

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**RELAÇÃO ENTRE TEMPO DE ESPERA E MUDANÇAS NO
COTIDIANO DE IDOSOS SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA
TOTAL DE JOELHO, ATENDIDOS EM UM HOSPITAL
PÚBLICO DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**

DILAMAR MOREIRA PINTO

RECIFE

2021

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**RELAÇÃO ENTRE TEMPO DE ESPERA E MUDANÇAS NO
COTIDIANO DE IDOSOS SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA
TOTAL DE JOELHO, ATENDIDOS EM UM HOSPITAL
PÚBLICO DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**

Dissertação apresentado para fins de defesa pública, como requisito para obtenção do grau de mestre em Psicologia da Saúde na Faculdade Pernambucana de Saúde.

Mestrando: Dilamar Moreira Pinto

Orientadora: Profa. Dra. Monica Cristina Batista de Melo

Coorientadora: Profa. Ma. Andrea Echeverria M. A. de Alencar

Linha de Pesquisa: Avaliação psicológica e promoção de ações em saúde

Recife

2021

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

P659r Pinto, Dilamar Moreira

Relação entre tempo de espera e mudanças no cotidiano de idosos submetidos à artroplastia total de joelho, atendidos em um hospital público da região metropolitana do Recife. / Dilamar Moreira Pinto; orientadora Monica Cristina Batista de Melo; coorientadora: Andrea Echeverria M. A. de Alencar – Recife: Do Autor, 2021.

98 f.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde, 2021.

1. Osteoartrose. 2. Artroplastia do Joelho. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Psicologia da Saúde. I. Melo, Monica Cristina Batista de. Orientadora. Título.

CDU 1614:159.9

**RELAÇÃO ENTRE TEMPO DE ESPERA E MUDANÇAS NO
COTIDIANO DE IDOSOS SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA TOTAL
DE JOELHO, ATENDIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA REGIÃO
METROPOLITANA DO RECIFE**

Dissertação de Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde, submetida à defesa pública e aprovada pela Banca Examinadora em 29 de outubro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Monica Cristina Batista de Melo (Orientadora)

Avalidador da Banca

Avalidador da Banca

RECIFE

2021

DEDICATÓRIA

À minha família.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por permitir a minha presença entre todos, com coragem e perseverança, em mais um desafio na vida acadêmica.

Às minhas orientadoras, Profa Dra. Monica Cristina Batista de Melo e Profa. Ma. Andrea Echeverria M. A. de Alencar, pela atenção, pelo carinho e pela disponibilidade em ajudar neste projeto.

Aos pacientes que tiveram a disponibilidade e o interesse em participar da pesquisa, buscando contribuir em prol da ciência, para si e seus semelhantes.

Agradeço especialmente à minha Esposa e Filhos, que estiveram ao meu lado, compreendendo minha ausência, juntamente à minha Mae, que sempre levantou a bandeira do meu crescimento e deu força para o enfrentamento de mais esta batalha.

Aos amigos, que estimularam e orientaram sobre a importância deste trabalho, do ponto de vista de engrandecimento acadêmico, bem como de se tornar exemplo para novas gerações.

De todo o meu coração, obrigado a todos!

RESUMO

Cenário: a Osteoartrose ou Artrose Articular do Joelho é uma doença degenerativa dessa articulação, com grande prevalência na especialidade ortopédica, que pode levar a manifestações clínicas como dor, limitação de movimento, enrijecimento e deformação articular. A repercussão negativa dessa doença se deve basicamente à incapacidade em desempenhar as atividades da vida diária, com consequente diminuição da qualidade de vida do paciente. Quando se esgotam todos os possíveis tratamentos clínicos, a Artroplastia ou Prótese Total do Joelho (ATJ) se torna o tratamento de melhor resultado para a correção dessa patologia. Porém, um dos fatores que impactam negativamente no cotidiano desses pacientes é o tempo de espera até a realização da cirurgia. **Objetivo:** avaliar a relação entre o tempo de espera para realização do procedimento de Artroplastia ou Prótese Total do Joelho no cotidiano de pacientes. **Método:** trata-se de estudo observacional, retrospectivo do tipo corte transversal, realizado no período de janeiro a junho de 2021. Participaram pacientes com idade igual ou superior a 50 anos em fila de espera para tratamento cirúrgico por Artroplastia Total do Joelho, em um hospital público terciário na região Nordeste do Brasil. Os dados foram coletados utilizando questionário desenvolvido para a pesquisa, com perguntas sobre o perfil sociodemográfico, dados pessoais, antecedentes patológicos referentes à cirurgia, tempo e causa da espera para a cirurgia e queixas emocionais relacionados. Os dados foram colocados em planilhas do Excel e analisados posteriormente por meio do *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20, realizando-se análises descritivas (média, desvio padrão e frequência) e inferenciais, em seguida, através da utilização de gráficos e/ou tabelas, foi confeccionada a representação dos resultados para discussão. **Aspectos éticos:** o estudo atendeu às recomendações éticas estabelecidas pela resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os procedimentos inerentes à pesquisa tiveram início somente após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, envolvendo seres humanos, da Faculdade Pernambucana de Saúde, vide CAAE: 42804520.9.0000.5569. A coleta foi realizada em local específico, limpo e arejado, afastado dos setores de enfermagem, emergência e UTI, com distância de 2m entre pesquisador e entrevistado, fazendo uso adequado dos EPIs e respeitando as recomendações estabelecidas pelos órgãos de vigilância em saúde, com ênfase na proteção contra o coronavírus, ao passo que a coleta foi feita no curso da pandemia de COVID-19, respeitando que as consultas funcionassem normalmente, sem prejuízo de atraso para os demais pacientes, e não alterando o fluxo de atendimento. **Resultados:** trinta pacientes participaram da

pesquisa, com idade de 67 +/- 6,63 anos, 70% do sexo feminino e renda mensal média de R\$1.558,00. Quanto ao tempo de espera pela ATJ, 56,67% dos pacientes esperam até 90 dias, 16,67%, entre 90 e 180 dias, e 26,67% esperaram mais de 180 dias. Os resultados revelaram melhoras significativas entre as condições clínicas pré e pós ATJ, como mobilidade, edema, rigidez matinal e dor. A redução da dor foi preditor significativamente mais associado à satisfação com o procedimento. A análise de regressão verificou que os piores resultados foram encontrados nos pacientes que esperaram mais de 90 dias pela ATJ. **Conclusão:** o tempo de espera causa um impacto significativo no cotidiano dos pacientes submetidos à ATJ. Observou-se que, quanto maior o tempo de espera, piores os resultados funcionais, a satisfação e a melhora no cotidiano desses pacientes. Como produto técnico, elaborou-se um relatório técnico, requerendo políticas públicas e/ou melhorias para a assistência aos pacientes que procuram o Hospital Memorial Jaboatão, bem como para a população da região metropolitana do Recife e todo o estado de Pernambuco.

Palavras-chave: Osteoartrose; Artroplastia do Joelho; Sistema Único de Saúde; Cotidiano; Psicologia da Saúde.

ABSTRACT

Background: Osteoarthritis or Articular Arthrosis of the Knee is a degenerative disease of this joint, with great prevalence in the orthopedic specialty, which can lead to clinical manifestations such as pain, limitation of movement, stiffness and joint deformation. The negative impact of this disease is basically due to the inability to perform activities of daily living, with a consequent decrease in the patient's quality of life. When all possible clinical treatments are exhausted, Arthroplasty or Total Knee Prosthesis (TKA) becomes the treatment with the best result for the correction of this pathology. However, one of the factors that negatively impact the quality of life of these patients is the waiting time until the surgery is performed. **Objective:** to evaluate the relationship between the waiting time to perform the Knee Arthroplasty or Total Prosthesis procedure in the daily life of elderly patients. **Method:** this is an observational, retrospective, cross-sectional study, carried out from January to June 2021. Patients aged 50 years or over on the waiting list for surgical treatment for Total Knee Arthroplasty participated in a study. tertiary public hospital in the Northeast region of Brazil. Data were collected using a questionnaire developed for the research, with questions about sociodemographic profile, personal data, pathological history related to surgery, time and cause of waiting for surgery, and related emotional disorders. They were placed in Excel spreadsheets and later analyzed using the SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) software, version 20, descriptive (mean, standard deviation and frequency) and inferential analyzes were performed, then using graphs and/or tables, the representation of the results was prepared for discussion. **Ethical aspects:** the study met the ethical recommendations established by resolution 510/16 of the National Health Council. All procedures inherent to the research started only after a favorable opinion from the Research Ethics Committee, involving human beings, of the Faculdade Pernambucana de Saúde, see CAAE: 42804520.9.0000.5569. The collection was carried out in a specific, clean and ventilated place, away from the infirmary, emergency and ICU sectors, with a distance of 2m between researcher and interviewee, making proper use of PPE and respecting the recommendations established by the health surveillance agencies, with emphasis in the protection against the corona virus, while the collection was carried out during the COVID-19 pandemic, respecting that the consultations functioned normally, without prejudice to delays for the other patients, and without altering the flow of care. **Results:** thirty patients participated in the research, aged 67 +/- 6.63 years, 70% female and average monthly income of R\$1,558.00. As for the waiting time for TKA, 56.67% of patients wait up to 90 days, 16.67%

wait between 90 and 180 days, and 26.67% wait more than 180 days. The results revealed significant improvements between pre and post TKA clinical conditions, such as mobility, edema, morning stiffness and pain. Pain reduction was a significantly more predictor associated with procedure satisfaction. Regression analysis verified that the worst results were found in patients who waited more than 90 days for TKA. **Conclusion:** the waiting time has a significant impact on the daily lives of patients undergoing TKA. It was observed that the longer the waiting time, the worse the functional results, satisfaction and improvement in the daily lives of these patients. As a technical product, a technical report was prepared, requiring public policies and/or improvements for the care of patients who seek the Memorial Hospital Jaboatão, as well as for the population of the metropolitan region of Recife and the entire state of Pernambuco.

Keywords: Osteoarthritis; Knee Arthroplasty; Health Unic System; Daily life; Health Psychology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas	38
Tabela 2. Avaliação clínica pré-cirurgia.....	40
Tabela 3. Avaliação clínica pós-cirurgia	41
Tabela 4. Comparação em médias das condições clínicas	44
Tabela 5. Caracterização das terapias anteriores	45
Tabela 6. Mudanças na intensidade da dor e no cotidiano dos pacientes no pré e pós cirúrgico ¹ Teste <i>t</i> de <i>student</i> . ² Significância do teste.....	46
Tabela 7. Efeito da redução da dor sobre o cotidiano.....	47
Tabela 8. Regressão linear tendo como variável preditora o tempo de espera pela cirurgia e como variável de saída a dor pós-cirurgia	47
Tabela 9. Efeito da redução da dor sobre a satisfação com o procedimento	48

LISTA DE SIGLAS

ALEPE	Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco
ATJ	Artroplastia Total do Joelho
AVC	Acidente Cardiovascular Cerebral
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HMJ	Hospital Memorial Jaboatão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad
OA	Osteoartrose
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PB	Paraíba
PE	Pernambuco
PTJ	Prótese Total do Joelho
QV	Qualidade de Vida
QV	Qualidade de vida
SUS	Sistema Único de Saúde
TC6	Teste de Caminhada em Seis minutos
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TUG	Timed Up and Go
TVP	Trombose Venosa Profunda
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WOMAC	<i>Western Ontario e o McMaster Universities Osteoarthritis Index</i>

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	14
1.1 Envelhecimento	15
1.2 Artrose do joelho (Osteoartrite).....	18
1.3 Artroplastia Total do Joelho (ATJ).....	20
1.4 Impactos no cotidiano e qualidade de vida.....	22
1.5 Resolubilidade do SUS	25
1.6 Psicologia da Saúde: prevenção e promoção.....	28
II. OBJETIVOS	30
2.1 Objetivo geral	30
2.2 Objetivos específicos	30
III. MÉTODO	31
3.1 Desenho do estudo	31
3.2 Local do estudo.....	31
3.3 Período do estudo.....	32
3.4 População do estudo	32
3.5 Amostra.....	32
3.6 Critérios e procedimentos para seleção dos participantes	32
3.6.1 Critério de inclusão.....	32
3.6.2 Critério de exclusão	33
3.6.3 Procedimento para captação dos participantes	33

3.6.4 Critérios para descontinuação do estudo	34
3.7 Coleta de dados	34
3.7.1 Instrumentos para coleta de dados	34
3.7.2 Processamento e análise dos dados.....	35
3.8 Aspectos éticos	35
3.8.1 Conflito de interesses.....	36
IV. RESULTADOS	37
4.1 Resultado 1	49
4.2 Resultado 2	67
V. CONCLUSÃO.....	85
VI. REFERÊNCIAS	86
APÊNDICES	
APÊNDICE 1 – CARTA DE ANUÊNCIA.....	90
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	92
APÊNDICE 3 – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	94
APÊNDICE 4 – QUESTIONÁRIO.....	95
ANEXOS.....	
ANEXO 1 – INSTRUÇÕES AOS AUTORES DA REVISTA BRASILEIRA DE ORTOPEDIA.....	99

I. INTRODUÇÃO

A Osteoartrose do joelho é uma das doenças mais prevalentes na clínica ortopédica. Essa condição leva a uma degeneração dessa articulação, culminando em um quadro doloroso de caráter evolutivo, que submete o paciente a um sofrimento progressivo, podendo acarretar bloqueio articular e comprometimento da capacidade de deambulação, ou seja, praticar caminhada. Associadas à dor, podem surgir outras alterações, como edema ou inchaço, líquido livre na articulação do joelho e deformidades angulares, isto é, ficar com a perna torta.¹

O tratamento da Osteoartrose se baseia no alívio da dor, no retardo da evolução do processo degenerativo e na recuperação da funcionalidade. Tais resultados podem ser obtidos, em casos iniciais e selecionados, com a terapia conservadora, à medida que, nos casos mais avançados, deve-se lançar mão dos procedimentos cirúrgicos. A terapêutica conservadora pode ser iniciada com analgésicos e ou anti-inflamatórios, além de medicações protetoras de cartilagem, fisioterapia, perda de peso corpóreo, diminuição de sobrecarga na articulação e fortalecimento da musculatura envolvida. Afora estes, existe uma categoria de procedimentos considerados minimamente invasivos que incluem as infiltrações, no espaço intra-articular, de anti-inflamatórios, analgésicos e/ou viscosuplementos, que é a infiltração de uma substância modificadora da qualidade do líquido sinovial que circula dentro do joelho.²

Como última opção de tratamento, devido à refratariedade aos anteriores, lança-se mão dos tratamentos cirúrgicos, como a Artroscopia (limpeza cirúrgica por vídeo), Osteotomias (alinhamento do membro para melhor distribuição de carga nos compartimentos) e a Artroplastia ou prótese de joelho (substituição da articulação ou parte dela por uma prótese de metal previamente desenhada).³ Por ser a Artroplastia do

joelho a última alternativa utilizada para a correção dessa condição, a demora em filas de espera para a realização desse procedimento cirúrgico pode levar a consequências emocionais importantes para esses indivíduos. Isso pode ser atribuído ao fato de que esses pacientes já convivem com o quadro doloroso e com a limitação funcional por diversos anos e de que a grande parte deles já tentou diversas outras terapias e não obteve êxito.⁴

1.1 Envelhecimento

Sabe-se que o envelhecimento é um processo natural inerente a qualquer ser vivo, que corresponde a um conjunto de alterações fisiológicas que afetam as estruturas corporais, desde a morfologia, a funcionalidade, a bioquímica até a psicológica, ocasionando um *status* de maior vulnerabilidade física e mental. De maneira pragmática e simplista, o envelhecer remete a um processo degenerativo de células, tecidos e órgãos do corpo.⁵

É no envelhecimento que aparecem as alterações secundárias ao processo degenerativo ligado à evolução da idade, alterações essas que estão diretamente ligadas à maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis, às quais podem ser incluídas as degenerações articulares, musculares e do sistema nervoso central e autônomo. A diminuição da funcionalidade desses órgãos e tecidos tende a um aumento da sintomatologia com importante comprometimento na qualidade de vida dos indivíduos.⁶

Tendo como base esse entendimento, torna-se necessário sedimentar outros conceitos. O primeiro deles compreende a diminuição da funcionalidade naturalmente relacionada à idade, que é definida como senescência. Já o segundo remete às disfunções patológicas e aos distúrbios que comprometem a capacidade de realização das atividades da vida diária, os quais são denominados de senilidade.⁶

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010, existiam 11% de idosos na população brasileira, estimando um aumento desse valor para 13,4% no ano de 2030. Logo, compreender os processos envolvidos no envelhecimento e as suas consequências para essa parcela significativa da população constitui papel fundamental para a melhoria do atendimento e dos cuidados em saúde.⁷

A diminuição de massa e da força muscular associada à idade, também conhecida como sarcopenia, é comum em idosos e pode levar ao aumento da morbidade e da mortalidade, visto que a força e a massa muscular são indispensáveis para a realização de qualquer atividade física. Além disso, o envelhecimento está associado ao aumento da concentração de gordura visceral e à redução da massa muscular. O surgimento recente do conceito de obesidade sarcopênica reflete justamente a combinação dessas duas patologias (sarcopenia e obesidade). É sabido que ambas têm o poder de potencialização mútua, devido às muitas semelhanças metabólicas. Portanto, a obesidade sarcopênica vem se tornando um problema de saúde pública, devido ao envelhecimento progressivo da sociedade.⁸

Nesse contexto de obesidade e envelhecimento, destaca-se o conceito de fragilidade, que, na medicina de família, tem sido ignorado e tratado como um fruto do envelhecimento normal. Sobre o idoso e suas especificidades, a formação médica tem se posicionado acerca do tratamento das doenças reconhecidas, mas sem tanta atuação no que se refere à vulnerabilidade do paciente. Os médicos da atenção primária, por exemplo, têm maior cuidado com a fragilidade do idoso e podem intervir junto à família e ao próprio paciente, orientando-os sobre a prevenção de outras condições que trazem efeitos deletérios para a vida desses indivíduos.⁹

Para uma melhor atuação preventiva nesses casos, os médicos da assistência básica de saúde podem, uma vez considerando os fatores determinantes da qualidade de

vida do idoso, como a capacidade laboral e expectativa de vida (incluindo o conceito de fragilidade), programar o tratamento junto ao paciente, ponderando sempre riscos e benefícios e realizando uma avaliação dos problemas, dando ênfase aos desejos e à opinião pessoal do paciente.¹⁰

A abordagem personalizada para “grupos-alvo” faz parte de estudos no sentido de seleção específica de pacientes no atendimento, considerando sua multimorbidade. Essa abordagem busca avaliar a assistência a fim de melhorar a qualidade de vida, diminuindo tratamentos e ações sobre a saúde do idoso, sem coordenação ou planejamento.¹¹ Em busca da avaliação sobre os benefícios da atividade física ao idoso, no que se refere à redução do risco de doenças, à melhora da capacidade funcional e ao bem-estar, fica demonstrado que é preciso haver uma constância no programa de exercício, o que nem sempre é possível devido às alterações próprias da idade, levando a uma baixa adesão e dificultando conclusões positivas ou negativas sobre o assunto.¹²

Uma revisão sistemática avaliou os efeitos da medicina integrativa (uma medicina com abordagem em vários pontos da saúde como um todo, abrangendo fatores psíquicos, emocionais, biomoleculares e fisiológicos) em ambientes ambulatoriais para os idosos, abordando o conceito de saúde móvel e proporcionando mecanismos que visam a um envelhecimento saudável. Concluiu-se que as novas tecnologias para avaliar e monitorar as informações para o tratamento, no contexto da medicina integrativa, levam a uma melhora na condução das patologias, ofertando aos idosos a possibilidade de lidarem melhor com as consequências inerentes ao envelhecimento.¹³

As articulações são entendidas como uma das dificuldades presentes no processo degenerativo natural do envelhecimento, e os joelhos têm relevância entre elas. Dessa forma, faz-se necessário ampliar o entendimento sobre a Osteoartrose do joelho.

