

SANDRA REGINA TOFFOLO

**INFLUÊNCIA DO ACOLHIMENTO AO PACIENTE COM
OSTEOARTRITE DE JOELHO SUBMETIDO A
INFILTRAÇÃO INTRA-ARTICULAR COM
CORTICOSTEROIDE: UM ESTUDO PROSPECTIVO,
CONTROLADO, RANDOMIZADO COM AVALIADOR CEGO**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção ao título de Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde Aplicadas à Reumatologia.

SÃO PAULO

2018

SANDRA REGINA TOFFOLO

**INFLUÊNCIA DO ACOLHIMENTO AO PACIENTE COM
OSTEOARTRITE DE JOELHO SUBMETIDO A
INFILTRAÇÃO INTRA-ARTICULAR COM
CORTICOSTEROIDE: UM ESTUDO PROSPECTIVO,
CONTROLADO, RANDOMIZADO COM AVALIADOR CEGO**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção ao título de Doutor em Ciências pelo programa de pós-graduação em Ciências da Saúde Aplicadas à Reumatologia.

Orientador:

Profa. Dra. Rita Nely Vilar Furtado

Co-orientador:

Prof. Dr. Jamil Natour

SÃO PAULO

2018

Toffolo, Sandra Regina

Influência do acolhimento ao paciente com osteoartrite de joelho submetido a infiltração intra-articular com corticosteroide: um estudo prospectivo, controlado, randomizado com avaliador cego / Sandra Regina Toffolo. – São Paulo, 2018.

xv, 90f.

Tese (Doutorado)-Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde Aplicadas à Reumatologia.

Título em inglês: Influence of patient embracement with knee osteoarthritis undergoing intra-articular injection with corticosteroid: a prospective, controlled, randomized study with blind evaluator.

1. Osteoartrite; 2. Osteoartrite de joelho; 3. Acolhimento;
4. Infiltração; 5. Injeção intra-articular; 6. Más notícias.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
APLICADAS À REUMATOLOGIA

CHEFE DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA:

Prof. Dra. Ana Luisa Godoy Fernandes

CHEFE DA DISCIPLINA DE REUMATOLOGIA:

Profa. Dra. Vera Lucia Szejnfeld

COORDENADORA DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO:

Profa. Dra. Cristiane Kayser Veiga da Silva

SANDRA REGINA TOFFOLO

**INFLUÊNCIA DO ACOLHIMENTO AO PACIENTE COM
OSTEOARTRITE DE JOELHO SUBMETIDO A
INFILTRAÇÃO INTRA-ARTICULAR COM
CORTICOSTEROIDE: UM ESTUDO PROSPECTIVO,
CONTROLADO, RANDOMIZADO COM AVALIADOR CEGO**

Presidente da Banca:

Prof (a). Dr (a) Rita Nely Vilar Furtado

Banca Examinadora:

Prof (a). Dr (a) Adriana Maria da Silva Felix

Prof (a). Dr (a) Mônica Antar Gamba

Prof (a). Dr (a) Ibsen Bellini Coimbra

Prof (a). Dr (a) Gustavo Constantino de Campos

Dedicatória

Aos meus pais João Batista (in memoriam) e Hilda, aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos, que muitas vezes se doaram e renunciaram aos seus sonhos, para que eu pudesse realizar os meus. Quero dizer que essa conquista não é só minha, mas nossa. Tudo que consegui só foi possível graças ao amor, apoio e dedicação que vocês sempre tiveram por mim. Sempre me ensinaram agir com respeito, simplicidade, dignidade, honestidade e amor ao próximo. E graças à união de todos, os obstáculos foram ultrapassados, vitórias foram conquistadas e alegrias divididas.

Agradeço pela paciência e compreensão com minha ausência durante essa longa jornada.

Muitíssimo obrigado!!!

Chega um momento em sua vida, que você sabe:

quem é imprescindível para você,

quem nunca foi,

quem não é mais,

quem será sempre!

Charles Chaplin

Agradecimentos

Agradeço à professora Dra. **Rita Nely Vilar Furtado**, a oportunidade de tê-la como orientadora. Tenho muito orgulho de citá-la como uma das responsáveis pela minha formação profissional. Agradeço pela confiança, pela amizade, conselhos e paciência. A senhora é um exemplo de simplicidade, compreensão e competência. Todos que trabalham com a senhora admiram sua dedicação e amor ao trabalho/pesquisa. Enfim, vai muito além do que o dever impõe. Preocupada não só com a realização do trabalho, mas principalmente com o ser humano. Muitíssimo obrigada!!!

E que eu possa sempre contar com o privilégio da sua amizade.

E, em especial ao professor Dr. **Jamil Natour**, pela confiança, que para minha alegria e honra, aceitou-me orientar neste trabalho. Tenho muito respeito e admiração pela sua ética e seu conhecimento. O senhor é o exemplo perfeito do que a palavra Mestre representa.

Ao Dr. **Reginaldo Carlos Boni**, pela sua dedicação em apoiar me e por estar sempre disponível na realização deste trabalho.

Ao meu querido amigo **José Carlos Nunes Tamashiro**, por ter dispensado seu tempo e colaborado na realização deste trabalho. Obrigada por todo apoio, compreensão e amizade.

Às minhas amigas de turma de Doutorado: **Samira Miyamoto** e **Sandra Mara Meireles Adolph**, por terem tornado o dia a dia na pós-graduação tão prazeroso! Foi extremamente enriquecedor reencontrá-las e conviver com cada uma de vocês.

À coordenadora do curso de Pós-Graduação, professora Dra. **Cristiane Kayser Veiga da Silva**, por incentivar e acreditar nos futuros pesquisadores.

À **CAPES**, que me concedeu uma bolsa, durante a realização deste doutorado, fato este que muito contribuiu para a viabilização desta tese. Portanto, deixo aqui expresso meu agradecimento.

À Escola Técnica de Saúde (ESTES - UFU), em especial aos amigos e colegas do curso Técnico em Enfermagem, que direta ou indiretamente contribuíram de alguma forma com a realização deste "sonho", o meu reconhecimento e gratidão.

Aos meus queridos pacientes que gentilmente se disponibilizaram para a realização deste estudo. Às demais pessoas que contribuíram direta ou

indiretamente na elaboração deste trabalho ou participaram da minha vida, e que, por ventura, eu tenha me esquecido de agradecer.

SUMÁRIO

Dedicatória	v
Agradecimentos	vi
Lista de figuras	vi
Lista de tabelas	vii
Lista de siglas.....	viii
Resumo	x
Abstract	xi
1 INTRODUÇÃO	1
2 JUSTIFICATIVA	7
3 OBJETIVOS	9
3.1 Objetivo primário	10
3.2 Objetivo secundário	10
4 MÉTODOS.....	11
4.1 Tipo de estudo.....	12
4.2 Amostra	12
4.3 Critérios de inclusão	12
4.4 Critérios de exclusão	13
4.5 Intervenção.....	14
4.5.1 Grupo Acolhimento	14
4.5.2 Grupo Controle.....	19
4.5.3 Procedimento de IIA com corticosteroide.....	19
4.6 Avaliação	20
4.6.1 Descrição dos Instrumentos de Avaliação	25
5 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	27
6 RESULTADOS	29
7 DISCUSSÃO.....	42
8 CONCLUSÃO.....	52
9 REFERÊNCIAS	54
ANEXOS	62

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Fluxograma dos procedimentos de avaliação	24
Figura 2.	Fluxograma do estudo.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Dados demográficos da amostra no baseline	32
Tabela 2.	Comparação entre os grupos para a dor e o edema articulares imediatamente pós-IIA	33
Tabela 3.	Comparação entre os grupos para as variáveis de piora e tempo de repouso obedecido nas primeiras 48h pós-IIA	34
Tabela 4.	Comparação entre os grupos do estudo para as variáveis de dor articular, edema articular e rigidez matinal no joelho estudado	35
Tabela 5.	Comparação entre os dois grupos do estudo para o teste funcional Timed Up and Go (TUG) e o questionário funcional WOMAC e seus domínios	36
Tabela 6.	Comparação entre os grupos do estudo para o questionário de catastrofização da dor e os domínios do questionário de dor McGill	37
Tabela 7.	Comparação entre os grupos do estudo para o questionário genérico de qualidade de vida SF36 e os seus oito domínios	38
Tabela 8.	Comparação entre os grupos do estudo para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado IDATE	40
Tabela 9.	Comparação entre os grupos do estudo para a escala de melhora tipo LIKERT	41

LISTA DE ABREVIATURAS, SIMBOLOS E SIGLAS

%	Porcentagem
ACR	<i>American College of Rheumatology</i>
AINES	Anti-inflamatórios não esteroidais
AINH	Antiinflamatório não hormonal
ANOVA	Análise de variância
AP	Incidência Antero-posterior
CE	corticosteroide
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Cm	Centímetro
D/E	Direito/Esquerdo
DP	Desvio padrão
E	<i>Emotions</i>
ECR	Estudo Controlado Randomizado
EVA	Escala Visual Analógica
h	horas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HT	Hexacetonida de Triancinolona
I	<i>Invitation</i>
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
IIA	Infiltração intra-articular
IMC	Índice de Massa Corpórea
K	<i>Knowledge</i>
KL	Classificação radiológica de <i>Kellgren - Lawrence</i>
LIKERT	Escala tipo Likert
McGILL	Questionário de <i>McGILL</i> para avaliação de dor

mg	miligrama
ml	mililitro
mm	milímetro
N	número da amostra
NSAID	Drogas anti-inflamatória não esteroidais
OA	Osteoartrite
OARSI	<i>Osteoarthritis Research Society International</i>
P	<i>Perception</i>
p	valor de significância
PF	Incidência patelofemoral
PNH	Política Nacional de Humanização
PRP	Plasma rico em plaqueta
S	<i>Setting Up the Interview</i>
S	<i>Strategy and Summary</i>
SF36	Versão brasileira do Questionário Genérico de Qualidade de Vida - SF36
SPIKES	<i>Setting Up the Interview; Perception; Invitation; Knowledge; Emotions; Strategy and Summary</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the social Sciences</i>
Sr.	Senhor
T	Tempo de Avaliação
TUG	<i>Teste Timed Up and Go</i>
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VO	Via Oral
WOMAC	Questionário funcional <i>Índice Western Ontario McMaster Universities</i>

RESUMO

INFLUÊNCIA DO ACOLHIMENTO AO PACIENTE COM OSTEOARTRITE DE JOELHO SUBMETIDO A INFILTRAÇÃO INTRA-ARTICULAR COM CORTICOSTEROIDE: UM ESTUDO PROSPECTIVO, CONTROLADO, RANDOMIZADO COM AVALIADOR CEGO

Introdução: O acolhimento ao paciente deve ser entendido como atenção dispensada na relação entre trabalhador de saúde e usuário, envolvendo atitude de inclusão do paciente, escuta, valorização das queixas e identificação de suas necessidades. Existem protocolos uniformizados para a realização do acolhimento ao paciente. No entanto, não existem estudos avaliando a efetividade dessa intervenção no procedimento de injeção intra-articular com corticosteroide.

Objetivo: Avaliar a efetividade do acolhimento em paciente com osteoartrite de joelhos submetidos à infiltração intra-articular quanto à dor e o edema articular no momento do procedimento, a curtíssimo, curto e médio prazos. Avaliar o efeito do acolhimento quanto à dor e o edema articular no momento do procedimento, assim como quanto à efetividade do procedimento a curto e médio prazos. **Material e método:** Estudo prospectivo, controlado e randomizado, com avaliador "cego", com 100 pacientes com osteoartrite sintomática de joelhos submetidos à infiltração intra-articular com hexacetonide de triancinolona. Os pacientes foram provenientes dos ambulatórios da Disciplina de Reumatologia da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Após randomização, os pacientes foram divididos em dois grupos submetidos à infiltração intra-articular, 50 pertencentes ao grupo intervenção (acolhimento) e 50 ao grupo controle (sem acolhimento). O grupo intervenção foi submetido a protocolo de acolhimento SPIKES em uma sala adaptada antes da infiltração e por ligação telefônica durante o tempo de seguimento. As avaliações foram realizadas por um avaliador "cego" nos tempos T0 (pré-procedimento) antes da infiltração intra-articular, TPOI (pós-procedimento imediato), T1 (1 semana), T4 (4 semanas) e T12 (12 semanas) após a infiltração intra-articular, através dos seguintes instrumentos: EVA de dor ao repouso, ao movimento e de edema articular; rigidez matinal (minutos); questionário funcional WOMAC; escala de catastrofização da dor; questionário de dor MCGILL; questionário Genérico de qualidade de vida SF36; Inventário de ansiedade traço-estado IDATE; teste funcional Timed Up and Go; e escala de melhora tipo Likert. No TPOI os pacientes foram avaliados quanto ao EVA de dor e edema no momento da infiltração intra-articular. No T1 foram avaliados também quanto ao *flare* de piora articular pós-infiltração intra-articular nas primeiras 48 horas após o procedimento. **Resultados:** 100 pacientes foram incluídos, 89 (89%) foram mulheres, 60 (60%) brancos, com idade média de 67,1 (7,3), tempo médio de doença de 6,3 (6,2) anos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos para nenhuma das variáveis no T0. Não se observou diferença entre os grupos nem no momento do procedimento, nem ao longo das 12 semanas de seguimento para nenhuma das variáveis avaliadas. **Conclusão:** Não conseguimos identificar benefício em se aplicar o protocolo de acolhimento em paciente com osteoartrite de joelho submetido à infiltração intra-articular de triancinolona hexacetonida, nem para o desconforto no momento da infiltração intra-articular, nem quanto ao aumento da efetividade do procedimento a curtíssimo, curto e a médio prazos.

Palavras-chave: Osteoartrite, osteoartrite de joelho, acolhimento, infiltração, injeção intra-articular, más notícias.

Clinical Trials.gov ID: NCT02835521

Apoio financeiro: CAPES

ABSTRACT

INFLUENCE OF PATIENT EMBRACEMENT WITH KNEE OSTEOARTHRITIS UNDERGOING INTRA-ARTICULAR INJECTION WITH CORTICOSTEROID: A PROSPECTIVE, CONTROLLED, RANDOMIZED STUDY WITH BLIND EVALUATOR.

Introduction: Patient embracement should be understood as communication between professionals and patient, involving attitude of inclusion, listening, appreciation of complaints and identification of his needs. There are standardized protocols guiding patient care. However, there are no studies evaluating the efficacy of this intervention in intra-articular corticosteroid injection. **Objective:** To evaluate effectiveness of embracement in patient with knee osteoarthritis undergoing corticosteroid intra-articular injection, concerning joint pain and edema during the procedure, in very short, short and medium terms, as well as effectiveness of the procedure itself in short and medium terms. **Methods:** Prospective, controlled, randomized, blind evaluator trial of 100 patients with symptomatic osteoarthritis of knee undergoing intra-articular injection with triamcinolone hexacetonide. The patients were followed in outpatient clinics of the Rheumatology Department of the Federal University of São Paulo - UNIFESP. After randomization, the patients were divided into two groups: submitted to intra-articular injection, 50 belonging to the intervention group (embracement) and 50 to the control group (without embracement). The SPIKES protocol was applied to intervention group in an adapted room prior to the infiltration and then by telephone call during follow-up. The evaluations were performed by a blind evaluator at T0 time (pre-procedure), TIPP (immediate post-procedure), T1 (1 week), T4 (4 weeks) and T12 (12 weeks) after intra-articular injection through the following instruments: Visual Analogue Scale (VAS) of pain at rest and in motion and VAS of joint edema; morning stiffness in minutes; WOMAC Functional Questionnaire; Pain Catastrophizing Scale; McGill Pain Questionnaire; Generic Questionnaire on Quality of Life SF36; Trace State Anxiety Inventory IDATE; Timed Up and Go Functional Test; and Likert Type Improvement Scale. In TIPP patients were evaluated through VAS of pain and edema at the time of intra-articular injection. In T1, they were evaluated for worsening of joint symptoms during the first 48 hours after the procedure. **Results:** 100 patients were included, 89 (89%) were women, 60 (60%) were white, mean age was 67.1 (7.3) and mean disease duration was 6.3 (6.2) years. There was no statistically significant difference between the groups for any of the variables analyzed at T0. No difference was observed between the groups either during the procedure or within the 12 weeks follow-up period for any of the variables evaluated. **Conclusion:** There was no benefit in applying the embracement protocol in patients with knee osteoarthritis who underwent intra-articular injection with triamcinolone hexacetonide, neither for discomfort at the time of intra-articular injection nor for increase of effectiveness of the procedure itself in a very short, short and medium terms.

