

Análise de aspectos funcionais da qualidade de vida no pós-operatório de pacientes submetidos a reconstrução ligamentar do joelho em uma cidade do sul catarinense entre 2021 e 2022

Analysis of quality-of-life functional aspects in the post-operative of patients undergoing knee ligament reconstruction in a city in southern Santa Catarina Between 2021 and 2022

Brenno C Souza¹ brennocoutinho2002@gmail.com <https://orcid.org/0009-0004-9655-8443>

Dibe B Ayoub¹ dibe.ay@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0006-7457-2572>

Marcelo E Beirão¹ mbeirao@engeplus.com.br
<https://orcid.org/0000-0002-9196-6112>

Todos os autores declaram que o segundo autor contribuiu de igual forma ao primeiro autor.

¹ Curso de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense

Autor correspondente: Marcelo Emílio Beirão- Av. Universitária 1105- Universitário Criciúma SC-88806-000, telefone (48) 3431-2500 mbeirao@engeplus.com.br

Fonte financiadora: declaramos que os custos com materiais de custeio ou quaisquer outros gastos são de completa responsabilidade dos autores.

Contribuições de cada autor: Os autores Brenno Coutinho de Souza e Dibe Balardini Ayoub foram responsáveis pela pesquisa e desenvolvimento teórico bem como pela aplicação de questionários à população a ser estudada, o orientador Marcelo Emilio Beirão foi responsável pelo fornecimento de dados e correção do trabalho supracitado.

Resumo

Objetivo: Foi avaliado o impacto da cirurgia de reconstrução do ligamento cruzado anterior (LCA) em aspectos funcionais da qualidade de vida dos pacientes operados.

Materiais e métodos: Foram analisados 56 questionários de pacientes após reconstrução ligamentar do joelho. Os dados foram coletados através da aplicação do questionário validado do International Knee Documentation Committee (IKDC) que mensura a avaliação subjetiva do joelho e, somado a ele, foi aplicado um questionário de autoria própria a fim de avaliar a qualidade de vida no pós-operatório.

Resultados: Foi possível observar, através da avaliação do IKDC, uma pontuação geral média de 66%. Já na avaliação dos domínios, observou-se uma pontuação média de sintomas de 49,28%, de atividades esportivas 78,92% e de função de 76,08%. Além disso, um total de 91,1% dos pacientes relatou possuir medo de se lesionar novamente.

Conclusão: Conclui-se que, apesar da boa recuperação de função do joelho após a cirurgia de reconstrução do LCA, a qualidade de vida dos pacientes se encontra diretamente afetada, pois os pacientes se apresentam em sua maioria sintomáticos, através de dores e limitações do joelho, além de serem impactados psicologicamente com o medo de se lesionar novamente, trazendo assim inseguranças no retorno à prática de atividade física.

Palavras-chave: Ligamento cruzado anterior; Reabilitação; Ruptura de ligamento;

Abstract

Objective: The impact of anterior cruciate ligament (ACL) reconstruction surgery on functional aspects of patients' quality of life was evaluated.

Materials and Methods: Fifty-six questionnaires were analyzed from patients who underwent knee ligament reconstruction. Data were collected using the validated International Knee Documentation Committee (IKDC) questionnaire, which measures subjective knee assessment. Additionally, a self-authored questionnaire was applied to evaluate postoperative quality of life.

Results: The IKDC evaluation showed an overall average score of 66%. In domain evaluations, average scores were 49.28% for symptoms, 78.92% for sports activities, and 76.08% for function. Furthermore, 91.1% of patients reported fear of re-injury.

Conclusion: It is concluded that, despite good recovery of knee function after ACL reconstruction surgery, patients' quality of life is directly affected. Most patients experience symptoms such as pain and knee limitations, and they are psychologically impacted by the fear of re-injury, leading to insecurities when returning to physical activities.

Keywords: Anterior cruciate ligament; Rehabilitation; Ligament rupture

Introdução

A ruptura do ligamento cruzado anterior (LCA) é a lesão ligamentar mais comum do joelho. Em atletas esse número chega a 100.000 a 200.000 lesões ao ano.¹ Nesse contexto, diversos fatores contribuem para a lesão do LCA. Podem ser classificados em relação ao estado físico do paciente, à competência da realização do procedimento cirúrgico ou a fatores biológicos. Entre as causas mais comuns para a ocorrência de ruptura do LCA cita-se o posicionamento inadequado do túnel e a recorrência do trauma.² Desta forma, a ruptura de LCA requer tratamento cirúrgico a fim de que os pacientes retornem à vida normal, sendo necessários de 6 a 12 meses para o retorno às atividades físicas praticadas anteriormente à lesão.³ Assim, observa-se que a ruptura de LCA é uma lesão comum e que pode influenciar na qualidade de vida do paciente.

A ruptura de LCA impacta diretamente na qualidade de vida do paciente pois, após a lesão, o quadro cursa com dor e disfunção, além do elevado custo socioeconômico atrelado ao processo de tratamento cirúrgico de reconstrução e reabilitação.⁴ Além disso, complicações como o déficit ou perda total de extensão do joelho podem se desenvolver, acarretando disfunções para as atividades de vida do paciente.⁵

É fato que há considerável escassez em pesquisas que investigam fatores relacionados à qualidade de vida a longo prazo após a reconstrução do LCA. Portanto, faz-se necessária a realização de estudos acerca dessa problemática para que se possa ter maior compreensão e alicerce de dados para a comunidade científica. Dessa forma, objetiva-se com este estudo avaliar o impacto da cirurgia de reconstrução de ligamento cruzado anterior na qualidade de vida dos pacientes operados.

Materiais e métodos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa e Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense conforme parecer de número 6.215.110. Antes de iniciar a pesquisa, os indivíduos voluntários do presente estudo assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Trata-se de um estudo analítico transversal com abordagem quantitativa e coleta de dados primários e secundários. Foram avaliados 56 pacientes com idade acima de 18 anos, os quais realizaram reconstrução de ligamento cruzado anterior, em uma clínica particular referência em Ortopedia e Traumatologia localizada no extremo sul

catarinense entre os anos de 2021 e 2022. Um total de três cirurgiões, especialistas em cirurgia do joelho, realizaram as operações. Para esse estudo não houve critérios de exclusão.