1.2 Artrose do joelho (Osteoartrite)

A Osteoartrite (OA) ou Osteoartrose é uma alteração por degeneração da cartilagem articular, de evolução crônica, que acomete todas as articulações sinoviais, sendo a mais comum e principal causa de dor, incapacidade e perda de função articular em pacientes adultos. Seu pico de prevalência se encontra em indivíduos acima de 65 anos de idade. Dentre as articulações, o joelho é acometido em 80% dos casos após os 75 anos de idade. Tal condição é caracterizada por um quadro inflamatório e degenerativo que atinge múltiplas células e tecidos dessa articulação, levando à hipertrofia da cápsula articular, à lesão cartilaginosa, à inflamação sinovial e periarticular, bem como à lesão de estruturas fibrocartilaginosas e musculares adjacentes.¹⁴

Esse processo de degradação dos condrócitos e do osso subcondral desencadeia o aumento da produção de diversas proteínas e citocinas inflamatórias que retroalimentam a inflamação local vigente, implicando dor e limitação funcional a esses pacientes. Além disso, é caracterizada por ser uma doença multifatorial, influenciada por fatores genéticos e ambientais associados a lesões moleculares. Além destes, a idade, o sexo, o peso e a etnia também são considerados fatores causais para o desenvolvimento de artrose do joelho.¹⁴

A fisiopatologia dessa condição tem como fator central a baixa qualidade e quantidade do ácido hialurônico, que é um dos principais componentes estruturais da cartilagem e do líquido sinovial. Tal problema é proveniente de uma gama de fatores fisiopatológicos influenciadores, que levam ao agravamento da doença, com o aumento da dor articular e a diminuição da qualidade de vida do paciente. O seu diagnóstico é eminentemente clínico; no entanto, pode se lançar mão de exames de imagem com finalidade de classificar e estratificar o grau de acometimento da articulação afetada. A

partir dessa classificação, a proposta terapêutica deve ser planejada. Como opções disponíveis, existem duas modalidades principais de terapia. A primeira delas é a conservadora, que inclui a mudança do estilo de vida e medidas farmacológicas para alívio da dor e redução da inflamação.¹⁵

Mais recentemente, como uma vertente dessa primeira modalidade, os procedimentos minimamente invasivos vêm assumindo grande papel no tratamento dos pacientes com Osteoartrose de joelho, através da infiltração intra-articular de substâncias com intuito de conferir analgesia e controlar o processo inflamatório, bem como lubrificar e permitir maior mobilidade da articulação. Em casos de refratariedade a essas primeiras propostas, deve-se lançar mão da modalidade cirúrgica, que apresenta bons resultados e, em casos avançados, é considerada a única alternativa de eficácia comprovada.¹⁵

Para ilustrar a relevância dessa patologia, a Osteoartrose custou ao Canadá, aproximadamente, 195,2 bilhões de dólares canadenses entre os anos de 2010 a 2015. Esse valor está diretamente vinculado à perda da produtividade dos pacientes, prejuízo que pode dobrar até 2020 e triplicar até 2030. Ao longo de toda vida, 44,7% dos canadenses deverão ter dor em pelo menos um dos joelhos, desencadeada por Osteoartrose, representando um dos maiores custos com saúde em doenças não transmissíveis.¹⁶

No âmbito nacional, não existem trabalhos de análise epidemiológica que estimem com precisão a prevalência e incidência de Osteoartrose ou os gastos públicos relacionados ao seu tratamento, dentre eles, o tratamento cirúrgico por Artroplastia Total do Joelho.¹⁷

1.3 Artroplastia Total do Joelho (ATJ)

A Artroplastia Total do Joelho (ATJ) foi realizada pela primeira vez em 1968, consiste na substituição da articulação femorotibial de modo bicompartimental e é um dos procedimentos mais estudados na Ortopedia, com uma vasta literatura que analisa aspectos biomecânicos ou técnicos e o consequente impacto destes nos resultados clínico-funcionais, assim como suas complicações.¹⁸⁻²⁰

Ela está indicada em casos severos de Osteoartrose, permitindo o alívio da dor e a melhora da funcionalidade, do equilíbrio e da qualidade de vida.^{21,22} Existem técnicas diferentes para a realização desse procedimento, no entanto todas consistem na substituição das superfícies articulares (femoral e tibial) por componentes metálicos fixados com cimento (metilmetacrilato) e colocação de um espaçador de polietileno entre esses implantes.²³

Os resultados clínicos após Artroplastia são conhecidos e reportados com grande melhora em todas as escalas de avaliação, com baixa morbidade peroperatória. Embora não sejam muito frequentes, algumas complicações podem ocorrer no período pós-operatório. Das principais complicações pós-operatórias verificadas, destacam-se eventos tromboembólicos (Acidente Vascular Cerebral), Trombose Venosa Profunda (TVP), Tromboembolismo Pulmonar (TEP), infecções superficiais e/ou profundas e fraturas periprotéticas.^{24,25}

A Osteoartrose do joelho se encontra entre as principais causas de incapacidade funcional no mundo, com prevalência em torno de 20% a 40% da população acima dos 75 anos de idade. Visto isso, nos Estados Unidos da América, o procedimento cirúrgico mais executado é a prótese total de joelho, com cerca de 700.000 cirurgias confeccionadas por ano, estimando-se um aumento para 3,48 milhões de procedimentos por ano até 2030.²⁶

A qualidade de vida de milhões de pacientes com Osteoartrose do joelho foi exponencialmente melhorada com o advento da ATJ, mostrando-se um procedimento econômico, resolutivo e confiável, que permite o restabelecimento da capacidade funcional dos pacientes com essa patologia. Um exemplo que reflete essa problemática sob outra ótica é uma revisão sistemática de literatura que foi realizada com o intuito de analisar variáveis relacionadas à probabilidade de retorno às práticas esportivas, em pacientes que foram submetidos à Artroplastia Total do Joelho (ATJ), buscando relacionar o tipo de esporte, o tempo entre a cirurgia e o retorno às atividades, o nível de satisfação e o grau de execução de atividade física no pós-operatório.²⁷

Os estudos relacionados à prática de atividade física e desportiva (10 estudos transversais retrospectivos e um caso-controle) demonstraram que a maioria dos pacientes que praticavam atividades físicas com regularidade antes da cirurgia retornou ao esporte posteriormente. Os esportes de baixo impacto, como caminhada, esportes aquáticos, golfe, bicicleta estacionária, entre outros, foram os mais comumente praticados. O nível de atividade física não demonstrou relação com a dor e sintomas após a cirurgia, mas sim com o quão satisfeito, motivado e fisicamente capacitado está o paciente após o procedimento. O retorno às atividades esportivas acontece em torno de 6 a 18 meses após a Artroplastia Total do Joelho. Logo, a ATJ promove restauração da funcionalidade articular dos pacientes submetidos à cirurgia, permitindo o retorno destes às atividades físicas em níveis semelhantes aos anteriores à lesão e impactando diretamente e de maneira positiva a autoestima e a qualidade de vida desses indivíduos.²⁷

1.4 Impactos no cotidiano e qualidade de vida

A palavra cotidiano pode ser conceituada como algo que é costumeiro, aquilo que acontece todo dia, e, apesar de significar dia a dia, é motivo de interesse por vários autores, que estudam e tematizam a vida cotidiana. O escritor Alfred Schutz, por exemplo, entende o cotidiano como um modo de vida intersubjetivo, mas apenas perceptível na perspectiva de cada indivíduo por meio de seu senso comum. Já para o filósofo Henri Lefebvre, trata-se de um produto do capitalismo e de um espaço de alienação sobre a sociedade.²⁸

Na visão de Agnes Heller, filósofa húngara e autora do livro “O cotidiano e a história”, o conceito de vida cotidiana é definido como sendo a “vida do homem inteiro”, na qual o homem é um ser singular, mas também genérico, e que o reflexo dessas ações e pensamentos são advindos de toda uma sociedade.²⁹

Nessa perspectiva, o conhecimento sobre a vida cotidiana é retratado em um trabalho como importância metodológica em pesquisas qualitativas. O estudo traz que o foco sobre a particularidade dos detalhes e a unidade de acontecimentos da vida cotidiana dificilmente são observados e capturados pelas pesquisas quantitativas, já que esses detalhes possibilitam um melhor entendimento de como as pessoas fabricam sua própria vida ao reinventar formas de ser e agir a partir de situações e/ou experiências propostas pelo dia a dia. Assim, não basta apenas observar e coletar informações, é necessário saber analisar e ter a sensibilidade para interpretar esses dados de forma a contribuir para um melhor entendimento acerca da particularidade de cada população em relação ao seu dia a dia.³⁰

A rotina pode ser um elemento que ajuda as pessoas a se organizarem, por terem a sensação de continuidade da vida e se sentirem seguras em relação às ocupações significativas que realizam todos os dias. Por exemplo, para os idosos, é importante sair de casa diariamente, pois isso faz que se sintam ativos fisicamente, e a vida cotidiana

consiste justamente nas coisas ordinárias, que eles sempre fazem e que os deixam felizes. Por outro lado, a vida que se repete pode causar sensação de tédio e vazio, sem espaços para que aconteçam mudanças, principalmente quando são acompanhados pelo início de uma doença. Como exemplo, os idosos com habilidades reduzidas significam ter menos oportunidades de preencher o dia com atividades significativas, demonstrando a mesmice de seu dia a dia.³⁰

Mesmo com as dificuldades, os sujeitos se esforçam para continuar ativos, visto que a vida cotidiana é um elemento constitutivo da identidade daquelas pessoas; elas se identificam com o que fazem e se tornam o que são a partir dessas ocupações. Vale salientar também que a vida cotidiana, após o adoecimento, não é realizada apenas pelo paciente, mas também por seus familiares, que são fundamentais na possibilidade de essas pessoas se manterem ativas em seu dia a dia.^{31,32}

Ainda nesse cenário, torna-se relevante fomentar o conhecimento a respeito do que é qualidade de vida e sua relação com o bem-estar do paciente no cotidiano. O conceito de Qualidade de Vida (QV) teve, ao longo da história, sua base relacionada à aquisição de bens materiais e à capacidade das populações de adquiri-los e, a partir disso, conquistarem *status* e uma melhor condição social. Com o desenvolvimento das sociedades e do sistema capitalista, esse termo passou a ser ampliado devido à necessidade de avaliar o contexto mais universalizado do bem-estar físico, mental e social, aceitando a teoria de que o ser humano é um ser biopsicossocial. Sendo assim, Qualidade de Vida é a resposta à percepção das pessoas dentro do contexto cultural e do sistema de valores no qual estão inseridas e em relação às suas expectativas e aos seus padrões de comportamento sociais. Sob essa perspectiva, a autopercepção, como função

física e bem-estar emocional e social, é o que constrói o conceito subjetivo de Qualidade de Vida.^{34,35}

Um estudo transversal buscando avaliar a dor crônica de idosos na cidade de Cruzaltense/RS, relacionando com sua influência na vida diária e na convivência social dessas pessoas, mostra a dor como principal limitante do cotidiano normal desses idosos, gerando grande impacto negativo sobre suas qualidades de vida, bem como um grande restritor da convivência social, o que pode levar ao isolamento e distúrbios emocionais associados. Mostra ainda o joelho como uma das articulações de maior prevalência da dor crônica, associada a outras articulações, como a coluna lombar, cervical e membros superiores.³⁶

Um estudo realizado com uma população de idosos acima de 60 anos de idade, com Osteoartrose do joelho, que foram submetidos ao tratamento cirúrgico com prótese total do joelho, avaliou esses pacientes, do ponto de vista funcional, com questionários subjetivos e testes de funcionalidade, no momento pré e no pós operatório imediato e tardio, através de questionários como WOMAC (*Western Ontario e o McMaster Universities Osteoarthritis Index*), que retrata a funcionalidade do indivíduo e a dor na articulação, através também do teste de desempenho físico *Timed Up and Go* (TUG), além do teste de caminhada em seis minutos (TC6), avaliação da idade, Índice de Massa Corpórea (IMC) e de força muscular. A partir da análise dos resultados obtidos com essas avaliações, o trabalho evidenciou que o tratamento cirúrgico com Artroplastia Total do Joelho é eficiente para o paciente idoso e tem impacto direto na melhora da funcionalidade, da força muscular e do desempenho para realização de atividades de vida diária.^{37,38}

Comentar sobre o cotidiano na perspectiva da Psicologia envolve observar não somente as repetições, os rituais, as regras e os padrões comportamentais ou somente as

mesmices que uma pessoa adota para seu dia a dia, mas também as reações comportamentais e a adoção de comportamentos resultantes dos atravessamentos de eventos da vida diária e as relações sociais.³⁹ Nesse cenário, levando-se em consideração a importância da vida cotidiana nos processos de saúde e doença e na singularidade do sujeito, conhecer o cotidiano vivenciado ao longo de um tempo de espera para um tratamento, devido a uma resolubilidade deficitária do sistema de saúde, pode propiciar conhecimentos relevantes.

1.5 Resolubilidade do SUS

Já que o Brasil não é um dos membros componentes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), foram realizados alguns estudos com finalidade de estabelecer uma comparação da assistência à saúde oferecida pelos países que compõem a Organização e à já prestada no Brasil. Estes demonstraram que a qualidade no atendimento à saúde tanto no SUS quanto no sistema complementar fica muito abaixo, em nível de qualidade, quando comparada aos países membros da OCDE.⁴⁰

Diante desse paradigma, é percebido que o serviço prestado pelo SUS no Brasil nem sempre é bem avaliado pela população menos favorecida, público que deveria ser o grande alvo dessa proposta. Logo, é preciso que haja uma nova organização e um novo planejamento, no sentido de melhorar a oferta desses serviços e suprir, de maneira mais ampla, as necessidades desses pacientes carentes de assistência.⁴¹

Os serviços médicos no SUS são caracterizados pela fragmentação, a partir da qual nem sempre os municípios conseguem fazer a atenção integral da saúde para sua população. Com isso, existe ainda uma carência no que se refere à integralização do sistema, abrangendo municípios vizinhos, através da regionalização. Essa organização

deve ser, periodicamente, avaliada por um grupo de profissionais especializados no processo regulamentação. As avaliações realizadas evidenciam as dificuldades dos gestores de sanar demandas burocráticas a fim de facilitar o intercâmbio de serviços especializados entre os municípios de uma mesma região.¹⁶ Em busca de um sistema de Saúde da Família com acolhimento, resolutivo e de qualidade, existe a necessidade de um serviço de retroalimentação, no qual os trabalhadores e usuários tenham participação ativa na promoção da saúde.⁴²

As cirurgias eletivas, financiadas pelo SUS, são de difícil acesso e englobam um processo demorado e de alto grau de exigências burocráticas. Isso contribui para que as filas de espera pelos procedimentos sejam cada vez mais extensas, visto que, à medida que existe essa dificuldade ao acesso, a necessidade da população cresce de maneira exponencial. É necessária, então, a elaboração de estratégias a fim de amenizar os traumas da expectativa relacionados à realização dos procedimentos cirúrgicos eletivos.⁴³

Corroborando essas informações, cerca de 13 mil pessoas aguardam na fila de espera para realizarem uma cirurgia no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (Into), sendo que 60% desses procedimentos são de Artroplastia de joelho, intervenção reservada aos pacientes mais idosos, ou seja, acima dos 60 anos de idade. Em concordância com essa informação, a avaliação da qualidade do sistema de saúde para a pessoa idosa, em nível de média complexidade, na região de João Pessoa -PB, mostra que essa população, apesar de otimista, devido à sua capacidade reduzida de análise crítica, encontra um sistema de saúde precário e omissivo ao compromisso de integralidade do SUS, evidenciando uma perda do seguimento das conquistas adquiridas ao longo da história na assistência à saúde do idoso.⁴⁴

Na região de Limoeiro - PE, por exemplo, foi realizada uma avaliação da demanda reprimida de pacientes em busca de assistência especializada em saúde, visando, a partir

desse entendimento, melhorar o padrão de qualidade, bem como fornecer proteção e respeito aos pacientes que possuem essas necessidades. Como conclusão, foi visto que 28% da demanda aguarda 180 dias, em média, nas filas de espera para realização dos procedimentos.⁴⁵

Outro trabalho realizado na região amazônica demonstrou que a assistência à saúde é mais defasada em locais de posição geográfica desfavorecida, fato que pode culminar em um aumento do número de óbitos de causas evitáveis, quando em comparação com outras áreas de melhor localização. Esse tipo de óbito representou 70% das mortes entre 2010 e 2015 nessa região. O trabalho leva a concluir, portanto, que a saúde como direito de todos deve ser planejada com foco em regiões com desvantagem geográfica, como é o caso da região amazônica.⁴⁶

O não cumprimento em garantir o direito à saúde nas populações mais carentes e distantes dos grandes centros urbanos do Brasil leva a uma maior desatenção para doenças que necessitam de uma assistência em serviços de alta complexidade, como é o caso da Artrose de joelho, causando repercussões no cotidiano e distúrbios psicológicos.

1.6 Psicologia da Saúde: prevenção e promoção

A Psicologia da Saúde pode ser definida como a “ciência que estuda o comportamento e as suas relações com a saúde e enfermidade”. Portanto, essa área se refere aos aspectos da Psicologia relacionados à experiência da saúde e à enfermidade ou às condutas que intervêm na determinação e na explicação da saúde. Além disso, a Psicologia da Saúde também constitui a aplicação da teoria e das práticas psicológicas aos sistemas de saúde com o objetivo de solucionar seus problemas e suas questões

fundamentais. O surgimento dessa área resulta da evolução dos modelos de compreensão do processo saúde-enfermidade, resultantes das revoluções da saúde, que avançam em direção à perspectiva biopsicossocial da saúde como o bem-estar nas três dimensões que constituem a natureza humana – a biológica, a psicológica e a social – e cujo desfrute, combinado ou integradamente, institui a principal aspiração do ser humano e o ideal ou protótipo de felicidade da atualidade.⁴⁷

Partindo disso, qualquer alteração em qualquer um desses pilares resulta em comprometimento direto do complexo saúde/bem-estar do indivíduo. Por tal motivo, têm-se estudado, cada vez mais, os benefícios e o impacto das intervenções psicoterapêuticas em pacientes hospitalizados, a fim de entender e amenizar os fatores conflitantes que possam afetar o humor desses pacientes, uma vez que estes se encontram em situação de vulnerabilidade física e emocional, dentro dos ambientes de cuidado. Um exemplo disso é o estudo de caso realizado em paciente de 33 anos de idade, vítima de acidente de trabalho, com traumatismos múltiplos ao redor do joelho, na cidade de Tamaulipas/México, em 2017, que evidencia a importância da intervenção psicológica, com enfoque cognitivo comportamental, no tratamento de transtornos depressivos pós-traumáticos, no intuito de diminuir tristeza, ira, problema de sono e fadiga. O estudo em questão deixa claro o impacto positivo desse tipo de terapia.⁴⁸

A prevenção à saúde, por sua vez, tem como objetivo prever e fazer a antecipação ao surgimento de possíveis acontecimentos indesejáveis para os indivíduos considerados normais, dentro de uma população em situações de risco. A promoção da saúde é um processo de compartilhamento dos conhecimentos da própria sociedade, buscando condições mais satisfatórias de vida e saúde e também garantir direitos adquiridos e cidadania. Atuar no sentido de ajudar o desenvolvimento e entrosamento entre indivíduos no seu meio social, econômico e cultural, buscando manter as relações com todas as

instâncias e níveis sociais diferenciados, é papel fundamental no processo de promoção da saúde.⁴⁹

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o tempo de espera para realização da cirurgia de prótese do joelho, com a alteração no cotidiano de pacientes com artrose de joelho.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes com indicação à Artroplastia Total do Joelho;

- Identificar o tempo médio de espera para a Artroplastia Total do Joelho;

- Conhecer o cotidiano referente às queixas relacionadas à patologia dos idosos em espera para a Artroplastia Total do Joelho;

- Produzir um produto técnico no formato de relatório, buscando fazer o embasamento para desenvolvimento de um Projeto de Lei frente à Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco (ALEPE), com objetivo de desenvolver políticas públicas facilitadoras para realização da Artroplastia Total do joelho, não somente para a população local, mas também para a região metropolitana e todo o estado de Pernambuco, bem como prestar um suporte psicológico para os pacientes à espera da realização cirúrgica.