Keywords: Osteoarthritis, osteoarthritis knee, user embracement, infiltration, intra-articular injection, bad news.

1. INTRODUÇÃO

O acolhimento deve ser entendido como atenção dispensada na relação entre trabalhador de saúde e usuário, envolvendo atitude de inclusão, escuta, valorização das queixas e identificação das necessidades, sejam elas individuais ou coletivas (Tesser, Poli Neto, Campos, 2010). Sendo assim, envolve questões de organização e práticas de trabalho, dando ênfase à dimensão ética e à postura profissional, promovendo a otimização dos serviços no processo saúde-adoecimento (Lima, Moreira, Jorge, 2013).

A Política Nacional de Humanização (PNH) corresponde a um conjunto de princípios e diretrizes, os quais têm as ações nas diversas práticas de saúde. Segundo a PNH, a humanização no atendimento à saúde envolve a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; auxiliados pela autonomia, protagonismo, corresponsabilidade entre eles, e pelo estabelecimento de vínculos solidários na produção de saúde (Brasil, 2010).

O acolhimento está presente nas relações e encontros que temos na vida, ele não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, um compartilhamento de saberes, angústias, e intervenções. Corresponde a um processo que envolve a escuta das queixas dos clientes, pelo profissional da saúde, com resolução dessa problemática com encaminhamento seguro, e ainda a constituição do vínculo, tornando referência ao cliente, com responsabilidade, respeito na produção do processo do cuidado-saúde. (Franco & Merhy, 2004)

Fazendo parte desse processo, a comunicação é ferramenta primária e indispensável com a qual a equipe de saúde e o paciente trocam informações. Os elementos como empatia, compreensão, interesse, desejo de ajuda e bom humor são indispensáveis para conseguir um ambiente de conforto emocional, no qual o paciente terá um conhecimento da doença, diagnóstico e tratamento, e o médico agirá segundo seu conhecimento, experiência clínica e capacidade humana (Almanza-Muños & Holland, 1999; Doyle & O'Connel, 1996; Vandekief, 2001). Neste sentido, o intercâmbio das informações engloba não apenas aquilo que o

paciente necessita saber, como também a forma apropriada de informá-lo, assegurando que ele tenha compreendido a informação (Victorino, et al, 2007).

Ao comunicar uma má notícia (óbito, diagnóstico grave, necessidade de tratamento invasivo, dentre outros), provavelmente esteja se realizando uma das tarefas mais difíceis que os profissionais de saúde têm a enfrentar, pois isto implica um forte impacto psicológico no paciente e em sua rede de apoio. Quem recebe uma má notícia, dificilmente esquece onde, quando e como ela foi comunicada (Almanza-Muños & Holland, 1999).

A comunicação de más notícias é uma prática muito frequente na rotina do pessoal de saúde, que trabalha com doação de órgãos. Para Zelman & Michalak (2013), o contato da equipe de transplante de órgãos com a família de um potencial doador é um momento crucial e estressante. No momento da abordagem, o membro da equipe de transplante, deverá demonstrar calma, empatia, coerência e persistência, sanando todas as dúvidas e respeitando uma possível negativa da família em autorizar a doação. Mediante isso a família do paciente tanto poderá entender facilmente o mecanismo da causa da morte encefálica, como poderá evoluir para um quadro de choque, sendo expresso através de fortes reações emocionais, como raiva e protestos pela perda.

Portanto, o processo de transmissão de más notícias, mesmo que esteja correto tecnicamente, influencia de uma forma muito importante a maneira como o ouvinte (paciente ou familiar) vai reagir. Por isso, os profissionais devem levar em consideração os seguintes aspectos: tentar recolher informação do ouvinte; prover informação inteligível, segundo as necessidades e desejos do mesmo; apoiá-lo utilizando habilidades para reduzir o impacto emocional e a sensação de isolamento experimentados pela má notícia; e desenvolver uma estratégia sob a forma de um plano com a contribuição e colaboração do paciente ou familiar (Araujo & Leitão, 2012).

Para isso, Buckman (1992) criou um protocolo composto por seis passos, chamado SPIKES (Setting Up the Interview; Perception; Invitation;

Knowledge; Emotions; Strategy and Summary), como estratégia para uma comunicação eficaz. Os seis passos são os seguintes:

1. Planejar a situação de comunicação (S – Setting Up the Interview): identificar um ambiente privado; considerar a trajetória do paciente, inteirando-se da sua história; envolver amigos e parentes no processo.
2. Sondar a percepção do paciente sobre a doença (P – Perception): identificar as informações (o que o paciente ou familiar sabe), corrigi-las ou ajustá-las com informações mais precisas.
3. Convidar o paciente a expor suas dúvidas (I – Invitation): entender o grau de detalhe que o próprio paciente quer obter sobre seu caso, colocando-se sempre disponível para maiores esclarecimentos.
4. Buscar a clareza, de forma delicada, fornecendo conhecimento e informação ao paciente (K – Knowledge): ser claro e preciso, mas dar tempo ao paciente, evitando detalhes dispensáveis e excesso de informação por vez.
5. Ser emocionalmente solidário/abordar as emoções dos pacientes com respostas afetivas (E – Emotions): estimular a expressão emocional do paciente e seus parentes, acolhendo as reações negativas à notícia.
6. Apontar os próximos passos/estratégia e resumo (S – Strategy and Summary): repassar o que foi dito; verificar se a pessoa se sente pronta para discutir o que será feito; apresentar as possibilidades de cuidados e tratamentos.

Como já foi citado, o acolhimento médico ao paciente é frequentemente utilizado na medicina em episódios de más notícias como no momento de um diagnóstico de doença grave ou de óbito de um ente querido, nesse último caso frequentemente no contexto de doação de órgãos (Araujo & Leitão, 2012).

No entanto, na reumatologia, não se encontrou na literatura nenhum estudo em que tivesse sido desenvolvida uma estratégia de fornecimento de má notícia ou de acolhimento referente ao diagnóstico de doença crônica, à prescrição de tratamento de uso contínuo para essas doenças ou indicação de tratamento que envolvesse procedimentos invasivos, ou seja, procedimentos que causassem algum tipo de apreensão do paciente.

As injeções do aparelho locomotor, mais conhecidas como infiltrações, são procedimentos muito utilizados na prática do reumatologista. Trata-se de injeções intra ou periarticulares onde habitualmente é injetado corticosteroide para tratamento local (Furtado & Natour, 2011). São procedimentos habitualmente pouco desconfortáveis, mas dos quais os pacientes podem ter habitualmente alguma prevenção, por conter obrigatoriamente uma perfuração com agulha.

Esses procedimentos são utilizados tanto para o tratamento de doenças inflamatórias, como degenerativas, tendo sua efetividade já comprovada (Furtado, Oliveira, Natour, 2005; Bellamy et al, 2006).

Das doenças articulares degenerativas, a osteoartrite (OA) é a forma mais comum. Trata-se de uma das principais causas de incapacidade crônica, em grande parte devido ao acometimento do joelho e/ou quadril, sendo mais prevalente entre os idosos (Altman et al, 1986; Altman, 2011).

É uma doença resultante de eventos mecânicos e biológicos que desestabilizam o equilíbrio normal da degradação e síntese da cartilagem articular, matriz extracelular e osso subcondral. Pode ser determinada por vários fatores, incluindo genética, desenvolvimento, metabolismo e trauma, envolve todos os tecidos da articulação diartrodial (Altman et al, 1986; Altman, 2011).

Cada vez mais tem sido encarada como doença em que o componente inflamatório é importante. Atualmente, sabe-se que a obesidade influencia na patogenia dessa doença, não apenas por questões mecânicas, mas também porque os adipócitos produzem citocinas pró-inflamatórias. (Hunter, 2011; Wang et al, 2015)

A OA produz vários sinais e sintomas articulares, como a dor, limitação de movimentos, crepitação, derrame articular e graus variáveis de inflamação, sem, no entanto, produzir efeitos sistêmicos (Altman et al, 1986; Altman, 2011).

Uma das opções de tratamento para OA de joelho é a infiltração intra-articular com corticosteroide (IIA), como já citado, um procedimento comum no tratamento de pacientes com doenças reumatológicas. Porém, esse procedimento poderá gerar algum desconforto ou dor no momento de sua realização e às vezes aumentar a dor articular nas primeiras 12 horas após o procedimento (Gray & Gottlieb, 1983).

Em indivíduos que já convivem com a dor crônica da OA, com interpretações negativas e distorcidas de experiência dolorosa, (Zelman & Michalak, 2013) pode-se observar um sentimento de desconhecimento, medo, ou receio em relação a esse procedimento.

Segundo um estudo com 249 reumatologistas, foram investigados os fatores de risco para dor em 1350 pacientes, submetidos a dois tipos de procedimentos: aspiração do líquido sinovial com IIA do joelho ou infiltração da coluna. Foi observado que a dor é comum, mas leve, nesses pacientes submetidos a injeções musculoesqueléticas. A dor foi considerada instantânea com melhora 48 horas após o procedimento, e ela dependeu principalmente do nível da dor e ansiedade antecedentes, independente do local da injeção e do procedimento analgésico realizado (Perrot et al, 2011).

Como a IIA pode ser dolorosa e provocar apreensão no paciente, uma estratégia de acolhimento pré-IIA pode vir a favorecer a experiência desse procedimento em joelhos de pacientes com OA. No entanto, não existem ainda estudos que comprovem essa hipótese, nem se o acolhimento nesses pacientes pode vir a influenciar na própria efetividade da IIA.

2. JUSTIFICATIVA

A IIA com corticosteroide é procedimento muito comum na prática médica em pacientes com OA de joelhos. Vários pacientes referem dor no momento da realização desse procedimento. Portanto, muitos desses pacientes sentem apreensão antes de sua realização. Não existem estudos que avaliem se um protocolo de acolhimento ao paciente prévio a esse procedimento pode melhorar a tolerância ou mesmo a efetividade dessa IIA.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo primário

- Avaliar a efetividade do acolhimento em pacientes com OA de joelhos submetidos à infiltração intra-articular quanto à dor e o edema articular no momento do procedimento, a curtíssimo, curto e médio prazos.

3.2 Objetivo secundário

- Avaliar a efetividade do acolhimento em pacientes com OA de joelhos submetidos à infiltração intra-articular quanto à melhora da função, percepção de melhora, ansiedade, catastrofização da dor e qualidade de vida a curto e médio prazos.

4. MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo prospectivo, controlado, randomizado com avaliador "cego" em pacientes com OA sintomática de joelhos submetidos a IIA.

4.2 Amostra

Foram selecionados 100 pacientes com OA sintomática de joelhos com indicação de infiltração intra-articular feito pelos ambulatórios da Disciplina de Reumatologia da Universidade Federal de São Paulo, sendo 50 pertencentes ao grupo intervenção (acolhimento ao paciente) e 50 ao grupo controle.

Todos os pacientes leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido do estudo (Anexo 1).

Para o cálculo da amostra, considerou-se a escala visual analógica de dor (EVA de 0 cm a 10 cm) ao repouso, no joelho a ser estudado, como variável principal do estudo. Considerou-se um desvio padrão igual a 2,0 centímetros, para essa variável, e utilizado o teste ANOVA de medidas repetidas como método estatístico para o cálculo do N (número da amostra) (Campos et al., 2014). Considerando-se um poder de estudo de 90%, uma significância de 5% e uma diferença detectável igual ou maior que 2 centímetros na variável EVA de dor, medida 4 vezes ao longo do tempo em dois grupos independentes, encontramos um N = 40 pacientes para cada grupo. Acrescentamos 20% de pacientes em cada grupo para prevenir possíveis perdas ao longo do estudo, resultando no N final.

4.3 Critérios de inclusão

Nos dois grupos, foram incluídos pacientes com:

- ✓ OA de joelhos segundo os critérios do American College of Rheumatology- ACR (Altman et al, 1986) (Anexo 2)

- ✓ Idade entre 50 e 75 anos
- ✓ Presença de crepitação ao exame físico
- ✓ Ausência de experiência prévia em IIA
- ✓ Drogas para o tratamento da OA estável por pelo menos 3 meses
- ✓ Uso de corticosteroide, AINH (anti-inflamatórios não hormonais) e analgésicos estáveis no último mês
- ✓ EVA de dor ao repouso no joelho a ser estudado entre 3 e 8 cm
- ✓ Classificação radiológica de Kellgren e Lawrence de 1-3 no joelho a ser estudado (Kellgren & Lawrence, 1957) (Anexo 3)

4.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos do presente estudo pacientes que preenchessem os seguintes critérios de exclusão:

- ✓ Pacientes com doenças articulares de outra etiologia;
- ✓ Distúrbio de coagulação;
- ✓ Fibromialgia não tratada;
- ✓ Situação de litígio;
- ✓ Diabetes mellitus descontrolada;
- ✓ Hipertensão arterial sistêmica descontrolada;
- ✓ Alergia a lidocaína ou ao corticosteroide triancinolona hexacetonida.

4.5 Intervenção

Os pacientes foram randomizados por tábua de randomização (Minitab 16) com segredo de alocação em dois grupos, cada um composto por 50 pacientes. Nos dois grupos os pacientes receberam IIA com triancinolona hexacetonida.

Os pacientes foram randomizados em Grupo Intervenção, onde os pacientes receberam um protocolo de “Acolhimento ao Paciente” seguido de uma IIA com triancinolona hexacetonida no joelho mais sintomático e em Grupo Controle, onde os pacientes receberam apenas o mesmo procedimento de IIA.

4.5.1. Grupo Acolhimento

Os pacientes desse grupo foram submetidos ao protocolo de Acolhimento ao Paciente pré a IIA, segundo Buckman (1992).

O protocolo de Acolhimento ao Paciente foi composto da seguinte maneira:

1. Pré-procedimento (T0): Os pacientes foram recepcionados por enfermeira treinada em acolhimento familiar, em sala com equipamentos necessários, tais como cadeiras confortáveis, água, chá, biscoitos. Essa sala era silenciosa e sem estímulos visuais, olfatórios e climáticos. Nesse momento foram dadas as explicações relacionadas a IIA através de fala compreensível de como se daria o procedimento, escutando, esclarecendo e orientando o paciente a respeito das suas dúvidas.

O protocolo de acolhimento foi composto da seguinte sequência:

1.1. Planejar a situação de comunicação: utilizar ambiente privado adequado; considerou-se a trajetória do paciente, inteirando-se da sua história; envolveram-se parentes (se presentes) no processo.

- 1.2. Sondar a percepção do paciente sobre o procedimento de IIA: identificaram-se as informações (o que o paciente ou familiar sabia sobre a IIA), corrigindo-as ou ajustando-as com informações mais precisas sobre a intervenção.
- 1.3. Convidar o paciente a expor suas dúvidas: entendeu-se o grau de detalhe que o próprio paciente queria obter sobre a IIA, colocando-se sempre disponível para total esclarecimento sobre a intervenção.
- 1.4. Buscar a clareza de forma delicada: foi-se claro e preciso, dando tempo ao paciente, evitando detalhes dispensáveis e excesso de informação sobre a IIA.
- 1.5. Ser empático (emocionalmente solidário), abordando as emoções dos pacientes com respostas afetivas: estimulou-se a expressão emocional do paciente sobre o procedimento, acolhendo as possíveis reações negativas ao mesmo.
- 1.6. Apontar os próximos passos relacionados principalmente ao pós-IIA e fornecer um resumo global relacionado ao procedimento: repassou-se o que foi dito; sendo verificado se o paciente se sentia pronto para discutir o procedimento que seria realizado e apresentando-se também as medidas de cuidados pós procedimento.

