal tolerados.[6-8,18] Em sobredosagem, pode causar hepatotoxicidade grave,[18] não devendo ser utilizado por pessoas com doença hepática ou fatores predisponentes, como o consumo excessivo de álcool.[11]

A dor da OA pode ser mediada, em parte, por mecanismos no sistema nervoso central.[11] Os antidepressores não têm efeitos significativos na OA, contudo, podem ser benéficos num número reduzido de pessoas.[6] Alguns dados sugerem que a **duloxetina** pode ser eficaz;[11,18] contudo, o seu efeito tem sido modesto e a eficácia a longo prazo desconhecida.[18] Pode ser considerada em alguns casos,[7,17] por ex., em pessoas com OA em múltiplas articulações e com comorbilidades que contraindiquem os AINE ou em OA do joelho que não responde a outras intervenções.[13] No entanto, há que considerar questões relativas à tolerabilidade.[17] Pode causar cefaleias, alterações do sono, sintomas gastrointestinais, diminuição do apetite, hiperidrose e reações cutâneas e elevação da pressão arterial. Também são referidas hepatotoxicidade grave, síndrome serotoninérgica, hipotensão ortostática e síncope.[18]

Em geral, os **opioides** não são recomendados na OA, devido à escassa eficácia e potenciais efeitos adversos (depressão respiratória, tonturas, náusea, obstipação, dependência),[4,5,8,13] especialmente na população idosa ou em tratamentos prolongados.[4,15] São considerados apenas para uso a curto prazo em doentes com sintomas graves e incapacitantes, quando outras intervenções falharam ou não são apropriadas.[4-6,8,13,15] Devem ser utilizados na menor dose eficaz durante o menor tempo possível,[15,18] monitorizando possíveis efeitos secundários.[15] As NOC desaconselham o uso dos opioides mais fortes.[7,11,12]

O **tramadol**, um agonista opioide sintético que também inibe a recaptação de serotonina e norepinefrina,[11] é condicionalmente recomendado por algumas NOC,[17,18] mas outras desaconselham-no pela sua farmacocinética imprevisível e possíveis interações medicamentosas.[18] Uma revisão sistemática não mostrou benefício importante na redução da dor.[2,7] Os efeitos adversos incluem náuseas, tonturas, hipoglicemia, convulsões, depressão respiratória, obstipação, sonolência e dependência.[11,18] Alguns dados sugerem uma associação entre o seu uso e o aumento da mortalidade em doentes com OA.[7,15]

Têm sido usados **fármacos com ação sintomática lenta** para redução a dor.[5] A condroitina e a glucosamina apresentam bom perfil de segurança,[8,15] mas a potência e a pureza dos produtos podem variar.[1] Podem causar distúrbios gastrointestinais ligeiros.[5]

A eficácia destes produtos no tratamento da OA permanece **controversa**. Os resultados dos ensaios clínicos são contraditórios,[4,6,15,18] e mostraram um forte efeito placebo.[15] Algumas NOC desenvolvidas por organizações profissionais especializadas não os incluem entre as opções de tratamento e outras desaconselham o seu uso;[4,6,15,18] no entanto, algumas referem o uso condicional de sulfato de condroitina em OA das mãos.[18] Como são considerados seguros, alguns autores admitem o seu uso em pessoas que desejam tomá-los, especialmente se houver benefício sintomático.[15]

Quando estão envolvidas uma ou poucas articulações, e outras intervenções são ineficazes ou contraindicadas, pode ser utilizada a **capsaicina tópica**; no entanto, o seu uso pode ser limitado por efeitos secundários locais (irritação e sensação de ardor).[4,8] Devido ao risco de contaminação ocular e falta de evidência, não se recomenda na OA das mãos.[17,18]