Foi retirado dos prontuários dos pacientes o telefone para contato e aplicação dos questionários. Os indivíduos foram entrevistados com um tempo mínimo de 12 meses de pós-operatório, sem tempo máximo e submetidos à escala IKDC (International Knee Documentation Committee)⁶ a qual avalia a funcionalidade do joelho dos pacientes no pós-cirúrgico e como se encontra sua qualidade de vida.

Além disso, foram coletadas as seguintes informações através de um questionário desenvolvido pelos autores: Idade, sexo, etnia, comorbidades, prática de esportes, utilização de fisioterapia, retorno à prática de atividades físicas, qualidade de vida após cirurgia de joelho, medo de nova lesão.

A análise estatística foi realizada em planilhas do software IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0. As variáveis quantitativas (idade, Score Geral e Domínios do IKDC) foram expressas por meio de média e desvio padrão por apresentarem distribuição normal, e foram avaliadas quanto à normalidade por meio da aplicação do teste Shapiro-Wilk. As variáveis qualitativas (Sexo, raça/cor, comorbidades, atleta ou praticante de esporte, esporte praticado, retorno à prática de atividade física, porcentagem de desempenho perdida aos que retornaram à prática, qualidade de vida no pós-operatório cirúrgico, medo de nova lesão, impedimento de realizar atividade física em casos de medo e em casos de realização de fisioterapia, número de sessões realizadas), foram expressas por meio de frequência e porcentagem.

Foram excluídos do cálculo os que não responderam ao menos 1 pergunta das questões do instrumento (IKDC);

O cálculo do Score geral do IKDC é classificado somando-se os resultados das pontuações de cada item e, em seguida, divide-se por 87 e por fim se multiplica por 100, no qual 87 seria a pontuação máxima a ser atingida, e os resultados expressos em porcentagem. Observação: A resposta ao item "Funcionalidade anterior a lesão no joelho", não é considerada na pontuação final.

$$\left(\frac{SOMA\ DE\ TODAS\ AS\ QUESTÕES}{87} \right) * 100$$

O cálculo do Score de sintomas se dá através da soma das pontuações das questões 1 a 7, e em seguida se divide por 37, e por fim se multiplica por 100, no qual 37 seria a pontuação máxima que pode ser atingida no domínio especificado e o resultado expresso em porcentagem.

$$\left(\frac{SOMA DAS QUESTÕES 1 A 7}{37}\right) * 100$$

O cálculo do Score de atividades esportivas se dá através da soma das pontuações das questões 8 e 9, e em seguida se divide por 40, e por fim se multiplica por 100, onde 40 seria a pontuação máxima que pode ser atingida no domínio especificado e o resultado expresso em porcentagem.

$$\left(\frac{SOMA DAS QUESTÕES 8 e 9}{40}\right) * 100$$

O cálculo do Score de função se dá através da soma das pontuações dos itens da questão 10, e em seguida se divide por 20, e por fim se multiplica por 100, onde 20 seria a pontuação máxima que pode ser atingida no domínio "Função" e o resultado expresso em porcentagem.

$$\left(\frac{SOMA DOS ITENS DA QUESTÃO 10}{20}\right) * 100$$

Resultados

A **tabela 1** apresenta o perfil epidemiológico e características associadas ao esporte de 56 pacientes submetidos à cirurgia de reconstrução do ligamento cruzado anterior entre 2021 e 2022. A idade média foi de 32,93 anos (DP= 9,84). Em relação à variável sexo 64,3% dos pacientes eram do sexo masculino (n = 36). Relacionada à variável comorbidades, obteve-se resposta de um total de 54 participantes, destes 92,6% (n = 50) afirmaram não possuírem comorbidade. Outros 7,4% (n = 4) afirmaram possuir, sendo 50% (n = 2) asma e 25% (n = 1) para as comorbidades bronquite 25% (n = 1) para endometriose 25% (n = 1) para obesidade e 25% (n = 1) para apneia. No quesito atleta ou praticante de esporte 85,7% (n = 48) responderam que sim e 14,3% (n = 8) responderam que não são atletas e/ou realizam atividade física. Entre os que responderam que sim para esporte praticado, quando questionados em relação a qual o esporte praticado 57,1% (n = 32) responderam futebol, 16,1% (n = 9) musculação e 21,4% (n = 12) responderam praticar outros esportes. No que tange ao retorno à prática de atividade física, 87,5% (n = 49) pacientes afirmaram que retornaram e 12,5% (n = 7) afirmaram que não. Relacionada a essa variável, um total de 52 pacientes responderam quanto à porcentagem de desempenho perdida sendo que 34,6% (n = 18) afirmaram terem perdido entre 5 a 20% de seu desempenho.

A **tabela 2** apresenta aspectos da qualidade de vida no pós-operatório e a relação de fisioterapia. Em relação a qualidade de vida no pós-operatório, 51,8% possuem uma qualidade de vida muito boa (n = 29) e 26,8% boa (n = 15); 91,1% dos pacientes possuem medo de se lesionar novamente (n = 51); 60,8% possui impedimento de realização de atividade física devido ao medo (n = 31); 100% dos pacientes realizaram fisioterapia (n = 56); 38,9% realizou de 40 a 60 sessões de fisioterapia (n = 21) e 24,1% realizou de 15 a 35 sessões (n = 13).

A **tabela 3** informa o Score Geral conforme Domínios contidos na escala IKDC em porcentagem. Ao todo 51 pacientes responderam todos os ítems da escala, obtendo-se uma média de pontuação 66% de Score Geral (DP=9,63). Dentro desse Score, o domínio Sintomas teve 49,28% de pontuação com (DP=10,49), para atividades esportivas 78,92% (DP=16,80) e função 76,08% (DP=21,92).