Como protocolo de intervenção o profissional da saúde seguiu a seguinte sequência (Buckman, 1992) (Anexo 13):

- 1) **a.** Chamar o paciente pelo nome
- b.** Recepcioná-lo sempre na mesma sala
- c.** Anotar o dia e hora de início da intervenção
- d.** Convidá-lo a sentar-se

- e. Sentar-se de frente ao paciente
- f. Se for incapaz, solicitar a entrada de um acompanhante
- g. Garantir condições de higiene, limpeza e temperatura do ambiente
- h. Apresentar-se pelo nome informando que é a enfermeira do grupo e investigadora principal do estudo.

2) Acomodados, a enfermeira deveria tecnicamente realizar:

a. Perguntas abertas:

- O que informaram para o Sr. (a) sobre o tratamento que vai realizar aqui? – Anotar a resposta.
- Eu queria que o Sr. (a) me explicasse como imagina que é esse tratamento. – Anotar a resposta.
- Como o Sr.(a) está se sentindo para fazer esse tratamento? – Anotar a resposta.
- O Sr.(a) tem algum medo ou preocupação em fazer esse tratamento? – Anotar a resposta.

b. Identificação do Sentimento:

Durante o protocolo de acolhimento, procurar observar como o paciente se sentia: com medo, assustado, preocupado, angustiado, nervoso, inquieto, tranquilo, despreocupado.

A identificação do sentimento deve considerar o que diz o paciente e como ele se comporta: observar a postura, presença de tremor das mãos, mãos frias, pés e mãos inquietos, face de medo, face de dor.

Anotar os principais sentimentos identificados. Utilizar a tabela abaixo. O exemplo mostra o que o observador percebeu e o que o paciente manifestou após ser perguntado.

INFERÊNCIA DO OBSERVADOR	MANIFESTAÇÃO VERBAL DO PACIENTE
Tremor das mãos (medo, nervosismo)	Estou nervoso

c. Realizar o Reflexo de emoções:

Identificado o sentimento, o entrevistador deveria realizar o reflexo de emoções:

- Eu imagino que o Sr.(a) deva estar com medo, mas eu estou aqui para lhe ajudar.
- Vou estar ao seu lado. Mas antes, eu gostaria de explicar o que será feito.

d. Clarificação usando metáforas:

A enfermeira deveria utilizar metáforas como as seguintes: Todos nós temos várias articulações no corpo: algumas são pequenas e outras são grandes. Uma articulação grande é o joelho, por exemplo. É como se fosse uma engrenagem. Às vezes a engrenagem, por algum motivo acaba ficando gasta. O que nós faremos aqui, será injetar um líquido que vai desinflamar a engrenagem para melhorar seu funcionamento.

e. Resumo das informações:

A pesquisadora deveria resumir para o paciente o que seria realizado, terminando sempre com uma pergunta:

- O Sr. (a) tem dúvidas do que iremos fazer?
- Como posso ajudá-lo (la)?
- O Sr.(a) gostaria de perguntar algo?

f. Conduzir o paciente para a realização do procedimento:

O protocolo finalizava com a enfermeira levando, fisicamente, o paciente até o local onde seria realizada a IIA no joelho a ser estudado.

Anotava-se então, hora do final do acolhimento.

2. Pós-procedimento (TPOI): O paciente voltava a se reunir com a enfermeira (pesquisadora principal do estudo) que fornecia as seguintes informações a respeito do pós-IIA:

- A necessidade de manter a imobilização articular por 48h após o procedimento.
- A possibilidade de piora da dor articular nas primeiras horas após o procedimento.
- A possibilidade de uso de paracetamol 750 mg até de 8/8 horas se houver dor no pós-IIA imediato.
- A necessidade de informar ao pesquisador principal sobre surgimento de qualquer lesão no local da IIA.

Os pacientes foram contatados via telefone pela enfermeira responsável pelo acolhimento após as 24 horas e uma semana após o procedimento da IIA para verificar possíveis dúvidas e efeitos colaterais relacionados ao procedimento.

4.5.2. Grupo Controle

Foi formado por 50 pacientes submetidos ao mesmo procedimento invasivo que o grupo intervenção (IIA com triancinolona hexacetonida no joelho estudado), mas receberam o atendimento habitual do ambulatório (Anexo 14) de reumatologia intervencionista da UNIFESP (apenas com orientação de manter o repouso da articulação submetida à IIA por 48h, dada pelo médico que realizou o procedimento), mas não receberam nenhum tipo de protocolo de acolhimento ao paciente.

4.5.3. Procedimento de IIA com corticosteroide

Os pacientes de ambos os grupos receberam o mesmo tipo de IIA:

Injeção intra-articular do joelho: O paciente foi posicionado em decúbito dorsal na maca. Sendo realizada a antisepsia de todo o joelho estudado com gazes embebidas com clorexidina 0,2% solução degermante e em seguida, de clorexidina 0,5% solução alcoólica. A abordagem do espaço intra-articular foi sistematicamente realizada pela via superolateral da patela. Através dessa técnica, o ponto de entrada da agulha (sempre 40 x 8 mm) deve ser 2 cm do ângulo superolateral da patela. A patela deve ser evertida para facilitar a passagem da agulha inferiormente a ela (Furtado, Natour, 2011). Foi usada para abordagem inicial uma seringa com 2 ml de lidocaína 2%, para realizar a anestesia regional, apenas em caso de erro na abordagem inicial da cavidade articular. Uma vez posicionada a agulha na cavidade articular, houve artrocentese nos casos de derrame articular. Em seguida, realizou-se a troca da seringa, sem a remoção da agulha do local, e a administração de 2 ml (40mg) do corticosteroide triancinolona hexacetonida. Após a remoção da agulha, foi realizado um curativo compressivo e enfaixamento de todo o joelho com atadura de crepe de 20 cm. Orientou-se sistematicamente a imobilização da articulação por 48 horas (Furtado, Natour, 2011). Para que a imobilização fosse mais efetiva, solicitou-se

que o paciente permanecesse no leito, exceto para as necessidades fisiológicas, por 48 horas após a IIA.

Em ambos os grupos a IIA foi realizada pelo mesmo reumatologista com experiência de 15 anos em reumatologia intervencionista e que desconhecia a qual grupo o paciente pertencia.

4.6 Avaliação

Foi realizada por um avaliador “cego” em relação ao grupo ao qual o paciente pertencia nos tempos T0 (pré-procedimento), TPOI (pós-procedimento imediato), T1 (1 semana), T4 (4 semanas) e T12 (12 semanas) após o procedimento. (Figura 1)

Além dos dados demográficos, clínicos e profissionais, coletados através de uma ficha de avaliação (Anexo 4), os pacientes foram submetidos à avaliação através dos instrumentos descritos abaixo:

Pré-procedimento – T0

- EVA dor em repouso (0 a 10 cm), segundo o paciente;
- EVA dor em movimento (0 a 10 cm), segundo o paciente;
- EVA de edema (0 a 10 cm), segundo o médico;
- Rigidez matinal em minutos;
- Questionário funcional Índice Western Ontario McMaster Universities – WOMAC para pacientes com OA de joelho (Anexo 8);
- Escala de catastrofização da dor (Anexo 9) – avaliação aspectos relevantes a dor crônica;

- Versão resumida do questionário de MCGILL para a avaliação de dor (Anexo 10);
- Versão brasileira do questionário genérico de qualidade de vida -SF-36 (Anexo 11);
- Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (Anexo 12);
- Teste Timed Up and Go: consiste em levantar de uma cadeira, andar 3 metros e retornar a sentar, sendo anotado o tempo, em segundos, que o paciente precisa para realizar a tarefa (Podsiadlo & Richardson, 1991).

Pós-procedimento Imediato – PT0I (Anexo 4)

- EVA dor no momento da IIA (0 a 10 cm), segundo o paciente;
- EVA de edema no momento da IIA (0 a 10 cm), segundo o paciente;
- EVA de melhora imediata após a IIA (0 a 10 cm), segundo o paciente;
- EVA de piora imediata após a IIA (0 a 10 cm), segundo o paciente.

Pós 1 semana do procedimento – T1 (Anexo 5)

- EVA de piora da dor nas 48 horas pós-IIA (0 a 10 cm), segundo o paciente;
- EVA de piora do edema nas 48 horas pós-IIA (0 a 10 cm), segundo o paciente;
- Tempo de repouso (horas) após a IIA;

- Tempo de piora da dor em horas após a IIA;
- EVA de dor (0 a 10 cm), segundo o paciente;
- EVA de dor ao movimento (0 a 10 cm), segundo o paciente;
- EVA de edema (0 a 10 cm), segundo o médico;
- Rigidez matinal em minutos;
- Questionário funcional WOMAC;
- Escala de catastrofização da dor;
- Versão resumida do questionário de MCGILL;
- Versão brasileira do questionário genérico de qualidade de SF-36;
- Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE);
- Escala tipo LIKERT de 5 pontos (muito pior, pouco pior, inalterado, pouco melhor e muito melhor);
- Teste funcional Timed Up and Go .

Pós 4 semanas do procedimento – T4 (Anexo 6)

- EVA de dor (0 a 10 cm), segundo o paciente;
- EVA de dor ao movimento (0 a 10 cm), segundo o paciente;
- EVA de edema (0 a 10 cm), segundo o médico;
- Rigidez matinal em minutos;
- Questionário funcional WOMAC;
- Escala de catastrofização da dor;

- Versão resumida do questionário de MCGILL;
- Versão brasileira do questionário genérico de qualidade de SF-36;
- Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE);
- Escala tipo LIKERT de 5 pontos (muito pior, pouco pior, inalterado, pouco melhor e muito melhor);
- Teste Timed Up and Go.

Pós - 12 semanas do procedimento – T12 (Anexo 7)

- EVA de dor (0 a 10 cm), segundo o paciente;
- EVA de dor ao movimento (0 a 10 cm), segundo o paciente;
- EVA de edema (0 a 10 cm), segundo o médico;
- Rigidez matinal em minutos;
- Questionário funcional WOMAC;
- Escala de catastrofização da dor;
- Versão resumida do questionário de MCGILL;
- Versão brasileira do questionário genérico de qualidade de SF-36;
- Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE);
- Escala tipo LIKERT de 5 pontos (muito pior, pouco pior, inalterado, pouco melhor e muito melhor);
- Teste Timed Up and Go.

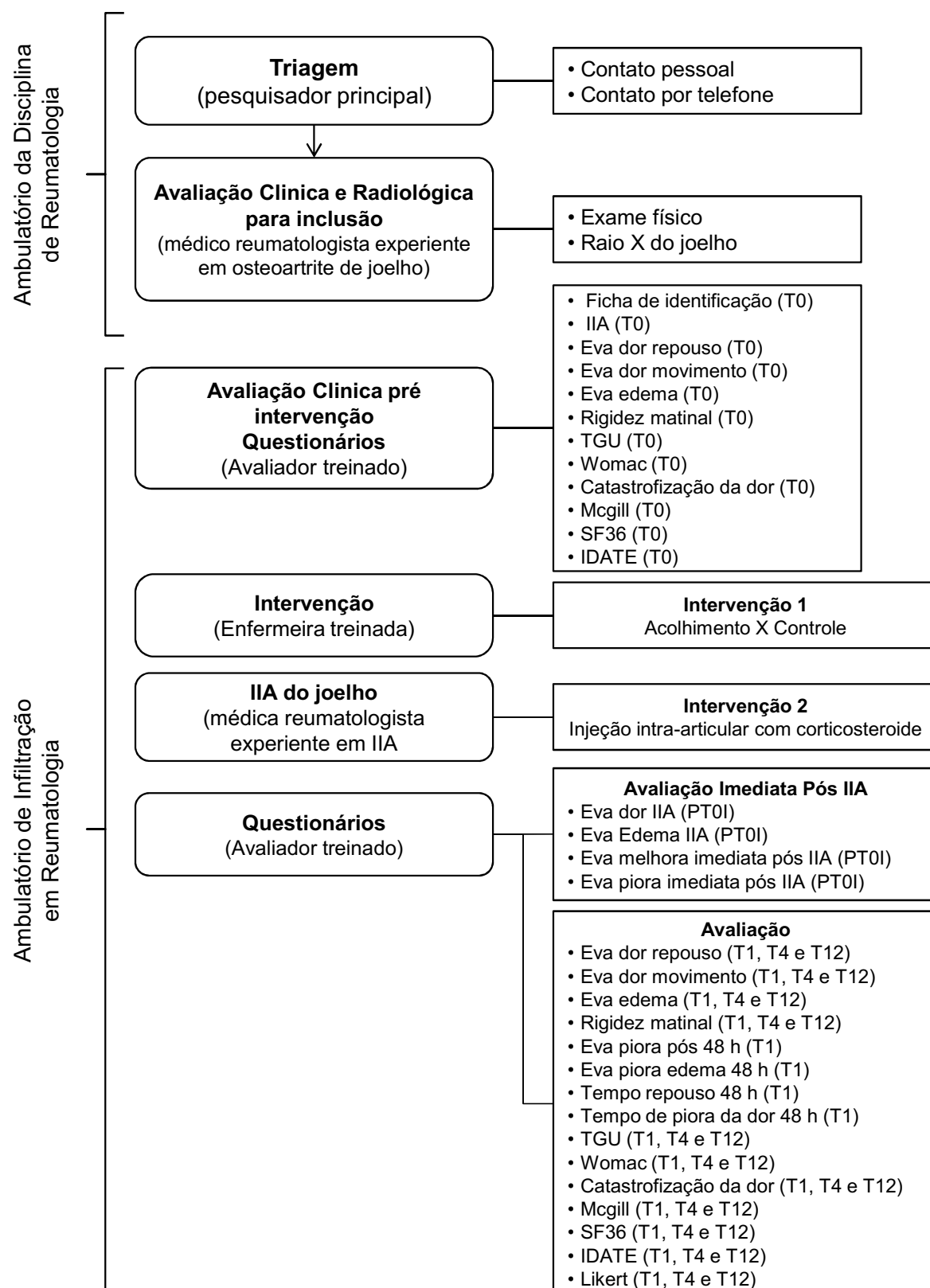


Figura 1. Fluxograma dos procedimentos de avaliação.

4.6.1. Descrição dos Instrumentos de Avaliação

- **Escala Visual Analógica de dor (EVA):** instrumento que avalia subjetivamente a dor através de uma escala numérica, na qual o paciente quantifica a intensidade da dor articular, seguindo uma linha de 0 a 10 centímetros, sendo 0 a ausência de dor e 10 dor insuportável (Ferraz et al, 1990b).
- **Questionário Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC):** questionário funcional que contém 17 questões. O indivíduo é solicitado a indicar de 0 (nenhuma) a 4 (acentuada) o grau de dificuldade em relação ao joelho estudado nas últimas 72 horas. A pontuação individual para os 24 itens é somada para gerar uma pontuação que pode variar de 0 a 68. Quanto maior o escore, pior a função. Esse instrumento de avaliação tem os domínios dor, rigidez, função e tem o escore total (Fernandes, 2003). (Anexo 8)
- **Escala de catastrofização da dor:** instrumento que avalia os aspectos relevantes às condições de dor crônica, tal como a gravidade, interferência e carga emocional. A escala de catastrofização da dor consiste de treze itens, divididos em três domínios: impotência (1-5,12), magnificação (6,7,13) e ruminação (8-11). A pontuação total é calculada pela soma de todos os itens (0-52 pontos) (Sehn et al,2012). (Anexo 9)
- **Versão resumida do questionário de dor de McGill:** questionário que avalia características da dor, relacionadas à dimensão sensitiva e afetiva da dor, tanto de um modo qualitativo como quantitativo. Consiste em 15 descritores, 11 representativos da categoria sensorial discriminativa e 4 representativos da categoria afetivo-emocional. A intensidade da dor é classificada para cada palavra como nenhuma (0), leve (1), moderada (2) ou severa (3). O escore total é a soma de

todos os itens (1-15) descritores, em um total de 45. O escore relacionado à dimensão sensorial refere-se à soma dos itens 1-11, variando de 0 a 33 pontos. E o escore relacionado à dimensão afetivo-emocional refere-se à soma dos itens 12-15, variando de 0 a 12 pontos. Uma outra forma de obter o resultado será a soma do número de palavras escolhidas, variando de 0 a 15 pontos. Ainda, a versão resumida inclui uma escala analógica de dor e a intensidade da dor no presente (Menezes et al, 2011). (Anexo 10)

- **Questionário genérico de qualidade de vida Short Form-36 (SF-36):** questionário genérico que avalia a qualidade de vida, com 36 itens genéricos sobre saúde e que consiste em oito domínios: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O escore de cada domínio varia de 0 a 100, sendo que quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida (Ciconelli et al, 1999). (Anexo 11).
- **Escala tipo Likert de melhora da dor:** avaliação composta de 5 pontos, em que o paciente escolherá um dos seguintes itens de acordo com a melhora da dor: muito pior, pouco pior, inalterado, pouco melhor e muito melhor (Likert, 1932).
- **Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE):** compreende duas escalas paralelas, ansiedade-traço (menos sensíveis às mudanças decorrentes de situações ambientais, permanecendo, assim, relativamente constante no tempo) e ansiedade-estado (flutua no tempo e varia em intensidade conforme o perigo percebido), constituídas de 20 itens, tipo Likert. O escore total varia de 20 a 80 para cada escala (Baggio, Natalício, 1979). (Anexo 12).