III. MÉTODO

3.1 Desenho do estudo

O presente estudo tem caráter observacional retrospectivo e de corte transversal e apresenta como característica o aspecto analítico, uma vez que o pesquisador não impõe um tratamento para cada grupo de pessoas e apenas se utiliza das informações de períodos passados, já disponíveis sobre o paciente, a partir de um dado momento.⁵⁰

3.2 Local do estudo

A coleta dos dados foi realizada no Hospital Memorial de Jaboatão (HMJ), uma unidade de saúde filantrópica que se dedica exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde, com uma parceria entre a Prefeitura Municipal de Jaboatão dos Guararapes e o Governo do Estado de Pernambuco, por meio da Secretaria Estadual de Saúde. O Hospital participa da rede de urgência e emergência do Estado de Pernambuco, sendo referência das duas maiores emergências do Estado e disponibilizando leitos de Traumatologia e Ortopedia, além de clínica médica e UTI, com a capacidade resolutiva de cirurgias de alta complexidade e a realização em torno de quatro cirurgias de Artroplastia Total do Joelho por semana. O referido hospital deu início a esse procedimento em 2018, e vem se tornando um serviço de fundamental importância para a saúde do estado, e atualmente está desenvolvendo suas atividades seguindo as orientações e recomendações dos órgãos de vigilância em saúde para proteção de funcionários e pacientes.

3.3 Período do estudo

O estudo teve sua coleta de dados realizada entre os meses de janeiro a junho de 2021.

3.4 População do estudo

Pacientes com 50 anos ou mais, de ambos os sexos, apresentando diagnóstico de artrose do joelho, atendidos no HMJ, que receberam indicação para tratamento cirúrgico e se submeteram à Artroplastia Total do Joelho, durante o período de setembro de 2018 a setembro de 2020.

3.5 Amostra

A amostra foi determinada por conveniência e tendo como referência o período da coleta dos dados. Foram convidados a participar do estudo pacientes que frequentaram o ambulatório para acompanhamento pós-operatório entre os meses de janeiro a junho de 2021. O período e o quantitativo de participantes foi determinado sob influência da dinâmica dos atendimentos em virtude da pandemia.

3.6 Critérios e procedimentos para seleção dos participantes

3.6.1 Critério de inclusão

Pacientes com idade igual ou superior a 50 anos, atendidos no ambulatório, que aguardaram em fila de espera para tratamento cirúrgico por Artroplastia Total do Joelho, no Hospital Memorial de Jaboatão, causado por Artropatia degenerativa do joelho, no período de setembro de 2018 a setembro de 2020.

3.6.2 Critério de exclusão

Pacientes internados por outros motivos, portadores de Artropatia degenerativa de joelho não cirúrgica e/ou que apresentem déficits cognitivos que inviabilizem responder ao questionário de forma autônoma.

3.6.3 Procedimento para captação dos participantes

Os dados foram coletados pelo pesquisador principal. Foram identificados pacientes com 50 anos ou mais, portadores de Osteoartrose do joelho que realizaram correção cirúrgica, por meio da Artroplastia Total do Joelho.

No momento da consulta para acompanhamento e/ou revisão do tratamento cirúrgico, o pesquisador, com a carta de anuência (Apêndice 1) e aprovação perante o Conselho de Ética (CAAE: 42804520.9.0000.5569) em mãos, fez o convite ao paciente para participar da pesquisa, com o fornecimento de informações sobre o estudo e sobre a sua participação no estudo. Com o aceite do paciente a participar da pesquisa, foi lido juntamente com ele o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) e, na sequência, iniciada a coleta dos dados.

3.6.4 Critérios para descontinuação do estudo

A pesquisa teria necessariamente sua suspensão caso houvesse alguma situação que inviabilizasse a coleta dos dados, tais como paralisação dos atendimentos por greve, medidas sanitárias ou outro motivo que inviabilizasse o acesso aos pacientes.

3.7 Coleta de dados

3.7.1 Instrumentos para coleta de dados

Os dados foram coletados pelo pesquisador, por meio de questionário desenvolvido para a pesquisa (Apêndice 3), contendo perguntas sobre o perfil sociodemográfico, como dados pessoais, sociais e antecedentes patológicos referentes ao tratamento cirúrgico dos idosos, tais como gênero, idade, tratamento clínico e cirúrgico realizado, tempo de espera para a cirurgia e causa da espera e queixas emocionais prévios e familiares. A coleta foi realizada em local específico, limpo e arejado, afastado dos setores de enfermagem, emergência e UTI, com distância de 2m entre pesquisador e entrevistado, fazendo uso adequado dos EPIs e respeitando as recomendações estabelecidas pelos órgãos de vigilância em saúde, com ênfase na proteção contra o coronavírus, ao passo que a coleta foi feita no curso da pandemia de COVID-19, respeitando o funcionamento normal das consultas, sem prejuízo de atraso para os demais pacientes, e não alterando o fluxo de atendimento.

3.7.2 Processamento e análise dos dados

Os dados obtidos foram organizados e colocados em planilha eletrônica do Excel, posteriormente foram analisados por meio do *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 2.0, e realizadas análises descritivas (média, desvio padrão e frequência) e inferenciais.

A variável Cotidiano foi estruturada a partir do agrupamento dos seguintes itens: Dificuldade de caminhar; Dificuldade para subir e/ou descer escadas; Dificuldade para trabalhar; Dificuldade para realizar as atividades diárias; Impacto na qualidade de vida e Impacto no humor.

A variável Tempo de Espera pela cirurgia e Dor Pós-cirurgia foram codificadas em variáveis *Dummy*, que são variáveis categóricas, binárias (0 ou 1), criadas para representar uma variável com duas ou mais categorias, especificando se os participantes do estudo pertencem a um grupo ou não.

Para a comparação das alterações nos joelhos dos pacientes com relação às condições clínicas, avaliadas por exame físico, foi aplicado o teste *t-student*. fazendo a verificação de diferenças significativas, com 95% de confiabilidade.

Para a comparação da mudança na intensidade da dor e no cotidiano dos pacientes com relação às condições clínicas, foi aplicado o teste *t* dependente para verificação de diferenças significativas, com 95% de confiabilidade observada.

Para verificar o impacto da dor no cotidiano dos pacientes, foi realizada uma análise de regressão método *Enter*, tendo como preditora a redução da dor e como variável de saída o cotidiano. Foi realizada uma análise de regressão para verificar o impacto do tempo de espera pela cirurgia na vida dos pacientes. Nessa análise, as variáveis foram codificadas em variáveis *Dummy*. Desse modo, o tempo de espera pela cirurgia foi

codificado em 0 (tempo \leq 90 dias) e 1 (tempo $>$ 90 dias), e a variável dor pós-cirurgia foi codificada em 0 (ausência de dor) e 1 (presença de dor).

Em seguida, através da utilização de gráficos e/ou tabelas, está disposta a apresentação dos resultados para discussão.

3.8 Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada respeitando os princípios éticos da resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, com o consentimento formal e voluntário do paciente. Os dados coletados serão mantidos sob sigilo e armazenados em banco de dados com acesso exclusivo dos responsáveis por esta pesquisa, durando cinco anos, protegendo a privacidade e mantendo a confidencialidade das informações obtidas. Também foi garantido aos participantes que não haverá ônus referentes à participação. A pesquisa ofereceu riscos mínimos ao participante, como sentir a sensação de perda de tempo por participar do estudo e de desconforto emocional referente às lembranças relacionadas à história do tratamento realizado. No que se refere à participação no estudo, o direito de deixar de participar em qualquer momento da pesquisa foi garantido ao paciente e também de ser informado sobre o estudo. Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa são inúmeros, dentre eles, conhecer e identificar o perfil dos pacientes idosos que se submetem à cirurgia de Artroplastia Total de Joelho, podendo contribuir para projetos futuros de apoio psicológico e de reabilitação desses pacientes e também de criação de políticas públicas com objetivo de promover ampliação da assistência a pessoas com essa patologia.

A pesquisa obedeceu às recomendações contidas na Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, com parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, envolvendo seres humanos, da Faculdade Pernambucana de Saúde, CAAE: 42804520.9.0000.5569,

3.8.1 Conflito de interesse

O pesquisador afirma que não houve conflitos de interesse na realização do presente estudo.

IV. RESULTADOS

Caracterização da amostra

Inicialmente, foi realizada a caracterização da amostra para verificar os perfis sociodemográfico e clínico dos participantes, conforme Tabela 1.

A partir desta tabela, podemos observar que os participantes apresentaram idade média de 67 anos DP= 6,73, sendo maioria do sexo feminino. Quanto à escolaridade, a maioria (n=22) cursou o ensino fundamental; destes, 18 concluíram e 2 se encontram no nível de alfabetização; a minoria (n=5) cursou o ensino médio, e apenas 1 não concluiu. Um participante não respondeu a essa questão. No que diz respeito aos rendimentos, a renda média foi de R\$1,558, sendo que a maioria dos participantes (n= 18) apresenta renda mínima de R\$1,100. Dos 30 participantes, 13 são casados, a maioria é católica e procedente da cidade de Jaboatão.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa.

	Média	DP	Mínimo	Máximo	N
Idade (anos)	67,33	6,73	56	83	30
Sexo	Masculino	%	Feminino	%	100%
	9	(30%)	21	(70%)	
Escolaridade	Analfabeto	Fund. ¹ incompleto	Fund. completo	Médio	29
	2	4	18	5	
Renda (R\$)	Média	DP	Mínimo	Máximo	30
	R\$1,558	6,14	R\$1,100	R\$3,300	
Estado Civil	Solteiro	Casado	Divorciado/ Separado	Viúvo	30
	6	13	3	8	
Procedência	Jaboatão	Recife	Outras localidades		30
	19	4	7		
Religião	Católica	Evangélica	Adventista	Nenhuma	30
	14	12	2	2	

Fonte: Hospital Memorial de Jaboatão (HMJ), 2021.

Na caracterização clínica antes da cirurgia, observa-se que a maioria dos pacientes (n=28) sentia dor de forma acentuada e, em alguns casos limitantes, o analgésico foi o principal fator de melhora. Deambular foi apontado como o fator principal de piora, no entanto frequentemente se apresentou concomitante aos demais fatores apresentados na Tabela 2.

No que diz respeito à localização da dor, metade dos participantes indicaram o joelho direito e metade, o joelho esquerdo; destes, quatro apontam ambos os joelhos como localização da dor. A maioria começou a sentir dor entre 50 e 55 anos, e um número considerável de pacientes (33%) começou a sentir dor entre 35 e 45 anos. Quanto ao histórico da dor antes da cirurgia, a maioria dos participantes apresentaram uma vivência com a dor superior a um período de 10 anos, sendo que 24,3% destes conviveram com a dor por mais de 20 anos. A maioria dos pacientes esperou até 90 dias entre a primeira consulta com o cirurgião e a realização da cirurgia. No entanto, 43,3% dos participantes esperaram mais de 150 dias para a cirurgia.

Tabela 2. Avaliação clínica pré-cirurgia.

Caracterização da dor	<i>Dor moderada</i>	<i>Dor intensa</i>	<i>Dor contínua</i>	<i>Dor limitante</i>	<i>N</i>
	2	14	6	8	
Fatores de melhora	<i>Analgésico</i>	<i>Analgésico/ Gelo</i>	<i>Gelo</i>	<i>Nenhum</i>	30
	18	5	3	4	
Fatores de piora	<i>Deambular</i>	<i>Escada</i>	<i>Ficar em pé</i>	<i>Tempo frio</i>	30
	14	4	4	5	
Localização	<i>Direito</i>	<i>Esquerdo</i>	<i>Ambos</i>		30
	15	11	4		
Início da dor	<i>35-45</i>	<i>50-55</i>	<i>56-60</i>	<i>>70</i>	30
	10	13	6	1	
Tempo com dor (anos)	<i>1-10</i>	<i>11-20</i>	<i>21-30</i>		30
	7	15	8		
Tempo de espera para cirurgia (dias)	<i>1-30</i>	<i>31-90</i>	<i>91-180</i>	<i>>181</i>	30
	4	13	5	8	

Fonte: Hospital Memorial de Jaboatão (HMJ), 2021.

A caracterização clínica pós-cirurgia demonstra que metade dos participantes ainda convivem com a dor, no entanto, destes, apenas dois relataram sentir dor intensa. Assim como na condição antes da cirurgia, o analgésico permanece como o principal fator de melhora e o fator deambular guarda a mesma proporção da condição anterior como principal fator de piora. A maioria dos participantes localiza a dor no joelho direito, e apenas 1 sente dor simultaneamente nos joelhos direito e esquerdo.

Tabela 3. Avaliação clínica pós-cirurgia.

Permanência da dor	<i>Sim</i>	<i>%</i>	<i>Não</i>	<i>%</i>	<i>N</i>
	15	(50%)	15	(50%)	
Caracterização da dor	<i>Dor esporádica</i>	<i>Dor leve</i>	<i>Dor moderada</i>	<i>Dor intensa</i>	15
	5	6	2	2	
Fatores de Melhora	<i>Analgésico</i>	<i>Analgésico/gelo</i>	<i>Gelo</i>	<i>Repouso</i>	15
	12	1	1	1	
Fatores de piora	<i>Deambular longas distâncias</i>	<i>Longos períodos em pé/sentar</i>	<i>Levantar peso</i>	<i>Escada/tempo frio</i>	15
	7	4	2	2	
Localização	<i>Direito</i>	<i>Esquerdo</i>	<i>Ambos</i>		14
	10	3	1		

Fonte: Hospital Memorial de Jaboatão (HMJ), 2021.

Análise das condições clínicas

Para a comparação das alterações nos joelhos dos pacientes com relação às condições clínicas, avaliadas por exame físico, foi aplicado o teste *t-student*, fazendo a verificação de diferenças significativas, com 95% de confiabilidade mostrada na Tabela 4. A comparação das condições clínicas antes e depois da cirurgia é importante para verificar o impacto da cirurgia na condição clínica dos participantes.

A partir da Tabela 4, observa-se uma mudança na condição clínica dos pacientes em função da cirurgia. As análises de comparação de médias demonstraram diferenças

significativas entre as condições pré-cirurgia e pós-cirurgia para as condições de diminuição da mobilidade de joelho e edema. Também é possível observar que 27 pacientes apresentaram uma diminuição de mobilidade do joelho na condição pré-cirurgia, no entanto a mobilidade aumenta na condição pós-cirurgia, e essa diferença é estatisticamente significativa. Em relação ao edema, percebe-se uma redução estatisticamente significativa entre as condições pré-cirurgia e pós-cirurgia para os 26 pacientes que apresentaram edema. Por fim, observamos que 18 pacientes apresentaram rigidez matinal na condição pré-cirurgia; todavia, a rigidez desaparece totalmente na condição pós-cirurgia.

Em seguida, será apresentada a caracterização das terapias anteriores utilizadas pelos pacientes.

Tabela 4. Comparação em médias dos achados clínicos pré e pós cirurgia.

Achado clínico	Variável	Média	Desvio-padrão	T ¹	p-valor ²
Mobilidade do joelho	Pré-cirurgia	7,33	1,70	9,039	p<0,001
	Pós-cirurgia	1,59	2,25		
Edema	Pré-cirurgia	7,34	2,07	13,102	p<0,001
	Pós-cirurgia	1,19	2,02		
Rigidez matinal	Pré-cirurgia	5,88	1,87	<i>Ausência de rigidez</i>	
	Pós-cirurgia	-	-		

Fonte: Hospital Memorial de Jaboatão (HMJ), 2021.

Na Tabela 5, observa-se que a grande maioria dos participantes fez uso de fisioterapia antes da cirurgia; destes, 53,8% fizeram fisioterapia por um período de 6 e 12 meses, e os demais variando entre o mínimo de 1 mês (n=1) e máximo de 132 meses (n=1). Praticamente todos os pacientes faziam uso de analgésico; destes, a maioria utilizou por um período de 24 a 60 meses, sendo o tempo mínimo de 12 meses (n=6) e

máximo de 240 meses (n=1). 2 participantes não informaram o tempo de uso de analgésico, e apenas 1 participante não fazia uso de analgésico como terapia anterior.

Dos 30 participantes, 40% apontaram infiltração, sendo o mínimo de sessões 1 (n=2) e o máximo 7 (n=1). Quatro pacientes relataram ter sido submetidos à cirurgia anterior, e 4 pacientes fizeram o uso de antidepressivos. A maioria utilizava medicação por um período de 10 anos (n=3). Embora a Tabela 5 apresente dados consideráveis, não foi verificada correlação entre esses dados e o cotidiano dos pacientes.

Tabela 5. Caracterização das terapias anteriores.

Fisioterapia	<i>Sim</i>	86,7%	<i>Não</i>	13,3%	100%
Tempo (meses)	1-12		13-24	>60	N
	20		4	2	26
Analgésicos	<i>Sim</i>	96,7%	<i>Não</i>	3,3%	100%
Tempo (meses)	12	24-60		>60	N
	6	15		6	27
Infiltração	<i>Sim</i>	40%	<i>Não</i>	60%	100%
Sessões	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	
	3,4	1,8	1	7	
Cirurgia	<i>Sim</i>	13,3%	<i>Não</i>	86,7%	100%
Tipo	<i>Artroscopia</i>	<i>ATJ primária</i>	<i>Prótese/joelho</i>	<i>Menisco</i>	N
	1	1	1	1	4
Antidepressivos	<i>Sim</i>	13,3%	<i>Não</i>	86,7%	N
Medicação	Diazepan	Escitalopram	Desvenlafaxina	Não sabe	30
	1	1	1	1	

Fonte: Hospital Memorial de Jaboatão (HMJ), 2021.

Análise do cotidiano dos pacientes

Para a comparação da mudança na intensidade da dor e no cotidiano dos pacientes com relação às condições clínicas, foi aplicado o teste *t* dependente para verificação de diferenças significativas, com 95% de confiabilidade observada na Tabela 6. Foram realizadas análises de comparação de médias para verificar se houve diferença entre o pré-operatório e o pós-operatório em relação à dor e ao cotidiano dos participantes.

A partir da Tabela 6, foi possível observar diferenças no cotidiano dos pacientes em função da cirurgia. Houve uma diferença estatisticamente significativa na intensidade da dor, de modo que, após a cirurgia, ela reduz consideravelmente. Do mesmo modo, é possível observar uma diferença significativa estatisticamente no cotidiano dos pacientes. Nesse sentido, observa-se que, no pós-operatório, os pacientes apresentam uma menor limitação na realização das atividades diárias, maior mobilidade e um aumento na qualidade de vida.

Tabela 6. Mudanças na intensidade da dor e no cotidiano dos pacientes no pré e pós cirúrgico¹ Teste *t* de *student*.² Significância do teste.

	Variável	Média	Desvio-padrão	T ¹	p-valor ²
Intensidade da dor	Pré-cirurgia	9,11	0,80	-14,07	p<0,001
	Pós-cirurgia	3,68	0,41		
Cotidiano	Pré-cirurgia	7,34	2,07	-13,07	p<0,001
	Pós-cirurgia	1,19	2,02		

Fonte: Hospital Memorial de Jaboatão (HMJ), 2021.

Em seguida, foi verificado o impacto da redução da dor, medida através da intensidade pós-cirurgia, no cotidiano dos pacientes.

Para verificar o impacto da dor no cotidiano dos pacientes, foi realizada uma análise de regressão método *Enter*, tendo como preditora a redução da dor e como variável de saída o cotidiano. Os resultados demonstraram que a redução da dor prediz, de forma significativa, o cotidiano dos pacientes, de modo que, quanto maior a redução da dor, melhor o cotidiano dos pacientes.

Tabela 7. Efeito da redução da dor sobre o cotidiano.

Cotidiano				
Preditores	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>p</i> <
<i>Intercepto</i>	2,014		19,77	0,001
Redução da dor	0,104	0,514	3,169	0,05
Coeficiente de regressão	R = 0,514; R ² = 0,264			
Variância explicada	R ² ajustado = 0,238			
Teste estatístico	F(1,29)=10,04; p<0,05			

Foi realizada uma análise de regressão para verificar o impacto do tempo de espera pela cirurgia na vida dos pacientes. Nessa análise, as variáveis foram codificadas em variáveis *Dummy*. Desse modo, o tempo de espera pela cirurgia foi codificado em 0 (tempo ≤ 90 dias) e 1 (tempo > 90 dias), e a variável dor pós-cirurgia foi codificada em 0 (ausência de dor) e 1 (presença de dor). Os resultados demonstraram que a variável Tempo de Espera pela Cirurgia prediz, de forma significativa, a dor pós-cirurgia. Nesse sentido, quanto maior o tempo de espera, maior a probabilidade de o paciente continuar sentindo dor depois da cirurgia.

Tabela 8. Regressão linear tendo como variável preditora o tempo de espera pela cirurgia e como variável de saída a dor pós-cirurgia.

