

Qualidade de vida de pacientes submetidos à artroplastia total primária de joelho

Life quality of patients submitted to knee's primary total arthroplasty

DOI:10.34117/bjdv8n10-082

Recebimento dos originais: 30/08/2022

Aceitação para publicação: 06/10/2022

Danilo Moreira Aquino

Médico Graduado pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Instituição: Hospital da Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Endereço: Rua Barão de Itapari, 227, Centro, São Luís – MA, CEP: 65020-070

E-mail: danilo.m.aquino92@gmail.com

José Wanderley Vasconcelos

Doutor em Cirurgia Geral pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Instituição: Hospital da Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Endereço: Rua Barão de Itapari, 227, Centro, São Luís – MA, CEP: 65020-070

E-mail: jwanderortop@gmail.com

Leopoldina Milanez da Silva Leite

Doutora em Fisiopatologia Clínica e Experimental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Instituição: Hospital da Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Endereço: Rua Barão de Itapari, 227, Centro, São Luís – MA, CEP: 65020-070

E-mail: milanezortop@gmail.com

Demóstenes Moreira

Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB)

Instituição: Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP-UFF-EBSERH)

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303, Centro, Niterói – RJ, CEP: 24070-035

E-mail: demostenesmoreira@gmail.com

Anderson Matheus Medeiros de Araújo

Médico Graduado pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Instituição: Hospital da Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Endereço: Rua Barão de Itapari, 227, Centro, São Luís - MA, CEP: 65020-070

E-mail: andersonmatheus@hotmail.com

Jorge Henrique Costa Nicolau

Médico Graduado pela Centro Universitário do Maranhão (CEUMA)

Instituição: Hospital da Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Endereço: Rua Barão de Itapari, 227, Centro, São Luís - MA, CEP: 65020-070

E-mail: jorge_nicolau@hotmail.com

Mônica Moura Ramos

Acadêmica de Medicina pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Instituição: Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Endereço: Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, Recife - PE

CEP: 51150-000

E-mail: ramosmonicamoura@gmail.com

RESUMO

O objetivo dessa pesquisa foi estudar a qualidade de vida dos pacientes submetidos à artroplastia total de joelho. Foram avaliados 41 pacientes submetidos a artroplastia total de joelho, operados em um hospital universitário, no período de janeiro de 2012 a junho de 2017, em relação a qualidade de vida, por meio de entrevista presencial usando a versão brasileira validada do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 e a Pergunta de Satisfação, aplicados 3 anos e 5 anos após procedimento (seguimento até fevereiro de 2017 a julho de 2022). Dos pacientes avaliados, 35 eram do sexo feminino e 06 do sexo masculino, a idade mínima foi de 41 anos e máxima de 76 anos, com média de idade de $68,6 \pm 4,7$ anos, tempo de seguimento de 5 anos. Na avaliação quanto à satisfação 95,1% dos pacientes ficaram satisfeitos com a intervenção. Observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os satisfeitos e insatisfeitos para os componentes capacidade funcional, aspecto físico, dor, saúde geral e vitalidade, do questionário SF-36. Por outro lado, para os componentes aspecto social, aspecto emocional e saúde mental, o grupo satisfeito apresentou média estatisticamente mais elevada, ou seja, menos comprometido, que o grupo não satisfeito. O impacto da cirurgia na qualidade de vida foi positivo em todos os pacientes, inclusive nos não satisfeitos, onde os componentes relacionados aos aspectos físicos foram positivos, porém tinham componente emocional com escore baixo, que influenciou negativamente na qualidade de vida e na satisfação.

Palavras-chave: artroplastia do joelho, artrose, qualidade de vida.

ABSTRACT

The purpose of this research was studying the quality of life of patients undergoing total knee arthroplasty. We evaluated 41 patients undergoing total knee arthroplasty, operated at a university hospital, from January 2012 to June 2017, in terms of quality of life, through a face-to-face interview using the validated Brazilian version of the Quality of Life Questionnaire. SF-36 Life and the Satisfaction Question, applied 3 years and 5 years after surgery (follow-up until February 2017 to July 2022). Of the patients evaluated, 35 were female and 6 were male, the minimum age was 41 years and the maximum age was 76 years, with a mean age of 68.6 ± 4.7 years, follow-up time of 5 years. In the assessment of satisfaction, 95.1% of patients were satisfied with the intervention. It was observed that there was no statistically significant difference between satisfied and dissatisfied for the components functional capacity, physical aspect, pain, general health and vitality, of the SF-36 questionnaire. On the other hand, for the social aspect, emotional aspect and mental health components, the satisfied group presented a statistically higher average, that is, less compromised, than the dissatisfied group. The impact of surgery on quality of life was positive in all patients, including those who were not satisfied, where the components related to physical aspects were positive, but had an emotional component with a low score, which negatively influenced quality of life and satisfaction.