Tabela 1. perfil epidemiológico e características associadas ao esporte de pacientes submetidos à cirurgia de reconstrução do ligamento cruzado anterior entre 2021 e 2022, Criciúma- SC, 2023.

	Média ± DP, n (%) n = 56
Idade (anos)	32,93 ± 9,84
Sexo	
Masculino	36 (64,3)
Feminino	20 (35,7)
Raça/cor (n = 48)	
Branco	37 (77,1)
Pardo	9 (18,8)
Preto	2 (4,1)
Comorbidades (n = 54)	
Sim*	4 (7,4)
Asma	2 (50,0)
Bronquite	1 (25,0)
Endometriose	1 (25,0)
Obesidade	1 (25,0)
Apneia	1 (25,0)
Não	50 (92,6)
Atleta ou praticante de esporte	
Sim	48 (85,7)
Não	8 (14,3)

Esporte praticado**

Futebol	32 (57,1)
Musculação	9 (16,1)
Corrida	8 (14,3)
Voleibol	5 (8,9)
Tênis	6 (10,7)
Outros	12 (21,4)

Retorno à prática de atividade física

Sim	49 (87,5)
Não	7 (12,5)

Porcentagem de desempenho perdida aos que retornaram à prática (n = 52)

0	11 (21,2)
5 a 20	18 (34,6)
> 20 e ≤ 50	15 (28,9)
> 50 e ≤ 90	7 (13,4)
> 90	1 (1,9)

* um indivíduo pode apresentar mais de uma comorbidade; ** um indivíduo pode praticar mais de um tipo de esporte; Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Tabela 2. Aspectos da qualidade de vida e prática de fisioterapia

	n (%)
	n = 56
Qualidade de vida no pós-operatório cirúrgico	
Muito boa	29 (51,8)
Boa	15 (26,8)
Mediana	12 (21,4)
Ruim	0 (0)
Péssima	0 (0)
Medo de nova lesão	
Sim	51 (91,1)
Não	5 (8,9)

Impedimento de realizar atividade física em casos de medo

Sim	31 (60,8)
Não	20 (39,2)
Realização de fisioterapia	
Sim	56 (100,0)
Não	0 (0,0)
Em casos de realização de fisioterapia, número de sessões realizadas	
15 a 35	13 (24,1)
40 a 60	21 (38,9)
65 a 90	8 (14,8)
100 a 150	12 (22,2)

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Tabela 3. Score Geral conforme Domínios contidos na escala IKDC em porcentagem

	Média ± DP n = 51
Score Geral (%)	66,00 ± 9,63
Domínios (%)	
Sintomas	49,28 ± 10,49
Atividades esportivas	78,92 ± 16,80
Função	76,08 ± 21,92

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Discussão

Em relação aos dados mensurados por meio do score International Knee Documentation Committee Subjective Knee Form (IKDC), foi possível avaliar um score geral de funcionalidade do joelho nos pacientes participantes da pesquisa. A escala validada IKDC teve aplicabilidade ainda na quantificação de aspectos da condição de pacientes com desordens no joelho, principalmente em contexto esportivo, e abrange também diferentes domínios como sintomas, atividades esportivas e funções gerais do joelho.⁶

Dessa forma, os resultados do presente estudo demonstram que a pontuação média do Score Geral, conforme os domínios contidos na escala IKDC, foi de $66,00 \pm 9,63$. Isso sugere que, em média, os participantes apresentaram um nível moderado de comprometimento em relação à função do joelho após o tratamento. Um Score de 66% pode ser considerado razoável, porém não ideal, sugerindo que, enquanto muitos pacientes podem ter recuperado uma função significativa do joelho, ainda existem limitações perceptíveis em comparação com um joelho completamente saudável.⁷ Em comparação à esta análise, um estudo de coorte tailandês, realizado com 173 pacientes, que avaliou pacientes pós reconstrução de LCA, observou que a pontuação média geral ideal do IKDC seria de 74,2%, representando este o valor de corte do IKDC para o estado de sintoma aceitável do paciente.⁸ Em corroboração ao presente estudo, um outro estudo realizado para analisar os melhores instrumentos validados para avaliar a funcionalidade do joelho em pacientes com lesões ligamentares e osteoartrite, incluindo o IKDC, demonstra de forma objetiva como se pode realizar a interpretação e comparação dos resultados encontrados, possibilitando assim desenvolver uma análise crítica do nível de função do joelho e o impacto causado ao indivíduo.⁹

No domínio de Sintomas, a pontuação média foi de $49,28 \pm 10,49$. Essa pontuação relativamente baixa indica que os participantes ainda experimentavam uma quantidade significativa de sintomas como dor ou desconforto, mesmo após o tratamento. Por outro lado, os resultados do domínio de Atividades Esportivas, a pontuação média foi de $78,92 \pm 16,80$, sugerindo que os participantes tinham uma capacidade razoavelmente boa de participar de atividades esportivas após o tratamento cirúrgico. Estes resultados indicam que, apesar da presença de sintomas, os pacientes conseguem manter um nível satisfatório de atividade esportiva.⁶ No entanto, o desvio padrão alto indica que, embora alguns pacientes possam ter retornado às atividades esportivas em níveis quase normais, outros ainda lutam significativamente. Isso pode refletir variações no tipo e gravidade das lesões, assim como diferenças na eficácia dos tratamentos recebidos. Em paralelo a este estudo, um outro estudo de coorte realizado nos Estados Unidos, com 251 pacientes após reconstrução primária de LCA, observou que scores IKDC acima de 75,9% sugere que o paciente está em um estado de sintoma aceitável, e que a elevação das pontuações indicaria melhora na função, participação esportiva e qualidade de vida.¹⁰