Dor pós-cirurgia

Preditores	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>p</i> <
<i>Intercepto</i>	0,313		2,636	0,05
Tempo de espera pela cirurgia	0,402	0,368	2,316	0,05
Coefficiente de regressão	R = 0,401; R ² = 0,161			
Variância explicada	R ² ajustado = 0,131			
Teste estatístico	F(1,33)=5,362; p<0,05			

Por fim, foi realizada uma análise de regressão para verificar como a redução da dor impacta na satisfação com o procedimento. Os resultados demonstraram que a redução da dor prediz, de forma significativa, a satisfação com o procedimento, de modo que, quanto maior for a redução da dor, maior a satisfação com o procedimento.

Tabela 9. Efeito da redução da dor sobre a satisfação com o procedimento.

Satisfação				
Preditores	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>p</i> <
<i>Intercepto</i>	2,014		19,77	0,001
Redução da dor	0,104	0,514	3,169	0,05
Coefficiente de regressão	R = 0,514; R ² = 0,264			
Variância explicada	R ² ajustado = 0,238			
Teste estatístico	F(1,29)=10,04; p<0,05			

Tomados em conjunto, os resultados demonstram que a cirurgia e o tempo de espera causam um impacto significativo no cotidiano dos pacientes. Observam-se mudanças quantitativas nesse processo, de modo que há uma mudança na percepção dos pacientes em relação à melhora no cotidiano (Quadro 1), como há mudanças concretas significativas tanto nas condições clínicas quanto no cotidiano desses pacientes, observadas em todas as análises apresentadas.

4.1 Resultado 1

Artigo: Relação entre o tempo de espera e o impacto no cotidiano de pacientes submetidos à Artroplastia Total de Joelho. Submetido à Revista Brasileira de Ortopedia, *qualis* B1.

RELACÃO ENTRE O TEMPO DE ESPERA E O IMPACTO NO COTIDIANO DE PACIENTES SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO

RESUMO

Objetivo: avaliar a relação entre a mudança no cotidiano e o tempo de espera para a realização de Artroplastia Total do Joelho (ATJ) em pacientes usuários do sistema público de saúde. **Método:** estudo observacional, retrospectivo do tipo corte transversal, entre janeiro a junho de 2021. Incluídos no estudo os pacientes com idade igual ou superior a 50 anos que adentraram em fila de espera para tratamento cirúrgico por Artroplastia Total do Joelho, em um hospital público terciário na região Nordeste do Brasil. Os dados foram coletados por meio de questionário processado por meio de estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** trinta pacientes participaram da pesquisa, com idade de 67 +/- 6,63 anos, 70% do sexo feminino e renda mensal média de R\$1.558,00. Quanto ao tempo de espera pela ATJ, 56,67% dos pacientes esperam até 90 dias, 16,67%, entre 90 e 180, e 26,67% esperaram mais de 180 dias. Demonstrada melhora significativa entre as condições clínicas pré e pós ATJ, como mobilidade, edema, rigidez matinal e dor. Redução da dor foi preditor significativamente mais associado à satisfação com o procedimento. Análise de regressão verificou que os piores resultados foram encontrados

nos pacientes que esperaram por mais de 90 dias pela ATJ. **Conclusão:** o tempo de espera causa um impacto significativo no cotidiano dos pacientes submetidos à ATJ. Quanto maior o tempo de espera, piores os resultados funcionais, a satisfação e a qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-chave: Cirurgia do joelho; Artroplastia do Joelho; Sistema Único de Saúde; Cotidiano; Psicologia da Saúde.

INTRODUÇÃO

A Artroplastia Total do Joelho (ATJ) é um procedimento cirúrgico que visa ao alívio da dor e à melhora funcional nos estágios avançados da doença articular degenerativa do joelho (gonartrose), sobretudo quando as medidas conservadoras e a possibilidade de outras opções cirúrgicas menos mórbidas tornam-se incapazes de oferecer um tratamento satisfatório.^{1,2} Nesses estágios da doença, as consequências para a saúde geral do paciente, em sua visão mais holística, resultam no comprometimento da qualidade de vida e no cotidiano dos pacientes acometidos por tais doenças degenerativas.³⁻⁵

Cotidiano pode ser conceituado como algo que é costumeiro, aquilo que acontece com determinada frequência todo dia, um modo de vida intersubjetivo, mas apenas perceptível na perspectiva de cada indivíduo por meio de seu senso comum.⁶

As dificuldades administrativas e financeiras do sistema público de saúde no Brasil levam a grandes dificuldades de acesso da população de baixa renda a cirurgias de alta complexidade e custo, como a ATJ. Essas dificuldades resultam em demora no tratamento, o que favorece a formação de uma longa fila de espera, que gera um quadro

de angústia e diminuição da qualidade de vida do ponto de vista funcional e psicológico para os pacientes.⁷⁻⁹

Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar a relação entre a mudança no cotidiano e qualidade de vida com o tempo de espera para a realização de artroplastia total do joelho em pacientes usuários do sistema público de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE: 42804520.9.0000.5569. Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo do tipo corte transversal, realizado entre janeiro e junho de 2021.

Foram incluídos no estudo os pacientes com idade igual ou superior a 50 anos, em fila de espera para tratamento cirúrgico por Artroplastia Total do Joelho, em um hospital público terciário conveniado ao Sistema Único de Saúde na região Nordeste do Brasil.

A amostra foi selecionada por conveniência: os trinta primeiros pacientes que retornaram ao ambulatório de ortopedia entre janeiro e junho de 2021 por pós-operatório de Artroplastia Total de Joelho que tenham sido operados em 2020 e já estivessem em fila de cirurgia desde 2018. A amostra foi composta por pacientes de ambos os sexos, com histórico de Osteoartrose de joelho, com artroplastia indicada por cirurgiões de joelho.

Foram considerados critérios de exclusão da pesquisa os pacientes que apresentassem déficits cognitivos que inviabilizem responder ao questionário de forma autônoma ou que se recusassem a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados pelo pesquisador, por meio de questionário (Anexo 1).

Em sua primeira parte, o instrumento utilizado contém perguntas sobre o perfil sociodemográfico, como dados pessoais, gênero, idade e renda familiar, além de informações como tratamentos já realizados e tempo de espera para a cirurgia.

Na segunda parte do instrumento, são realizadas perguntas sobre a sintomatologia pré e pós-operatória: dor; diminuição de mobilidade; edema; rigidez articular matinal; dificuldade de caminhar; dificuldade para subir e/ou descer escadas; dificuldade para trabalhar; dificuldade para realizar as atividades diárias.

Foram realizadas análises de comparação de médias entre as condições pré e pós cirurgia para todas as características clínicas.

Para uma melhor análise estatística em busca da melhor correlação entre o tempo de espera na fila para a realização da cirurgia e o impacto no cotidiano da vida dos pacientes, foram criadas duas variáveis: 1 - variável Cotidiano; e 2 - variável Tempo de Espera pela Cirurgia e Dor Pós-Cirurgia.

A variável Cotidiano foi formada a partir do agrupamento dos seguintes itens: dificuldade de caminhar; dificuldade para subir e/ou descer escadas; dificuldade para trabalhar; dificuldade para realizar as atividades diárias; impacto na qualidade de vida e impacto no humor; estratificadas em Muita, Moderada, Pouca ou Nenhuma.

A variável Tempo de Espera pela Cirurgia e Dor Pós-Cirurgia foi codificada em variáveis *Dummy*, que são variáveis categóricas, binárias (0 ou 1), criadas para representar uma variável com duas ou mais categorias, especificando se os participantes do estudo pertencem a um grupo ou não.

Os dados obtidos foram colocados em planilha eletrônica, analisados e tratados por meio do processo de estatística descritiva (média, desvio padrão e frequências) e inferencial. Os dados foram analisados por meio do *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20.

RESULTADOS

Trinta pacientes participaram da presente pesquisa, com idade média de 67 anos +/- 6,63 anos, sendo 70% do sexo feminino. Quanto ao perfil sociodemográfico, a maioria (n=18) apresenta apenas o ensino fundamental completo e uma renda mensal média da amostra de R\$1.558,00.

A partir da caracterização clínica, podemos observar que a grande maioria dos pacientes (n=28) relatou que, antes da cirurgia, sentia dor de forma acentuada e, em alguns casos, limitantes, sendo o analgésico o principal fator de melhora. Quanto ao fator de piora, deambular foi apontado como o fator principal. A maioria começou a sentir dor entre 50 e 55 anos, e um número considerável de pacientes (33%) começou a sentir dor entre 35 e 45 anos. Quanto ao histórico da dor antes da cirurgia, grande parte dos participantes apresentou uma vivência com a dor superior a um período de 10 anos, sendo que 24,3% destes conviveram com a dor por mais de 20 anos.

A maioria dos pacientes (56,67%) esperou até 90 dias entre a primeira consulta com o cirurgião e a realização da cirurgia. Por outro lado, 26,67% dos participantes esperaram mais de 180 dias para a ATJ. Os demais, 16,67%, aguardaram entre 90 e 180 dias.

A caracterização clínica pós-cirurgia demonstra que metade dos participantes ainda convivem com a dor, no entanto, destes, apenas dois relataram sentir dor intensa.

As análises de comparação de médias demonstraram diferenças significativas entre as condições pré e pós cirurgia para todas as características clínicas. Houve melhora de mobilidade, edema e rigidez matinal (Tabela 2).

Tabela 2 Comparação em médias dos achados clínicos pré e pós cirurgia

Achado clínico	Variável	Média	Desvio-padrão	T ¹	p-valor ²
Mobilidade do joelho	Pré-cirurgia	7,33	1,70	9,039	p<0,001
	Pós-cirurgia	1,59	2,25		
Edema	Pré-cirurgia	7,34	2,07	13,102	p<0,001
	Pós-cirurgia	1,19	2,02		
Rigidez matinal	Pré-cirurgia	5,88	1,87	<i>Ausência de rigidez</i>	
	Pós-cirurgia	-	-		

¹ Teste *t* de *student*

² Significância do teste

A maioria dos participantes fez uso de fisioterapia antes da cirurgia. Destes, 53,8% fizeram fisioterapia por um período de 6 e 12 meses, e os demais variaram entre o mínimo de 1 mês (n=1) e máximo de 132 meses (n=1). Praticamente todos os pacientes faziam uso de analgésico, sendo que grande parte utilizou por um período de 24 a 60 meses, sendo o tempo mínimo de 12 meses (n=6) e máximo de 240 meses (n=1). Dois participantes não informaram o tempo de uso de analgésico, e apenas um participante não fazia uso de analgésico como terapia anterior. Dos 30 participantes, 40% apontaram infiltração, sendo o mínimo de sessões 1 (n=2) e o máximo 7 (n=1). Apenas 4 pacientes relataram o uso de antidepressivos, sendo que a maioria utilizou a medicação por um período de 10 anos (n=3).

Em relação à análise do cotidiano dos pacientes, houve uma diferença estatisticamente significativa na intensidade da dor, de modo que, após a cirurgia, a intensidade da dor reduziu consideravelmente. Nesse sentido, observa-se que, no pós-operatório, os pacientes apresentam menor limitação na realização das atividades diárias, maior mobilidade e melhora na qualidade de vida. A análise do Teste *t* mostrou que a dor saiu de uma média de 9,1 para 1,96, apresentando uma redução extremamente significativa

para os pacientes antes e depois da cirurgia (Tabela 3). A análise de regressão demonstrou que a redução da dor é um excelente preditor do cotidiano dos pacientes no pós-cirúrgico, o que significa dizer que, quanto maior for a redução da dor, melhor é o cotidiano dos pacientes.

Tabela 3 Mudanças na intensidade da dor e cotidiano dos pacientes no pré e pós cirúrgico

	Variável	Média	Desvio-padrão	T ¹	p-valor ²
Intensidade da dor	Pré-cirurgia	9,11	0,80	-14,07	p<0,001
	Pós-cirurgia	3,68	0,41		
Cotidiano	Pré-cirurgia	7,34	2,07	-13,07	p<0,001
	Pós-cirurgia	1,19	2,02		

¹ Teste *t* de *student*

² Significância do teste

A análise de regressão para verificar o impacto do tempo de espera pela cirurgia na vida dos pacientes demonstrou que a variável tempo de espera pela cirurgia prediz, de forma significativa, a dor pós-cirurgia (Tabela 4). Nesse sentido, quanto maior o tempo de espera, maior a probabilidade de o paciente continuar sentindo dor depois da cirurgia. Os piores resultados foram encontrados nos pacientes que esperaram por mais de 90 dias pela ATJ.

Tabela 4 Regressão linear tendo como variável preditora o tempo de espera pela cirurgia e como variável de saída a dor pós-cirurgia

Dor pós-cirurgia				
Preditores	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>p</i> <
<i>Intercepto</i>	0,313		2,636	0,05
Tempo de espera pela cirurgia	0,402	0,368	2,316	0,05
Coeficiente de regressão	R = 0,401; R ² = 0,161			
Variância explicada	R ² ajustado = 0,131			
Teste estatístico	F(1,33)=5,362; p<0,05			

Por fim, foi realizada uma análise de regressão para verificar como a redução da dor impacta na satisfação com o procedimento.

A análise de regressão demonstrou que a redução da dor prediz, de forma significativa, a satisfação com o procedimento, de modo que, quanto maior foi a redução da dor, maior foi a satisfação do paciente com a ATJ, com impacto positivo na qualidade de vida e no cotidiano (Tabela 5).

Tabela 5 Efeito da redução da dor sobre a satisfação com o procedimento

Preditores	Satisfação			
	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>p</i> <
<i>Intercepto</i>	2,014		19,77	0,001
Redução da dor	0,104	0,514	3,169	0,05
Coeficiente de regressão	R = 0,514; R ² = 0,264			
Variância explicada	R ² ajustado = 0,238			
Teste estatístico	F(1,29)=10,04; p<0,05			

DISCUSSÃO

O principal achado do presente estudo foi que, em estágios avançados da doença articular degenerativa do joelho com indicação de ATJ como tratamento, quanto maior o tempo de espera pela cirurgia, maior a probabilidade de o paciente continuar sentindo dor, mesmo depois do procedimento cirúrgico.

Tomados em conjunto, os resultados demonstram que a cirurgia e o tempo de espera causam um impacto significativo no cotidiano dos pacientes. Observam-se mudanças quantitativas e qualitativas nesse processo, de modo que há uma alteração na percepção dos pacientes em relação à qualidade de vida, como também há modificações concretas significativas tanto nas condições clínicas quanto no cotidiano desses pacientes, observadas em todas as análises apresentadas.

A palavra “cotidiano” tem origem no latim, proveniente de *quotidianus*, segundo Cunha¹⁰: “Diz-se de, ou aquilo que é diário, que sucede ou se pratica habitualmente”.

Conforme Benetton e Marcolino¹¹, o conceito de cotidiano começou a ser estudado pelas Ciências Sociais no século XIX, sendo entendido, a partir daí, como elemento constituído da trama social.

Numa linguagem mais simples, entende-se que a vida cotidiana é o dia a dia, a vida dos mesmos gestos, dos ritmos de todos os dias, como se levantar nos horários certos, ir ao trabalho e à escola, preparar o café da manhã e o almoço, praticar um esporte, ou seja, atividades que se fazem de uma maneira mais mecânica e automatizada. Muitos autores colocam a vida cotidiana como o local de desenvolvimento humano, através de aspectos como trabalho, linguagem, pensamento, sentimento, ações e reflexões do homem.¹¹⁻¹³

O indivíduo com gonartrose sofre uma série de limitações físicas, sociais e emocionais, incluindo as dificuldades no desempenho ocupacional, as consultas médicas e as sessões de reabilitação fisioterápica, além de polimedicação, o que torna o indivíduo frágil e altera negativamente o seu cotidiano. É extremamente importante considerar essas limitações, as quais dificultam o desempenho das atividades ocupacionais, o que, por consequência, desestrutura a vida cotidiana e a qualidade de vida dos pacientes com gonartrose.⁵

A ATJ tipicamente resulta em alto grau de satisfação do paciente, uma vez que proporciona benefícios consideráveis de médio e longo prazo em termos de qualidade de vida, alívio da dor e função cotidiana. Apesar disso, a literatura relata que até 30% dos pacientes estão insatisfeitos com os resultados da ATJ. Essa insatisfação está diretamente relacionada à qualidade de vida dos pacientes, que consideram insuficiente, não restabelecendo o cotidiano desejado.³

Avaliações clínicas do estado de saúde muitas vezes refletem a percepção do médico sobre a doença, frequentemente sem correlação com a percepção do paciente sobre sua própria saúde.¹⁴ Tendo em vista um conceito mais amplo de qualidade de vida e cotidiano, como defendido pela OMS, da “percepção individual de um completo bem-estar físico, mental e social”, surge a necessidade de abordar, de forma mais holística, os resultados dos tratamentos nesse contexto, tipicamente através de instrumentos como questionários estruturados.¹

Entre os muitos instrumentos utilizados para avaliar os resultados da ATJ em relação ao cotidiano e à qualidade de vida dos pacientes, os dois mais comuns são o *Medical Outcomes Short Form* (SF-36, SF-12) e o questionário *EuroQOL* (EQ-5D/EQ/VAS).³ No entanto, esses questionários utilizam pontuações gerais que não analisam especificamente os resultados dos pacientes após ATJ. Como consequência, novos instrumentos mais específicos, como *OsteoArthritis Knee and Hip Quality Of Life* (OAKHQOL) e o *Knee Quality of Life-26* (KQOL-26), foram introduzidos. Embora sejam mais adequados para avaliar os resultados da ATJ, devem sempre ser usados em combinação com os escores funcionais específicos de ATJ, como o novo KSS (*Knee Society Score*), o WOMAC (*Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index*) e o KOOS (*Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score*).¹⁵

Autores como Steinhoff e Bugbee¹⁶ referem um efeito limitado desses instrumentos, pois eles não são suficientemente discriminadores: um paciente com um bom escore pode não ficar satisfeito com o resultado, e é impossível diferenciar entre resultados muito bons e resultados excelentes. Esse foi um dos motivos que levaram os autores do presente trabalho a utilizarem um questionário regional, desenvolvido e validado pelo serviço de psicologia local (Anexo 1).

A ATJ é um procedimento capaz de melhorar globalmente a qualidade de vida dos pacientes, e essa melhoria tipicamente perdura de meses a anos. A dor e a função estão entre os mais importantes preditores de melhoria da qualidade de vida e do cotidiano, mesmo quando a função permanece inferior à de pacientes saudáveis.⁵

Todavia, estudos indicam que o *status* socioeconômico pode influenciar fortemente no tratamento da gonartrose, uma vez que condição socioeconômica desfavorável tem implicado maior dificuldade de acesso à ATJ.¹⁷⁻²⁰ Boa parte dessa população depende unicamente do sistema público de saúde nacional, o SUS.²¹

As cirurgias eletivas de média e alta complexidade financiadas pelo sistema público de saúde são de difícil acesso e englobam um processo demorado e de alto grau de exigências burocráticas. Isso contribui para que as filas de espera pelos procedimentos sejam cada vez mais extensas, sendo que a necessidade da população cresce de maneira exponencial.²²

Corroborando essas informações, Zotti²³ relatou que, em todos os anos da última década, o número de pacientes ativos na fila do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO) superou 10.000, sendo a maioria composta por ATJ e Artroplastia Total do Quadril. Muitos desses pacientes chegam a esperar até 5 ou mesmo 10 anos por um procedimento cirúrgico.²³ Não muito diferente, na região Norte, dos Anjos²⁴ relatou dificuldade no acesso à assistência à saúde, assim como na região Sul, descrito por Bernardi *et al.*²⁵, e na Centro-Oeste, em estudo de Kochi e Baldasso²⁶. Na região Nordeste do Brasil, Lima²⁷ avaliou a demanda reprimida de pacientes em busca de assistência especializada em saúde e concluiu que 28% dos usuários aguardavam um simples agendamento de consulta com especialista há mais de 180 dias.

Estudos indicam que, quanto maior o tempo em uma fila de espera de Artroplastia, maior a progressão da dor e da incapacidade física, e que a dor e a incapacidade física mais intensas no pré-operatório são preditores de um resultado pior nas ATJ.^{17,28,29}

Desmeules *et al.*³⁰ observaram que a longa espera pela cirurgia tem impacto significativamente negativo na dor, na função e na qualidade de vida, além do comprometimento do cotidiano do paciente com gonartrose. Em um outro estudo observacional, Desmeules *et al.*³¹ relataram que, após seis meses de espera, comprometimento significativo já pode ser observado na qualidade de vida. Já McHugh *et al.*³² constataram deterioração na dor e na função a partir de três meses de espera pela cirurgia.