Keywords: arthrosis, knee arthroplasty, quality of life.

1 INTRODUÇÃO

A artroplastia primária total de joelho (ATJ) é um procedimento cirúrgico indicado em casos de dores severas da gonartrose avançada, onde o tratamento conservador não consegue mais aliviar a dor do paciente.¹⁻³ Nessa fase da doença a dor limita e compromete a qualidade de vida, comprometendo sua saúde geral.⁴⁻⁶

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o conceito de qualidade de vida mais utilizado é “a percepção individual de um completo bem-estar físico, mental e social”.⁴⁻⁶ Foi nesse sentido que propomos avaliar o impacto da ATJ na mudança da qualidade de vida, das mudanças reais no bem-estar físico, mental e social dos pacientes operados.⁴⁻⁷

Neste estudo não demos enfoque as questões técnicas da ATJ, mas visamos considerar o impacto das mudanças, após a cirurgia, na vida cotidiana do paciente levando em conta a melhora funcional do joelho, bastante estudado na literatura, como também na sua satisfação e bem-estar.

O objetivo geral dessa pesquisa foi analisar a qualidade de vida e a satisfação de pacientes com doenças degenerativas avançadas do joelho pós ATJ. Os objetivos específicos foram: avaliar a satisfação do paciente após a cirurgia de ATJ; avaliar o estado geral de saúde; avaliar a vitalidade do paciente; avaliar o quadro doloroso; e avaliar os aspectos sociais, emocionais e a saúde mental.

2 MATERIAL E MÉTODOS

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa de campo qualitativa, retrospectiva, com 41 pacientes submetidos à artroplastia total de joelho, avaliando a qualidade de vida após a cirurgia.

2.2 COLETA DE DADOS

A obtenção de dados se deu por entrevista através do questionário SF-36 e questionamento de satisfação após concordância do paciente em participar do estudo e com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O trabalho foi aprovado na Plataforma Brasil e segue as normas do Comitê de Ética e Pesquisa com CAEE n.º 82743618.1.0000.5086.

As entrevistas foram presenciais, realizadas no Ambulatório de Ortopedia, sendo os pacientes contatados a partir dos dados dos prontuários no Serviço de Ortopedia e

Traumatologia. Foram avaliados 41 pacientes após a artroplastia, operados de janeiro de 2012 a junho de 2017, com os questionários aplicados após 3 anos da cirurgia e reaplicados com 5 anos, no seguimento ambulatorial, que foi até fevereiro de 2017 a julho de 2022. Os dados foram analisados pelo estudo descritivo para a elaboração de tabelas e dos outros resultados apresentados, conforme item Análise de dados abaixo.

Os critérios de não inclusão foram pacientes que se negaram a participar do estudo ou que não compareceram para a avaliação. A avaliação não foi realizada levando-se em conta a faixa etária, cor, estado geral de saúde, classes e grupos sociais, sendo realizada somente a avaliação por sexo para a conclusão final da pesquisa, após a análise dos dados coletados na entrevista.

Todos os pacientes avaliados nas consultas pré-operatórias tinham gonartrose com deformidade em varo de 10 a 20 graus, Ahlback 4(classificação de gonartrose), arco de movimento variando de 90 a 110 graus de flexão e mecanismo extensor íntegro, com contratura em flexão de 5 a 10 graus.

2.3 ANÁLISE DE DADOS

A pesquisa iniciou-se com a realização da pergunta de satisfação após a ATJ, que consistiu em pergunta de SIM ou NÃO, quanto à satisfação.