5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi utilizado o software SPSS versão 22.0 (Chicago, IL) para realizar a análise estatística dos dados. A estatística descritiva (média, desvio-padrão, intervalo de confiança 95%) foi utilizada para a caracterização dos pacientes nos grupos. As variáveis contínuas iniciais dos 2 grupos foram comparadas através do teste t-student (para variáveis com distribuição normal) e do teste de Mann-Whitney (para variáveis com distribuição não considerada normal). As variáveis categóricas foram avaliadas através do teste qui-quadrado.

Para avaliar a resposta à intervenção foi utilizada a análise de intenção de tratar (intention-to-treat). A análise de variância (ANOVA) com medidas repetidas foi utilizada para avaliar a resposta ao tratamento intergrupo e intragrupo ao longo do tempo.

O nível de significância estatística adotado foi de 5%.

6. RESULTADOS

Cem pacientes foram incluídos no presente estudo após a avaliação inicial, 50 pacientes no grupo intervenção e 50 pacientes no grupo controle. A figura 1 mostra o fluxograma do nosso estudo (Consort, 2010) (Figura 2).

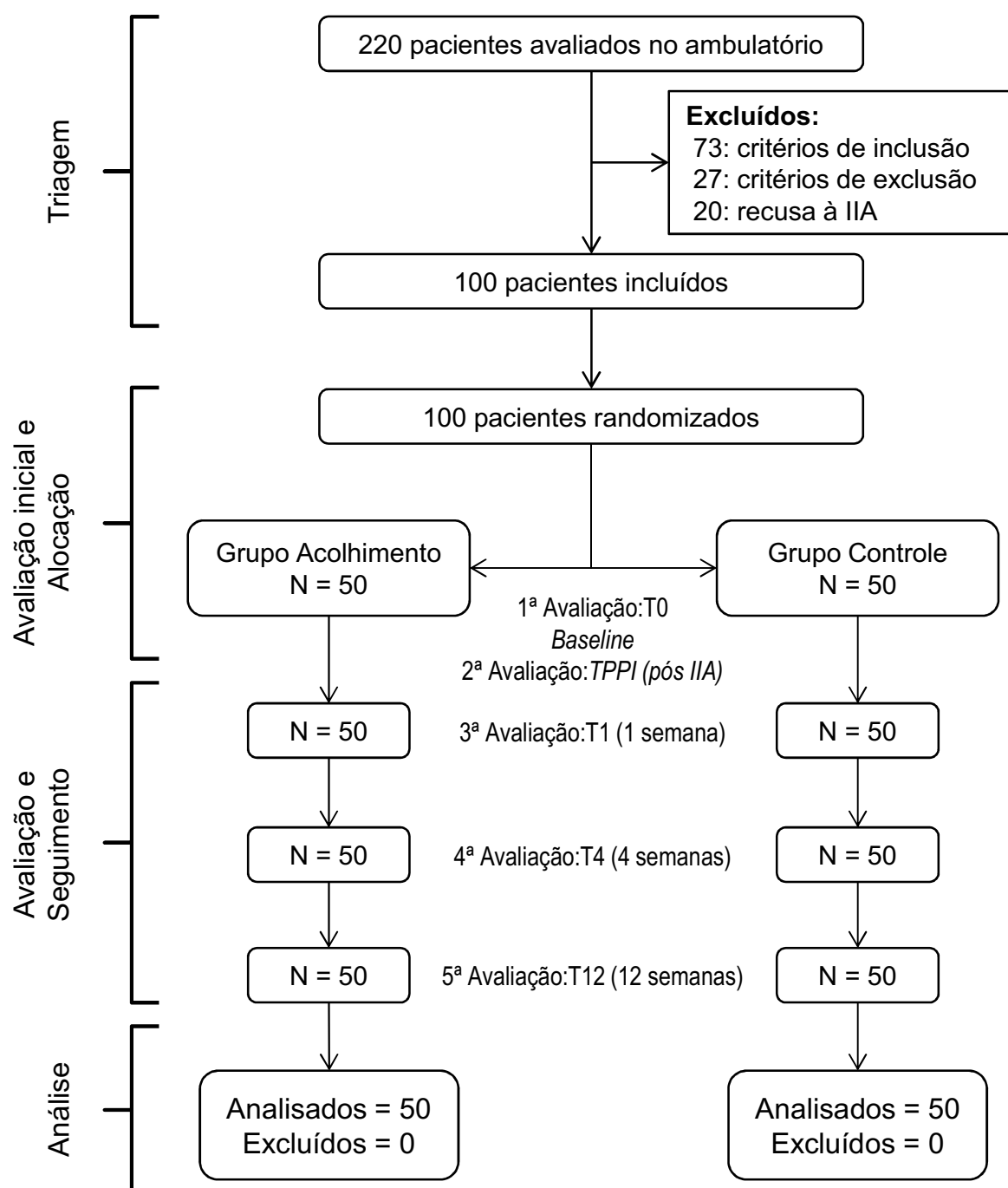


Figura 2. Fluxograma do estudo.

Foram estudados 100 pacientes, 89 (89%) do gênero feminino, com idade média de 67,1 (7,3), sendo 60 (60%) brancos e com tempo médio de doença de 6,3 (6,2) anos.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos na avaliação inicial, de acordo com a idade, gênero, cor da pele, estado civil, religião, profissão, escolaridade, renda familiar, tempo de doença, classificação radiológica do joelho estudado de acordo com Kellgren-Lawrence, peso, altura, índice de massa corpórea (IMC), medicamentos utilizados, joelho infiltrados e o tipo de deformidade no joelho infiltrado (valgo, varo, normal) (Tabela 1).

Tabela 1. Dados demográficos da amostra no baseline.

Variáveis	Grupo Acolhimento n=50	Grupo Controle n=50	P
Idade , Média (DP)*	67,1 (7,6)	67,0 (7,1)	0,914
Gênero , n (%)**			
Feminino	43 (86,0)	46 (92,0)	0,338
Masculino	7 (14,0)	4 (8,0)	
Cor da pele , n (%)**			
Branco	27(54,0)	33 (66,0)	0,221
Não branco	23 (46,0)	17 (34,0)	
Peso - Kg , Média (DP)*	80,4 (14,2)	79,2 (15,9)	0,698
Altura -m , Média (DP) #	1,56 (0,08)	1,54 (0,07)	0,413
IMC - Kg/a² , Média (DP)*	33,13 (5,36)	33,40 (6,18)	0,815
Escolaridade - anos , Média (DP) #	6,5 (4,8)	7,9 (4,9)	0,149
Tempo de doença - anos , Média (DP) #	6,1 (6,3)	6,5 (5,0)	0,565
KL, joelho, FT- D / E , n (%)**			
Grau 1	8 (16,0) / 13 (26,0)	10 (20,0) / 14 (28,0)	0,600 / 0,168
Grau 2	24 (48,0) / 21 (42,0)	19 (38,0) / 17 (34,0)	
Grau 3	18 (36,0) / 16 (32,0)	21(42,0) /19 (38,0)	
KL, joelho, PF- D / E , n (%)**			
Grau 1	13 (26,0) / 17 (34,0)	16 (32,0) / 16 (32,0)	0,785 / 0,907
Grau 2	25 (50,0) / 24 (48,0)	24 (48,0) /23 (46,0)	
Grau 3	12 (24,0) / 9 (18,0)	10 (20,0) /11 (22,0)	
Medicamentos em uso , n (%)**			
Diacereína	2 (4,0)	0,0	0,153
Sulfato de Glucosamina&	4 (8,0)	0,0	0,117
Sulfato de Condroitina	3 (6,0)	2 (4,0)	0,646
Corticosteroide oral	0,0	1 (2,0)	0,315
Antidepressivos	19 (38,0)	16 (32,0)	0,529
Ácido acetilsalicílico (AAS)	6 (12,0)	7 (14,0)	0,766
Anti-inflamatórios não hormonais (AINH)	9 (18,0)	12 (24,0)	0,461
Hipoglicemiantes oral	3 (6,0)	6 (12,0)	0,295
Levotiroxina	4 (8,0)	4 (8,0)	1,000
Estatina	4 (8,0)	4 (8,0)	1,000
Analgésico	20 (40,0)	22 (44,0)	0,685
Joelho infiltrado , n (%)**			
Direito	30 (60,0)	26 (52,0)	0,420
Esquerdo	20 (40,0)	24 (48,0)	
Deformidade/ joelho infiltrado , n (%)**			
Valgo, Direito / Esquerdo	3 (6,0) / 4 (8,0)	4 (8,0) / 4 (8,0)	0,207
Varo, Direito / Esquerdo	3 (6,0) / 7 (14,0)	9 (18,0) / 5 (10,0)	
Sem deformidade, Direito / Esquerdo	24 (48,0) / 9 (18,0)	14 (28,0) / 14 (28,0)	

p - Valor de significância; n (%): frequência, porcentagem; M - média; DP - Desvio Padrão; ; Clas. Radiológ KL: Classificação Radiológica de Kellgren-Lawrence; FT: incidência Femoro-tibial; PF: patelofemoral; D/E: direito e esquerdo; IMC - Índice de Massa Corpórea; * Teste t-Student; **Teste Qui-quadrado; # Teste de Mann-Whitney.

Comparação entre os grupos para a dor e o edema articulares imediatamente pós-intervenção

No nosso estudo, observamos que 80% do grupo acolhimento e 74% do grupo controle (média de 77%, com porcentagem de melhora, $p=0,475$, teste Qui-quadrado) dos pacientes apresentaram melhora imediata após a IIA. Tanto a melhora quanto a piora imediata foram avaliadas através da EVA e comparadas entre os grupos.

Observamos que não houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo intervenção e o grupo controle com relação à dor e ao edema no momento da IIA do joelho estudado. Da mesma forma, não houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo intervenção e o grupo controle com relação à melhora imediata pós-IIA ou mesmo a piora imediata pós-IIA (Tabela 2).

Tabela 2. Comparação entre os grupos para a dor e o edema articulares imediatamente pós-IIA.

Variáveis	Grupo Acolhimento n=50	Grupo Controle n=50	P
	Média (DP)#		
EVA Dor IIA	0,36 (1,45)	0,70 (1,62)	0,063
EVA Edema IIA	0,20 (1,07)	0,14 (0,53)	0,436
EVA melhora imediata pós-IIA	1,5 (3,3)	1,9 (3,7)	0,512
EVA piora Imediata pós-IIA	0,0	0,2 (1,1)	0,155

p- Valor de significância; EVA - Escala Visual Analógica; DP - Desvio Padrão; # Teste de Mann-Whitney.

Comparação entre os grupos para as variáveis de piora e tempo de repouso obedecido nas primeiras 48 horas pós-IIA

Não houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo intervenção e o grupo controle com relação às variáveis de piora imediata que podem ser observadas nas 48h pós-intervenção. Não houve diferença intergrupo na piora da dor de acordo com a EVA, a piora da EVA edema, ainda, quanto ao tempo de repouso em horas após a intervenção e ao tempo de piora da dor nas 48 horas após a intervenção. Esses dados podem ser observados na tabela 3.

Tabela 3. Comparação entre os grupos para as variáveis de piora e tempo de repouso obedecido nas primeiras 48h pós-IIA.

Variáveis	Grupo Acolhimento n=50	Grupo Controle n=50	P
	Média (DP)#		
EVA piora dor pós 48h	0,6 (1,6)	0,8 (1,7)	0,636
EVA piora edema pós 48h	0,2 (1,1)	0,3 (1,1)	0,268
Tempo de repouso 48h pós-IIA	45,9 (6,3)	45,6 (8,5)	0,785
Tempo de piora da dor 48h	0,7 (3,0)	2,4 (9,1)	0,529

p - Valor de significância; EVA: Escala Visual analógica; DP: Desvio Padrão; # Teste de Mann-Whitney.

Comparação entre os grupos do estudo para as variáveis de dor articular, edema articular e rigidez matinal no joelho estudado

Quando observamos a comparação entre os grupos do estudo para as variáveis EVA de dor ao repouso, EVA de dor ao movimento, EVA de edema e a rigidez matinal (medida em minutos), não encontramos nenhuma diferença estatisticamente significativa entre eles, como pode ser observado na tabela 4.

Tabela 4. Comparação entre os grupos do estudo para as variáveis de dor articular, edema articular e rigidez matinal no joelho estudado.

Tempo	Grupo Acolhimento n=50	Grupo Controle n=50	p intergrupo
EVA Dor repouso Média (DP) &			
T0	5,4 (1,8)	4,8 (1,4)	0,283
T1	0,5 (1,3)	0,5 (1,4)	
T4	0,7 (1,5)	1,1 (1,8)	
T12	1,5 (2,4)	1,3 (2,4)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	
EVA Dor movimento Média (DP) &			
T0	6,7 (1,5)	6,4 (1,6)	0,756
T1	1,1 (2,5)	1,0 (2,2)	
T4	1,3 (2,2)	1,4 (2,4)	
T12	2,9 (3,0)	2,3 (2,7)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	
EVA edema Média (DP) &			
T0	0,7 (1,1)	0,7 (1,1)	0,256
T1	0,1 (0,4)	0,3 (1,1)	
T4	0,0 (0,1)	0,1 (0,3)	
T12	1,1 (2,0)	0,7 (1,9)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	
Rigidez Matinal Média (DP) &			
T0	3,7 (6,2)	3,7 (6,1)	0,879
T1	0,2 (0,8)	0,5 (2,8)	
T4	0,7 (2,6)	0,8 (2,7)	
T12	1,4 (2,9)	1,2 (2,5)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	

p - Valor de significância; T: Tempo de avaliação; DP: Desvio Padrão; EVA: Escala Visual Analógica; & Teste de ANOVA para medidas repetidas.

Comparação entre os grupos do estudo para o teste funcional Timed Up and Go (TUG) e o questionário funcional WOMAC e seus domínios.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo intervenção e o grupo controle com relação ao teste funcional TUG, e também ao Questionário funcional WOMAC e seus domínios: dor, rigidez e total. Os dados referentes a essas análises estão expostos na tabela 5.

Tabela 5. Comparação entre os dois grupos do estudo para o teste funcional Timed Up and Go (TUG) e o questionário funcional WOMAC e seus domínios.