Segundo Silva *et al.*⁵, mais da metade dos pacientes que aguardam cirurgia de substituição articular experimentaram deterioração considerável na qualidade de vida e desestruturação de seu cotidiano durante o período de espera em fila. Esses dados fornecem a necessária evidência para orientar os profissionais de saúde e formuladores e gestores de políticas públicas para a concepção de programas de cuidados e alocação de recursos para as pessoas que necessitam de ATJ.

O presente estudo não é isento de limitações. Dentre as principais, podemos citar o número de pacientes. Infelizmente, a pandemia de Covid-19 limitou o acesso de boa parte dos pacientes pós ATJ ao serviço ambulatorial. Tipicamente, a ATJ é um procedimento realizado em pacientes idosos, e justamente esse grupo de pessoas foi o mais acometido pela pandemia.

CONCLUSÃO

O tempo de espera causa um impacto significativo no cotidiano dos pacientes submetidos à ATJ. Quanto maior o tempo de espera, piores os resultados funcionais, a satisfação e a qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira MP, Ferreira AMA, Cordeiro RXR, Lima JA. Qualidade de vida e o contexto social de pacientes submetidos à artroplastia total primária do joelho. *Rev Bras Ortop.* 2012;47(1).
2. Camanho GL, Olivi R, Camanho LF. Artroplastia total de joelho em pacientes idosos portadores de osteoartrose. *Rev Bras Ortop.* 1998;33(4):271-274.
3. Canovas F, Dagneaux L. Quality of life after total knee arthroplasty. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2018;104(1).
4. Horn CC, Oliveira SG. Qualidade de vida pós-artroplastia total de joelho. *Rev Bras Ciências do Envelhec Hum.* 2005;2(2):57-64.
5. Silva RR da, Santos AAM, Carvalho J de S, Matos MA. Qualidade de vida após artroplastia total do joelho: revisão sistemática. *Rev Bras Ortop.* 2014;49:520-527.
6. Jesus MCP, Capalbo C, Merighi MAB, *et al.* The social phenomenology of alfred schütz and its contribution for the nursing. *Rev da Esc Enferm.* 2013;47(3): 736-41.
7. Lara M, Fernandes CMS, Penteadó VP, Serra MC. Direito à saúde e judicialização no acesso a tratamentos de média e alta complexidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS). *Res Soc Dev.* 2021;10(3):1-7.
8. Vianna SM, Nunes A, Góes G, Silva JR, Santos RJM. Atenção de alta complexidade no SUS : desigualdades no acesso e no financiamento. Brasília: Ipea; 2005.
9. Gomes FFC, Cherchiglia ML, Machado CD, Santos VC, Acurcio FA, Andrade EIG. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no sistema único de saúde: Uma questão de judicialização. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(1):31-43.
10. Cunha AG. Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Lexikon Editora; 2019.
11. Benetton J, Marcolino TQ. As atividades no Método Terapia Ocupacional Dinâmica. *Cad Bras Ter Ocup.* 2013;21(3):645-652.
12. Bezerra KV, Santos JLF. Daily life of patients with chronic renal failure receiving hemodialysis treatment. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2008;16(4):1-6.
13. Lukács G. Prolegômenos para uma ontologia do ser social: questões de princípios para uma ontologia hoje tornada possível. São Paulo: Boitempo Editorial; 2015.
14. Wright JG, Young NL. The patient-specific index: Asking patients what they want. *J Bone Jt Surg - Ser A.* 1997;79(7):974-983.

15. Hossain FS, Konan S, Patel S, Rodriguez-Merchan EC, Haddad FS. The assessment of outcome after total knee Arthroplasty: Are we there yet? *Bone Jt J.* 2015;97-B(1):3-9.
16. Steinhoff AK, Bugbee WD. Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score has higher responsiveness and lower ceiling effect than Knee Society Function Score after total knee arthroplasty. *Knee Surgery, Sport Traumatol Arthrosc.* 2016;24(8): 2627-33.
17. Ackerman IN, Graves SE, Wicks IP, Bennell KL, Osborne RH. Severely compromised quality of life in women and those of lower socioeconomic status waiting for joint replacement surgery. *Arthritis Care Res.* 2005;53(5):653-658.
18. Yong PFK, Milner PC, Payne JN, Lewis PA, Jennison C. Inequalities in access to knee joint replacements for people in need. *Ann Rheum Dis.* 2004;63(11):1483-9.
19. Dixon T, Shaw M, Ebrahim S, Dieppe P. Trends in hip and knee joint replacement: Socioeconomic inequalities and projections of need. *Ann Rheum Dis.* 2004;63(7):825-830.
20. Hawker GA. The quest for explanations for race/ethnic disparity in rates of use of total joint arthroplasty. *J Rheumatol.* 2004;31(9): 1683-5.
21. Castro MC, Massuda A, Almeida G, *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet.* 2019;394(10195):345-356.
22. Araújo NL. Saúde do idoso: qualidade do atendimento na atenção de média complexidade em saúde em João Pessoa [dissertação]. Paraíba: Universidade Federal da Paraíba; 2016.
23. Zotti S. Judicialização de procedimentos cirúrgicos em ortopedia no âmbito do SUS: um estudo de caso do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia; 2020.
24. Anjos LCC. Acesso geográfico à saúde na Região Metropolitana de Manaus (RMM) [dissertação]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2018.
25. Bernardi H, Albiero JFG, Santa Helena ET. Regulação do acesso às consultas especializadas: percepções de gestores e profissionais em município de médio porte do Sul do Brasil. *Rev Gestão em Sist Saúde.* 2021;10(2):180-199.
26. Kochi RMS, Baldasso EKF. A regulação do acesso às consultas especializadas: dificuldades e desafios. *Rev saúde pública Mato Grosso Sul.* 2016;6(1-2):35-41.
27. Lima ACS. Análise do perfil da demanda reprimida de consultas especializadas no município de Limoeiro-PE [monografia]. Vitória de Santo Antão: Universidade Federal de Pernambuco; 2018.

28. Ostendorf M, Buskens E, Van Stel H, *et al.* Waiting for total hip arthroplasty: Avoidable loss in quality time and preventable deterioration. *J Arthroplasty*. 2004;19(3):302-309.
29. Fortin PR, Penrod JR, Clarke AE, *et al.* Timing of total joint replacement affects clinical outcomes among patients with osteoarthritis of the hip or knee. *Arthritis Rheum*. 2002;46(12): 3327-30.
30. Desmeules F, Dionne CE, Belzile E, Bourbonnais R, Frémont P. The burden of wait for knee replacement surgery: effects on pain, function and health-related quality of life at the time of surgery. *Rheumatology (Oxford)*. 2010;49(5):945-954.
31. Desmeules F, Dionne CE, Belzile ÉL, Bourbonnais R, Frémont P. The impacts of pre-surgery wait for total knee replacement on pain, function and health-related quality of life six months after surgery. *J Eval Clin Pract*. 2012;18(1):111-120.
32. McHugh GA, Luker KA, Campbell M, Kay PR, Silman AJ. Pain, physical functioning and quality of life of individuals awaiting total joint replacement: A longitudinal study. *J Eval Clin Pract*. 2008;14(1):19-26.

4.2 Resultado 2

Relatório técnico: o produto técnico desta obra será representado por um relatório técnico, que servirá como base para um Projeto de Lei com objetivo de desenvolver políticas públicas facilitadoras para realização da Artroplastia Total do joelho, não somente para a população local, mas também para a região metropolitana e todo o estado de Pernambuco.

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

RELATÓRIO TÉCNICO CONCLUSIVO

E

MINUTA DE LEI COMPLEMENTAR

**RELAÇÃO ENTRE TEMPO DE ESPERA E MUDANÇAS NO COTIDIANO DE
PACIENTES SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO,
ATENDIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA REGIÃO METROPOLITANA
DO RECIFE**

RECIFE

2021

RELATÓRIO TÉCNICO CONCLUSIVO

E

MINUTA DE LEI COMPLEMENTAR

RELAÇÃO ENTRE TEMPO DE ESPERA E MUDANÇAS NO COTIDIANO DE PACIENTES SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO, ATENDIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE

Mestrando: Dilamar Moreira Pinto

Orientadora: Profa. Dra. Monica Cristina Batista de Melo

Coorientadora: Profa. Ma. Andrea Echeverria M. A. de Alencar

Linha de Pesquisa: Avaliação psicológica e promoção de ações em saúde

APRESENTAÇÃO

O presente relatório busca apresentar aos órgãos competentes de governo um estudo acadêmico sobre a influência no cotidiano de pacientes com Osteoartrose de joelho da fila de espera para a confecção de Artroplastia Total de Joelho em um hospital da região metropolitana do Recife.

Trata-se do resultado de um estudo observacional, retrospectivo do tipo corte transversal, realizado no período de janeiro a junho de 2021, do qual participaram pacientes com idade igual ou superior a 50 anos em fila de espera para tratamento

cirúrgico por Artroplastia. Os dados coletados foram submetidos a análises descritivas e inferenciais, em seguida levados à discussão.

Como conclusão, o trabalho mostra que o tempo de espera causa um impacto significativo no cotidiano dos pacientes submetidos à ATJ. Observou-se que, quanto maior o tempo de espera, piores os resultados funcionais, a satisfação e a qualidade de vida desses pacientes. A entrega deste relatório técnico busca políticas públicas e/ou melhorias para a assistência aos pacientes que procuram o Hospital Memorial Jaboatão, bem como para a população da região metropolitana do Recife e de todo o estado de Pernambuco.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	6
2.1 Objetivo geral.....	6
2.2 Objetivos específicos	6
3 MÉTODO	7
4 RESULTADOS	8
5 RECOMENDAÇÕES.....	10
6 REFERÊNCIAS.....	11
7 APÊNDICES	12
APÊNDICE 1 – PROJETO DE LEI.....	13

1 INTRODUÇÃO

A Osteoartrose do joelho é uma das doenças mais prevalentes na clínica ortopédica, que leva a uma degeneração dessa articulação, evoluindo com um quadro doloroso de caráter evolutivo, levando ao paciente um sofrimento também evolutivo, que pode culminar no bloqueio da capacidade de deambular. Associadas à dor, podem surgir outras alterações, como edema, derrame articular, deformidades angulares e bloqueio de movimentos dessa articulação.¹

O tratamento da Osteoartrose se baseia no alívio da dor, no retardo da evolução do processo degenerativo em caráter conservador ou através de procedimentos cirúrgicos. O tratamento conservador pode ser iniciado com analgésicos e/ou anti-inflamatórios, uso de medicações protetoras de cartilagem, fisioterapia, perda de massa corporal, proteção de sobrecarga na articulação, evoluindo para procedimentos invasivos, como infiltrações com anti-inflamatórios e ou analgésicos e/ou viscos suplementos.²

Como última opção de tratamento, devido ao não resultado dos anteriores, realizam-se tratamentos cirúrgicos, como Artroscopia (limpeza cirúrgica por vídeo), Osteotomias (alinhamento do membro para melhor distribuição de carga nos compartimentos) e a Artroplastia ou prótese de joelho (substituição da articulação ou parte dela por uma prótese de metal previamente desenhada).³

Por ser a Artroplastia do joelho o último recurso para o processo de diminuição da dor, já revela que o paciente passou algum tempo em sofrimento, com consequências para sua saúde geral, apresentando seu cotidiano afetado com a diminuição da qualidade de vida.³⁻⁵ A demora em fila de espera para a realização desse procedimento cirúrgico pode levar a alterações irreversíveis do ponto de vista psicológico para esses indivíduos.⁴

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Produzir um Projeto de Lei 2021 para desenvolver políticas públicas facilitadoras para realização da Artroplastia Total do Joelho, não somente para a população local, mas também para a região metropolitana e todo o estado de Pernambuco, bem como prestar um suporte psicológico aos idosos à espera da realização dessa cirurgia.

2.2 Objetivos específicos

Projeto de Lei com:

- Inclusão de orçamento da saúde estadual com um montante financeiro direcionado à realização de próteses em pacientes com quadro de artrose com necessidade de Artroplastia;

- Promoção de prioridade no credenciamento de hospitais com alta complexidade para esse fim em regiões estratégicas do estado de Pernambuco;

- Priorização desses pacientes no atendimento em ambulatório ortopédico, bem como prestar apoio psicológico aos pacientes no período de sofrimento prévio e posteriormente ao ato cirúrgico.

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo do tipo corte transversal, realizado entre janeiro e junho de 2021. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE: 42804520.9.0000.5569.

Foram incluídos no estudo os pacientes com idade igual ou superior a 50 anos em fila de espera para tratamento cirúrgico por Artroplastia Total do Joelho, em um hospital público terciário conveniado ao Sistema Único de Saúde na região metropolitana do Recife.

Foram selecionados os primeiro 30 pacientes operados e que estiveram em fila de espera para a Artroplastia do joelho, que retornaram ao ambulatório de ortopedia entre janeiro e junho de 2021, sendo a amostra selecionada por conveniência, composta por pacientes de ambos os sexos, com histórico de Osteoartrose de joelho e com indicação para Artroplastia.

Os dados foram coletados pelo pesquisador, por meio de questionário (Anexo 1). O instrumento utilizado contém perguntas sobre o perfil sociodemográfico, como dados pessoais, gênero, idade e renda familiar, além de informações como tratamentos já realizados e tempo de espera para a cirurgia. Também foram feitas perguntas sobre a sintomatologia pré e pós operatória: dor; diminuição de mobilidade; edema; rigidez articular matinal; dificuldade de caminhar; dificuldade para subir e/ou descer escadas; dificuldade para trabalhar; dificuldade para realizar as atividades diárias e impacto no cotidiano.

Foram realizadas análises de comparação de médias entre as condições pré e pós cirurgia para todas as características clínicas. Para uma melhor análise estatística em busca da melhor correlação entre o tempo de espera na fila para a realização da cirurgia e o impacto no cotidiano da vida dos pacientes, foram criadas duas variáveis: 1 - variável Cotidiano; e 2 - variável Tempo de Espera pela Cirurgia e Dor Pós-Cirurgia.

A variável Cotidiano foi formada a partir do agrupamento dos seguintes itens: dificuldade de caminhar; dificuldade para subir e/ou descer escadas; dificuldade para

trabalhar; dificuldade para realizar as atividades diárias; impacto na qualidade de vida e impacto no humor; estratificadas em Muita, Moderada, Pouca ou Nenhuma.

A variável Tempo de Espera pela Cirurgia e Dor Pós-Cirurgia foi codificada em variáveis *Dummy*, que são variáveis categóricas, binárias (0 ou 1), criadas para representar uma variável com duas ou mais categorias, especificando se os participantes do estudo pertencem a um grupo ou não.

Os dados obtidos foram colocados em planilha eletrônica, analisados e tratados por meio do processo de estatística descritiva (média, desvio padrão e frequências) e inferencial. Os dados foram analisados por meio do *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20.

4 RESULTADO

Trinta pacientes participaram da presente pesquisa, com idade média de 67 anos, +/- 6,63 anos, sendo 70% do sexo feminino. Quanto ao perfil sociodemográfico, a maioria (n=18) apresenta apenas o ensino fundamental completo e uma renda mensal média da amostra de R\$1.558,00.

A partir da caracterização clínica, podemos observar que a maioria dos pacientes (n=28) relatou que, antes da cirurgia, sentia dor de forma acentuada e, em alguns casos, limitantes, sendo o analgésico o principal fator de melhora. Quanto ao fator de piora, deambular foi apontado como o fator principal. A maioria começou a sentir dor entre 50 e 55 anos, e um número considerável de pacientes (33%) começou a sentir dor entre 35 e 45 anos. Quanto ao histórico da dor antes da cirurgia, grande parte dos participantes apresentou uma vivência com a dor superior a um período de 10 anos, sendo que 24,3% destes conviveram com a dor por mais de 20 anos.

A maioria dos pacientes (56,67%) esperou até 90 dias entre a primeira consulta com o cirurgião e a realização da cirurgia. Por outro lado, 26,67% dos participantes esperaram mais de 180 dias para a ATJ. Os demais, 16,67%, aguardaram entre 90 e 180 dias.

A caracterização clínica pós-cirurgia demonstra que metade dos participantes ainda convivem com a dor, no entanto, destes, apenas dois relataram sentir dor intensa. Todos os pacientes apresentaram mudanças significativas em relação à vivência após cirurgia. As análises de comparação de médias demonstraram diferenças significativas entre as condições pré e pós cirurgia para todas as características clínicas. Houve melhora de mobilidade, edema e rigidez matinal.

Grande parte dos participantes fez uso de fisioterapia antes da cirurgia. Destes, 53,8% fizeram fisioterapia por um período de 6 e 12 meses, e os demais variaram entre o mínimo de 1 mês (n=1) e máximo de 132 meses (n=1). Praticamente todos os pacientes faziam uso de analgésico, sendo que grande parte utilizou por um período de 24 a 60 meses, sendo o tempo mínimo de 12 meses (n=6) e máximo de 240 meses (n=1). Dois participantes não informaram o tempo de uso de analgésico, e apenas um participante não fazia uso de analgésico como terapia anterior. Dos 30 participantes, 40% apontaram infiltração, sendo o mínimo de sessões 1 (n=2) e o máximo 7 (n=1). Apenas 4 pacientes relataram o uso de antidepressivos, sendo que a maioria utilizou a medicação por um período de 10 anos (n=3).

Em relação à análise do cotidiano dos pacientes, houve uma diferença estatisticamente significativa na intensidade da dor, de modo que, após a cirurgia, a intensidade da dor reduziu consideravelmente. Nesse sentido, observa-se que, no pós-operatório, os pacientes apresentam menor limitação na realização das atividades diárias, maior mobilidade e melhora na qualidade de vida. A análise do teste t mostrou que a dor

sai de uma média de 9,1 para 1,96, apresentando uma redução extremamente significativa para os pacientes antes e depois da cirurgia (Tabela 3). A análise de regressão demonstrou que a redução da dor é um excelente preditor do cotidiano dos pacientes no pós-cirúrgico, o que significa dizer que, quanto maior for a redução da dor, melhor é o cotidiano dos pacientes.

A análise de regressão para verificar o impacto do tempo de espera pela cirurgia na vida dos pacientes demonstrou que a variável tempo de espera pela cirurgia prediz, de forma significativa, a dor pós-cirurgia. Nesse sentido, entende-se que, quanto maior o tempo de espera, maior a probabilidade de o paciente continuar sentindo dor depois da cirurgia. Os piores resultados foram encontrados nos pacientes que esperaram por mais de 90 dias pela ATJ.

Por fim, foi realizada uma análise de regressão para verificar como a redução da dor impacta na satisfação com o procedimento. A análise de regressão demonstrou que a redução da dor prediz, de forma significativa, a satisfação com o procedimento de modo que, quanto maior foi a redução da dor, maior foi a satisfação do paciente com a ATJ, com impacto positivo na qualidade de vida e no cotidiano.

5 CONCLUSÃO

Com idade média em torno de 67 anos, predominância católica, ensino fundamental, renda familiar em torno de um salário-mínimo, com a maioria vivendo sem a presença do parceiro conjugal, os pacientes estudados apresentaram, na sua maioria, o quadro sintomático em torno de 5 a 10 anos antes da cirurgia, mas com um número considerável que apresentou sintomas em torno de 20 a 25 anos antes da realização do procedimento cirúrgico.

O estudo mostra que os pacientes tiveram uma espera maior do que 150 dias, mesmo após o agendamento no serviço hospitalar. Dentre as mudanças no cotidiano, a diminuição da mobilidade dos joelhos, edema ou inchaço articular e rigidez matinal dos joelhos foram os mais significantes, que tiveram melhora expressiva após o procedimento de Artroplastia Total do Joelho.

O tempo de espera causa um impacto significativo no cotidiano dos pacientes submetidos à Artroplastia Total do Joelho. Quanto maior o tempo de espera, piores os resultados funcionais, a satisfação e a qualidade de vida desses pacientes, tendo como base que o tempo de espera para a cirurgia aumenta o potencial de dor no pós-operatório.

A busca por tratamento de doenças crônicas degenerativas, que acometem as articulações, sendo o joelho uma das mais acometidas, as quais levam à dor e à incapacidade funcional, ainda é um dos objetivos mais almejados pela sociedade atual.