Posteriormente foi aplicado o questionário SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey), que é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, de fácil administração e compreensão.⁷ Se trata de um questionário estruturado com suas propriedades de medida: reprodutibilidade, validade e suscetibilidade a alterações; já foram bem demonstradas em diversos trabalhos.^{4,5,7} A tradução para o português do SF-36 e sua adequação às condições socioeconômicas e culturais da população⁷, torna, em conjunto com sua reprodutibilidade e validade, importante ferramenta para avaliação de doenças.

A partir do banco de dados do estudo, as análises foram feitas e pontuadas segundo o escore do questionário SF-36, analisando os pacientes por sexo e também em relação aos satisfeitos e insatisfeitos a partir do resultado da pergunta de satisfação. Foi aplicado 3 anos após procedimento e reaplicado com 5 anos após a cirurgia.

2.4 COMITÊ DE ÉTICA E FINANCIAMENTO

O estudo foi realizado de acordo com a Declaração de Helsinki, da Associação Médica Mundial sobre princípios éticos para Pesquisa Médica envolvendo seres

humanos, e foi revisada pelo Comitê de Revisão Institucional da nossa instituição com CAEE n.º 82743618.1.0000.5086.

2.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A estatística descritiva incluiu medidas de frequência, média, mediana e desvio-padrão, onde os dados foram analisados utilizando os recursos do software SPSS (versão 18.0). Gráficos de setores e box-plot foram utilizados para representar o resumo amostral de algumas variáveis.

A normalidade das variáveis numéricas foi analisada através do teste Lilliefors, e em seguida o teste T de Student independente foi selecionado para comparar os componentes da qualidade de vida entre gênero e grupos de satisfação com a intervenção. Além disso, o coeficiente de Pearson (R) foi utilizado para avaliar o grau de correlação entre as variáveis numéricas, sendo o nível de significância adotado de 5%.

3 RESULTADOS

Trinta e cinco pacientes eram do sexo feminino e seis do masculino (Gráfico 1), e a idade mínima foi de 41 e a máxima de 76 anos, com média de idade de $68,6 \pm 4,7$ anos, com follow-up (tempo de seguimento) de 5 anos, sendo os questionários aplicados aos 3 de pós-operatório e reaplicados com 5 anos, no seguimento ambulatorial, entre fevereiro de 2017 a julho de 2022. Não houveram mudanças quanto a satisfação e ao escore SF-36 no tempo máximo de seguimento pós-operatório e reaplicação dos questionários. Não houveram óbitos, infecções, solturas ou outras complicações relacionadas a cirurgia nos pacientes avaliados. Na pesquisa de satisfação 95,1% dos pacientes ficaram satisfeitos com a intervenção e 4,9% não satisfeitos (Gráfico 2).

Gráfico 1 - Distribuição da amostra avaliada por gênero

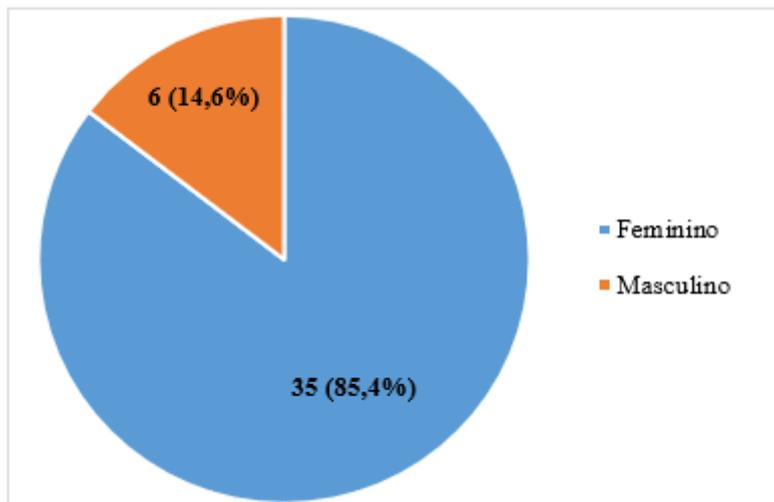
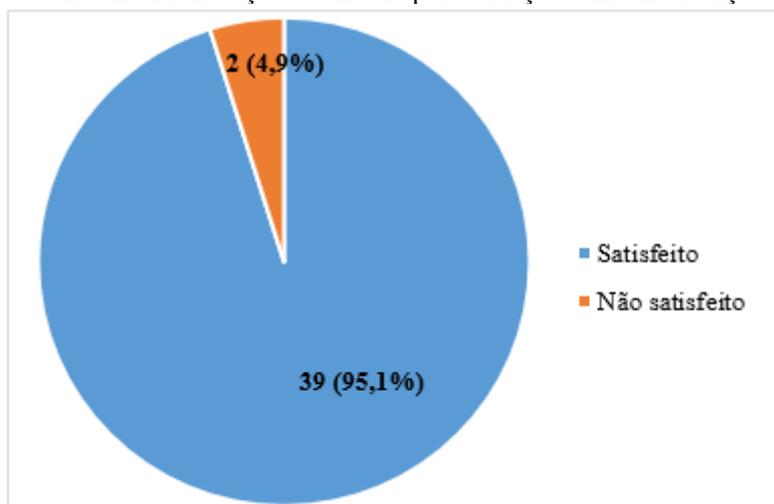