Tempo	Grupo Acolhimento n=50	Grupo Controle n=50	P intergrupo
TGU-Média (DP) &			
T0	11,9 (2,5)	12,7 (2,5)	0,112
T1	9,8 (1,9)	10,1 (2,0)	
T4	10,0 (2,9)	9,9 (2,0)	
T12	10,9 (2,9)	10,6 (2,4)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	
WOMAC Dor-Média (DP) &			
T0	12,5 (3,7)	11,3 (3,5)	0,144
T1	1,2 (2,6)	1,5 (2,7)	
T4	1,8 (3,2)	1,5 (2,9)	
T12	4,7 (4,6)	3,3 (3,8)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	
WOMAC Rigidez-Média (DP) &			
T0	2,70 (2,49)	2,36 (2,15)	0,587
T1	0,26 (0,75)	0,44 (1,42)	
T4	0,54 (1,23)	0,58 (1,84)	
T12	1,10 (1,71)	1,16 (1,72)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	
WOMAC Função-Média (DP) &			
T0	41,8 (12,0)	39,0 (12,7)	0,321
T1	3,3 (7,7)	4,7 (10,6)	
T4	5,5 (10,1)	5,6 (12,3)	
T12	14,4 (14,7)	11,2 (14,1)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	
WOMAC Total-Média (DP) &			
T0	57,0 (15,9)	52,7 (16,4)	

T1	4,8 (10,7)	6,6 (14,2)	0,275
T4	7,8 (14,2)	7,7 (16,3)	
T12	20,3 (20,5)	15,8 (18,9)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	

p - Valor de significância; T: Tempo de avaliação; DP: Desvio Padrão; TGU: Teste Timed Up and Go; WOMAC: Questionário funcional Índice Western Ontario McMaster Universities; & Teste de ANOVA para medidas repetidas

Comparação entre os grupos do estudo para o questionário de catastrofização da dor e o questionário de dor McGill

Não observamos diferença estatisticamente significativa para a evolução entre os grupos quanto à versão resumida do questionário de dor McGill e os seus domínios: McGill dor, McGill EVA de dor e McGill dor agora. A evolução do questionário de catastrofização da dor também não se mostrou estatisticamente diferente entre os grupos de estudo. Esses dados estão apresentados na tabela 6.

Tabela 6. Comparação entre os grupos do estudo para o questionário de catastrofização da dor e os domínios do questionário de dor McGill

Tempo	Grupo Acolhimento n=50	Grupo Controle n=50	p intergrupo
Catastrofização da dor-Média (DP)&			
T0	33,54 (13,08)	29,56 (15,17)	0,374
T1	2,16 (7,22)	2,38 (9,24)	
T4	4,98 (11,69)	3,46 (9,64)	
T12	11,06 (13,29)	7,18 (10,71)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	
Mcgill dor-Média (DP)&			
T0	23,52 (10,32)	24,20 (12,90)	0,356
T1	1,44 (3,68)	2,44 (5,57)	
T4	4,44 (9,34)	3,20 (6,72)	
T12	8,02 (11,40)	5,64 (8,01)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	
Mcgill EVA de dor-Média (DP)&			
T0	6,90 (1,16)	6,46 (1,57)	0,735
T1	0,60 (1,62)	0,66 (1,49)	
T4	1,28 (2,07)	1,28 (2,16)	
T12	2,34 (2,95)	2,18 (2,75)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	
Mcgill dor agora-Média (DP)&			
T0	2,76 (1,08)	2,62 (1,18)	0,528
T1	0,16 (0,42)	0,30 (0,65)	
T4	0,58 (1,01)	0,46 (0,79)	
T12	0,72 (1,16)	0,80 (1,14)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	

p - Valor de significância; T: Tempo de Avaliação; DP: Desvio Padrão; EVA: Escala Visual Analógica; & Teste de ANOVA para medidas repetidas.

Comparação entre os grupos do estudo para o questionário genérico de qualidade de vida SF36 e seus domínios

A análise estatística da evolução dos domínios do questionário SF36, que avalia a qualidade de vida, não mostrou diferença entre os grupos. Foram comparados os oito domínios do questionário: capacidade física, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Observou-se pontualmente uma tendência à diferença estatística sutil entre os grupos no domínio saúde mental a favor do acolhimento (Tabela 7).

Tabela 7. Comparação entre os grupos do estudo para o questionário genérico de qualidade de vida SF36 e os seus oito domínios.

Tempo	Grupo Acolhimento n=50	Grupo Controle n=50	p intergrupo
SF 36 Capacidade física-Média (DP)&			
T0	29,5 (15,9)	32,2 (13,5)	0,452
T1	93,5 (14,5)	92,3 (18,1)	
T4	86,5 (21,8)	88,9 (21,3)	
T12	60,9 (26,9)	67,8 (25,9)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	
SF 36 Aspecto físico-Média (DP) &			
T0	9,5 (24,7)	15,0 (33,9)	0,672
T1	95,5 (14,9)	91,0 (26,0)	
T4	87,5 (32,8)	86,5 (33,2)	
T12	63,0 (41,4)	65,0 (43,2)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	
SF 36 Dor-Média (DP) &			
T0	42,0 (26,9)	45,9 (25,8)	0,560
T1	92,9 (18,0)	93,6 (17,6)	
T4	83,2 (25,7)	92,2 (21,0)	
T12	61,7 (29,8)	65,0 (29,3)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	
SF 36 Estado geral de saúde-Média (DP) &			
T0	64,4 (25,2)	66,4 (22,2)	0,741
T1	83,5 (15,7)	83,2 (16,4)	
T4	80,4 (23,6)	81,9 (17,6)	
T12	74,6 (20,6)	78,6 (17,9)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	

continua

continuação

SF 36 Vitalidade-Média (DP) &			
T0	47,9 (27,1)	52,1 (26,6)	0,356
T1	76,5 (27,2)	73,9 (26,0)	
T4	71,4 (28,6)	76,0 (24,8)	
T12	63,1 (23,6)	68,0 (20,3)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	
SF 36 Aspecto social-Média (DP) &			
T0	57,8 (37,0)	67,0 (36,1)	0,302
T1	96,5 (10,4)	94,5 (18,9)	
T4	89,7 (24,7)	92,3 (19,7)	
T12	76,0 (29,6)	83,7 (24,0)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	
SF 36 Aspecto emocional-Média (DP) &			
T0	40,0 (47,6)	48,0 (49,6)	0,638
T1	92,0 (25,7)	92,7 (23,6)	
T4	95,3 (19,1)	92,7 (25,5)	
T12	68,7 (40,1)	68,7 (42,8)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	
SF 36 Saúde mental-Média (DP) &			
T0	56,6 (25,0)	58,5 (25,5)	0,058
T1	83,2 (21,4)	75,0 (27,9)	
T4	76,6 (27,5)	80,2 (22,9)	
T12	69,3 (23,4)	70,4 (23,8)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	

p - Valor de significância; T: Tempo de avaliação; DP: Desvio Padrão; & Teste de ANOVA para medidas repetidas

Comparação entre os grupos do estudo para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado IDATE

Quando realizamos a comparação entre os grupos para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado IDATE, observou-se novamente que não houve diferença estatística entre eles. Ou seja, eles evoluíram de forma semelhante durante o tempo. Podem-se observar os dados dessa análise na tabela 8.

Tabela 8. Comparação entre os grupos do estudo para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado IDATE.

Tempo	Grupo Acolhimento n=50	Grupo Controle n=50	p intergrupo
Idade estado-Média (DP) &			
T0	51,8 (8,8)	50,6 (9,3)	0,415
T1	53,9 (6,1)	53,1 (5,4)	
T4	51,9 (6,7)	51,1 (5,1)	
T12	47,5 (9,6)	48,9 (7,7)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	
Idade traço-Média (DP) &			
T0	54,1 (9,1)	51,2 (9,6)	0,682
T1	51,4 (8,5)	48,6 (7,0)	
T4	50,1 (9,6)	47,4 (8,5)	
T12	49,6 (7,4)	48,4 (7,7)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	

p- Valor de significância; T: Tempo de avaliação; DP:Desvio Padrão; & Teste de ANOVA para medidas repetidas.

Comparação entre os grupos do estudo para a Escala tipo Likert

Não houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo intervenção e o grupo controle com relação à escala tipo Likert (Tabela 9).

Tabela 9. Comparação entre os grupos do estudo para a escala de melhora tipo LIKERT.

Tempo	Grupo Acolhimento n=50	Grupo Controle n=50	p intergrupo
Escala de melhora tipo Likert n (%) &			0,523
T1			
Muito pior	0,0	0,0	
Pouco melhor	1 (2,0)	1 (2,0)	
Inalterado	0,0	1 (2,0)	
Pouco melhor	7 (14,0)	2 (4,0)	
Muito melhor	42 (84,0)	46 (92)	
T4			
Muito pior	0,0	0,0	
Pouco melhor	0,0	2 (4,0)	
Inalterado	2 (4,0)	2 (4,0)	
Pouco melhor	8 (16,0)	6 (12,0)	
Muito melhor	40 (80,0)	40 (80,0)	
T12			
Muito pior	0,0	1 (2,0)	
Pouco melhor	3 (6,0)	0,0	
Inalterado	3 (6,0)	2 (4,0)	
Pouco melhor	10 (20,0)	14 (28,0)	
Muito melhor	34 (68,0)	33 (66,0)	
p intragrupo	<0,001	<0,001	

p - Valor de significância; T: Tempo de avaliação; n (%): Frequência (porcentagem); & Teste de ANOVA de medidas repetidas para dados categóricos.

7. DISCUSSÃO

Este estudo controlado e randomizado partiu do desejo de se avaliar a efetividade do acolhimento ao paciente com OA de joelho em relação à IIA com CE. A intenção era avaliar se o acolhimento a esses pacientes antes de ser realizada a IIA seria capaz de influenciar a tolerância relacionada à IIA e a efetividade a curto e médio prazos desse procedimento, visto a ausência de relatos na literatura sobre o assunto. Não encontramos estudos prospectivos e controlados com o mesmo tema em pacientes reumáticos antes de se iniciar o presente trabalho. Acreditava-se que, uma comunicação acolhedora, constituída pelo vínculo, como meio de produzir uma assistência adequada, poderia levar a experiência positiva quanto ao procedimento de IIA em pacientes com OA de joelhos. No entanto, de acordo com os nossos resultados, não encontramos nenhuma influência do acolhimento em melhorar a efetividade da IIA nesses pacientes.

O acolhimento quando realizado de forma humanizada, através de uma escuta efetiva e um vínculo responsável, pela equipe de saúde, com a finalidade de informar ao indivíduo uma má notícia, faz com que a escuta efetiva e o vínculo responsável se tornem parte do processo de comunicação e atenção à saúde, reduzindo a ansiedade dos pacientes e seus familiares. O acolhimento favorece um contexto em que também os familiares se tornam coparticipantes do processo de atenção ao paciente, facilitando toda a comunicação, interação e o alívio das tensões entre a família e a equipe de saúde. (Bossato et al, 2009)

Optamos por realizar esse estudo em pacientes com OA por se tratar da enfermidade articular mais prevalente, e relacionado à IIA com corticosteroide por se tratar de intervenção pontual, portanto mais fácil de ser avaliada, mas também em relação à qual os pacientes podem ter um certo temor a se submeter. Ainda, consideramos a intervenção IIA com corticosteroide interessante para ser utilizada no presente estudo já que se trata de procedimento de baixa complexidade, que pode ser realizado “às cegas” (acurácia de 100%, segundo Lopes et al, 2008), em ambiente ambulatorial, e que se recebe passivamente, portanto o paciente não tem papel ativo durante o procedimento.

Para avaliar a influência do acolhimento em relação à tolerância ao procedimento de IIA, utilizamos no presente estudo instrumentos que avaliassem o desconforto em relação à IIA, a melhora imediata e a curtíssimo prazo (48 horas).

Em nosso estudo, obtivemos uma amostra homogênea no T0 e observamos que 80% do grupo acolhimento e 74% do grupo controle dos pacientes apresentaram melhora imediata após a IIA. Observamos que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos com relação à dor e ao edema articular no momento da IIA do joelho estudado e quanto à melhora e à piora imediatas pós-IIA. Não encontramos diferença estatisticamente significativa entre os grupos também em relação às variáveis avaliadas nas primeiras 48 horas pós-IIA com HT, como piora da dor, piora do edema e *flare* inflamatório pós-IIA com HT após a intervenção. O tempo de repouso obedecido pelos pacientes não foi diferente entre os dois grupos.

Esperávamos que o acolhimento fosse influenciar as avaliações imediata e de curtíssimo prazo, já que acreditávamos que fossem as mais influenciadas por um protocolo que envolve comunicação, vínculo e escuta ativa. No entanto, observamos apenas uma tendência ($p=0,063$) para uma menor dor no momento da IIA no grupo acolhimento.

Quanto a estudar a influência do acolhimento na efetividade da IIA com CE em OA de joelho, usamos no presente trabalho vários instrumentos de mensuração largamente utilizados para avaliar variáveis articulares locais, percepção de melhora, função, qualidade de vida, ansiedade e apreensão em relação à dor.

Quando observamos a comparação entre os grupos do estudo a curto e médio prazo para as variáveis articulares locais, de dor, funcionais, catastrofização, ansiedade, qualidade de vida e percepção de melhora, não observamos diferença entre eles. Novamente, acreditávamos que ao menos para o questionário de catastrofização da dor e o Inventário IDATE, o protocolo de acolhimento tivesse uma influência positiva, diminuindo a importância que o

paciente dá a dor e a ansiedade. Imaginávamos também que, pelo menos a curto prazo, os pacientes do grupo acolhimento pudessem ser beneficiados com a melhora de algum dos desfechos avaliados. No entanto, mais uma vez o acolhimento não teve influência em nenhuma dessas variáveis, nem em nenhum tempo de avaliação.

Optamos por acolher os pacientes no presente estudo utilizando o protocolo de más notícias, chamado SPIKES, proposto por Buckman (1992), por acreditarmos que o medo e a catastrofização da dor são importantes fatores na percepção individual da experiência dolorosa relacionada a um procedimento invasivo, como a IIA. Queríamos testar a hipótese de que uma comunicação acolhedora, baseada em protocolo preestabelecido de informação de más notícias, adaptada ao esclarecimento sobre a IIA com HT, constituída pelo vínculo, pudesse favorecer uma experiência positiva, diminuindo o medo com relação ao procedimento em joelhos de pacientes com OA e melhorar a sua efetividade a curtíssimo, curto e médio prazos.

Oliveira et al (2017), realizaram pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, na qual foi analisada a percepção de usuários de uma unidade emergencial sobre o atendimento embasado no acolhimento de risco, realizada com 20 usuários em UPA, no interior do Paraná, e concluíram que o acolhimento é considerado de menor prioridade e necessita de maior divulgação e aceitação pela sociedade. A falta de acolhimento no referido estudo esteve relacionada à insegurança e insatisfação nos usuários.

Na revisão integrativa (abordagem qualitativa) realizada por Garuzi et al, (2014), composta por 21 artigos, o acolhimento promoveu tanto o vínculo entre os profissionais e usuários, quanto o estímulo ao autocuidado, melhor compreensão da doença e responsabilização com o tratamento.

A escolha, no presente trabalho, pelo acolhimento através do protocolo SPIKES se deveu ao fato de ele ser bastante conhecido, viável de ser aplicado em ambulatório e largamente utilizado na comunicação de más notícias. De

acordo com Buckman (1992), o uso do protocolo SPIKES na comunicação de más notícias, é realizado, na maioria das vezes, em estudos qualitativos. Não encontramos na literatura relacionada, estudos de avaliação quantitativa, prospectiva e “cega”, que utilizassem o protocolo de acolhimento SPIKES como parte da intervenção terapêutica de pacientes com doenças reumáticas.

Não encontramos também estudos com instrumentos que avaliassem o desconforto no momento da IIA com HT, a reação articular imediatamente após a IIA, assim como a efetividade da IIA após 48 horas. Fizemos questão de utilizar essas avaliações de curtíssimo prazo, por acreditarmos que seriam mais facilmente influenciadas por um protocolo de acolhimento realizado pré IIA. A avaliação do medo relacionado à dor, também não é habitualmente utilizada nos estudos que avaliam a efetividade de tratamentos em doenças reumáticas, apesar de quase sempre se tratar de enfermidades que provocam dor no aparelho locomotor. Utilizamos no presente trabalho, questionário que avalia catastrofização da dor, para avaliar mais especificamente a influência do acolhimento na apreensão relacionada à dor possivelmente vivenciada no momento da IIA.