Injeções intra-articulares de corticosteroides podem ser utilizadas a curto prazo em OA do joelho e da anca,[4,7,17] e condicionalmente na OA da mão,[17] sendo geralmente seguras e eficazes.[18] Podem ser consideradas quando outros fármacos são contraindicados[11,16] ou não tenham sido efetivos.[6,12,16] Os efeitos destas injeções são de curta duração.[13] Costumam durar pelo menos um mês,[18] mas não devem ser administradas mais de três vezes por ano.[4,8] Algumas pessoas podem desenvolver uma reação inflamatória local. Efeitos adversos pouco frequentes incluem: hemorragia, tendinopatia,

e Publicação

CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO

Osteoartrose: Tratamento e intervenção farmacêutica

DATA 2026-03-27 | **AUTOR** Aurora Simón, *Farmacêutica*

rotura de tendão, atrofia da pele e necrose avascular.[18] Alguns estudos sugeriram que as injeções intra-articulares de corticosteroides podem ter efeitos deletérios na cartilagem;[11,13] ainda não é conhecido o seu significado clínico.[11]

O ácido hialurónico é um dos componentes da matriz extracelular da cartilagem.[5] Alega-se que cause aumento da viscoelasticidade do líquido sinovial e possível prevenção da degradação da cartilagem.[18] Os dados sobre uso **injeções intra-articulares de ácido hialurónico** na OA do joelho e anca são controversos, com os estudos de boa qualidade a evidenciar um beneficio pequeno.[8,11,13] Não são utilizadas rotineiramente,[15] devendo ser apenas consideradas em caso de ineficácia ou impossibilidade de utilização de outras opções terapêuticas.[8,11] Podem causar exacerbações da dor e infeção articular, embora esta seja rara.[15]

Têm sido utilizadas injeções intra-articulares com **fatores de crescimento**, como os encontrados no plasma rico em plaquetas, e preparações de células estaminais. São produtos não padronizados e os estudos existentes são de fraca qualidade, não sendo recomendados.[11,13]

O **tratamento cirúrgico** é eficaz em doentes com OA avançada do joelho e da anca quando as terapias conservadoras não conseguiram proporcionar alívio.[13]

Progressão e prevenção

Embora exista grande variabilidade individual, o curso da OA é predominantemente estável ao longo do tempo.[13] Contudo, alguns doentes apresentam flutuações e uma evolução variável. Influenciam a rapidez da progressão fatores como: idade avançada, redução da atividade física, extensão do dano na cartilagem, desalinhamento e dor mais intensa.[11] Estão em estudo biomarcadores que permitam identificar as pessoas com maior probabilidade de apresentar um curso progressivo e as que provavelmente beneficiarão de determinadas intervenções.[11,13]

A mortalidade por todas as causas é maior nas pessoas com OA. Estas têm maior prevalência de hipertensão, obesidade, dislipidemia e diabetes em comparação com a população em geral, pelo que será importante o controlo dos fatores de risco cardiovascular.

A **prevenção** da OA deve ser desenvolvida ao longo da vida, e direcionar-se aos fatores de risco. A prevenção de lesões e a promoção de um estilo de vida saudável são importantes. Abordagens futuras com uma avaliação de risco personalizada, incluindo o risco genético, poderão ser mais eficazes.[7]

Intervenção farmacêutica

O envolvimento do farmacêutico, focado na **educação para a saúde** e no **acompanhamento farmacoterapêutico**, pode contribuir para uma melhor adesão ao tratamento e, consequentemente, para a sua eficácia.[5] É importante identificar sinais de alerta que indicam a necessidade de encaminhamento médico como inflamação articular, rigidez matutina que dura horas, febre, perda de peso, lesões cutâneas ou de mucosas, ou sintomas sistémicos.[9]

Podem ser recomendadas medidas como: praticar exercício, de acordo com o tolerado; limitar o esforço físico de alta intensidade; perder de peso, se necessário; boa higiene postural;[9,10] usar ajudas técnicas, quando necessárias para manter a autonomia[1,9,10] e calçado apropriado.[1]