Gráfico 2 - Distribuição da amostra por satisfação com a intervenção.



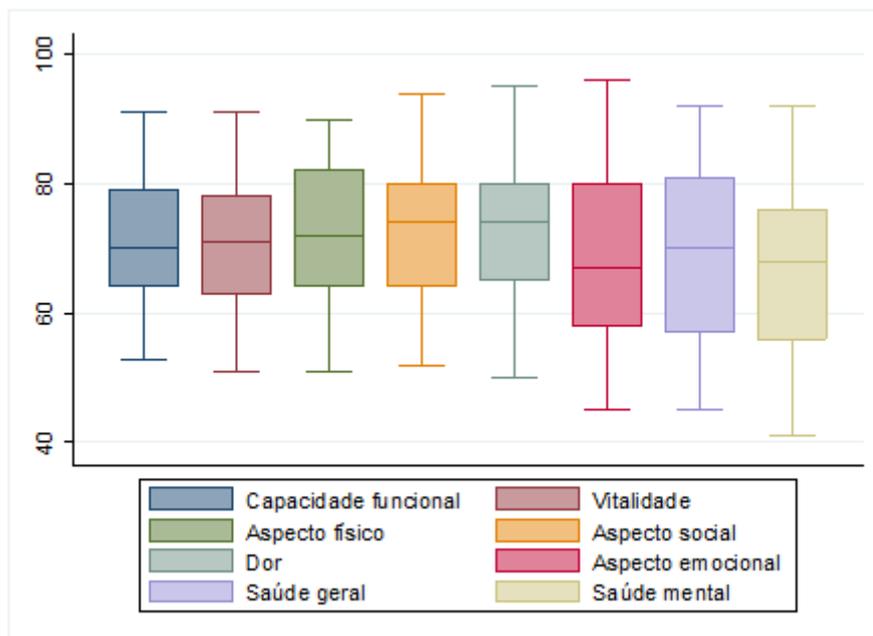
A tabela 1 expressa as medidas de tendência central e dispersão dos componentes da qualidade de vida coletados no presente estudo. Os componentes que apresentaram média do escore mais elevado, ou seja, menos comprometido, foram dor ($73,3 \pm 10,5$), seguido por vitalidade ($73,1 \pm 11,0$) e saúde geral ($72,1 \pm 10,6$). Por outro lado, os componentes que apresentaram média mais baixa, ou seja, mais comprometidos, foram o aspecto emocional ($69,1 \pm 13,7$), aspecto social ($68,9 \pm 13,3$) e saúde mental ($66,7 \pm 14,1$). A distribuição gráfica das medidas resumo está ilustrada na figura 1.

Tabela 1 - Medidas resumos dos escores de qualidade de vida na amostra avaliada.

Componente da qualidade de vida	Medida resumo no total da amostra			
	média ±dp	mediana	mínimo	máximo
Capacidade funcional	71,6 ±10,3	70	53	91
Aspecto físico	71,3 ±9,9	71	51	91
Dor	73,3 ±10,5	72	51	90
Saúde geral	72,1 ±10,6	74	52	94
Vitalidade	73,1 ±11,0	74	50	95
Aspecto social	68,9 ±13,3	67	45	96
Aspecto emocional	69,1 ±13,7	70	45	92
Saúde mental	66,7 ±14,1	68	41	92

±dp = desvio-padrão

Figura 1 - Distribuição dos quartis dos escores por componente da qualidade de vida.



