

Autopercepção da qualidade de vida de pacientes submetidos à artroplastia total do joelho

Patient self-perception of the quality of life after total knee arthroplasty

Autopercepción de la calidad de vida de pacientes luego de una artroplastia total de rodilla

Eli Ávila **SOUZA JÚNIOR**
Guilherme Ferreira **SIMÕES**
Maíra Soares **TORRES**
Daniel Soares **BAUMFELD**
Tulio Vinícius de Oliveira **CAMPOS**
Marco Antônio Percope de **ANDRADE**

Departamento do Aparelho Locomotor, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais-UFGM, 30130-100 Belo Horizonte-MG, Brasil

Resumo

Introdução: A doença articular degenerativa, osteoartrose, é, no geral, a principal causa de deficiência física entre idosos. A dor e a limitação funcional provocadas por essa condição, especialmente nos membros inferiores, apresentam forte correlação com a redução na qualidade de vida dessas pessoas. A artroplastia total do joelho é um procedimento terapêutico de excelentes resultados na artrose do joelho, cada vez mais prevalente. **Objetivo:** Conhecer a qualidade de vida antes e depois desse procedimento sob a perspectiva do paciente. **Material e método:** Estudo qualitativo, descritivo, realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, com 50 pacientes submetidos a artroplastia total do joelho. A tabulação dos dados ocorreu por meio da utilização de três figuras metodológicas: ideia central, expressões chave e o discurso sujeito coletivo. **Resultados:** Melhora importante da dor, ganho funcional, maior sensação de segurança e menor dependência de medicamentos com função analgésica foram vantagens destacadas. Ainda que uma parcela mantenha queixas algícas em outros segmentos após o procedimento, a satisfação com a prótese foi significativa entre os pacientes, com descrições originais sobre a qualidade de vida nos dois momentos exemplificando essa constatação. **Conclusão:** A satisfação com a artroplastia total do joelho é significativa entre os pacientes em vários domínios, claramente visível em uma exploração de caráter qualitativo.

Descritores: Avaliação da Pesquisa em Saúde; Osteoartrite; Artroplastia do Joelho; Qualidade de Vida.

Abstract

Introduction: Degenerative joint disease, osteoarthritis, is, in general, the main cause of physical disability among the elderly. The pain and functional limitation caused by this condition, especially in the lower limbs, present a strong correlation with a reduction in their quality of life. Total knee arthroplasty is a therapeutic procedure with excellent results in knee arthritis, which is increasingly prevalent. **Objective:** The objective was to assess the quality of life before and after this procedure from the patient's perspective.

Methods: A qualitative, descriptive study was performed at Hospital das Clínicas, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil, with 50 patients who underwent total knee arthroplasty. The tabulation of data occurred through the use of three methodological figures: central idea, key expressions and collective subject discourse. **Results:** Significant improvement of pain, functional gain, greater sensation of safety and less dependence on drugs with analgesic function were the main benefits. Although a portion maintains painful complaints in other segments after the procedure, the satisfaction with the prosthesis was significant among the patients, with original descriptions about the quality of life in the two moments, exemplifying this finding. **Conclusion:** Satisfaction with total knee arthroplasty is significant among patients in several domains, clearly visible in a qualitative exploration.

Descriptors: Health Research Evaluation; Osteoarthritis; Arthroplasty, Replacement, Knee; Quality of Life.