Referências bibliográficas

1. Merino JC. Intervención farmacéutica en artrosis. El farmacéutico. 2022 [acedido a 02-01-26]; (607): 28-34. Disponível em: https://www.elfarmaceutico.es/uploads/s1/13/03/04/ef-607-web-tendencias-te-interesa-artrosis.pdf
2. Jadidi S. A Review of Non-Surgical Pain Management in Osteoarthritis. Cureus. 2020 Oct 6;12(10):e10829. doi: 10.7759/cureus.10829. Erratum in: Cureus. 2021 Jul 14;13(7):c45. doi: 10.7759/cureus.c45.
3. March L, Cross M. Epidemiology and risk factors for osteoarthritis. UpToDate®, topic last updated: Sep 12, 2025.
4. Tratamiento de la artrosis. Boletín INFAC. 2018 [acedido a 06-01-26]; 26(1): 1-8. Disponível em:https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2018/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_26_N%201_es.pdf
5. Giménez Basallote S, Merencio Naudin E, Vergés Milano V. Salud Articular en la Farmacia comunitária. Documento de consenso Artrosis. SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria), SEFAC (Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria) y la OAFI (Fundación Internacional de la Artrosis), 2019. [acedido a 02-01-26]. Disponível em: https://reigjofrefarmacias.com/wp-content/uploads/2021/09/Documento-de-Consenso-Artrosis.pdf
6. Izquierdo Enríquez G, García Espinosa MV, Prieto Checa I, Fernández de Paúl M, Moreno Carrero P, García Vila SF. Artrosis: ¿cambios degenerativos o cambios adaptativos? Consejos educativos breves en la consulta de atención primaria. Aten Primaria. 2025 Feb; 57(2):103173. doi: 10.1016/j.aprim.2024.103173.
7. Kloppenburg M, Namane M, Cicuttini F. Osteoarthritis. Lancet. 2025 Jan 4; 405(10472): 71-85. doi: 10.1016/S0140-6736(24)02322-5.
8. Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas. Artrosis. Grupo de uso racional del medicamento para el tratamiento farmacológico de enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas. Servicio Andaluz de Salud, 2022. [acedido a 02-01-26]. Disponível em: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2022/Artrosis_Definitivo_25-03-2022.pdf
9. Artrosis. Sociedad Española de Reumatologia, 2021. [acedido a 06-01-26]. Disponível em: https://www.ser.es/wp-content/uploads/2021/11/infografia-artrosis.pdf
10. Articulaciones y artrosis. Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España, 2024. [acedido a 06-01-26]. Disponível em: https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2024/05/03-Infografia-Articulaciones-Artrosis-v4.pdf
11. Katz JN, Arant KR, Loeser RF. Diagnosis and Treatment of Hip and Knee Osteoarthritis: A Review. JAMA. 2021 Feb 9; 325(6): 568-578. doi: 10.1001/jama.2020.22171.
12. National Institute for Health and Care Excellence. Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management (NG226). NICE guideline; Published: 19 October 2022. [acedido a 02-01-26] Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/ng226/resources/osteoarthritis-in-over-16s-diagnosis-and-management-pdf-66143839026373
13. Deveza LA. Overview of the management of osteoarthritis. UpToDate®, topic last updated: Sep 10, 2024.
14. Kloppenburg M, Kroon F. Management of hand osteoarthritis. UpToDate®, topic last updated: Dec 31, 2024.
15. Knee Deveza LA. Management of knee osteoarthritis. UpToDate®, topic last updated: Oct 10, 2025.
16. Deveza LA. Management of hip osteoarthritis. UpToDate®, topic last updated: May 30, 2024.
17. Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. Arthritis Rheumatol. 2020 Feb; 72(2): 220-233. doi: 10.1002/art.41142. Erratum in: Arthritis Rheumatol. 2021 May;73(5):799. doi: 10.1002/art.41761
18. Drugs for osteoarthritis. Med Lett Drugs Ther. 2020 Apr 20; 62(1596): 57-62.