A tabela 2 apresenta as médias dos escores da qualidade de vida e análise comparativa por gênero. Observou-se uma média mais elevada dos escores no gênero feminino, entretanto, estas diferenças não foram estatisticamente significantes ($p > 0,05$).

A análise comparativa dos escores da qualidade de vida por grupo de satisfação, com a intervenção, está apresentada na tabela 3. Observou-se que não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos para os componentes capacidade funcional, aspecto físico, dor, saúde geral e vitalidade ($p > 0,05$). Por outro lado, para os componentes aspecto social, aspecto emocional e saúde mental, o grupo satisfeito apresentou média estatisticamente mais elevada, ou seja, menos comprometido que o grupo não satisfeito ($p < 0,05$).

Tabela 2 - Análise comparativa dos componentes da qualidade de vida entre os gêneros na amostra avaliada.

Componente da qualidade de vida	Gênero		P
	Feminino média ±dp	Masculino média ±dp	
Capacidade funcional	71,8 ±9,9	70,8 ±13,4	0,873
Aspecto físico	71,4 ±9,9	70,7 ±11,2	0,884
Dor	73,6 ±10,4	71,3 ±12,2	0,671
Saúde geral	72,5 ±10,6	69,3 ±11,1	0,535
Vitalidade	73,4 ±11,0	70,8 ±11,9	0,627
Aspecto social	69,7 ±13,3	64,7 ±13,8	0,435
Aspecto emocional	69,7 ±13,1	65,5 ±18,3	0,606
Saúde mental	67,2 ±13,6	63,7 ±18,4	0,672

±dp = desvio-padrão. Valor de P calculado através do teste T de Student independente.

Tabela 3 - Análise comparativa dos componentes da qualidade de vida entre o grupo satisfeito e não satisfeito com a intervenção.

Componente da qualidade de vida	Satisfeito com a intervenção		P
	Sim média ±dp	Não média ±dp	
Capacidade funcional	72,1 ±10,2	63,5 ±14,8	0,492
Aspecto físico	71,8 ±9,6	59,5 ±12,0	0,274
Dor	73,9 ±10,1	61,5 ±14,8	0,351
Saúde geral	72,5 ±10,4	64,0 ±14,1	0,476
Vitalidade	73,6 ±10,9	63,5 ±9,1	0,243
Aspecto social	69,9 ±12,9	50,5 ±2,1	0,001*
Aspecto emocional	69,9 ±13,6	53,0 ±2,8	0,003*
Saúde mental	67,7 ±13,8	47,5 ±2,1	<0,001*

±dp = desvio-padrão. Valor de P calculado através do teste T de Student independente. *Diferenças estatisticamente significantes (P < 0,05).

Além disso, realizou-se a análise de correlação linear entre o fator idade e qualidade de vida, e os componentes da qualidade de vida entre si. Os dados revelaram que quanto maior a idade menor o escore dos componentes da qualidade de vida, ou seja, quanto mais idoso for o paciente, mais comprometido é cada aspecto; a correlação inversa mais forte com a idade foi o componente dor (R = -0,52; p < 0,001). Todas as correlações dos componentes da qualidade de vida entre si, apresentaram correlações diretamente proporcionais de forma estatisticamente significativa (p < 0,05). Vale destacar que, as correlações mais fortes foram entre dor e aspecto físico (R = 0,95; p < 0,001), capacidade funcional e aspecto físico (R = 0,94; p < 0,001), vitalidade e saúde geral (R = 0,92; P < 0,001), vitalidade e aspecto social (R = 0,92; p < 0,001), aspecto social e aspecto emocional (R = 0,92; p < 0,001), aspecto emocional e saúde Mental (R = 0,92; p < 0,001) como mostra a tabela 4.