6 RECOMENDAÇÕES

Como recomendação para possível solução de um problema que acomete não apenas a população local, como também grande parte das regiões do Brasil, sugere-se a criação de um Projeto de Lei com os artigos a seguir:

Artigo 1º. Ficam incluídos como grupo prioritário no atendimento ambulatorial de ortopedia os pacientes com artrose grave, apresentando dificuldade de locomoção, com mudança do cotidiano e em espera para Artroplastia no âmbito do estado de Pernambuco.

§ Primeiro - Entende-se como pacientes com artrose grave aqueles com 50 anos ou mais, que apresentam dor, edema, bloqueio e/ou deformidade articular em uma ou várias articulações, levando à dificuldade ou incapacidade de deambular.

§ Segundo - O paciente com artrose grave é aquele que comprova, por meio de exame clínico e/ou imagens radiológicas, o grau da artrose e o nível de sofrimento com alteração do cotidiano e da qualidade de vida.

§ Terceiro - A comprovação do quadro de artrose grave se dará através do atendimento em ambulatório de ortopedia no setor primário ou secundário do SUS desde o início dos sintomas, com a história clínica e exames radiológicos resultantes destes atendimentos.

Artigo 2º. As despesas com a execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias.

Artigo 3º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

7 REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos JW, Milanez L, Carlos J, Sousa A. Avaliação em médio prazo da artroplastia total de joelho sem substituição da patela. *Rev Bras Ortop.* 2013;48(3):25-6.
2. Aguiar DP, Sousa EB. Viscosupplementation improves pain, function and muscle strength, but not proprioception, in patients with knee osteoarthritis: a prospective randomized trial. *Clinics.* 2019;(10):1-7.
3. Hussain SM, Neilly DW, Baliga S, Patil S, Meek RMD. Knee osteoarthritis: a review of management options. *Scott Med J.* 2016;61(1):7-16.
4. Bistolfi A, Bettoni E, Aprato A, Milani P, Berchiolla P, Graziano E *et al.* The presence and influence of mild depressive symptoms on post - operative pain perception following primary total knee arthroplasty. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2017;25(9):2792-2800.

5. Vargas WO. O processo do envelhecimento humanizado: uma reflexão sob a perspectiva dos idosos desacompanhados, assistidos pela Unidade Básica de Saúde do distrito de Raposo, e estratégias vitais à manutenção da qualidade de vida [monografia]. Itaperuna: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2016.

8 APÊNDICES

APÊNDICE – PROJETO DE LEI

De: drdilamarpinto@yahoo.com.br

Para: priscila.krause@alepe.pe.gov.br

PROJETO DE LEI /2021

Dispõe sobre incluir no orçamento da saúde estadual montante financeiro direcionado para a realização de próteses em pacientes com quadro de artrose grave com necessidade de artroplastias, prioridade no credenciamento de hospitais com alta complexidade para esse fim, em regiões estratégicas do estado de Pernambuco, colocando esses pacientes como prioritários para o atendimento em ambulatório ortopédico, bem como prestar apoio psicológico para os pacientes no período de sofrimento prévio e após o procedimento cirúrgico.

TEXTO COMPLETO

Artigo 1º. Ficam incluídos como grupo prioritário no atendimento ambulatorial de ortopedia os pacientes com artrose grave, apresentando dificuldade de locomoção, com mudança do cotidiano e em espera para artroplastia no âmbito do estado de Pernambuco.

§ Primeiro - Entende-se como pacientes com artrose grave aqueles com 50 anos ou mais, que apresentam dor, edema, bloqueio e/ou deformidade articular em uma ou várias articulações, levando à dificuldade ou incapacidade de deambular.

§ Segundo - O paciente com artrose grave é aquele que comprova, por meio de exame clínico e/ou imagens radiológicas, o grau da artrose e o nível de sofrimento com alteração do cotidiano e da qualidade de vida.

§ Terceiro - A comprovação do quadro de artrose grave se dará através do atendimento em ambulatório de ortopedia no setor primário ou secundário do Sistema Único de Saúde desde o início dos sintomas, com a história clínica e exames radiológicos resultantes destes atendimentos.

Artigo 2º. As despesas com a execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias.

Artigo 3º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

A Osteoartrose do joelho é uma das doenças mais prevalentes na clínica ortopédica, que leva a uma degeneração desta articulação, evoluindo com um quadro doloroso de caráter evolutivo, levando ao paciente um sofrimento também evolutivo, que pode culminar no bloqueio da capacidade de deambular. Associadas à dor, podem surgir outras alterações, como edema, derrame articular, deformidades angulares e bloqueio de movimentos dessa articulação.

O tratamento da Osteoartrose se baseia no alívio da dor, no retardo da evolução do processo degenerativo em caráter conservador ou através de procedimentos cirúrgicos. O tratamento conservador pode ser iniciado com analgésicos e ou anti-inflamatórios, uso de medicações protetoras de cartilagem, fisioterapia, perda de massa corporal, proteção de sobrecarga na articulação, evoluindo para procedimentos invasivos, como infiltrações com anti-inflamatórios e ou analgésicos e/ou viscos suplementos.

Como última opção de tratamento, devido ao não resultado dos anteriores, realizam-se tratamentos cirúrgicos, como Artroscopia (limpeza cirúrgica por vídeo),

Osteotomias (alinhamento do membro para melhor distribuição de carga nos compartimentos) e a Artroplastia ou prótese de joelho (substituição da articulação ou parte dela por uma prótese de metal previamente desenhada).

Por ser a Artroplastia do joelho o último recurso para o processo de diminuição da dor, já revela que o paciente passou algum tempo em sofrimento, com seu cotidiano afetado e com diminuição da qualidade de vida. A demora em fila de espera para a realização deste procedimento cirúrgico pode levar a alterações irreversíveis do ponto de vista psicológico para esses indivíduos.

Sabe-se que a Osteoartrose do joelho se encontra entre as principais causas de incapacidade funcional no mundo, com prevalência em torno de 20% a 40% da população acima dos 75 anos de idade. A qualidade de vida de milhões de pacientes com Osteoartrose do joelho foi exponencialmente melhorada, com o advento da Artroplastia ou prótese do joelho, mostrando-se um procedimento econômico, resolutivo e confiável no tratamento dessa patologia. Nos Estados Unidos da América, o procedimento cirúrgico mais executado é a próteses total de joelho, girando em torno de 700.000 cirurgias confeccionadas por ano, estimando-se um aumento pra 3,48 milhões de procedimentos por ano até 2030.

No Brasil, cerca de 13 mil pessoas aguardam na fila para fazer uma cirurgia no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (Instituto), destas, sessenta por cento são para Artroplastia de joelho e muitas delas com idade acima dos 60 anos. No Nordeste, na região de Limoeiro – PE, foi realizado um estudo para avaliação da demanda reprimida de pacientes em busca de assistência à saúde especializada, visando buscar um acolhimento, melhorar o padrão de qualidade, bem como fornecer proteção e respeito ao paciente. Este estudo revelou que 28% da demanda tem fila de espera com tempo médio de 180 dias para a mesma cirurgia.

Uma pesquisa realizada em Jaboatão dos Guararapes-PE revelou que o tempo de espera causa um impacto significativo no cotidiano dos pacientes submetidos à Artroplastia Total do Joelho. De acordo com o estudo, quanto maior o tempo de espera, piores os resultados funcionais, a satisfação e a qualidade de vida desses pacientes, tendo como base que o tempo de espera para a cirurgia aumenta o potencial de dor inclusive no pós-operatório.

Os casos de artrose, por não serem considerados de urgência e os pacientes terem seus sofrimentos em silêncio, fazem que essa patologia não tenha visibilidade aos olhos dos gestores em saúde, não tendo notabilidade perante a mídia nem provocando comoção das pessoas. Com isso, poucas são as medidas para tentar tratar ou minimizar o sofrimento dos pacientes com quadro de artrose grave. No Brasil, e mais especificamente em Pernambuco, vivemos o mesmo cenário.

Diante do exposto, na certeza de poder contar com o apoio para dar continuidade a um trabalho que tem como prioridade a excelência em atendimento, suprimindo as necessidades da população, pelo grande alcance da proposição ora apresentada, requeremos e contamos com a imprescindível atenção por parte de Vossa Excelência para a aprovação do presente Projeto de Lei.

V. CONCLUSÃO

Com idade média em torno de 67 anos, predominância católica, ensino fundamental, renda familiar em torno de um salário-mínimo, com a maioria vivendo sem a presença do parceiro conjugal, os pacientes estudados apresentaram, na sua maioria, o quadro sintomático em torno de 5 a 10 anos antes da cirurgia, mas com um número considerável que apresentou sintomas em torno de 20 a 25 anos antes da realização do procedimento cirúrgico. O estudo mostra que os pacientes tiveram uma espera maior do que 150 dias, mesmo após o agendamento no serviço hospitalar. Dentre as mudanças no cotidiano, a diminuição da mobilidade dos joelhos, edema ou inchaço articular e rigidez matinal dos joelhos foram os mais significantes, que tiveram melhora expressiva após o procedimento de Artroplastia Total do Joelho.

O tempo de espera causa um impacto significativo no cotidiano dos pacientes submetidos à Artroplastia Total do Joelho. Quanto maior o tempo de espera, piores os resultados funcionais, a satisfação e a qualidade de vida desses pacientes, tendo como base que o tempo de espera para a cirurgia aumenta o potencial de dor no pós-operatório.

VI. REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos JW, Milanez L, Carlos J, Sousa A. Avaliação em médio prazo da artroplastia total de joelho sem substituição da patela. *Rev Bras Ortop.* 2013;48(3):25-6.
2. Aguiar DP, Sousa EB. Viscosupplementation improves pain, function and muscle strength, but not proprioception, in patients with knee osteoarthritis: a prospective randomized trial. *Clinics.* 2019;(10):1-7.
3. Hussain SM, Neilly DW, Baliga S, Patil S, Meek RMD. Knee osteoarthritis: a review of management options. *Scott Med J.* 2016;61(1):7-16.
4. Bistolfi A, Bettoni E, Aprato A, Milani P, Berchiolla P, Graziano E et al. The presence and influence of mild depressive symptoms on post operative pain perception following primary total knee arthroplasty. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2017;25(9):2792-2800.
5. Vargas WO. O processo do envelhecimento humanizado: uma reflexão sob a perspectiva dos idosos desacompanhados, assistidos pela Unidade Básica de Saúde do distrito de Raposo, e estratégias vitais à manutenção da qualidade de vida [monografia]. Itaperuna: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2016.
6. Fatima C, Endres S, Aparecida F, Pezzi S, Knob H, Emmel R, et al. Modalidade do trabalho: Relato de experiência. In: XVIII Jornada de Pesquisa, 2012, Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul: Unijuí; 2012.
7. Mac I, Rom P, Cabral ED, Cabral C, Lins SA, Coriolano S. Instrumentos de avaliação cognitiva utilizados nos últimos cinco anos em idosos brasileiros. *Revista Ciência e Saúde Coletiva.* 2019;24(7):2513-30.
8. Choi KM. Sarcopenia and sarcopenic obesity. *Korean J Intern Med.* 2016;31(6):1054-1060.
9. Searle SD, Rockwood K. Frailty and the risk of cognitive impairment. *Alzheimers Res Ther.* 2015;7(1):54.
10. Tazkarji B, Lam R, Lee S, Meiyappan S. Approach to preventive care in the elderly. *Can Fam Physician.* 2016 set;62(9):717-21.
11. Yarnall AJ, Sayer AA, Clegg A, Rockwood K, Parker S, Hindle, JV. New horizons in multimorbidity in older adults. *Age and Ageing.* 2017;46(6): 882-888.
12. Hawley-Hague H, Horne M, Skelton DA, Todd C. Review of how we should define (and measure) adherence in studies examining older adults participation in exercise classes. *BMJ Open.* 2016;6(6): e011560.

13. Knowles LM, Skeath P, Jia M, Najafi B, Thayer J, Sternberg EM. New and future directions in integrative medicine research methods with a focus on aging populations: a review. *Gerontology*. 2016;62(4):467-76.
14. Macedo A, Hafsi K, Mckay J, Li J, Silva G, Murrell WD. Nutritional metabolic and genetic considerations to optimise regenerative medicine outcome for knee osteoarthritis. *Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma*. 2019;10:2-8.
15. Gutiérrez-Gómez JJ, Santillán-Barrera E, Velasco-Legoff C, Chávez-Espina LM, Torres-Roldán F, Aldrete-Velasco J. Reunión multidisciplinaria sobre técnicas de aplicación para la restitución de fluido sinovial en pacientes con artritis de rodilla: puesta al día. *Acta Ortop Mex*. 2017;31(6): 319-327.
16. Bhandari M, Bannuru RR, Babins EM, Martel-pelletier J, Khan M, Raynauld J, et al. Intra-articular hyaluronic acid in the treatment of knee osteoarthritis: a Canadian evidence-based perspective. *Ther Adv Musculoskel Dis*. 2017;9(9): 231-246.
17. Ammar TY, Pereira TAP, Mistura SLL, Kuhn A, Saggin JI, Lopes Júnior OV. Viscosupplementation for treating knee osteoarthrosis: Review of the literature. *Rev Bras Ortop*. 2015;50(5):489-94.
18. Vieira Rb. Estudo comparativo do alinhamento rotacional do componente tibial na artroplastia total do joelho com manutenção ou ressecção da gordura retropatelar [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2019.
19. Turqueto L, Villardi A, Leite ER, Palma IM, Tejada JVH. Artroplastia total do joelho com e sem substituição da patela. *Rev Bras Ortop* 1994;29(5):318-20.
20. Stuchi CE, Merino DFB. Prevenção de tromboembolismo venoso pós artroplastia total de joelho. *Saúde Rev*. 2018;18(50):65-75.
21. Moreira MEMR. Análise económica da intervenção em fisioterapia na reabilitação da artroplastia total do joelho: Sword Phoenix versus Intervenção no domicílio [dissertação]. Porto: Instituto Politecnico do Porto; 2019.
22. Sofia C. Estudo da Artroplastia do Joelho numa população idosa com atividade agrícola [dissertação]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2018.
23. Aydemir AN. Tendências na artroplastia do joelho. *Acta Ortop Bras*. 2020;28(1):19-21.
24. Neto, SCG. Influência do Índice de Massa Corporal nos resultados pós-artroplastia total do joelho Tempo de internamento e complicações [dissertação]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2019.
25. Humberto J, Borges DS, Fernando M, Lobo P, Darlan J, Dias M, et al. Avaliação de custo e segurança da Artroplastia Total do Joelho Bilateral Simultânea versus Unilateral. *Rev Bras Ort*. 2019;54(6).

26. Beal MD, Delagramaticas D, Fitz D. Improving outcomes in total knee arthroplasty — do navigation or customized implants have a role ? J. Orthop Surg Res. 2016;11(1):1-7.
27. Jorge PB, Silva Filho AP, Matsunaga RY, Pecchia GAE, Sprey JWC, Guglielmetti LGB, et al. Retorno ao esporte após Artroplastia Total do Joelho: revisão sistemática. Rev Bras Med Esp. 2017;23(2):160-5.
28. Guarinello NL. História científica, história contemporânea e história cotidiana. Rev Bras Hist. 2004;24(48):13-38.
29. Patto MHS. O conceito de cotidiano em Agner Heller e a pesquisa em educação. Perspectivas. 1993;16:119-41.
30. Stecanela N. El Cotidiano como fuente de investigación en ciencias sociales. Conjectura. 2009;14(1):63-75.
31. Salles MM, Matsukura TS. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da terapia ocupacional no Brasil. Cad Ter Ocup da UFSCar. 2013;21(2):265-73.
32. Dalla Vecchia R, Ruiz T, Cristina S, Bocchi M, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev Bras Epidemiol. 2005;8(3):246-52.
33. Tollén A, Fredriksson C, Kamwendo K. Elderly persons with disabilities in Sweden: Their experiences of everyday life. Occup Ther Int. 2008;15(3):133-49.
34. George M, Leão DS, Santos E, Lima R, Inoue L, Campos R, et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à artroplastia total do joelho em Manaus. Rev Bras Ortop 2013;49(2):194-201.
35. Oliveira MP, Xavier R, Cordeiro R, Lima JDA. Quality of life and social characteristics of patients submitted to total knee arthroplasty. Rev Bras Ortop 2012;47(1):77-82.
36. Celich KL, Galon C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2009;12(3). DOI <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2009.00004>.
37. Ferreira AM. Impacto da avaliação funcional do joelho na interpretação dos resultados pós-operatórios de Artroplastia [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2018.
38. Teixeira LP. Efeito dos exercícios de fortalecimento de marcha e de equilíbrio no tratamento de osteoartrite de joelho. R Bras Ci e Mov 2018;26(3):5-13.
39. Coutinho MC, Oliveira F, Sato L. Olhar o cotidiano: percursos para uma psicologia social do trabalho. Psicologia USP. 2016;27(2):289-295.

40. Lima CP. Comparando a saúde no Brasil com os países da OCDE: explorando dados de saúde pública [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2016.
15. Souza CR. Construção Social da Demanda em Saúde: como a oferta modela a demanda? [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018.
41. Silveira Filho RM, Santos AM, Carvalho JA, Almeida PF. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Physis*. 2016;26(3).
42. Aparecida M, Maciel S. Percepção dos usuários de uma Estratégia de Saúde da Família sobre o Acolhimento. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;11(14):1-7.
43. Santos SA. Avaliação e monitoramento da estratégia para ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG [dissertação]. Diamantina: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri; 2018.
44. Araújo NL. Saúde do idoso: qualidade do atendimento na atenção de média complexidade em saúde em João Pessoa [dissertação]. Paraíba: Universidade Federal da Paraíba; 2016.
45. Lima ACS. Análise do perfil da demanda reprimida de consultas especializadas no município de Limoeiro-PE [monografia]. Vitória de Santo Antão: Universidade Federal de Pernambuco; 2018.
46. Anjos LCC. Acesso geográfico à saúde na Região Metropolitana de Manaus (RMM) [dissertação]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2018.
- 47.. Hernández-Brussolo R, Reyes DR, Zapata DLA, García NKV, Hernández DAR. Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. *Rev Psicol y ciencias del Comport la Unidad Académica Ciencias Jurídicas y Soc*. 2017;8(1):15-28.
48. Silva ALP. Tradução e validação da Escala Knee Society Score – Kss para a Língua Portuguesa. *Acta Ortop Bras*. 2012;20(Lim):25-30.
49. Borges CD, de Jesus LO, Schneider DR. Prevenção e promoção da saúde: revisão integrativa de pesquisas sobre drogas. *Psicol. Pesqui. Juiz de Fora*, 2018;12(2):1-9.
50. Imip. Manual do Pesquisador. Recife: Imip; 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – CARTA DE ANUÊNCIA FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

RELAÇÃO ENTRE TEMPO DE ESPERA E MUDANÇAS NO COTIDIANO DE IDOSOS
SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO, ATENDIDOS EM UM
HOSPITAL PÚBLICO DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE

CARTA DE ANUÊNCIA

Ilmo Sr. Dr. Hermes Wagner

Função Diretor Técnico do Hospital Memorial Jaboatão

Vimos por meio desta, solicitar autorização institucional para realização do projeto de pesquisa intitulado “**RELAÇÃO ENTRE TEMPO DE ESPERA E MUDANÇAS NO COTIDIANO DE IDOSOS SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO, ATENDIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**” coordenado pelo pesquisador Dilamar Moreira Pinto, pesquisadora responsável Profa Dra. Monica Cristina Batista de Melo e co - orientação da Profa. Msc Andrea Echeverria M A de Alencar. O objetivo do estudo é avaliar a influência do tempo de espera para realização do procedimento cirúrgico no cotidiano dos pacientes, com artrose (inflamação e desgaste) do joelho, submetidos à artroplastia total do joelho (cirurgia para colocação de prótese metálica para substituição da articulação). Ressaltamos que os dados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e serão utilizadas exclusivamente para os objetivos deste estudo. Informamos também que o projeto só será iniciado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde CEP/FPS.

Recife, de de 20--.