No domínio de Função, a pontuação média foi de $76,08 \pm 21,92$, os pacientes, em média, reportaram uma boa recuperação da função geral do joelho, ainda que com uma variação muito ampla (maior desvio padrão entre os domínios). A ampla dispersão dos resultados pode ser atribuída a diferenças nos estágios de recuperação, abordagens terapêuticas, ou aderência ao tratamento.⁶ A interpretação desses resultados sugere que enquanto a capacidade de realizar atividades esportivas e a função geral do joelho são relativamente boas, os sintomas ainda representam uma área crítica de preocupação para muitos pacientes.⁷ Essa análise detalhada pode ser útil para direcionar futuras investigações sobre o tratamento de

lesões no joelho, aprimorando abordagens que focam tanto na melhoria funcional quanto na redução de sintomas. Esta abordagem diferenciada pode ser crucial para elevar o Score Geral e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.¹⁰

A partir dos resultados encontrados, observa-se que embora muitos pacientes experimentem melhorias após o tratamento, alguns ainda podem continuar a ter sintomas persistentes ou limitações na função do joelho. Além disso, muitos possuem medo de retornar à prática de atividade física por temerem a reincidência da ruptura de LCA, possuindo uma prevalência de 91,1% dos participantes deste estudo. Em comparação a esta análise, um outro estudo transversal realizado com pacientes que realizaram reconstrução de LCA, demonstrou que 72% possuíam joelhos sintomáticos e com limitações, além disso, a maioria possuía medo de nova lesão, impactando desta forma diretamente na qualidade de vida dos pacientes, por afetar diretamente a prática esportiva e o psicológico.¹¹

Em relação aos resultados de perfil epidemiológico observados, mediante à diferença entre sexos, houve uma prevalência de 64,3% (n=36) no sexo masculino reconstrução de LCA. Em contrapartida, um estudo previamente realizado nos Estados Unidos, na Universidade de Yale, observou-se que a taxa de ruptura de LCA é três vezes maior em atletas do sexo feminino em comparação ao sexo masculino. Essa diferença ocorre devido às diferenças anatômicas entre os sexos, onde as mulheres possuem um aumento do ângulo do quadríceps e aumento da inclinação posterior da tíbia, o que predispõe à lesão.¹² No entanto, é possível observar através dos resultados obtidos no presente estudo, que apesar do sexo feminino ser fator de risco para a lesão, a prevalência de ruptura de LCA varia conforme a população em estudo.

Conclusão

A qualidade de vida após a cirurgia de reconstrução do ligamento cruzado anterior é diretamente impactada devido à ruptura ligamentar e realização do tratamento cirúrgico. Neste contexto, observa-se através da avaliação do IKDC, uma média de score geral de 66%, demonstrando que em muitos pacientes a funcionalidade do joelho se encontra prejudicada através da ocorrência de dores frequentes, travamentos articulares e limitações nas atividades esportivas e diárias, como caminhar e subir escadas. Além disso, é possível concluir que após a reconstrução de LCA, muitos pacientes são impactados diretamente na saúde psicológica, pois 91,1% dos entrevistados possuem medo de se lesionar novamente, acarretando assim em dificuldades no retorno à prática de atividades físicas.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Referências

1. Larwa J, Stoy C, Chafetz RS, Boniello M, Franklin C. Stiff Landings, Core Stability, and Dynamic Knee Valgus: A Systematic Review on Documented Anterior Cruciate Ligament Ruptures in Male and Female Athletes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(7):3826. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph18073826>.
2. Tapasvi S, Shekhar A. Revision ACL Reconstruction: Principles and Practice. *Indian Journal of Orthopaedics*. 2021;55(2). doi:<https://doi.org/10.1007/s43465-020-00328-8>.
3. Yamasaki S, Hashimoto Y, Iida K, et al. Risk factors for postoperative graft laxity without re-injury after double-bundle anterior cruciate ligament reconstruction in recreational athletes. *The Knee*. 2021;28(28):338-345. doi:<https://doi.org/10.1016/j.knee.2020.12.009>.
4. Leite CBG, Demange MK. Biological Enhancements for Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *Acta Ortopédica Brasileira*. 2019;27(6):325-330. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-78522019270622648>.
5. Ektas N, Scholes C, Kulaga S, Kirwan G, Lee B, Bell C. Recovery of knee extension and incidence of extension deficits following anterior cruciate ligament injury and treatment: a systematic review protocol. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*. 2019;14(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s13018-019-1127-8>.
6. Irrgang JJ, Anderson AF, Boland AL, Harner CD, Kurosaka M, Neyret P, Richmond JC, Shelborne KD. Development and validation of the International Knee Documentation Committee subjective knee form. *Am J Sports Med*. 2001 Sep-Oct;29(5):600-13. doi: 10.1177/03635465010290051301. PMID: 11573919
7. Anderson AF, Irrgang JJ, Kocher MS, Mann BJ, Harrast JJ; International Knee Documentation Committee. The International Knee Documentation Committee Subjective Knee Evaluation Form: normative data. *Am J Sports Med*. 2006;34(1):128-135. doi:10.1177/0363546505280214.

8. Piamthipmanas T, Lertwanich P, Ganokroj P, Vanadurongwan B, Keyurapan E, Lamsam C. Cutoff Value for the Patient Acceptable Symptom State of the Thai IKDC Subjective Knee Form in Patients After Primary ACL Reconstruction. *Orthop J Sports Med.* 2022;10(8):23259671221113880. Published 2022 Aug 17. doi:10.1177/23259671221113880.
9. Collins NJ, Misra D, Felson DT, Crossley KM, Roos EM. Measures of knee function: International Knee Documentation Committee (IKDC) Subjective Knee Evaluation Form, Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS), Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score Physical Function Short Form (KOOS-PS), Knee Outcome Survey Activities of Daily Living Scale (KOS-ADL), Lysholm Knee Scoring Scale, Oxford Knee Score (OKS), Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), Activity Rating Scale (ARS), and Tegner Activity Score (TAS). *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2011;63 Suppl 11(0 11):S208-S228. doi:10.1002/acr.20632.
10. Muller B, Yabroudi MA, Lynch A, et al. Defining Thresholds for the Patient Acceptable Symptom State for the IKDC Subjective Knee Form and KOOS for Patients Who Underwent ACL Reconstruction. *Am J Sports Med.* 2016;44(11):2820-2826. doi:10.1177/0363546516652888.
11. Kaur M, Ribeiro DC, Lamb P, Webster KE, Sole G. Low knee-related quality of life and persistent physical asymmetries in participants up to 10 years post-ACL reconstruction - A cross-sectional study. *Phys Ther Sport.* 2021;48:35-42. doi:10.1016/j.ptsp.2020.12.011.
12. Sutton KM, Bullock JM. Anterior cruciate ligament rupture: differences between males and females. *J Am Acad Orthop Surg.* 2013;21(1):41-50. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-21-01-41>.