Após a cirurgia, usando o padrão do serviço para ATJ, o eixo ficou com alinhamento de 6 graus de valgo e 3 graus de rotação externa, e todos tiveram ganho de

arco de movimento, que variou de 100 a 120 graus de flexão. No seguimento de 5 anos após o procedimento, com revisões ambulatoriais que se deram 15 dias de pós alta, 30 dias, 60 dias, 5 meses, 8 meses, 1 ano, com seguimento anual até 5 anos após o primeiro ano, foi prescrito analgesia, fisioterapia motora para reabilitação e acompanhamento psicológico; todos aderiram a fisioterapia e psicoterapia. Os pacientes insatisfeitos tiveram quatro vezes mais sessões de psicoterapia em relação aos satisfeitos, porém, as sessões de fisioterapia foram a mesma quantidade em ambos os grupos e o mesmo grau de analgesia.

Tabela 4 - Análise de correlação de Pearson entre idade e os componentes da qualidade de vida na amostra avaliada.

Variáveis	Componentes da qualidade de vida							
	Capacidade funcional	Aspecto físico	Dor	Saúde geral	Vitalidade	Aspecto social	Aspecto emocional	Saúde mental
Idade	R = -0,43 P = 0,004*	R = -0,47 P = 0,001*	R = -0,52 P < 0,001*	R = -0,48 P = 0,001*	R = -0,39 P = 0,009*	R = -0,40 P = 0,008*	R = -0,42 P = 0,005*	R = -0,40 P = 0,007
Capacidade funcional	1	R = 0,94 P < 0,001*	R = 0,91 P < 0,001*	R = 0,89 P < 0,001*	R = 0,88 P < 0,001*	R = 0,80 P < 0,001*	R = 0,75 P < 0,001*	R = 0,76 P < 0,001*
Aspecto físico	-	1	R = 0,95 P < 0,001*	R = 0,90 P < 0,001*	R = 0,89 P < 0,001*	R = 0,82 P < 0,001*	R = 0,76 P < 0,001*	R = 0,74 P < 0,001*
Dor	-	-	1	R = 0,91 P < 0,001*	R = 0,88 P < 0,001*	R = 0,86 P < 0,001*	R = 0,83 P < 0,001*	R = 0,80 P < 0,001*
Saúde geral	-	-	-	1	R = 0,92 P < 0,001*	R = 0,80 P < 0,001*	R = 0,79 P < 0,001*	R = 0,77 P < 0,001*
Vitalidade	-	-	-	-	1	R = 0,92 P < 0,001*	R = 0,78 P < 0,001*	R = 0,84 P < 0,001*
Aspecto social	-	-	-	-	-	1	R = 0,92 P < 0,001*	R = 0,89 P < 0,001*
Aspecto emocional	-	-	-	-	-	-	1	R = 0,92 P < 0,001*
Saúde mental	-	-	-	-	-	-	-	1

R = coeficiente de correlação de Pearson. *Correlação estatisticamente significativa (P < 0,05).

4 DISCUSSÃO

Há uma escassez de estudos, na bibliografia consultada, que abordem a qualidade de vida em pacientes que se submeteram a ATJ, sendo normalmente abordados aspectos técnicos como melhoria da movimentação articular, ângulos de movimentos e alinhamento, propriocepção e etc.¹⁰⁻¹⁸. Nesse sentido, achamos importante contribuir com um estudo para avaliar o estado de saúde físico, mental e social do paciente após ATJ.

A avaliação apenas relacionada a ATJ poderia concluir a falsa percepção de sucesso no tratamento, baseado na simples melhoria dos escores utilizados para a articulação do joelho. O contrário pode ocorrer com o aparente resultado ruim medido pelos escores, que poderiam subvalorizar o real alcance do tratamento para a saúde geral e a qualidade de vida do paciente.^(13,14) Isto é verdade nos pacientes com doença degenerativa poli articular, como nas artrites inflamatórias e autoimunes.^(10,12)

Exemplos de avaliação após ATJ são o *Hospital for Special Surgery Knee Score* e o *Knee Society Score*.⁹ Esses sistemas não focaram nos benefícios para saúde geral do paciente, focando em aspectos funcionais da articulação do joelho somente. Sistemas criados como o *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index* (WOMAC) tentam suprir essa escassez.^(10,11)

Apesar de métodos como o WOMAC fornecerem informações sobre o estado geral de saúde, são necessárias medidas mais apropriadas para se estimar o *status* físico, mental e social.⁽¹¹⁾

Alguns trabalhos estabelecem melhoria na qualidade de vida após ATJ^(10,4,15-18), como Jolles e Bogoch⁽¹⁰⁾ que estudaram a qualidade de vida após ATJ em portadores de artrite reumatoide juvenil, concluindo que os instrumentos usados para análise dos resultados (após ATJ) não foram capazes de colher informações importantes para os pacientes no grupo estudado. Utilizaram, assim, outros sistemas de medidas de resultado, que foram geradas pelos próprios pacientes, conseguindo assim, quantificar a satisfação e a melhoria na qualidade de vida, após ATJ, em diferentes aspectos do cotidiano.