A comunicação de más notícias requer algumas habilidades dos membros da equipe médica para superar situações difíceis e angustiantes vivenciadas pelo paciente e seus familiares. Segundo Silveira, Botelho e Valadão (2017), no estudo quantitativo transversal observacional, baseado no protocolo SPIKES, 121 médicos responderam um questionário que avaliava suas atitudes, postura, comportamento e medos relacionados à comunicação de más notícias. Os autores sugerem que essa técnica precisa ser melhorada e ter a inclusão nos cursos de graduação.

Ozyemisci-Taskiran et al (2017), realizaram estudo transversal, qualitativo com 14 pacientes com lesão de medula espinal que responderam a uma entrevista semiestruturada, de acordo com o protocolo SPIKES, sobre "quando", "onde", "por quem" e "como" eles receberam e prefeririam receber a má notícia relacionada ao seu quadro clínico. Oito pacientes (57%) receberam a

informação de um médico durante a reabilitação, a metade não ficou satisfeita com o conteúdo da informação, metade sentiu que seu médico entendeu o seu sofrimento emocional e a maioria disse que o cenário era privativo e estavam acompanhados por um membro da família.

No estudo de Emadi-Koochak et al (2016) foi avaliada a qualidade ao dar notícias de soro conversão do HIV, de acordo com o protocolo SPIKES. Foram avaliados 154 pacientes que receberam essa notícia e se receberam ou não aconselhamento pré e pós. Apenas 31% receberam a notícia no centro de aconselhamento e 29% obtiveram aconselhamento pré. Os critérios SPIKES foram atendidos quando as informações foram dadas no centro de aconselhamento ($p < 0,05$). Notou-se a necessidade de capacitar mais a equipe para informar notícia sobre sorologia positiva para HIV.

De acordo com o estudo qualitativo de Lima, Moreira, Jorge (2013), no qual avaliaram o acolhimento, o vínculo e a responsabilização, em 24 pacientes com hipertensão arterial, concluiu-se que a existência desses dispositivos leva ao respeito, diminuindo o número de faltas dos usuários nas consultas. Porém, os autores acreditam que esses dispositivos transcendem a dimensão biológica, com influências sociais, mentais, e que merecem investimento na saúde e na organização interdisciplinar.

Para Arruda, Silva (2012), em um estudo qualitativo com 20 pacientes com diabetes mellitus, no qual se avaliou o vínculo e o acolhimento na humanização dos cuidados de enfermagem, considerou-se muito importante a ocorrência de atenção humanizada com relação às atitudes dos profissionais, valorizando-se as dimensões subjetivas e sociais dos pacientes.

No estudo de Ceppas Resende et al (2016), analisou-se a representação social da doença crônica lúpus eritematoso sistêmico e de seu tratamento, na perspectiva de adolescentes e de seus cuidadores. Estudaram-se 31 adolescentes e 19 cuidadores. Observou-se que em relação à doença, o grupo de adolescentes associou as palavras remédio, ruim, doença, dificuldade, sem

cura, fé, e alegria; e o grupo de cuidadores as palavras carinho, tratamento, sem cura, e com a palavra “não”. Ao tratamento da doença o grupo de adolescentes, associou as palavras paciência, melhoria, ajuda, afeto, carinho e ruim; e o grupo dos cuidadores, as palavras carinho, esperança, horário, conhecimento, obediência, remédio, profissional e melhoria. Os autores sugerem que a experiência do adoecer é subjetiva e dinâmica, e que o conhecimento dessas representações pode contribuir para a orientação da conduta terapêutica e tipo de intervenção psicoterapêutica necessária.

Esse é o primeiro estudo de nosso grupo de pesquisadores em que se utilizou um protocolo preestabelecido de acolhimento como intervenção associada a um procedimento terapêutico específico, como é a IIA com corticosteroide. No entanto, esse mesmo grupo já realizou dois estudos utilizando um protocolo “educacional de 4 aulas” como intervenção em pacientes com artrite reumatoide e em pacientes com lombalgia (Ribeiro et al, 2008; Lovisi et al, 2009). Nesses dois estudos o objetivo era avaliar se uma intervenção educacional seria efetiva, não só em relação ao conhecimento sobre a doença em questão, mas também na melhora da própria doença.

O estudo de Ribeiro et al (2008) avaliou a a efetividade de um programa educacional de “escola de coluna” (back-school) na dor, estado funcional, qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes com lombalgia crônica inespecífica. Foram 60 pacientes com dor crônica na coluna, randomizados em grupo intervenção (grupo educacional) e grupo controle. O estudo demonstrou a efetividade da intervenção educacional na diminuição do consumo de analgésicos e anti-inflamatórios, na melhora de alguns domínios dos questionários de qualidade de vida SF 36, como dor, estado funcional, e na ansiedade e depressão desses pacientes (Ribeiro et al, 2008).

No estudo de Lovisi e colaboradores (2009), avaliou-se a efetividade de um programa educacional para pacientes com artrite reumatóide em relação ao seu conhecimento sobre a doença, seu estado de saúde psicossocial e físico. Foram estudados 64 pacientes com artrite reumatóide e demonstrou-se que o

nível de conhecimento específico da doença aumentou significativamente após a intervenção com programa educacional. Porém, o aumento no conhecimento sobre a doença não melhorou a saúde psicossocial e física dos pacientes (Lovisi et al, 2009).

No presente estudo, o protocolo de acolhimento utilizado em relação ao à IIA com corticosteroide em joelho de pacientes com OA primária que nunca tinham sido submetidos a esse procedimento, não influenciou a percepção da dor e do edema articulares no momento da IIA e imediatamente após o procedimento. Não foi capaz, também, de aumentar a efetividade do procedimento a curtíssimo, curto e médio prazos, segundo variáveis locais, funcionais, de qualidade de vida e de ansiedade.

A nossa hipótese é a de que, talvez, se tenha passado o contrário do que se observa quando se aplica um protocolo de acolhimento ou de más notícias no momento de informação de um diagnóstico a pacientes com doença grave ou crônica, ou ainda a familiares em um contexto de doação de órgãos. Como fez parte do protocolo de acolhimento do nosso estudo a explicação “detalhada”, passo a passo, do que aconteceria no procedimento de IIA, uma intervenção em que uma agulha penetra dentro de uma articulação já dolorosa, talvez isso tenha aumentado a ansiedade e apreensão do “grupo acolhimento” em relação à IIA. Isso pode ter contribuído para o resultado semelhante entre os nossos dois grupos. Ou seja, esse mesmo desenho de estudo, com o mesmo protocolo de acolhimento, poderia ter resultados diferentes se o cenário fosse acolhimento/comunicação do diagnóstico de uma doença crônica, sem cura e dolorosa como a OA de joelho, mas sem o procedimento potencialmente doloroso da IIA estar envolvido.

O presente estudo tem limitações. O uso da dose de 40 mg do corticosteroide HT talvez tenha sido baixa para uma articulação de grande porte como o joelho. A utilização de instrumentos de avaliação qualitativa talvez pudesse apontar melhor alguma diferença entre os nossos dois grupos de pacientes. Por fim, a participação no presente estudo de dois outros grupos

semelhantes aos nossos dois (portanto, quatro grupos ao todo), mas desconhecedores do próprio diagnóstico, sendo um submetido a um protocolo adequado de acolhimento/informação de más notícias e o outro não, talvez mudasse os nossos resultados a favor da intervenção do acolhimento.

De acordo com os nossos resultados, não conseguimos identificar benefício em se aplicar um protocolo de acolhimento sistematizado passo a passo em relação ao procedimento de IIA com corticoide em pacientes com OA de joelho visando-se melhor tolerância no momento do procedimento e melhor efetividade do mesmo em relação à dor e ao edema articulares, função, qualidade de vida, ansiedade e catastrofização da dor.

Enfim, acreditamos que dois seriam os principais motivos para os nossos resultados, em primeiro lugar, as explicações adicionais dadas ao grupo acolhimento que trariam mais conforto e segurança, podem ter tido seu efeito anulado pela melhor antevisão do procedimento em si, como a penetração da agulha. Em segundo lugar, o resultado semelhante entre os grupos pode se dizer ao fato de nosso atendimento habitual já ser suficientemente acolhedor, tornando desnecessário este cuidado adicional que foi dado ao grupo intervenção. Mais uma possibilidade seria que nossos instrumentos de avaliação não tenham tido sensibilidade para detectar uma diferença existente entre os grupos.

Acreditamos que novos estudos prospectivos e controlados semelhantes sejam necessários em relação a outros procedimentos médicos invasivos. Principalmente, acreditamos que um protocolo sistemático de acolhimento e comunicação de más notícias deva ser testado prospectivamente em relação a enfermidades diferentes e de complexidades maiores, para avaliar a sua influência na recepção do diagnóstico e no manejo terapêutico de longo prazo.

8. CONCLUSÃO

Não houve diferença de efetividade entre o grupo acolhimento e o grupo controle em pacientes com OA de joelhos submetidos à IIA com corticosteroide quanto à dor e ao edema articular decorrente do procedimento, a curtíssimo, curto e médio prazos.

Não houve diferença de efetividade entre o grupo acolhimento e o grupo controle em pacientes com OA de joelhos submetidos à IIA com corticosteroide quanto à melhora da dor e do edema articular, função, percepção de melhora, ansiedade, catastrofização da dor, e qualidade de vida a curto e médio prazos.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almanza Muñoz JJ, Holland JC. La comunicación de las malas noticias en la relación médico-paciente: III. guía clínica práctica basada en evidencia. *Rev Sanid Mil.* 1999 may-jun; 53(3):220-4.
2. Altman R, Asch E, Bloch D, Bole G, Borenstein D, Brandt K, et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee of the American Rheumatism Association. *Arthritis Rheum.* 1986 Aug; 29(8):1039-49.
3. Altman RD. Clinical features of osteoarthritis. In: Hochberg MC, editor. *Rheumatology.* 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2011. p. 1723-30.
4. Araujo JA, Leitão EMP. A comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. *Rev HUPE.* 2012 abr-jun; 11(2):58-62.
5. Arruda C, Silva DMGV. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. *Rev Bras Enferm.* 2012 set-out; 65(5):758-66.
6. Bellamy N, Campbell J, Robinson V, Gee T, Bourne R, Wells G. Viscosupplementation for the treatment of osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Apr; (2):CD005321.
7. Biaggio AMB, Natalício L. Manual para o inventário de ansiedade traço-estado (IDATE). Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada – CEPA; 1979.
8. Bossato HR, Pereira ER, Silva RMCRA, Cunha SHO. The embracement of family members in the emergency service: contributions from the national policy of humanization *Rev Enferm UFPE On Line.* 2010 jan-mar; 4(1):430-9.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.* 4^a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 72p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
10. Buckman R. How to break bad news: a guide for health care professional. Baltimore, Johns Hopkins University Press; 1992. 240p.
11. Campos, G.C., Hissadomi, M.I., Frucchi, R. Pasqualin, T., Rezende, M.U. 2014. Adding triamcinolone to viscosupplementation: one year outcome of randomized trial. *Medical Express*, v. 1, p. 257-261.
12. Ceppas Resende OLC, Barbosa MTS, Simões BFT, Velasque LS. The representation of getting ill in adolescents with systemic lupus erythematosus. *Rev Bras Reumatol.* 2016 Sep-Oct; 56(5):398-405.

13. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999 mai-jun; 39(3):143-50.
14. Consort – Transparent Reporting of Trials. [Internet]. Consort 2010 Flow Diagram. [2017 Apr 22]. Available from: <http://www.consort-statement.org/consort-statement/flow-diagram>
15. Doyle D, O'Connell S. Breaking bad news: starting palliative care. *J R Soc Med*. 1996 Oct; 89(10):590-1.
16. Emadi-Koochak H, Yazdi F, Haji Abdolbaghi M, Salehi MR, Shadloo B, Rahimi-Movaghar A. Breaking HIV news to clients: SPIKES Strategy in Post-Test Counseling Session. *Acta Med Iran*. 2016 May; 54(5):313-7.
17. Fernandes MI. Tradução e validação do questionário de qualidade de vida específico para osteoartrose WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) para a língua portuguesa. Tese [Mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 2003.
18. Ferraz MB, Quaresma MR, Aquino LR, Atra E, Tugwell P, Goldsmith CH. Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1990b Aug; 17(8):1022-4.
19. Ferreira da Silveira FJ, Botelho CC, Valadão CC. Breaking bad news: doctors' skills in communicating with patients. *Sao Paulo Med J*. 2017 Jul-Aug; 135(4):323-31.
20. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2004. p.55-124. (Saúde em debate ; 155)
21. Furtado RNV, Natour J. Infiltrações no aparelho locomotor. Porto Alegre: Artmed; 2011. 180p.
22. Furtado RNV, Oliveira LM, Natour J. Polyarticular corticosteroid injection versus systemic administration in treatment of rheumatoid arthritis patients: a randomized controlled study. *J Rheumatol*. 2005 Sep; 32(9):1691-8.
23. Garuzi M, Achitti MC, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na estratégia saúde da família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2014 fev; 35(2):144-9.
24. Gray RG, Gottlieb NL. Intra-articular corticosteroids. An updated assessment. *Clin Orthop Relat Res*. 1983 Jul-Aug; (177):235-63.
25. Hunter DJ. Osteoarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2011 Dec; 25(6):801-14.

26. Kellgren JH, Lawrence JS. Radiological assessment of osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 1957 Dec; 16(4):494–501.
27. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. New York: The Science Press; 1932. 54p. (*Archives of Psychology*; 140)
28. Lima LL, Moreira TMM, Jorge MSB. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. *Rev Bras Enferm*. 2013 jul-ago; 6(4):514-22.
29. Lopes RV, Furtado RN, Parmigiani L, Rosenfeld A, Fernandes AR, Natour J. Accuracy of intra-articular injections in peripheral joints performed blindly in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2008 Dec; 47(12):1792-4.
30. Lovisi Neto BE, Jennings F, Barros Ohashi C, Silva PG, Natour J. Evaluation of the efficacy of an educational program for rheumatoid arthritis patients. *Clin Exp Rheumatol*. 2009 Jan-Feb; 27(1):28-34.
31. Menezes Costa LC, Maher CG, McAuley JH, Hancock MJ, de Melo Oliveira W, Azevedo DC, et al. The Brazilian-Portuguese versions of the McGill Pain Questionnaire were reproducible, valid, and responsive in patients with musculoskeletal pain. *J Clin Epidemiol*. 2011 Aug; 64(8):903-12.
32. Oliveira JLC, Gatti AP, Barreto MS, Bellucci Junior JA, Góes HLF, Matsuda LM. User embracement with risk classification: perceptions of the service users of an emergency care unit. *Texto Contexto Enferm*. 2017 Feb; 26(1): E0960014.
33. Ozyemisci-Taskiran O, Coskun O, Budakoglu II, Demirsoy N. Breaking bad news in spinal cord injury; a qualitative study assessing the perspective of spinal cord injury survivors in Turkey. *J Spinal Cord Med*. 2018 May; 41(3):347-54.
34. Perrot S, Laroche F, Marie P, Payen-Champenois C. Are there risk factors for musculoskeletal procedural pain? A national prospective multicentre study of procedural instantaneous pain and its recall after knee and spine injections. *Joint Bone Spine*. 2011 Dec; 78(6):629-35.
35. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 1991 Feb; 39(2):142-8.
36. Ribeiro LH, Jennings F, Jones A, Furtado R, Natour J. Effectiveness of a back school program in low back pain. *Clin Exp Rheumatol*. 2008 Jan-Feb; 26(1):81-8.
37. Sehn F, Chachamovich E, Vidor LP, Dall-Agnol L, de Souza IC, Torres IL, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the pain catastrophizing scale. *Pain Med*. 2012 Nov; 13(11):1425-35.

38. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010 Nov; 15(Suppl. 3):3615-24.
39. Vandekieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician*. 2001 Dec; 64(12):1975-8.
40. Victorino AB, Nisenbaum EB, Gibello J, Bastos MZN, Andreoli PBA. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. *Rev SBPH*. 2007 jun; 10(1):53-63.
41. Wang X, Hunter D, Xu J, Ding C. Metabolic triggered inflammation in osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2015 Jan; 23(1):22-30.
42. Zelman M, Michalak G. Interaction between transplant coordinator and non-heart-beating donor family members. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2013 Jan-Mar; 45(1):49-51.

10. ANEXOS

ANEXO 1

Termo de Consentimento livre e Esclarecido
Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina

Eu _____ fui informado que existem várias dúvidas com relação ao acolhimento antes do procedimento da infiltração intra-articular ou a não realização do acolhimento com o intuito de minimizar o medo e a dor durante e após o procedimento, por isso está sendo realizada uma pesquisa com os pacientes a serem submetidos à infiltração intra-articular de joelho, no ambulatório da Disciplina de Reumatologia da UNIFESP. Fui informado, também, que a pesquisa "Influência do acolhimento em pacientes com osteoartrose de joelho no procedimento de infiltração intra-articulares: um estudo prospectivo, controlado, randomizado", está sob a responsabilidade da Dra. Rita N. Vilar Furtado.

Fui convidado a participar desse estudo, que implica em responder seis questionários: uma ficha de avaliação com dados sociodemográficos; um questionário para mensuração da intensidade da dores; um que envolve a catastrofização da dor, e um para avaliar o medo da dor, um para avaliar a ansiedade, um para avaliação funcional e um para avaliar a qualidade de vida. Fui informado, ainda, que tudo que eu dissesse seria mantido em sigilo e que meu nome não apareceria em lugar nenhum. Todos os dados colhidos através dos questionários serão analisados em conjunto com as de outros voluntários, de forma anônima, visando avaliar a existência de fenômenos de dor e promover uma melhor abordagem clínica futura da dor associada à infiltração articular. Fui também informado que minha participação é VOLUNTÁRIA, ou seja, só participo se eu quiser. Tenho direito de deixar de responder qualquer pergunta e de sair da pesquisa a qualquer momento, sem que isso prejudique a continuidade do meu tratamento na instituição.

Estou ciente de que a qualquer etapa do estudo poderei localizar a investigadora principal Sandra Regina Toffolo que poderá ser encontrada no endereço Rua Napoleão de Barros, 771 - 3º andar - Fone: 11 5576-4239, 1194949-3525. Também posso obter maiores informações ou esclarecer dúvidas sobre a ética dessa pesquisa, entrando em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, segunda-feira às sextas-feiras, no horário das 09 horas às 13 horas, Tel. (11) 5571-1062, FAX: (11)5539-7162 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br/ srtoffolo@ig.com.br.

Eu discuti com a doutoranda Sandra Regina Toffolo sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos desse projeto, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e esclarecimento permanentes. Estou ciente de que não terei despesas ou compensação financeira para participar da pesquisa e que tenho a garantia da realização do meu tratamento normalmente. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo; tenho a partir deste

momento, o direito de uma via deste termo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido no meu atendimento neste Serviço.

Portanto, concordo voluntariamente em participar desse estudo.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante/representante legal

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente e que forneci todas as informações acima descritas para a participação neste estudo.

Data: ____/____/____

Assinatura do pesquisador do estudo

ANEXO 2

Quadro 1. Critérios diagnósticos para Osteoartrose de Joelho do American College of Rheumatology (ACR)

Dados Clínicos e Laboratoriais	Clínico e Radiográfico	Dados Clínicos
Dor no joelho associada com pelo menos 5 dos 9 elementos seguintes: - Idade > 50 anos; - Rigidez < ½ hora; - Crepitação ao movimento ativo; - Sensibilidade óssea; expansão óssea; - Ausência de calor local à palpação; - VHS < 40 mm/1ª hora; - Fator reumatóide < 1:40; - Fluido sinovial claro, viscoso ou número de células < 2.000/mm³.	Dor no joelho associada com pelo menos um dos três elementos seguintes: - Idade > 50 anos; - Rigidez < 30 minutos; - Crepitação ao movimento ativo; - Osteófitos nas margens articulares (ao raio x).	Dor no joelho associada com pelo menos três ou quatro dos cinco itens abaixo: - Idade > 50 anos; - Rigidez < ½ hora; - Crepitação ao movimento ativo; - Sensibilidade óssea; - Calor local ausente à palpação.
A sensibilidade é de 92% e a especificidade de 75%.	A sensibilidade é de 91% e a especificidade de 86%.	Para 3 critérios, a sensibilidade é de 95% e a especificidade de 69%. Para 4 critérios, a sensibilidade é de 84% e a especificidade de 89%.

ANEXO 3**Quadro 2.** Classificação radiológica de Kellgren-Lawrence.

Grau 0	Sem artrose - Radiologia normal
Grau I	Artrose duvidosa - Estreitamento do espaço articular duvidoso e possível osteófito na borda.
Grau II	Mínima osteoartrose - Possível estreitamento articular osteófitos definidos
Grau III	Artrose moderada - Definido estreitamento articular, múltiplos osteófitos moderados, alguma esclerose subcontral e possível deformidade no contorno ósseo
Grau IV	Artrose severa – Notável estreitamento do espaço articular, severa esclerose subcontral, definida deformidade no contorno ósseo e grandes osteófito

ANEXO 4**Ficha de Avaliação****PRÉ-PROCEDIMENTO DE INFILTRAÇÃO INTRA-ARTICULAR****Dados de identificação**

RG HSP: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Telefone de contato: _____

Endereço: _____

Naturalidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Gênero: () Masculino () Feminino

Você se considera: () branco () negro () pardo () asiático () indígena

Estado Civil: () solteiro () casado/companheiro () separado/divorciado () viúvo

Religião: _____

Profissão / Escolaridade: _____ ANOS

Renda familiar (valor em reais/per capita): _____

Tempo de Doença: _____

Classe funcional (Steinbrocker): I II III IV

Peso: _____ Kg Altura: _____ cm

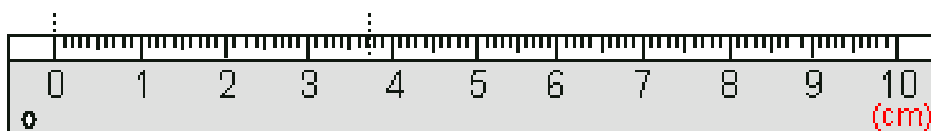
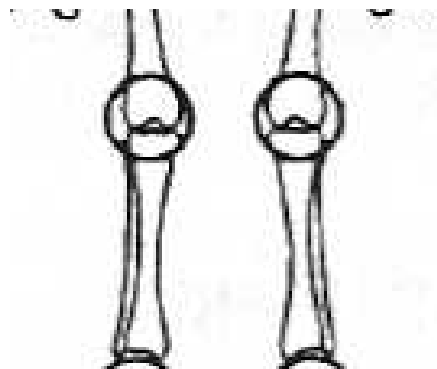
Medicamentos em uso (últimos 3 meses)

Medicamentos	Dose e há quanto tempo
AINH	
Analgésico	
Corticoesteróide	
Difosfato de cloroquina (Diclokin, Cloropirim) (4mg/Kg/dia)	
Sulfato de Glucosamina	
Condroitina	
Diacereína	

Outros: _____

Deformidades dos joelhos

	Joelho Direito	Joelho Esquerdo
Valgo		
Varo		



Escolha um número que corresponda à intensidade de dor e de edema associada ao procedimento de infiltração, sendo que 0 representa a ausência de dor e edema e 10 representa a pior dor e edema possível

EVA de dor em repouso: _____ cm

EVA de dor em movimento: _____ cm

EVA de edema: _____ cm

Rigidez Matinal: _____ em minutos

Teste Timed Up and Go: _____ segundos

PÓS-PROCEDIMENTO DE INFILTRAÇÃO INTRA-ARTICULAR (IIA)

Randomização: _____ RG HSP: _____



Escolha um número que corresponda à intensidade de dor e de edema associada ao procedimento de infiltração, sendo que 0 representa a ausência de dor e edema e 10 representa a pior dor e edema possível

EVA de dor na IIA: _____ cm

EVA de edema na IIA: _____ cm

EVA da melhora imediata: _____ cm

EVA de piora imediata: _____ cm

ANEXO 5**PÓS-1 SEMANA DO PROCEDIMENTO DE INFILTRAÇÃO INTRA-ARTICULAR**

Randomização: _____ RG HSP: _____

Data da Avaliação: _____



Escolha um número que corresponda à intensidade de dor e de edema associada ao procedimento de infiltração, sendo que 0 representa a ausência de dor e edema e 10r representa a pior dor e edema possível

EVA de piora da dor nas 48 horas após IIA: _____ cm

EVA de piora do edema nas 48 horas após IIA: _____ cm

Manteve Repouso nas 48 horas após IIA: _____ horas

Tempo de piora da dor nas 48 horas após IIA: _____ horas

EVA de dor pós-7 dias: _____ cm

EVA de movimento pós-7 dias: _____ cm

EVA de edema pós-7 dias: _____ cm

Rigidez Matinal: _____ em minutos

Teste Timed Up and Go: _____ segundos

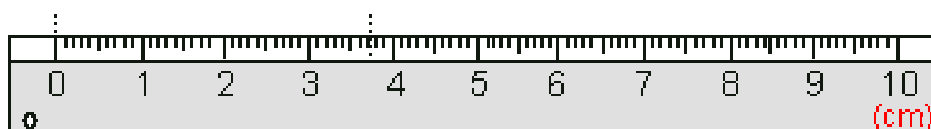
Escala de Likert de melhora da Dor:

Muito pior	Pouca piora	Inalterado	Pouca melhora	Muito melhor
()	()	()	()	()

ANEXO 6**PÓS-4 SEMANAS DO PROCEDIMENTO DE INFILTRAÇÃO INTRA-ARTICULAR**

Randomização: _____ RG HSP: _____

Data da Avaliação: _____



Escolha um número que corresponda à intensidade de dor e de edema associada ao procedimento de infiltração, sendo que 0 representa a ausência de dor e edema e 10 representa a pior dor e edema possível

EVA de dor pós-4 semanas: _____ cm

EVA de movimento pós-4 semanas: _____ cm

EVA de edema pós-4 semanas: _____ cm

Rigidez Matinal: _____ em minutos

Teste Timed Up and Go: _____ segundos

Escala de Likert de melhora da Dor:

Muito pior	Pouca piora	Inalterado	Pouca melhora	Muito melhor
()	()	()	()	()

ANEXO 7**PÓS-12 SEMANAS DO PROCEDIMENTO DE INFILTRAÇÃO INTRA-ARTICULAR**

Randomização: _____ RG HSP: _____

Data da Avaliação: _____



Escolha um número que corresponda à intensidade de dor e de edema associada ao procedimento de infiltração, sendo que 0 representa a ausência de dor e edema e 10 representa a pior dor e edema possível

EVA de dor pós-12 semanas: _____ cm

EVA de movimento pós-12 semanas: _____ cm

EVA de edema pós-12 semanas: _____ cm

Rigidez Matinal: _____ em minutos

Teste Timed Up and Go: _____ segundos

Escala de Likert de melhora da Dor:

Muito pior	Pouca piora	Inalterado	Pouca melhora	Muito melhor
()	()	()	()	()

ANEXO 8

Randomização: _____ Iniciais: _____ Data: ____/____/____

- () Pré-procedimento () Pós- procedimento-7 dias
 () Pós- procedimento 4 semanas () Pós- procedimento 12 semanas

Índice Western Ontario and McMaster Universities (WOMAC) para osteoartrose

As perguntas a seguir se referem à INTENSIDADE DA DOR que você está atualmente sentindo devido a artrite de seu joelho. Para cada situação, por favor, coloque a intensidade da dor que sentiu nas últimas 72 horas (3 dias)

Pergunta: **Qual a intensidade da sua dor?**

1. Caminhando em um lugar plano.

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa

2. Subindo ou descendo escadas.

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa

3. A noite deitado na cama.

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa

4. Sentando-se ou deitando-se.

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa

5. Ficando em pé.

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa
TOTAL: _____

As perguntas a seguir se referem à intensidade de RIGIDEZ nas juntas (não dor), que você está atualmente sentindo devido à artrite em seu joelho nas últimas 72 horas. Rigidez é uma sensação de restrição ou dificuldade para movimentar suas juntas.

1. Qual é a intensidade de sua rigidez logo após acordar de manhã?

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa

2. Qual é a intensidade de sua rigidez após se sentar, se deitar ou repousar no decorrer do dia?

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa
TOTAL: _____

As perguntas a seguir se referem a sua ATIVIDADE FÍSICA. Nós chamamos atividade física, sua capacidade de se movimentar e cuidar de você mesmo(a). Para cada uma das atividades a seguir, por favor, indique o grau de dificuldade que você está tendo devido à artrite em seu joelho durante as últimas 72 horas.

Pergunta: **Qual o grau de dificuldade que você tem ao:**

1. Descer escadas.

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa

2. Subir escadas.

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa

3. Levantar-se estando sentado (a).

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa

4. Ficar em pé.

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa

5. Abaixar-se para pegar algo.

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa

6. Andar no plano.

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa

7. Entrar e sair do carro.

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa

8. Ir fazer compras.

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa

9. Colocar meias.

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa

10. Levantar-se da cama.

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa

11. Tirar as meias.

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa

12. Ficar deitado na cama.

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa

13. Entrar e sair do banho.

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa

14. Se sentar.

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa

15. Sentar e levantar do vaso sanitário.

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa

16. Fazer tarefas domésticas pesadas.

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa

17. Fazer tarefas domésticas leves.

☐ Nenhuma ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Muito intensa

TOTAL: _____

OBRIGADO POR COMPLETAR ESTE QUESTIONÁRIO

ANEXO 9

Randomização: _____ Iniciais: _____ Data: ____/____/____

() Pré-procedimento

() Pós- procedimento-7 dias

() Pós- procedimento 4 semanas

() Pós- procedimento 12 semanas

ESCALA DE PENSAMENTO CATASTRÓFICO SOBRE A DOR

Instruções:

Listamos 13 declarações que descrevem diferentes pensamentos que podem lhe aparecer na cabeça quando sente dor. Indique o GRAU destes pensamentos e sentimentos quando está com dor.

1	A preocupação durante todo o tempo com a duração da dor é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito Intensa
2	O sentimento de não poder prosseguir (continuar) é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito Intensa
3	O sentimento de que a dor é terrível e que não vai melhorar é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito Intensa
4	O sentimento de que a dor é horrível e que você não vai resistir é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito Intensa
5	O pensamento de não poder mais estar com alguém é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito Intensa
6	O medo de que a dor pode se tornar ainda pior é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito Intensa
7	O pensamento sobre outros episódios de dor é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito Intensa
8	O desejo profundo de que a dor desapareça é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito Intensa
9	O sentimento de não conseguir tirar a dor do pensamento é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito Intensa
10	O pensamento de que ainda poderá doer mais é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito Intensa
11	O pensamento de que a dor é grave porque ela não quer parar é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito Intensa
12	O pensamento de que não há nada para fazer para diminuir a intensidade da dor é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito Intensa
13	A preocupação de que alguma coisa ruim pode acontecer por causa da dor é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito Intensa

ANEXO 10

Randomização: _____ Iniciais: _____ Data: ____/____/____

- () Pré-procedimento () Pós- procedimento-7 dias
 () Pós- procedimento 4 semanas () Pós- procedimento 12 semanas

VERSÃO CURTA DO QUESTIONÁRIO DE DOR MCGILL

Por favor, leia cada palavra abaixo e decida se ela descreve a **dor que você sente nesse momento, no local a ser infiltrado**. Se a palavra **não** descreve a sua dor, assinale NENHUMA, e vá para o próximo item. Se a palavra descreve a sua dor, quantifique essa sensação, escolhendo as opções leve, moderada ou severa.