Caso o acadêmico não coloque as normas da revista junto com o manuscrito, terá menos 5 pontos na nota do artigo. Entretanto, Isso não quer dizer que ao colocar as normas o acadêmico tenha 5 ponto - isso dependerá se seguiu as normas corretamente.

NORMAS DA REVISTA:

<http://www.rbo.org.br/intrucoes-aos-autores>

Nome da revista: **Revista Brasileira de Ortopedia (RBO)**

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

Processo de revisão por pares (Peer-review)- A revista segue um processo duplo-cego de revisão por pares (double-blind peer review), em que nem o autor nem o revisor ficam sabendo a identidade um do outro. Pelo menos dois revisores aleatórios com base em sua experiência técnica e clínica são designados pelo Editor-chefe para cada manuscrito. A decisão é tomada com base nas revisões comparativas que o manuscrito recebe durante o processo de revisão

FORMATO DO MANUSCRITO

Tipos de Artigo

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

- **Artigo Original:** Descreve pesquisa experimental ou investigação clínica - prospectiva ou retrospectiva, randomizada ou duplo cego. Deve ter: Título; Resumo estruturado em (Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão); Palavras-chave; Introdução; Materiais e Métodos; Resultados; Discussão; Conclusões e Referências. Máximo de 2.500 palavras , 30 referências, 10 figuras e 6 tabelas.
- **Artigo de Atualização:** Revisões do estado da arte sobre determinado tema, escrito por especialista a convite do editorchefe. Deve ter: Título, Resumo (não estruturado), Palavras-chave e Referências. Máximo de 4.000 palavras, 60 referências, 3 figuras e 2 tabelas.
- **Artigos de Revisão Sistemática e Meta-análise:** Tem como finalidade examinar a bibliografia publicada sobre determinado assunto fazendo avaliação crítica e sistematizada da literatura sobre certo tema específico, além de apresentar conclusões importantes baseadas nessa literatura. Deve ter: Título, Resumo (não estruturado), Palavras-chave, Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Considerações Finais e Referências. Máximo de 4.000 palavras, 60 referências, 3 figuras e 2 tabelas.

- **Protocolo de Revisão Sistemática:** O protocolo pode ser publicado no formato de artigo. Deve conter as estratégias metodológicas para execução da revisão sistemática e devem conter ao menos as seguintes informações: a estratégia de busca para identificar artigos de interesse, critérios de elegibilidade, dados que serão extraídos, as variáveis de interesse, análise dos dados e as formas para explorar as heterogeneidades. Os itens importantes inerentes à execução de uma revisão sistemática podem ser vistos no link: <https://tinyurl.com/systematicr>. A RBO sugere que todos os pesquisadores registrem o protocolo de suas revisões sistemáticas no Prospero (<https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>) ou PRISMA (<http://www.prismastatement.org/>). O protocolo será avaliado pelo corpo editorial da revista e submetido ao processo de peer review
- **Relato de Caso:** Deve ser informativo e não deve conter detalhes irrelevantes. Só serão aceitos os relatos de casos clínicos de interesse, quer pela raridade como entidade nosológica, ou ainda pela forma não usual de apresentação. Deve ter: Título, Resumo (não estruturado), Palavras-chave, e Referências. Máximo de 1.000 palavras, 10 referências e 5 figuras. Os trabalhos de relato de caso terão um tempo de editoração individualizado e não seguirão o mesmo tempo de avaliação e publicação dos demais artigos da revista.
- **Nota Técnica:** Destina-se à divulgação de método de diagnóstico ou técnica cirúrgica experimental, novo instrumental cirúrgico, implante ortopédico, etc. Deve ter: Título, Resumo (não estruturado), Palavras-chave, Introdução Explicativa, Descrição do Método, do Material ou da Técnica, Comentários Finais e Referências. Máximo de 1.500 palavras, 8 referências, 5 figuras e 2 tabelas. Nota: Os trabalhos de nota técnica terão um tempo de editoração individualizado e não seguirão o mesmo tempo de avaliação e publicação dos demais artigos da revista.
- **Carta ao Editor:** Tem por objetivo comentar ou discutir trabalhos publicados na revista ou relatar pesquisas originais em andamento. É publicada a critério dos Editores, com a respectiva réplica quando pertinente. Máximo de 500 palavras, 4 referências e 2 figuras.
- **Editorial:** Escritos a convite do editor-chefe, apresentando comentários de trabalhos relevantes da própria revista, pesquisas importantes publicadas ou comunicações dos editores de interesse para a especialidade. Máximo de 500 palavras.

- A submissão deve ser em formato digital. Cópias impressas não serão aceitas.
- Manter o formato do manuscrito simples e claro. Editaremos o manuscrito de acordo com o nosso estilo – não tente formate o documento.
- O Manuscrito, incluindo a Folha de Rosto, o Resumo e as palavras-chave, o texto, as referências, títulos e legendas de figuras e tabelas devem ser digitadas em espaço duplo, fonte em tamanho 12 com 2,5 cm para todas as margens salvas em um arquivo.
- Cada figura deve ser salva em arquivo separado. Não copie as figuras no manuscrito. Arquivos serão trabalhados pela equipe da Thieme.
- Use o mínimo possível de abreviações e sempre descreva cada uma em sua primeira ocorrência.
- Os manuscritos devem ser escritos em inglês ou português.
- O manuscrito deve usar o Sistema Internacional (SI) de medidas. Para clareza, equivalentes não métricos podem ser incluídos entre parênteses seguidos pela unidade SI de medida.
- Use nomes genéricos de drogas. Você pode citar nomes registrados entre parênteses seguidos do fabricante e local de origem.
- Informar créditos de fornecedores e fabricantes de equipamentos, drogas e outros materiais com nome registrado entre parênteses, incluindo nome da companhia e cidade sede.