Alguns estudos sugerem que o aspecto social influencia fortemente o tratamento da gonartrose.¹⁹⁻²² Ackerman *et al.*⁽¹⁹⁾ concluíram que as mulheres e os pacientes em condições socioeconômicas mais desfavoráveis apresentaram uma pior qualidade de vida após ATJ.

A revisão sistemática de Silva *et al.*⁽²³⁾ concluíram que a ATJ é capaz de melhorar globalmente a qualidade de vida dos pacientes. Dor e função estão entre os mais

importantes indicativos de melhoria da qualidade de vida, mesmo quando a função permanece inferior à de pacientes saudáveis.

Quando utilizado a versão brasileira validada do Questionário de Qualidade de Vida SF-36⁷, foi observado que em todos os pacientes os componentes dor, vitalidade e saúde geral foram estatisticamente expressivos positivamente. Por outro lado, os componentes que apresentaram média mais baixa, ou seja, mais comprometidos, os aspectos emocional, social e saúde mental, tiveram os menores valores nos dois pacientes insatisfeitos do estudo, mostrando que os fatores sociais, emocionais e mentais interferem fortemente na satisfação dos pacientes. Os pacientes insatisfeitos necessitaram de quatro vezes mais sessões de psicoterapia em relação aos satisfeitos.

No nosso estudo utilizamos o questionário SF-36 somente após a cirurgia e a pergunta de satisfação, para análise dos resultados e impactos da qualidade de vida nos pacientes pós ATJ. No artigo de Oliveira *et al.*,⁶ foi aplicado o questionário SF-36 antes da cirurgia e 6 meses no pós-operatório. Nesse mesmo artigo foi possível observar melhora dos escores de qualidade de vida em todos os pacientes avaliados no estudo.

Correlacionando os resultados percebe-se que a cirurgia de fato favoreceu positivamente vários aspectos da qualidade de vida, e que o fator emocional tem grande impacto na satisfação dos pacientes, já que mesmo com escores altos, após ATJ, em aspectos físicos e funcionais, além da melhoria do eixo e graus de mobilidade articular do joelho em todos os pacientes após a cirurgia, mostraram baixos componentes de aspecto social, emocional e saúde mental no grupo de pacientes insatisfeitos. Isso leva a concluir que fatores externos, não relacionados a ATJ em si, podem influenciar negativamente na satisfação do paciente.

5 CONCLUSÃO

Os pacientes operados e avaliados no presente estudo, submetidos a ATJ com gonartrose avançada, tiveram uma melhora importante na qualidade de vida, pois fazendo uma comparação entre todos os pacientes, satisfeitos e insatisfeitos, os componentes de dor, vitalidade e saúde geral foram altos, refletindo o impacto positivo da cirurgia. Porém, no grupo dos insatisfeitos observou-se que os aspectos social, emocional e saúde mental tiveram valores bem abaixo em comparação aos satisfeitos, além de necessitarem de mais sessões de psicoterapia, o que mostra que a cirurgia, apesar de melhorar vários aspectos da qualidade de vida, não é capaz de satisfazer por completo a todos os pacientes, pois a

qualidade de vida envolve o bem-estar físico, mental e social, e outros fatores externos estão implicados na satisfação do paciente em relação a cirurgia realizada.