	Nenhuma	Leve	Moderada	Severa
1. Latejante	0	1	2	3
2. Em fsgadas	0	1	2	3
3. Em fincada	0	1	2	3
4. Aguda	0	1	2	3
5. Cólica	0	1	2	3
6. Pressionante	0	1	2	3
7. Em queimação	0	1	2	3
8. Dolorida	0	1	2	3
9. Pesada	0	1	2	3
10. Dolorida à palpação	0	1	2	3
11. Cortante	0	1	2	3
12. Cansativa - Exhaustiva	0	1	2	3
13. Nauseante	0	1	2	3
14. Amedrontadora	0	1	2	3
15. Cruel - Punitiva	0	1	2	3

Por favor, marque na escala como, no geral sua dor se apresentou nos últimos dias.

Nenhuma |-----| Pior dor possível

Qual a intensidade da sua **dor agora**?

- 0 Sem dor _____
 1 Leve _____
 2 Desconfortante _____
 3 Angustiante _____
 4 Horrível _____
 5 Excruciante _____

ANEXO 11

Randomização: _____ Iniciais: _____ Data: ____/____/____

() Pré-procedimento

() Pós- procedimento-7 dias

() Pós- procedimento 4 semanas

() Pós- procedimento 12 semanas

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - SF-36

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria na sua idade em geral, agora?

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito o pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu no seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira nenhuma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo (la)?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo (a)?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido (a)?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado (a)?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado (a)?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO 12

Randomização: _____ Iniciais: _____ Data: ____/____/____

- () Pré-procedimento () Pós- procedimento-7 dias
 () Pós- procedimento 4 semanas () Pós- procedimento 12 semanas

IDATE - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO**Parte I - IDATE ESTADO**

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO

Absolutamente – 1	Um pouco – 2	Bastante – 3	Muitíssimo – 4	
1. Sinto-me calmo (a)	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro (a)	1	2	3	4
3. Estou tenso (a)	1	2	3	4
4. Estou arrependido (a)	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado (a)	1	2	3	4
7. Estou preocupado (a) com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8. Sinto-me descansado (a)	1	2	3	4
9. Sinto-me ansioso (a)	1	2	3	4
10. Sinto-me "em casa"	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso (a)	1	2	3	4
13. Estou agitado (a)	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15. Estou descontraindo (a)	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeito (a)	1	2	3	4
17. Estou preocupado (a)	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso (a)	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

Parte II - IDATE TRAÇO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você geralmente se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxime de como você se sente geralmente.

AVALIAÇÃO

Quase nunca – 1	Às vezes– 2	Frequentemente – 3	Quase sempre – 4	
1. Sinto-me bem	1	2	3	4
2. Canso-me facilmente	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6. Sinto-me descansado (a)	1	2	3	4
7. Sou calmo (a), ponderado (a) e senhor (a) de mim mesmo (a)	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com as coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou feliz	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo (a)	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro (a)	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido	1	2	3	4
16. Estou satisfeito	1	2	3	4
17. Às vezes ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Fico tenso (a) e perturbado (a) quando penso em meus problemas de momento	1	2	3	4

ANEXO 13

Randomização: _____ Iniciais: _____ Data: ____/____/____

() Pré-procedimento

() Pós- procedimento

Instrumento *Check list* do acolhimento.

O profissional da saúde que realizar o acolhimento como intervenção deverá, sempre, seguir a seguinte sequência:

1. Chamar o paciente pelo nome
2. Recepcioná-lo sempre na mesma sala
3. Anotar o dia e hora de início da intervenção
4. Convidá-lo a sentar-se
5. Sentar-se de frente
6. Se for incapaz, solicitar a entrada de um acompanhante
7. Garantir condições de higiene, limpeza e temperatura do ambiente.
8. Apresentar-se pelo nome informando que é Enfermeiro/médico do grupo

Acomodados, deve, tecnicamente realizar:**a. Perguntas abertas:**

- O que informaram para o Sr. (a) sobre o tratamento que vai realizar aqui?

Anotar a resposta: _____

- Eu queria que o Sr. (a) me explicasse como imagina que é esse tratamento.

Anotar a resposta: _____

- Como o Sr.(a) está se sentindo para fazer esse tratamento?

Anotar a resposta: _____

- O Sr. (a) tem algum medo ou preocupação em fazer esse tratamento?

Anotar a resposta: _____

b. Identificação do Sentimento:

Durante o questionário, procurar observar como o paciente se sente: com medo, assustado, preocupado, angustiado, nervoso, inquieto, tranquilo, despreocupado.

A identificação do sentimento deve considerar o que diz o paciente e como ele se comporta: observar a postura, presença de tremor das mãos, mãos frias, pés e mãos inquietas, face de medo, face de dor.

Anotar os principais sentimentos identificados. Utilizar a tabela abaixo. O exemplo mostra o que o observador percebeu e o que o paciente manifestou após ser perguntado.

INFERÊNCIA DO OBSERVADOR	MANIFESTAÇÃO VERBAL DO PACIENTE

c. Realizar o Reflexo de emoções:

Identificado o sentimento, o entrevistador deverá realizar o **reflexo de emoções**:

- Eu imagino que o Sr.(a) deva estar com medo, mas eu estou aqui para lhe ajudar.

Vou estar ao seu lado. Mas antes, eu gostaria de explicar o que será feito.

d. Clarificação usando metáforas:

Todos nós temos várias articulações no corpo: algumas são pequenas e outras são grandes. Uma articulação grande é o joelho, por exemplo. É como se fosse uma engrenagem. Às vezes a engrenagem, por algum motivo acaba ficando gasta. O que nós faremos aqui, será injetar um líquido que vai desinflamar a engrenagem para melhorar seu funcionamento.

e. Resumo das informações:

Resumir para o paciente o que será realizado e terminando sempre com uma pergunta:

- O Sr. (a) tem dúvidas do que iremos fazer? () Não () Sim

- Como posso ajudá-lo (la)?

- O Sr.(a) gostaria de perguntar algo?

f. Conduzir o paciente para a realização do procedimento.

Levar, fisicamente, o paciente até o local do procedimento.

Anotar hora do final do acolhimento.

ANEXO 14

	Hospital São Paulo SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina Hospital Universitário da UNIFESP Sistema de Gestão da Qualidade	
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Auxílio nas Infiltrações Intra e Periarticulares		
MACROPROCESSO: Assistência PROCESSO GERAL: Atendimento médico e de Enfermagem PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de internação, terapias específicas e ambulatório SUBPROCESSO: todas as unidades DESCRIPTORIOS: Enfermagem, auxílio, infiltração intra-articular		Página: 1/4 Emissão: SET/2014 Validade: Indexação:

SUMÁRIO

1. OBJETIVO: Auxiliar o médico na infiltração intra-articular (IIA) e periarticular (IPA) de corticosteroides.
2. APLICAÇÃO: Aos pacientes adultos e crianças do ambulatório de infiltrações da disciplina de Reumatologia da UNIFESP.
3. RESPONSABILIDADE: Enfermeiro, técnico e auxiliar em enfermagem.
4. MATERIAL: Bandeja, gazes estéreis, luvas de procedimento, clorexidina - solução degermante, clorexidina alcoólica a 0,5%, 2 seringas de 5ml ou 10 ml com rosca, 2 agulhas 25x7 (aspiração), 1 agulha 40x8 mm ou de insulina, ou 30x7mm, 01 frasco com 5ml de lidocaína 2% sem vasoconstrição, 1 frasco de triancinolona hexacetona ou betametasona, fita adesiva e atadura.

DESCRIÇÃO			
	AÇÕES (passos)	AGENTES	REFERÊNCIAS
1	Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado.	Médico	Paciente/acompanhante; Cartão RGHSP; Encaminhamento solicitando a IIA ou a IPA
2	Posicionar o paciente em decúbito dorsal.	Enfermeiro, técnico e auxiliar em enfermagem	
3	Reúna o material na bandeja e leve-o à maca.		
4	Certifique-se de que o médico orientou o paciente quanto ao procedimento		
5	Coloque biombo para garantir a privacidade do paciente.		
6	Higienize as mãos.		POP "Higienização das mãos".
7	Coloque equipamento de proteção individual (luvas de procedimento)		NR32
8	Auxilie o médico, abrindo o material solicitado sobre uma superfície limpa e sem contaminação	Enfermeiro, técnico e auxiliar em enfermagem	
9	Ofereça o equipamento de proteção individual ao médico (luvas de proteção) e material para higienização das mãos		NR32
10	Disponibilize os materiais (gazes)		
11	Embeba gazes estéreis com clorexidina - solução degermante e depois com clorexidina alcoólica a 0,5%		

	Hospital São Paulo SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina Hospital Universitário da UNIFESP Sistema de Gestão da Qualidade	
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Auxílio nas Infiltrações Intra e Periarticulares		
MACROPROCESSO: Assistência PROCESSO GERAL: Atendimento médico e de Enfermagem PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de internação, terapias específicas e ambulatório SUBPROCESSO: todas as unidades DESCRITORES: Enfermagem, auxílio, infiltração intra-articular		Página: 2/4 Emissão: SET/2014 Validade: Indexação:

12	Realize antisepsia no local (joelho) da aplicação Ila com movimento centrífugo.	Médico	NR32
13	Faça assepsia da ampola de lidocaína com clorexidina alcoólica 0,5%; com uma seringa de 5 ml acoplada à agulha de 25x7 aspire 3 ml; faça a assepsia da hexacetone de triancinolona com clorexidina alcoólica 0,5%, com seringa de 5 ml acoplada a uma agulha 25x7 e aspire a quantidade necessária do corticosteroide. Proteja as seringas no invólucro original. Disponibilize as seringas ao médico, junto com uma agulha específica para cada articulação.	Enfermeiro, técnico e auxiliar em enfermagem	
14	Realize a troca da agulha da seringa com lidocaína.	Médico	
15	Localize o ponto de entrada da agulha na articulação a ser submetida ao procedimento.		
16	Comunique ao paciente o momento da punção, informando-o para relaxar o membro e não movimentá-lo.		
17	Introduza a agulha até o espaço intra-articular e injete a lidocaína a 2% sem vasoconstritor (infusão sem resistência), e aspire líquido sinovial. Desconecte a agulha.		
18	Observe sinais de desconforto do paciente	Enfermeiro, técnico e auxiliar em enfermagem	
19	Observe o refluxo da lidocaína ou líquido sinovial.	Médico	
20	Oferecer ao médico a seringa com o corticosteroide, contendo sempre ar a ser injetado no final do procedimento no túnel deixado pela agulha.	Enfermeiro, técnico e auxiliar em enfermagem	
21	Conecte a seringa e injete o fármaco + ar.	Médico	
22	Remova a agulha e comprima o local com gaze por alguns segundos		

	Hospital São Paulo SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina Hospital Universitário da UNIFESP Sistema de Gestão da Qualidade	
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Auxílio nas Infiltrações Intra e Periarticulares		
MACROPROCESSO: Assistência PROCESSO GERAL: Atendimento médico e de Enfermagem PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de internação, terapias específicas e ambulatório SUBPROCESSO: todas as unidades DESCRITORES: Enfermagem, auxílio, infiltração intra-articular		Página: 3/4 Emissão: SET/2014 Validade: Indexação:

23	Forneça ao médico a gaze e o adesivo para o curativo oclusivo do local da punção.	Enfermeiro, técnico e auxiliar em enfermagem	
24	Forneça ao médico a atadura e o adesivo para o enfaixamento do joelho.		
25	Auxilie o paciente na mudança de decúbito para sentado	Médico, enfermeiro, técnico e auxiliar em enfermagem	
26	Observe sinais de desconforto do paciente		
27	Recolha o material utilizado e deixe o ambiente em ordem		
28	Oriente o paciente quanto ao repouso articular nas próximas 48 horas	Médico, enfermeiro, técnico e auxiliar em enfermagem	
29	Descarte o material perfurocortante em recipiente adequado		PGRSS
30	Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool a 70%.	Enfermeiro, técnico e auxiliar em enfermagem	
31	Retire os equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento)	Médico, enfermeiro, técnico e auxiliar em enfermagem	
32	Higienize as mãos		POP "Higiene das mãos"
33	Faça anotação sobre o procedimento, citando qualquer intercorrência.		Prontuário do paciente.

RISCOS (onde se aplicar):	Avaliação (G;P)	Mitigação (nº passo)
Assistenciais: - Infecção Ocupacionais: - Contaminação do profissional		

OBSERVAÇÕES
- É muito importante a utilização de seringa com rosca para a realização do procedimento. Quando bem conectada, a agulha evita a perda do fármaco na punções em que ocorre difícil penetração no espaço intra-articular. - A seringa com o fármaco e o ar ajudarão a evitar o refluxo do corticosteróide injetado e outras consequências (atrofia e/ou hipocromia cutânea).

	Hospital São Paulo SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina Hospital Universitário da UNIFESP Sistema de Gestão da Qualidade	
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Auxílio nas Infiltrações Intra e Periarticulares		
MACROPROCESSO: Assistência PROCESSO GERAL: Atendimento médico e de Enfermagem PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de internação, terapias específicas e ambulatório SUBPROCESSO: todas as unidades DESCRITORES: Enfermagem, auxílio, infiltração intra-articular		Página: 4/4 Emissão: SET/2014 Validade: Indexação:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Furtado R; Natour J. Infiltrações no aparelho locomotor: técnicas para realização com e sem o auxílio de imagem. Porto Alegre: Artmed, 2011
2. Medeiros EAS, Wey SB, Guerra CM. Diretrizes para prevenção e o controle de infecções realizadas à saúde 2006-2007. Comissão de Epidemiologia Hospitalar, Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo; 2006. 132p.

ELABORAÇÃO (desta versão)		
Elaboração por:	Revisado por:	Aprovado por:
Sandra Regina Toffolo - COREN/MG: 77457	Leila Blanes COREN/SP: 68603	
Rita de Cássia M. dos Santos - COREN/SP: 47816		
Rita Nely Vilar Furtado – CRM: 80434		

ANEXO 15

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP/ HOSPITAL SÃO PAULO		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: INFLUÊNCIA DO ACOLHIMENTO EM PACIENTES COM OSTEOARTRITE DE JOELHO NO PROCEDIMENTO DE INFILTRAÇÕES INTRA-ARTICULARES: um estudo prospectivo, controlado, randomizado.		
Pesquisador: Rita Furtado		
Área Temática:		
Versão: 2		
CAAE: 37233214.8.0000.5505		
Instituição Proponente: Escola Paulista de Medicina		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 849.746		
Data da Relatoria: 04/11/2014		
Apresentação do Projeto: conforme parecer CEP n: 842091, de 22/10/2014		
Objetivo da Pesquisa: conforme parecer CEP n: 842091, de 22/10/2014		
Avaliação dos Riscos e Benefícios: conforme parecer CEP n: 842091, de 22/10/2014		
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: conforme parecer CEP n: 842091, de 22/10/2014		
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: conforme parecer CEP n: 842091, de 22/10/2014		
Recomendações: conforme parecer CEP n: 842091, de 22/10/2014		
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: As pendências anteriormente apontadas foram todas atendidas: estudo aprovado		
1) ADEQUAR O TCLE: - é necessário informar que o termo está sendo disponibilizado em 2 vias		
Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061 UF: SP Município: SÃO PAULO Telefone: (11)5539-7162 Fax: (11)5571-1062 E-mail: cepunifesp@unifesp.br		

Página 01 de 02

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 849.746

originais (e não 2 cópias), uma para ficar com o participante e outra para ficar com o pesquisador. - todas as folhas devem ser numeradas (ex: 1/4, 2/4, etc.) e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa no momento da aplicação do TCLE.

RESPOSTA: A nova versão de TCLE, corrigida, foi enviada. PENDÊNCIA ATENDIDA

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios semestrais (no caso de estudos pertencentes à área temática especial) e anuais (em todas as outras situações). É também obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

SAO PAULO, 29 de Outubro de 2014

Assinado por:
José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

CEP: 04.023-061

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

Página 02 de 02