Checklist de Arquivos e Informação:

- Um dos autores deve ser designado como correspondente. O e-mail e endereço de correspondência devem ser incluídos na Folha de Rosto. Para maiores detalhes, veja a seção Folha de Rosto.
- **Manuscrito:**
 - Incluir palavras-chave
 - Todos os títulos e legendas de Figuras
 - Todas as Tabelas (incluindo título, descrição, legendas e notas)
 - Assegurar que todas as Figuras e Tabelas citadas no texto combinem com os arquivos fornecidos
 - Indicar com clareza como as cores devem ser usadas nas Figuras
 - Arquivos complementares (supplemental files)
- **Considerações adicionais**
 - O manuscrito deve ser submetido a algum corretor ortográfico

- Todas as referências devem ser citadas no texto e listadas ao final
- Concessões devem ser obtidas se for usado material protegido por copyright (incluindo da internet)
- Quaisquer conflitos de interesse devem ser declarados, mesmo que não haja nenhum a declarar
- As instruções da revista devem ser revistas e consideradas

Idioma

Os artigos devem ser escritos em Português ou Inglês.

Folha de Rosto

- A RBO adota a revisão dupla cega (double-blinded peer-review policy). A Folha de Rosto não deve fazer parte do manuscrito e deve ser fornecida separadamente.
- **Título:** Conciso e informativo. Títulos são normalmente usados em sistemas de busca de informação. Evite abreviações e fórmulas sempre que possível.
- **Autoria:** No máximo 6 autores, com exceção de estudos multicêntricos quando o número de autores poderá ser maior, conforme a seguir:
 - Duas ou três instituições, no máximo 4 autores por instituição
 - Acima de quatro instituições, no máximo 3 autores por instituição;
 - Em hipótese alguma o número de autores poderá ser maior do que 20.
- Indicar formação profissional, titulação acadêmica e afiliação de cada autor, separadamente. Se houver mais de uma afiliação institucional, indicar apenas a mais relevante. Por favor indicar com clareza o primeiro nome e o sobrenome de cada autor com a grafia correta. Apresentar a afiliação correta de cada autor. Enumerar todas as afiliações aos respectivos autores, incluindo cidade e país.. Fornecer o ORCID (<https://orcid.org/>) e-mail de cada autor.
- As afiliações devem ser apresentadas de forma crescente de hierarquia (e.g. Harvard University, Harvard Business School, Boston, USA) e devem ser escritas em seu idioma original (e.g. Universit Paris-Sorbonne; Harvard University, Universidade de São Paulo).

- **Autor correspondente:** Indicar com clareza quem será o autor correspondente que irá responder a todas as etapas da publicação. Assegurar-se que o e-mail fornecido e os contatos são atualizados.

Resumo e Palavras-chave

Veja a seção Tipo de Artigo para limite de palavras.

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

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

Os resumos podem ter no máximo 250 palavras e estruturados no seguinte formato: **Objetivo:** Uma ou duas frases que afirmem de forma simples o propósito do estudo. **Métodos:** Fornecer detalhes sobre o método do estudo, incluindo análise de dados. **Resultados:** Apresentar os achados mais importantes do estudo. Por favor, forneça números (médias com desvios-padrão ou medianas com amplitude) para fundamentar seus achados e resultados. **Conclusões:** Uma ou duas frases com o que seu estudo identificou e de fato demonstrou. Por favor não inclua comentários ou afirmações sem o suporte de dados do seu estudo. **Nível de evidência** (para estudo envolvendo pessoas) ou **Relevância Clínica** (ciências básicas *in vitro* ou *in vivo*).

Logo após o resumo, por favor forneça não mais que 6 palavras-chave em ordem alfabética separadas por pontovírgula. Os descritores podem ser retirados dos Descritores em Ciências da Saúde), disponíveis em <http://www.decs.bvs.br> ou www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html.

Manuscrito

- A RBO usa a revisão duplo-cega, o que significa que a identidade dos autores deve ser omitida dos revisores. Para facilitar, por favor inclua esta informação de forma separada:
 - **Folha de Rosto (com detalhes dos autores):** título, nomes dos autores, afiliações, agradecimentos e quaisquer declarações de conflitos de interesse, além do endereço completo do autor correspondente com e-mail.
 - **Manuscrito (sem informações dos autores):** corpo do texto (incluindo referências, títulos e legendas de figuras, tabelas

completas e agradecimentos) não deve trazer qualquer informação como nome ou afiliação dos autores.

- Artigos Originais, Revisões Sistemáticas e Meta-análises devem trazer textos estruturados (Introdução, Métodos, Resultados e Discussão).
- Artigos incluindo seres humanos ou animais devem informar aprovação da agência apropriada no texto.
- Usar nomes genéricos de drogas ou aparelhos. Se uma marca em particular for usada no estudo, informar junto ao nome registrado o fabricante e a cidade entre parênteses.
- Quantidades e unidades devem ser informadas em concordância com as recomendações do sistema internacional de unidades (SI), International System of Units (SI), 8th edition 2006 (www.bipm.org/utis/commonpdfsi_brochure_8_en.pdf).
- Ao usar abreviações, informar o significado completo em sua primeira ocorrência.
- Por favor distinguir de forma clara a hierarquia das seções e subseções do manuscrito usando iniciais maiúsculas, sublinhado, itálico e negrito se necessário.
- Use itálico, sobrescrito, subscrito e negrito somente quando necessário. Caso contrário, evite usar estilos diferentes de fonte.
- Use o Enter apenas ao final de parágrafos, e não ao final de cada linha. Permita linhas terem quebra automática no seu software de texto.
- Use apenas um espaço após o ponto final, e não dois espaços.
- Crie tabelas usando a ferramenta de tabela do seu software de texto.