Profa Dra. Monica Cristina Batista de Melo – Pesquisador responsável

Dr Dilamar Moreira Pinto- Pesquisador

(X) concordo com a solicitação () não concordo com a solicitação

Dr. Hermes Wagner - Diretor Técnico do Hospital Memorial Jaboatão

**APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa com o título: **RELAÇÃO ENTRE TEMPO DE ESPERA E MUDANÇAS NO COTIDIANO DE IDOSOS SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO, ATENDIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**

Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa são inúmeros, dentre eles, conhecer e identificar o perfil dos pacientes idosos que se submetem à cirurgia de artroplastia total de joelho, podendo contribuir para projetos futuros de apoio psicológico e de reabilitação desses pacientes e também de criação de políticas públicas com objetivo de promover ampliação da assistência a pessoas com essa patologia

O objetivo do estudo é avaliar a influência do tempo de espera para realização do procedimento cirúrgico no cotidiano dos pacientes, com artrose (inflamação e desgaste) do joelho, submetidos à artroplastia total do joelho (cirurgia para colocação de prótese metálica para substituição da articulação). Para realização desta pesquisa usaremos um questionário com perguntas sobre seu tratamento e sobre alguns aspectos como onde mora, idade e estado civil. Esclarecemos que manteremos seu nome em anonimato, isto é, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, todos os dados que possam identificar o participante da pesquisa e os resultados serão usados apenas, para divulgação da pesquisa.

Sua participação na pesquisa oferece um risco mínimo que seria a sensação de desconforto pela perda de tempo pelo fato de você ter uma consulta ambulatorial mais demorada. O (A) senhor (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O (A) senhor (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento informado deverá ser assinada no local indicado e rubricado no canto inferior direito de todas as páginas e a mesma será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você. A participação no estudo não acarretará custos para você nem você

receberá retorno financeiro pela participação. O tempo despendido para a coleta dos dados, será de aproximadamente 30 (trinta) minutos.

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar.

Os pesquisadores Dilamar Moreira Pinto, a pesquisadora responsável Profa Dra. Monica Cristina Batista de Melo e, co - orientadora Profa. Msc Andrea Echeverria M A de Alencar, certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelo pesquisador responsável: Profa Dra. Monica Cristina Batista de Melo, com endereço profissional à Av. Mascarenhas de Moraes, nº 4861, Imbiribeira- Recife-PE. CEP: 51150-000, Telefone: (81) 99998.1301 e e-mail: monicacbmelo@gmail.com, também poderei entrar em contato com o pesquisador Dilamar Moreira Pinto, com endereço profissional na Rua Francisco Alves, 326, Ilha do Leite, Recife – PE, CEP: 50070-490, telefone celular (81) 999674596 e e-mail: dilamarpinto@yahoo.com.br, ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, sito à Av. Mascarenhas de Moraes, nº 4861, Imbiribeira- Recife-PE. CEP: 51150-000.Bloco: Administrativo. Tel: (81)33127755 que funciona de segunda a sexta feira no horário de 8:30 às 11:30 e de 14:00 às 16:30 pelo e-mail: comite.etica@fps.edu.br

O CEP-FPS objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome Assinatura do Participante: _____ Data _____

Nome Assinatura do Pesquisador: _____ Data _____

Nome Assinatura da Testemunha: _____ Data _____

Impressão digital

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

(Elaboração de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Em referência a pesquisa intitulada **RELAÇÃO ENTRE TEMPO DE ESPERA E MUDANÇAS NO COTIDIANO DE IDOSOS SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO, ATENDIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**, eu e orientação de Profa Dra. Monica Cristina Batista de Melo e Profa. Msc Andrea Echeverria M A de Alencar, comprometemo-nos a manter em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, todos os dados que identifiquem o sujeito da pesquisa, usando apenas para divulgação dos dados inerentes ao desenvolvimento do estudo. Comprometemo-nos também com a destruição, fotos, gravações, questionários, formulários e outros.

Recife, data: ____/____/____

Profa Dra. Monica Cristina Batista de Melo - Pesquisador responsável

Dr. Dilamar Moreira Pinto - Pesquisador

Profa. Msc. Andrea Echeverria M. A. de Alencar - Coorientador

APÊNDICE 4 - QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

Nome: _____
Idade: _____ **Sexo:** _____ **Estado Civil:** _____
Procedência: _____ **Escolaridade:** _____
Renda familiar em reais: _____ **Religião:** _____

SINTOMATOLOGIA

Dados coletados em prontuário, confirmados pelo participante e preenchidos pelo pesquisador

(PRÉ-OPERATÓRIO)

1) **Dor:** () SIM () NÃO

Caracterização: _____

Fatores de melhora: _____

Fatores de piora: _____

Localização: () DIREITO () ESQUERDO () AMBOS

Intensidade: _____ (0 a 10)

Mês: _____ **ano:** _____

(PÓS-PERATÓRIO)

1) **Dor:** () SIM () NÃO

Caracterização: _____

Fatores de melhora: _____

Fatores de piora: _____

Localização (lateralidade): _____

Intensidade: _____ (0 a 10 – EVA)

(PRÉ-OPERATÓRIO)

2) **Diminuição de mobilidade (movimentos) do joelho**

() SIM () NÃO

Localização: _____

Mês: _____ **ano:** _____

Intensidade: _____ (0 a 10)

(PÓS-OPERATÓRIO)

2) Diminuição de mobilidade (movimentos) do joelho

() SIM () NÃO

Localização: _____

Intensidade: _____ (0 a 10)

(PRÉ-OPERATÓRIO)

3) Edema (inchaço): () SIM () NÃO

localização: _____

Mês: _____ **ano:** _____

Intensidade: _____ (0 a 10)

(PÓS-OPERATÓRIO)

3) Edema (inchaço): () SIM () NÃO

Localização: _____

Intensidade: _____ (0 a 10)

(PRÉ-OPERATÓRIO)

4) Rigidez articular matinal: () SIM () NÃO

Duração: () < 30min () 30min-60min () >60min

Mês: _____ **ano:** _____

Intensidade: _____ (0 a 10)

(PÓS-OPERATÓRIO)

4) Rigidez articular matinal: () SIM () NÃO

Duração: () < 30min () 30min-60min () >60min

Intensidade: _____ (0 a 10)

(PRÉ-OPERATÓRIO)

5) Outros sintomas correlacionados: () SIM () NÃO

5.1) Dificuldade de caminhar:

() MUITA () MODERADA () POUCA () NENHUMA

5.2) Dificuldade para subir e/ou descer escadas:

() MUITA () MODERADA () POUCA () NENHUMA

5.3) Dificuldade para trabalhar:

() MUITA () MODERADA () POUCA () NENHUMA

5.4) Dificuldade para realizar as atividades diárias:

() MUITA () MODERADA () POUCA () NENHUMA

5.5) Impacto na qualidade de vida:

() MUITO () MODERADO () POUCO () NENHUM

5.6) Impacto no humor:

() MUITO () MODERADO () POUCO () NENHUM

(PÓS-OPERATÓRIO)

5) Outros sintomas correlacionados: () SIM () NÃO

5.1) Dificuldade de caminhar:

() MUITA () MODERADA () POUCA () NENHUMA

5.2) Dificuldade para subir e/ou descer escadas:

() MUITA () MODERADA () POUCA () NENHUMA

5.3) Dificuldade para trabalhar:

() MUITA () MODERADA () POUCA () NENHUMA

5.4) Dificuldade para realizar as atividades diárias:

() MUITA () MODERADA () POUCA () NENHUMA

5.5) Impacto na qualidade de vida:

() MUITO () MODERADO () POUCO () NENHUM

5.6) Impacto no humor:

() MUITO () MODERADO () POUCO () NENHUM

TERAPIAS ANTERIORES

1) Fisioterapia: () SIM () NÃO

Tempo (meses): _____

2) Analgésicos: () SIM () NÃO

Tempo (meses): _____

3) Infiltração: () SIM () NÃO

Número de sessões _____

Medicação utilizada: _____

4) Cirurgia: () SIM () NÃO

Tipo do procedimento: _____

5) Antidepressivos: () SIM () NÃO

Nome da medicação _____

Tempo de uso: _____

OBS: _____

ANEXOS

ANEXO 1 – INSTRUÇÕES AOS AUTORES DA REVISTA BRASILEIRA DE ORTOPEdia

Revista Brasileira de Ortopedia

Instruções aos Autores

Muito obrigado por contribuir com a *Revista Brasileira de Ortopedia*. Por favor, leia cuidadosamente as instruções a seguir. A falta de concordância com essas instruções pode causar atrasos desnecessários na publicação de seu artigo.

taxa APC	2020 Article Processing Charge (APC)
Regular	Zero (financiando pela sociedade)

Veja mais sobre o Open Access na Thieme em <http://open.thieme.com>

CHECKLIST

Todos os Manuscritos devem ser submetidos no link:
<http://www.editorialmanager.com/rbo>

- INFORMAÇÕES AUTORAIS**
 - Todos os autores: nome completo, departamento, afiliação.
 - Autor correspondente: nome completo, maior título, departamento, afiliação, endereço de correspondência, telefone e e-mail.
- MANUSCRITO**
 - Deve ser um arquivo digital – cópias impressas não serão aceitas.
- RESUMO E PALAVRAS-CHAVE**
 - Veja a seção Tipo de Artigo.
- REFERÊNCIAS**
 - Citadas sequencialmente em estilo AMA.
- FIGURAS E TABELAS**
 - Citadas sequencialmente no manuscrito, salvas em arquivos separados do manuscrito.
- ARTES**
 - Devem ser salvas a parte do manuscrito.
- PERMISSÕES**
 - Necessária se você planeja reproduzir conteúdo já publicado em outra fonte, incluindo imagens de pacientes.
 - Consentimento informado de pacientes disponível no link www.thieme.com/journal-authors.

SUMÁRIO	
FORMATO DO MANUSCRITO	3-8
Tipos de Artigo	3
Guia Geral	3
Checklist de Arquivos e Informação	4
Folha de Rosto	4
Resumo e Palavras-chave	4
Manuscrito	4
Agradecimentos	5
Fontes de Suporte	5
Conflitos de Interesse	5
Referências	5
Título e Legenda de Figuras	5
Tabelas	6
Vídeos	6
Material Complementar	6
PREPARAÇÃO DIGITAL DE ARTE	6
Guia Geral	6
Arte em preto & branco	6
Arte em cores	6
Dísticos e texto	6
PROCESSO DE SUBMISSÃO	7
<i>Article Processing Charge (APC)</i>	7
Submissão	7
Revisão	7
PROCESSO DE PRODUÇÃO	7
Provas do Autor	7
POLÍTICA EDITORIAL	7
Responsabilização	7
Definição de Autoria	7
Colaboradores	7
Alterações na autoria	7
Copyright	7
Declaração de Interesse	8
Papel da fonte de financiamento	8
Ética	8
Consentimento Informado	8
Proteção de Seres Humanos e Animais	8
CONTATOS	8

A Revista Brasileira de Ortopedia (RBO) é a publicação oficial da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) com o objetivo de divulgar artigos que contribuam positivamente com a prática, a pesquisa e o ensino de Ortopedia e áreas correlatas. A RBO é publicada bimestralmente em fevereiro, abril, junho, agosto, outubro e dezembro, e tem sido publicada regularmente desde sua 1ª edição em 1965. A revista é dedicada aos ortopedistas associados à SBOT, profissionais da saúde dedicados a atividades similares e ortopedistas em outros países.

FORMATO DO MANUSCRITO

Tipos de Artigo

A tabela a seguir mostra os tipos de artigos aceitos para publicação e seus requisitos.

Tipos de Artigo	Limite para Resumo	Limite de Palavras chave	Limite para Títulos	Figuras/Tabelas	Referências
Artigo Original (Até 2,500 palavras)	Até 250 palavras	6	não aplicável	10 Figuras e 6 Tabelas	Até 30 referências
Artigo de Atualização (Até 4,000 palavras)	Até 250 palavras	6	não aplicável	3 Figuras e 2 Tabelas	Até 60 referências
Artigos de Revisão Sistemática e Meta-análise (Até 4,000 palavras)	Até 250 palavras	6	não aplicável	3 Figuras e 2 Tabelas	Até 60 referências
Relato de Caso (Até 1.000 palavras)	Até 250 palavras	6	não aplicável	5 Figuras	Até 10 referências
Nota Técnica (Até 1.500 palavras)	Até 250 palavras	6	não aplicável	5 Figuras e 2 Tabelas	Até 8 referências
Carta ao Editor (Até 500 palavras)	N/A	N/A	não aplicável	2 Figuras	Até 4 referências
Editorial (Até 500 palavras)	N/A	N/A	não aplicável	N/A	N/A

- **Artigo Original:** Descreve pesquisa experimental ou investigação clínica - prospectiva ou retrospectiva, randomizada ou duplo cego. Deve ter: Título, Resumo estruturado (Objetivo, Métodos, Resultado e Conclusão), Palavras-chave, Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões e Referências. Máximo de 2.500 palavras, 30 referências, 10 figuras e 6 tabelas.
- **Artigo de Atualização:** Revisões do estado da arte sobre determinado tema, escrito por especialista a convite do editor-chefe. Deve ter: Título, Resumo (não estruturado), Palavras-chave e Referências. Máximo de 4.000 palavras, 60 referências, 3 figuras e 2 tabelas.
- **Artigos de Revisão Sistemática e Meta-análise:** Tem como finalidade examinar a bibliografia publicada sobre determinado assunto fazendo avaliação crítica e sistematizada da literatura sobre certo tema específico, além de apresentar conclusões importantes baseadas nessa literatura. Deve ter: Título, Resumo (não estruturado), Palavras-chave, Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Considerações Finais e Referências. Máximo de 4.000 palavras, 60 referências, 3 figuras e 2 tabelas. Nota: Os trabalhos de relato de caso terão um tempo de editoração individualizado e não seguirão o mesmo tempo de avaliação e publicação dos demais artigos da revista.
- **Relato de Caso:** Deve ser informativo e não deve conter detalhes irrelevantes. Só serão aceitos os relatos de casos clínicos de interesse, quer pela raridade como entidade nosológica, ou ainda pela forma não usual de apresentação. Deve ter: Título, Resumo (não estruturado), Palavras-chave, e Referências. Máximo de 1.000 palavras, 10 referências e 5 figuras. **Nota: Os trabalhos de relato**

de caso terão um tempo de editoração individualizado e não seguirão o mesmo tempo de avaliação e publicação dos demais artigos da revista.

- **Nota Técnica:** Destina-se à divulgação de método de diagnóstico ou técnica cirúrgica experimental, novo instrumental cirúrgico, implante ortopédico, etc. Deve ter: Título, Resumo (não estruturado), Palavras-chave, Introdução Explicativa, Descrição do Método, do Material ou da Técnica, Comentários Finais e Referências. Máximo de 1.500 palavras, 8 referências, 5 figuras e 2 tabelas. **Nota: Os trabalhos de nota técnica terão um tempo de editoração individualizado e não seguirão o mesmo tempo de avaliação e publicação dos demais artigos da revista.**
- **Carta ao Editor:** Tem por objetivo comentar ou discutir trabalhos publicados na revista ou relatar pesquisas originais em andamento. É publicada a critério dos Editores, com a respectiva réplica quando pertinente. Máximo de 500 palavras, 4 referências e 2 figuras.
- **Editorial:** Escritos a convite do editor-chefe, apresentando comentários de trabalhos relevantes da própria revista, pesquisas importantes publicadas ou comunicações dos editores de interesse para a especialidade. Máximo de 500 palavras.

Guia Geral

- A submissão deve ser em formato digital. Cópias impressas não serão aceitas.
- Manter o formato do manuscrito simples e claro. Editaremos o manuscrito de acordo com o nosso estilo – não tente formate o documento.
- O Manuscrito, incluindo a Folha de Rosto, o Resumo e as palavras-chave, o texto, as referências, títulos e legendas

de figuras e tabelas devem ser digitadas em espaço duplo, fonte em tamanho 12 com 2,5 cm para todas as margens salvas em um arquivo.

- Cada figura deve ser salva em arquivo separado. Não copie as figuras no manuscrito. Arquivos serão trabalhados pela equipe da Thieme.
- Use o mínimo possível de abreviações e sempre descreva cada uma em sua primeira ocorrência.
- Os manuscritos devem ser escritos em inglês ou português.
- O manuscrito deve usar o Sistema Internacional (SI) de medidas. Para clareza, equivalentes não métricos podem ser incluídos entre parênteses seguidos pela unidade SI de medida.
- Use nomes genéricos de drogas. Você pode citar nomes registrados entre parênteses seguidos do fabricante e local de origem.
- Informar créditos de fornecedores e fabricantes de equipamentos, drogas e outros materiais com nome registrado entre parênteses, incluindo nome da companhia e cidade sede.

Checklist de Arquivos e Informação:

- Um dos autores deve ser designado como correspondente. O e-mail e endereço de correspondência devem ser incluídos na Folha de Rosto. Para maiores detalhes, veja a seção Folha de Rosto.
- Manuscrito:
 - Incluir palavras-chave
 - Todos os títulos e legendas de Figuras
 - Todas as Tabelas (incluindo título, descrição, legendas e notas)
 - Assegurar que todas as Figuras e Tabelas citadas no texto combinem com os arquivos fornecidos
 - Indicar com clareza como as cores devem ser usadas nas Figuras
 - Arquivos complementares (supplemental files)
- Considerações adicionais
 - O manuscrito deve ser submetido a algum corretor ortográfico
 - Todas as referências devem ser citadas no texto e listadas ao final
 - Concessões devem ser obtidas se for usado material protegido por copyright (incluindo da internet)
 - Quaisquer conflitos de interesse devem ser declarados, mesmo que não haja nenhum a declarar
 - As instruções da revista devem ser revistas e consideradas

Idioma

Os artigos devem ser escritos em Português ou Inglês.

Folha de Rosto

- A RBO adota a revisão duplo-cego (double-blinded peer-review policy). A Folha de Rosto **não** deve fazer parte do manuscrito e deve ser fornecida separadamente.
- Título: Conciso e informativo. Títulos são normalmente usados em sistemas de busca de informação. Evite abreviações e fórmulas sempre que possível.
- Autoria: No máximo 6 autores, com exceção de estudos multicêntricos quando o número de autores poderá ser maior, conforme a seguir:
 - Duas ou três instituições, no máximo 4 autores por instituição;
 - Acima de quatro instituições, no máximo 3 autores por instituição;

- Em hipótese alguma o número de autores poderá ser maior do que 20.

- Indicar formação profissional, titulação acadêmica e afiliação de cada autor, separadamente. Se houver mais de uma afiliação institucional, indicar apenas a mais relevante. Por favor indicar com clareza o primeiro nome e o sobrenome de cada autor com a grafia correta. Apresentar a afiliação correta de cada autor. Enumerar todas as afiliações aos respectivos autores, incluindo cidade e país. Fornecer o ORCID (<https://orcid.org/>) e-mail de cada autor.
- As afiliações devem ser apresentadas de forma crescente de hierarquia (e.g. Harvard University, Harvard Business School, Boston, USA) e devem ser escritas em seu idioma original (e.g. Université Paris-Sorbonne; Harvard University, Universidade de São Paulo).
- Autor correspondente: Indicar com clareza quem será o autor correspondente que responderá a todas as etapas da publicação. Assegurar-se que o e-mail fornecido e os contatos são atualizados.

Resumo e Palavras-chave

Veja a seção Tipo de Artigo para limite de palavras.

O resumo deve desenhar de forma breve o conteúdo do artigo e quaisquer conclusões obtidas. As palavras-chave devem ser pensadas para a busca do conteúdo do estudo.

Um resumo estruturado pode demonstrar o contexto e a base do estudo, assim como apresentar seu objetivo, método, resultados e principais conclusões. Deve ressaltar os aspectos novos e relevantes do estudo ou observações.

Os resumos podem ter no máximo 250 palavras e estruturados no seguinte formato: Objetivo: Uma ou duas frases que afirmem de forma simples o propósito do estudo. Métodos: Fornecer detalhes sobre o método do estudo, incluindo análise de dados. Resultados: Apresentar os achados mais importantes do estudo. Por favor, forneça números (médias com desvios-padrão ou medianas com amplitude) para fundamentar seus achados e resultados. Conclusões: Uma ou duas frases com o que seu estudo identificou e de fato demonstrou. Por favor não inclua comentários ou afirmações sem o suporte de dados do seu estudo. Nível de evidência (para estudo envolvendo pessoas) ou Relevância Clínica (ciências básicas *in vitro* ou *in vivo*). Logo após o resumo, por favor forneça não mais que 6 palavras-chave em ordem alfabética separadas por ponto-e-vírgula. Os descritores podem ser retirados dos Descritores em Ciências da Saúde), disponíveis em <http://www.decs.bvs.br> ou www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html.