REFERÊNCIAS

- Leme LEG, Kitadai FT, AmatuZZi MM. Artropatias degenerativas do joelho no idoso. In: AmatuZZi MM. Joelho - Articulação central dos membros inferiores. São Paulo: Roca; 2004:469-478
- Harkess JW, Daniels AU. Artroplastia - Introdução e visão geral. In: Canale T. Cirurgia ortopédica de Campbell. Tradução e revisão científica de Alexandre David. Barueri: Manole; 2006:223-242
- Crockarell JR, Guyton JL. Artroplastia de tornozelo e joelho. In: Canale T. Cirurgia ortopédica de Campbell. Tradução e revisão científica de José FM Alloza, Joicemar T Amaro e Idemar M Palma. Barueri: Manole; 2006:243-313
- Silva RR, Santos AAM, Carvalho Júnior JS, Matos MA. Qualidade de vida após artroplastia total do joelho: revisão sistemática. Rev Bras Ortop 2014;49(5):520-527
- Seidi EMF, Zannon CML. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública 2004;20(2):580-588
- Oliveira MP, Ferreira AMA, Cordeiro RXR, Lima JA. Qualidade de vida e o contexto social de pacientes submetidos à artroplastia total primária do joelho. Rev Bras Ortop 2012;47(1):77-82
- Miguel EC, Rosário-Campos MC, Mathis MA, et al. Protocolo de Pesquisa do PROTOC. São Paulo: Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007
- Laires PA, Laíns J, Miranda LC, et al. Alívio inadequado da dor em pacientes com osteoartrite de joelho primária. Rev Bras de Reumatol 2017;57(3):229-237
- Ghanem E, Pawasarat I, Lindsay A, May L, Azzam K, Joshi A, et al. Limitations of the Knee Society Score in evaluating outcomes following revision total knee arthroplasty. J Bone Joint Surg Am 2010;92(14):2445-2451
- Jolles BM, Bogoch ER. Quality of life after TKA for patients with juvenile rheumatoid arthritis. Clin Orthop Relat Res 2008;466(1):167-178
- McConnell S, Kolopack P, Davis AM. The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC): a review of its utility and measurement properties. Arthritis Rheum 2001;45(5):453-461
- Zicat, B, Rorabeck CH, Bourne RB, Devane PA, Nott L. Total knee arthroplasty in the octogenarian. J Arthroplasty 1993;8(4):395-400
- Arshi A, Leong NL, D'Oro A, et al. Outpatient Total Knee Arthroplasty Is Associated with Higher Risk of Perioperative Complications. J Bone Joint Surg Am 2017;99(23):1978-1986

Fortin PR, Penrod JR, Clarke AE, et al. Timing of total joint replacement affects clinical outcomes among patients with osteoarthritis of the hip or knee. *Arthritis Rheum* 2002;46(12):3327-3330

Räsänen P, Paavolainen P, Sintonen H, et al. Effectiveness of hip or knee replacement surgery in terms of quality-adjusted life years and costs. *Acta Orthop* 2007;78(1):108-115

Rissanen P, Aro S, Slätis P, Sintonen H, Paavolainen P. Health and quality of life before and after hip or knee arthroplasty. *J Arthroplasty* 1995;10(2):169-175

Rissanen P, Aro S, Sintonen H, Slätis P, Paavolainen P. Quality of life and functional ability in hip and knee replacements: a prospective study. *Qual Life Res* 1996;5(1):56-64

Salmon P, Hall GM, Peerbhoy D, Shenkin A, Parker C. Recovery from hip and knee arthroplasty: Patients' perspective on pain, function, quality of life, and well-being up to 6 months postoperatively. *Arch Phys Med And Rehabil* 2001;82(3):360-366

Ackerman IN, Graves SE, Wicks IP, Bennell KL, Osborne RH. Severely compromised quality of life in women and those of lower socioeconomic status waiting for joint replacement surgery. *Arthritis Rheum* 2005;53(5):653-658

Jinks C, Lewis M, Croft P. Health status after hip or knee arthroplasty. *Ann Rheum Dis* 2003;62(8):700-701

Dixon T, Shaw M, Ebrahim S, Dieppe P. Trends in hip and knee joint replacement: socioeconomic inequalities and projections of need. *Ann Rheum Dis* 2004;63(7):825-830

Notte BB, Fazzini C, Mooney RA. Reiki's effect on patients with total knee arthroplasty. *Nursing* 2016; 46(2):17-23

Silva RR, Santos AAM, Júnior JSC, Matos MA. Qualidade de vida após artroplastia total do joelho: revisão sistemática. *Rev Bras Ortop.* 2014;49(5):520-7