Agradecimento

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

Fontes de Suporte

Relacione as fontes de suporte no seguinte formato:
Financeiro: Este trabalho teve suporte do Conselho Nacional de Pesquisa [protocolo número xxxx, yyyy]; da Fundação de Amparo à Pesquisa [nº zzzz]. Não é necessário informar detalhes descritivos do programa ou tipo de aporte ou prêmio. Quando os recursos forem de um grupo ou universidade, ou instituto, forneça o nome da

organização.

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

Declaração de Publicação em servidor de pré-impressão (Preprint)

A RBO incentiva a submissão de manuscritos que foram de-positados em uma versão de rascunho inicial em repositórios de pré-impressão, como Research Square, arXiv e medRxiv. Rascunhos de resumos de conferências curtas ou teses de graduação postados no site da instituição que concede o grau, e rascunhos de manuscritos depositados em sites de autores ou institucionais também são bem-vindos. Todas as outras publicações anteriores são proibidas. Durante a submissão, os autores devem:

1. observe o uso do repositório de pré-impressão na carta de apresentação;
2. indicar quais ajustes e/ou atualizações o projeto foi sub-metido entre a deposição e apresentação;
3. citar a pré-impressão, incluindo o DOI, como referência no manuscrito.

Após a submissão à revista, e até que uma decisão final seja tomada, os autores são desencorajados a depositar versões de seus manuscritos como pré-impressões. Após a publicação, os autores devem adicionar um link da pré-impressão para o artigo publicado. Doze meses após a publicação, os autores podem atualizar a pré-impressão com o manuscrito aceito.

Declaração de conflito de interesses

Todos os autores (incluindo os autores correspondentes e coautores associados ao manuscrito) devem fazer uma declaração formal no momento da submissão, indicando qualquer potencial conflito de interesses que possa constituir um constrangimento para qualquer um dos autores se não for declarado e surgirem após a publicação. Clique em <http://www.icmje.org/conflicts-of-interest> para baixar um formulário de conflito de interesses. As informações de divulgação são importantes no processamento do artigo. Se os formulários fornecidos estiverem incompletos ou faltando, isso pode causar atrasos na publicação do artigo. Caso o artigo seja aceito para publicação, essas informações serão publicadas com o artigo

Declaração de Consentimento Informado

A revista segue os princípios estabelecidos na Declaração de Helsinque (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/HelsinkiDeclaration>) e afirma que todas as pesquisas relatadas conduzidas com participantes humanos devem ser conduzidas de acordo com tais princípios. Os relatórios que descrevem dados obtidos em pesquisas conduzidas em participantes

humanos devem conter uma declaração na seção Métodos indicando a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (IRB). Os autores também devem indicar se o consentimento individual para o estudo foi obtido ou não, ou se foi dispensado.

Conflitos decorrentes de artigos de autoria de membros do Conselho Editorial

A revista avalia todas as submissões dos membros do conselho editorial puramente com base no mérito do conteúdo clínico apresentado, como faz para qualquer outro artigo vindo de autores de todo o mundo. Todos os artigos que incluem artigos de membros do Conselho Editorial são avaliados por meio de processo duplo-cego de revisão por pares (double-blind peer review), o que garantirá que as informações do (s) autor (es) não sejam reveladas aos revisores. Ao fazê-lo, a revista garante que não haja conflito de interesses ou preferências e que a seleção dos artigos seja feita exclusivamente por mérito do conteúdo clínico, garantindo, assim, a manutenção dos melhores padrões éticos e práticas de revisão por pares.

Referências

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

- Referências devem ser listadas no estilo AMA, usando o Index Medical journal title abbreviation.
- Referências devem vir ao final do texto. Abra uma linha antes de relacionar as referências.
- Referências devem ser citadas de forma sequencial no texto em ordem numérica (não alfabética).
- Cita todos os autores até o sexto autor. Se mais de 6 autores, citar os 6 primeiros seguidos de et al.
- Referências devem seguir estilo conforme os exemplos a seguir:

1. Artigo de revista:

Borges JLP, Milani C, Kuwajima SS, Laredo Filho J. Tratamento da luxação congênita de quadril com suspensório de Pavlik e monitorização ultra-sonográfica. Rev Bras Ortop. 2002;37(1/2):5-12.

2.
Capítulo de livro:
Johnson KA. Posterior tibial tendon. In: Baxter D. The foot and ankle in sport. St Louis: Mosby; 1995. p. 43-51.
3.
Livro:
Baxter D. The foot and ankle in sport. St Louis: Mosby; 1995.
4.
Tese:
Laredo Filho J. Contribuição ao estudo clínico-estatístico e genealógico-estatístico do pé torto congênito equinovaro [thesis]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 1968
5.
Publicação governamental:
Food and Drug Administration. Jin Bu Huan Herbal Tablets. Rockville, MD: National Press Office; April 15, 1994. Talk Paper T94-22
6.
Artigo online:
Lino Junior W, Belangero WD. Efeito do Hólmio YAG laser (Ho: YAG) sobre o tendão patelar de ratos após 12 e 24 semanas de seguimento. Acta Ortop Bras [periodical on the Internet]. 2005 [cited 2005, Aug 27];13(2):[about 5 p.]. Available from: <http://www.scielo.br/> scielo
7.
Artigo de simpósio:
Eisenberg J. Market forces and physician workforce reform: why they may not work. Paper presented at: Annual Meeting of the Association of American Medical Colleges; October 28, 1995; Washington, DC

Título e legenda de Figura

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

ao final de cada legenda entre parênteses. Este crédito deve ser completo com a referência bibliográfica da fonte, ou o copyright.