Manuscrito

- A RBO usa a revisão duplo-cego, o que significa que a identidade dos autores deve ser omitida dos revisores. Para facilitar, por favor inclua esta informação de forma separada:
 - Folha de Rosto (com detalhes dos autores): título, formação profissional, titulação acadêmica e afiliação de cada autor, agradecimentos e quaisquer declarações de conflitos de interesse, além do endereço completo do autor correspondente com e-mail.
 - *Manuscrito* (sem informações dos autores): corpo do texto (incluindo referências, títulos e legendas de figuras, tabelas completas e agradecimentos) não deve trazer qualquer informação como nome ou afiliação dos autores.
- Artigos Originais, Revisões Sistemáticas e Meta-análises devem trazer textos estruturados (Introdução, Métodos, Resultados e Discussão).
- Artigos incluindo seres humanos ou animais devem informar aprovação da agência apropriada no texto.

- Usar nomes genéricos de drogas ou aparelhos. Se uma marca em particular for usada no estudo, informar junto ao nome registrado o fabricante e a cidade entre parênteses.
- Quantidades e unidades devem ser informadas em concordância com as recomendações do sistema internacional de unidades (SI), International System of Units (SI), 8th edition 2006 (www.bipm.org/units/monopdfsi_brochure_8_en.pdf).
- Ao usar abreviações, informar o significado completo em sua primeira ocorrência.
- Por favor, distinguir de forma clara a hierarquia das seções e subseções do manuscrito usando iniciais maiúsculas, sublinhado, itálico e negrito se necessário.
- Use itálico, sobrescrito, subscrito e negrito somente quando necessário. Caso contrário, evite usar estilos diferentes de fonte.
- Use o *Enter* apenas ao final de parágrafos, e não ao final de cada linha. Permita linhas terem quebra automática no seu software de texto.
- Use apenas um espaço após o ponto final, e não dois espaços.
- Crie tabelas usando a ferramenta de tabela do seu software de texto.

Thieme Editing Services

A Thieme oferece serviços de edição de texto, resumos e outros em parceria com a Enago, empresa líder em serviços autorais para pesquisadores em todo o mundo. Autores podem escolher dentre diferentes serviços de edição e ter seus manuscritos editados por profissionais médicos. Autores que desejarem escolher este serviço receberão 20% de desconto em todas as opções. Para maiores detalhes, ou para cotação de valores, visite o site <https://www.enago.com/thieme>.

Agradecimento

Reúna agradecimentos em uma seção a parte ao final do artigo, antes das referências e não as inclua na Folha de Rosto. Cite aqui aqueles que ajudaram na pesquisa (e.g. revisando o idioma, ajudando na redação ou revisando o texto, etc.).

Fontes de Suporte

Relacione as fontes de suporte no seguinte formato:

Financeiro: Este trabalho teve suporte do Conselho Nacional de Pesquisa [protocolo número xxxx, yyyy]; da Fundação de Amparo à Pesquisa [nº zzzz].

Não é necessário informar detalhes descritivos do programa ou tipo de aporte ou prêmio. Quando os recursos forem de um grupo ou universidade, ou instituto, forneça o nome da organização.

Se nenhum recurso foi usado para a pesquisa, por favor inclua a seguinte frase: Este estudo não recebeu nenhum suporte financeiro de fontes públicas, comerciais ou sem fins lucrativos.

Conflitos de Interesse

Por favor acesse o link <http://www.icmje.org/conflicts-of-interest> e baixe o formulário de conflitos de interesse.

Referências

Referências devem ser as mais recentes possíveis e pertinentes à literatura disponível. É essencial que estejam completas e checadas. Se a referência informada estiver incompleta, boas opções para busca são a National Library of Medicine: www.nlm.nih.gov; Books in Print: www.booksinprint.com; PubMed: www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/; ou o website da editora.

- Referências devem ser listadas no estilo AMA, usando o *Index Medical Journal title abbreviation*.
 - Referências devem vir ao final do texto. Abra uma linha antes de relacionar as referências.
 - Referências devem ser citadas de forma sequencial no texto em ordem numérica (não alfabética).
 - Cita todos os autores até o sexto autor. Se mais de 6 autores, citar os 3 primeiros seguidos de et al.
 - Referências devem seguir estilo conforme os exemplos a seguir:
1. Artigo de revista:
Borges JLP, Milani C, Kuwajima SS, Laredo Filho J. Tratamento da luxação congênita de quadril com suspensório de Pavlik e monitorização ultra-sonográfica. *Rev Bras Ortop* 2002;37(1/2):5-12
 2. Capítulo de livro:
Johnson KA. Posterior tibial tendon. In: Baxter D. *The foot and ankle in sport*. St Louis: Mosby; 1995. p. 43-51
 3. Livro:
Baxter D. *The foot and ankle in sport*. St Louis: Mosby; 1995
 4. Tese:
Laredo Filho J. Contribuição ao estudo clínico-estatístico e genealógico-estatístico do pé torto congênito equinovaro [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo colocar virgula Escola Paulista de Medicina; 1968
 5. Publicação governamental:
Food and Drug Administration. Jin Bu Huan Herbal Tablets. Rockville, MD: National Press Office; April 15, 1994. Talk Paper T94-22
 6. Artigo online:
Lino Junior W, Belangero WD. Efeito do Hólmio YAG laser (Ho: YAG) sobre o tendão patelar de ratos após 12 e 24 semanas de seguimento. *Acta Ortop Bras [periodical on the Internet]* 2005 [cited 2005. Aug 27];13(2):[about 5 p.] Available from: <http://www.scielo.br/scielo>
 7. Artigo de simpósio:
Eisenberg J. Market forces and physician workforce reform: why they may not work. Paper presented at: Annual Meeting of the Association of American Medical Colleges; October 28, 1995; Washington, DC

Título e legenda de Figura

- Figuras vão de fotografias ou radiografias, ilustrações, gráficos, quadros, fluxogramas e organogramas, mas NÃO tabelas.
- Figuras devem ser citadas em ordem numérica. Enumere todas as figuras (e títulos correspondentes) de forma sequencial em ordem numérica no texto.
- Títulos de Figuras devem ser escritos após as referências. Abra uma linha antes de inserir os títulos das Figuras.
- Títulos de Figuras devem incluir uma descrição da figura e/ou subparte (A, B, etc.), assim como quaisquer símbolos, setas, asteriscos etc.
- Para Figuras emprestadas ou adaptadas de outra publicação (com a devida permissão), o crédito da fonte deve ser informado ao final de cada legenda entre parênteses. Este crédito deve ser completo com a referência bibliográfica da fonte ou o copyright.

Tabelas

- Dados em tabelas devem ser comentados, mas sem repetição no texto. Assegure-se de ter colunas e linhas compostas por um programa de texto adequado.
- Não intercale tabelas em meio ao texto. Tabelas devem vir ao final com seus respectivos títulos e legendas.
- Tabelas devem ter espaço duplo e numeração na sequência em que são citadas no texto. Um curto título descritivo deve ser fornecido.
- Se uma tabela contém imagem ou arte, forneça a arte em arquivo à parte.
- Para tabelas emprestadas ou adaptadas (com a devida permissão), o crédito da fonte deve ser informado ao final de cada legenda entre parênteses. Este crédito deve ser completo com a referência bibliográfica da fonte ou o copyright.
- Outras notas de referência da tabela devem ser indicadas com letras sobrescritas em ordem alfabética.
- Qualquer abreviação usada na tabela deve ser descrita na legenda.

Vídeos

- São aceitos os seguintes formatos: *.avi, *.mov and *.mpg.
- Para vídeos complementares, a extensão não pode exceder 4 minutos e a legenda não pode ter mais de 40 palavras por vídeo ou sequência.
- Se houver som sobre o vídeo, deve ser em inglês e com clareza. Ser preciso, informativo e claro em sua fala.

Material Complementar

Material complementar como aplicações, imagens e podcasts podem ser publicados em seu artigo para aprimorá-lo. O material complementar submetido é publicado tal como fornecido. Por favor, envie seu material junto ao artigo e forneça uma descrição concisa para cada item. Se desejar alterar o material complementar, por favor forneça o arquivo atualizado.

PREPARAÇÃO DE ARTE DIGITAL

Guia Geral

- O ideal é usar o Adobe Photoshop para criar e salvar imagens, e Adobe Illustrator para dísticos e textos.
- Evite criar arte em Microsoft Excel, Word ou PowerPoint.
- Salve cada figura em um arquivo separado.
- Não compactar os arquivos.
- Todas as artes em preto & branco e em cores devem ter o menos resolução de 300 dpi (*dots per inch*) em formato TIFF. Arquivos desenhados devem ter 1.200 dpi em formato EPS ou TIFF. Contate o editor de produção da Thieme se estiver inseguro quanto ao tamanho final.
- É preferível que figuras sejam editadas em seu tamanho final (aproximadamente 3,5 polegadas 3½ para 1 coluna e 7 polegadas para 2 colunas), ou maior, e na direção correta. Se arte for submetida em formato menor, a imagem será aumentada e perderá resolução.

Nota: Resoluções menores (inferiores a 300 dpi) e formato JPEG (.jpg) para escalas de cinza e em cor não são ideais devido à baixa qualidade. O formato JPEG, por definição, é uma resolução menor (compactada) destinadas a rápidos uploads em telas de computador.

Arte em preto & branco (PB)

- Artes em PB podem ser fotografias, radiografias, ilustrações, gráficos ou fluxogramas. A Thieme aceita somente arte em formato digital.
- Se possível, não envie arte em cores para conversão em PB. Faça a conversão antes de enviar para que você possa verificar o resultado antes, evitando perda de detalhes importantes.
- Para melhores resultados, desenhos devem ser em PM em um fundo branco.

Arte em cores

- Toda arte em cores deve ser salva em CMYK, não em RGB.

Dísticos

- Setas, asteriscos e outros símbolos devem ser escuros sobre fundos claros e em formatos maiores. Caso contrário, estes marcadores podem ser difíceis de ver após redução da resolução.
- Use iniciais maiúsculas em cada item de texto. Considere usar todas as maiúsculas se precisar de maior destaque.
- Assegure-se de usar textos e símbolos consistentes a todas as figuras.
- Evite usar fontes ou tamanhos diferentes no texto.

PROCESSO DE SUBMISSÃO

Article Processing Charge (APC) & Open Access

Esta é uma revista Open Access: todos os artigos, após publicados, são imediatamente e permanentemente feitos disponíveis de forma gratuita para leitura e download em nossa plataforma Thieme-connect. A Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) arca com os custos de publicação. Os autores não precisam pagar nenhuma taxa, tal como *Article Processing Charge* ou *Open Access Publication Fee*. Todos os artigos revisados são publicados com acesso aberto na RBO. O reuso por terceiros é definido pela licença Creative Commons: *Creative Commons Attribution-Non Commercial-No Derivs (CC BY-NC-ND)*.

Para finalidades não comerciais, outros podem distribuir e copiar o artigo e incluí-lo em um trabalho coletivo (como uma antologia), desde que seja dado o devido crédito ao(s) autor(es) e nada seja modificado.

Processo de Submissão

- Consulte o checklist da primeira página deste documento para ter certeza de que está pronto para encaminhar seu manuscrito.
- Manuscritos devem ser submetidos eletronicamente pelo link a seguir: <http://www.editorialmanager.com/rbo>.
- Sempre revise o seu manuscrito antes de submetê-lo. Você pode interromper uma submissão a qualquer momento e continuar depois. Você pode checar o status de sua submissão acessando o Sistema. O Sistema converterá os arquivos fornecidos em um único PDF. Arquivos editáveis são necessários para editar seu artigo para publicação final. Toda a comunicação, incluindo a notificação final do Editor-chefe, e pedidos de revisão são enviados por e-mail. O Editor-chefe informará você por e-mail assim que tomar uma decisão.

Processo de Revisão

- Caso o Editor decida que seu artigo precisa de uma revisão, você terá de fazer as correções e resubmeter eletronicamente.

- Acesse o Sistema e encontre seu artigo que foi marcado para revisão (revision).
- O melhor meio de fazer revisões é ativando o Controle de Alterações no Microsoft Word, o qual destacará automaticamente o texto revisado. Por favor, resubmeta uma versão com as marcas de alteração e outra sem nenhuma marca de alteração do seu manuscrito revisado.
- Seus arquivos originais estarão disponíveis após fazer o upload de seu manuscrito revisado, então é importante deletar arquivos redundantes antes de concluir sua submissão.
- Você também terá espaço para responder aos comentários dos revisores e dos editores. Por favor, seja o mais específico possível na sua resposta.

PROCESSO DE PRODUÇÃO

Prova do Autor

A Prova do Autor será enviada por e-mail. A prova será enviada em formato PDF, o qual pode ser aberto pelo programa Acrobat Reader. Você receberá a prova com instruções. Aproveite a oportunidade para checar a editoração e eventuais imperfeições. Alterações significativas são difíceis de acomodar em função do processo de revisão ter sido concluído. Neste sentido, ao submeter seu manuscrito, tenha certeza de que está pronto e completo.

POLÍTICA EDITORIAL

Responsabilidade

A legislação sobre responsabilidade do conteúdo faz grandes exigências sobre o dever de cuidar a ser exercitado pelos autores de pesquisa científica médica. Isto se aplica em particular a artigos com instruções terapêuticas ou de dosagem de consumo. Pedimos que examine com cuidado, também em seu interesse, a precisão factual do conteúdo, uma vez que seu texto foi revisado e editado. A responsabilidade pela precisão dos dados e das afirmações no manuscrito recai inteiramente sobre o autor.

Definição de Autoria

O crédito de autoria é baseado no critério estabelecido pelo International Committee of Medical Journal Editors. Cada autor deve ter feito as seguintes contribuições:

1. Contribuições substanciais na concepção e desenho, aquisição de dados ou análise e interpretação dos dados
2. Rascunhando o artigo ou revisando conteúdo intelectual crítico
3. Aprovação final da versão publicada

Colaboradores

Cada autor é solicitado a declarar sua contribuição individual no artigo: todos os autores devem ter participado concretamente da pesquisa e/ou preparação do artigo, para que todos tenham funções descritas nos artigos.

Alterações na autoria

Esperamos que os autores tenham cuidado ao relacionar os nomes dos coautores **antes** de submeter seu manuscrito. Qualquer alteração, adição ou remoção do nome de um autor deve ser feita **antes** da submissão ser aceita pelo Editor. Para solicitar esta alteração, o Editor precisa receber o seguinte pedido do **autor correspondente**: (a) a razão para a alteração (b) confirmação (e-mail, carta) de todos os autores de acordo com a alteração. No caso de adição ou remoção, isso inclui o auto rem questão.

Apenas em circunstâncias excepcionais o Editor considerará a alteração, adição ou remoção de um autor **após** o manuscrito ter sido aceito. Enquanto o Editor avalla a questão, a publicação do artigo fica suspenso. Se o artigo já foi publicado, qualquer pedido aprovado pelo Editor resultará em um *corrigendum*.

Copyright

Manuscritos submetidos devem ser de pesquisa original que não foi publicada ou submetida para publicação anteriormente. Os editores da Thieme combatem o plágio, dupla publicação e conduta indevida com o programa Cross-Check da iThenticate. Seu manuscrito estará sujeito a uma investigação se houve suspeita de plágio.

Se você deseja reproduzir texto, tabelas ou figuras de fonte publicada, é necessário primeiro obter autorização do proprietário do copyright (geralmente a editora). Isso é necessário mesmo quando o material é da mesma editora que publicará o seu trabalho. Para material nunca publicado antes fornecido a você por outra pessoa, você precisa obter autorização desta pessoa. Atrasos significativos na publicação podem ocorrer pela falta destas autorizações.

Como autor, é sua responsabilidade obter as autorizações, pagar eventuais taxas, fornecer cópias de autorizações e incluir o devido crédito ao final de cada legenda de figura ou tabela. Após a publicação de um artigo, todos os direitos serão detidos pela editora, incluindo os direitos de reprodução total ou parcial de qualquer publicação. É vetada a reprodução dos artigos ou ilustrações sem o prévio consentimento da editora.

Declaração de interesse

Todos os autores devem divulgar qualquer relação pessoal ou financeira com outras pessoas ou organizações que possam influenciar inapropriadamente (prejudicar) seu trabalho. Exemplos de potenciais conflitos de interesse incluem emprego, consultoria, posse de ações, recebimento de honorários, testemunho pericial pago, pedidos/registros de patentes e financiamentos ou demais financiamentos. **Além de fornecer os formulários ICMJE e COI** devidamente preenchidos, os autores deverão disponibilizar qualquer tipo de interesse em dois lugares:

1. Declaração sumária de afirmação de conflito de interesses no arquivo da folha de rosto. Se não houver conflitos de interesse a declarar, por favor, indique: "Declaração de interesse: não há". Esta declaração sumária será publicada caso o artigo seja aceito.
2. Divulgações detalhadas como parte de formulários separados como ICMJE e COI foram mencionadas acima – tais formulários fazem parte dos registros oficiais do periódico. É importante que potenciais interesses sejam declarados em ambos os lugares e que as informações sejam compatíveis.

Papel da fonte de financiamento

É necessário identificar quem forneceu apoio financeiro para a realização da pesquisa e/ou do preparo do manuscrito e uma breve descrição do (s) patrocinador (es), caso haja, na concepção do estudo; na coleta; análise e interpretação de dados; na redação do relatório e na decisão de submeter o manuscrito para publicação. Se não houve envolvimento da (s) fonte (s) de financiamento, isso deverá ser declarado.

Declaração de Ética

Este periódico segue o padrão de ética descrito pelo Committee on Publication Ethics e do International Committee of Medical Journal Editors. Os autores deverão aderir a esses padrões.

Para todos os manuscritos que relatem dados de estudos conduzidos envolvendo participação de humanos ou de animais, é necessário que haja revisão formal e aprovação ou revisão formal e renúncia (isenção), por um comitê institucional apropriado (IRB) ou comitê de ética, bem como qualquer consentimento HIPAA necessário, devendo ser descrito na seção Métodos com o nome por extenso da entidade revisora. Todos os ensaios clínicos devem ser registrados em um registro de ensaios público. O registro e o número de registro deverão ser indicados.

Política de Permissão de Pacientes (www.thieme.com/journal-authors)

Você deverá obter um formulário de permissão do paciente assinado para cada paciente cuja fotografia reconhecível seja utilizada. Caso não seja possível, a identidade do paciente deve ser obscurecida antes que a imagem seja publicada; isto poderá interferir no valor instrutivo da fotografia. O formulário de Consentimento Informado do Paciente está disponível em www.thieme.com/journal-authors. Os autores deverão incluir uma declaração de consentimento informado no manuscrito, informando que houve o consentimento para experimentação com seres humanos. Os direitos de privacidade dos seres humanos devem ser sempre observados. Toda experimentação animal deverá seguir as diretrizes locais e os autores deverão indicar com clareza no manuscrito que tais diretrizes foram seguidas.

Proteção de Seres Humanos e Animais

Todos os manuscritos deverão incluir linguagem que descre-

va as medidas tomadas para a proteção de seres humanos e/ou animais ou uma declaração de que seres humanos e/ou animais não foram incluídos no projeto do estudo, de acordo com a Declaração de Helsink. Um exemplo da linguagem básica para a proteção de seres humanos pode ser: "O estudo foi realizado de acordo com a Declaração de Helsink da Associação Médica Mundial sobre princípios éticos para Pesquisa Médica envolvendo seres humanos, e foi revisada pelo Comitê de Revisão Institucional da XXX."

CONTATO EDITORIAL

Por favor, contate o Editor-chefe ou a Thieme se tiver qualquer dúvida.

Editor-chefe

Prof. Dr. Sergio L Checchia, MD, PhD
Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
Alameda Lorena, 427 - 2o. Andar - Jd. Paulista, SP, Brasil
rbo@sbot.org.br
T: +55 11 2137 5400

Thieme Publishers - Production Coordinator

Leonardo Vidal
Leonardo.vidal@thieme.com.br
T: +55 21 2563 9734

Thieme Publishers - Acquisitions Editor

Ana Paula Canel Bluhm, MSc., PhD
Ana.Bluhm@thieme.com.br
T: +55 11 3362 2464