Tabelas

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

Vídeos

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

Material Complementar

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

PREPARAÇÃO DE ARTE DIGITAL

Guia Geral

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

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

Arte em preto & branco (PB)

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

Arte em cores

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

Dísticos

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

PROCESSO DE SUBMISSÃO

Article Processing Charge (APC) & Open Access

Esta é uma revista Open Access: todos os artigos, após publicados, são imediatamente e permanentemente feitos disponíveis de forma gratuita para leitura e download em nossa plataforma Thieme-connect. A Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) arca com os custos de publicação. Os autores não precisam pagar nenhuma taxa, tal como Article Processing Charge ou Open Access Publication Fee. Todos os artigos revisados são publicados com acesso aberto na RBO. O reuso por terceiros é definido pela licença Creative Commons: Creative Commons Attribution-Non Commercial-No Derivs (CC BY-NC-ND). Para finalidades não comerciais, outros podem distribuir e copiar o artigo e incluí-lo em um trabalho coletivo (como uma antologia), desde que seja dado o devido crédito ao(s) autor(es) e nada seja modificado.

Processo de Submissão

- Consulte o checklist da primeira página deste documento para ter certeza de que está pronto para encaminhar seu manuscrito.
- Manuscritos devem ser submetidos eletronicamente pelo link a seguir:
<http://www.editorialmanager.com/rbo>.
- Sempre revise o seu manuscrito antes de submetê-lo. Você pode interromper uma submissão a qualquer momento e continuar depois. Você pode checar o status de sua submissão acessando o Sistema. O Sistema converterá os arquivos fornecidos em um único PDF. Arquivos editáveis são necessários para editar seu

artigo para publicação final. Toda a comunicação, incluindo a notificação final do Editor e pedidos de revisão são enviados por e-mail o Editor-Chefe informará você por e-mail assim que tomar uma decisão.

Processo de Revisão

A revista segue um processo duplo-cego de revisão por pares (double-blind peer review), em que nem o autor nem o revisor ficam sabendo a identidade um do outro. Pelo menos dois revisores aleatórios com base em sua experiência técnica e clínica são designados pelo Editor-chefe para cada manuscrito. A decisão é tomada com base nas revisões comparativas que o manuscrito recebe durante o processo de revisão.

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

PROCESSO DE PRODUÇÃO

Prova do Autor

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

POLÍTICA EDITORIAL

Declaração de privacidade

Os nomes e endereços de e-mail inseridos neste site da revista serão usados exclusivamente para os propósitos declarados desta revista e não serão disponibilizados para qualquer outro propósito ou a qualquer outra parte.

Condutas Éticas

Nenhum dado ou imagem identificando um paciente pode ser usado sem consentimento formal (formulários de permissão do paciente estão disponíveis em: www.thieme.com/autores-de-periodicos); estudos usando seres humanos ou testes em animais devem seguir os padrões éticos do Comitê Internacional de Editores de Revistas de Medicina - ICMJE, bem como aprovação do Comitê de Ética da instituição de origem; conflitos de interesse devem ter formulário do ICMJE preenchido por todos os autores (disponível em: <http://icmje.org/>); marcas comerciais devem ser evitadas; autores são os únicos responsáveis pelas opiniões e conceitos dos artigos publicados, bem como pela precisão de referência.

Carta de autorização

O autor correspondente deve enviar carta autorizando a publicação, assinada por todos os co-autores, garantindo a exclusividade da publicação, ou seja, o artigo não deve ser publicado em outros veículos de notícias, nem estar disponível online. Artigos já publicados em outras mídias devem informar quando e onde foram aceitos para publicação.

Declaração de conflito de interesses (caso haja)

Todos os autores (incluindo os autores correspondentes e coautores associados ao manuscrito) devem fazer uma declaração formal no momento da submissão, indicando qualquer potencial conflito de interesses que possa constituir um constrangimento após a publicação. Tais conflitos podem incluir, mas não estão limitados à participação acionária ou recebimento de uma concessão ou taxa de consultoria de uma empresa cujo produto está incluído no manuscrito submetido ou que fabrica um produto concorrente. Caso o artigo seja aceito para publicação, essas informações serão publicadas com o artigo.

Os tipos de conflitos incluem: Consultoria, Royalties, Apoio à Pesquisa, Apoio Institucional, Propriedade, Estoque/ Opções, Gabinete de Palestrantes e Apoio Societário. Qualquer entidade comercial cujos produtos são descritos, revisados, avaliados ou comparados no manuscrito, exceto aqueles divulgados na seção Agradecimentos, são potenciais conflitos. Este periódico segue as diretrizes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors) e um formulário do ICMJE (ICMJE disclosure of potential conflicts of interest (COI) form) sobre potenciais conflitos de interesse (COI) deve ser submetido para cada autor no momento da submissão do manuscrito. Os formulários devem ser enviados mesmo que não haja conflito de interesses. É responsabilidade do autor correspondente garantir que todos os autores cumpram esta política antes da submissão. Uma declaração de conflito de interesse também deve ser incluída no manuscrito após quaisquer seções de "Agradecimentos" e "Financiamento" e deve resumir todos os aspectos de quaisquer conflitos de interesse incluídos no formulário do ICMJE. Se não houver conflito de interesse, os autores devem incluir 'Conflito de interesse: nenhum declarado'. Clique em <http://www.icmje.org/conflicts-of-interest> para baixar um formulário de conflito de interesses. As informações de divulgação são importantes no processamento do artigo. Se os formulários fornecidos estiverem incompletos ou faltando, isso pode causar atrasos na publicação do artigo.

Copyright

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

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

Como autor, é sua responsabilidade obter as autorizações, pagar eventuais taxas, fornecer cópias de autorizações e incluir o devido crédito ao final de cada legenda de figura ou tabela. Os artigos da RBO são publicados sob a licença "CC-BY-NC-ND 4.0". Isso significa que todos são livres para copiar, distribuir e transmitir o artigo publicado. O uso comercial não é permitido, nem trabalhos derivados (ninguém pode alterar, transformar ou construir sobre seu trabalho

sem permissão expressa). O texto completo da licença pode ser encontrado em <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>.

Papel da fonte de financiamento

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

Definição de Autoria

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

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

Colaboradores

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

Alterações na autoria

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

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