Resumen

Introducción: La enfermedad articular degenerativa, la osteoartritis, es, en general, la principal causa de deficiencia física entre ancianos. El dolor y la limitación funcional provocada por esta condición, especialmente en los miembros inferiores, presentan una fuerte correlación con la reducción en la calidad de vida de esas personas. La artroplastia total de la rodilla es un procedimiento terapéutico de excelentes resultados en la artrosis de la rodilla, cada vez más prevalente. **Objetivo:** Se objetivó conocer la calidad de vida antes y después de ese procedimiento desde la perspectiva del paciente. **Material y método:** Estudio cualitativo, descriptivo, realizado en el Hospital de las Clínicas de la Universidad Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, con 50 pacientes sometidos a artroplastia total de la rodilla. La tabulación de los datos ocurrió por medio de la utilización de tres figuras metodológicas: idea central, expresiones clave y el discurso del sujeto colectivo. **Resultados:** Mejora importante del dolor, aumento funcional, mayor sensación de seguridad y menor dependencia de medicamentos con función analgésica fueron ventajas destacadas. Aunque una parcela mantiene quejas algícas en otros segmentos después del procedimiento, la satisfacción con la prótesis fue significativa entre los pacientes, con descripciones originales sobre la calidad de vida en los dos momentos ejemplificando esa constatación. **Conclusión:** La satisfacción con la artroplastia total de la rodilla es significativa entre los pacientes en varios dominios, claramente visible en una exploración de carácter cualitativo.

Descriptores: Evaluación de la Investigación en Salud; Osteoartritis; Artroplastia de Reemplazo de Rodilla; Calidad de Vida.

INTRODUÇÃO

Artroplastia é um procedimento cirúrgico para restaurar o movimento indolor de uma articulação e restabelecer a função dos músculos, dos ligamentos e das outras estruturas de tecidos moles que controlam essa região anatômica¹. A cirurgia de substituição articular total é indicada em casos de indivíduos que possuem articulação com artrose dolorosa, incapacitante e refratária ao tratamento conservador¹. Estudo epidemiológico conduzido por Lenza et al.² aponta que a maioria dos pacientes

(81,3%) submetidos a artroplastia total do joelho (ATJ) tem 65 anos ou mais. O principal diagnóstico pré-operatório que motivou a cirurgia foi a osteoartrose (84,9%). Dentre as comorbidades, a doença clínica mais frequentemente diagnosticada no pré-operatório foi hipertensão arterial sistêmica (50,4%)². Kurtz et al.³ projetam que a demanda por artroplastia primária do joelho terá um aumento de 673%, de 450.000 em 2005 para 3,48 milhões em 2030, nos Estados Unidos da América².

O conceito de qualidade de vida (QV) teve sua base relacionada à aquisição de bens materiais e à capacidade das populações em adquiri-los para um bem-estar social. Com o desenvolvimento das sociedades e do sistema capitalista, esse termo passou a ser ampliado devido à necessidade de avaliar o contexto mais universalizado do bem estar físico, mental e social. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o conceito de QV mais utilizado é "a percepção individual de um completo bem-estar físico, mental e social"^{4,5}.

A doença articular degenerativa, osteoartrose, é, no geral, a principal causa de deficiência física entre idosos. A dor e a limitação funcional provocadas por essa condição, especialmente nos membros inferiores, apresentam forte correlação com a redução na QV dessas pessoas^{6,7}.

Os métodos atuais de avaliação dos resultados da ATJ são baseados principalmente em sinais e sintomas clínicos, no exame físico e na avaliação radiográfica. Esse tipo de avaliação não contempla todos os aspectos do tratamento, já que não é capaz de detectar as reais necessidades e expectativas do paciente, tais como mudanças na QV, nas relações sociais e no seu meio ambiente^{6,8-11}.

Durante a última década houve aumento no interesse em avaliar a maneira pela qual os pacientes percebem o impacto da doença, isto é, a qualidade de vida relacionada à saúde. A QV relacionada à saúde é, portanto, uma construção multidimensional que captura o impacto do estado de saúde, incluindo doença e tratamento em três domínios: físico, psicológico e função social¹².

O objetivo desse trabalho foi conhecer quais as perspectivas dos pacientes em relação a qualidade de vida apresentada antes e após o tratamento com a prótese total do joelho, de uma maneira qualitativa, centrada no paciente.

MATERIAL E MÉTODO

Optou-se pela pesquisa qualitativa do tipo exploratória, adotando como metodologia a Teoria das Representações Sociais (TRS). Esta tem grande aplicabilidade na área de saúde, apreendendo os aspectos mais subjetivos que permeiam os problemas dessa área. Para conhecer e descrever as considerações dos pacientes sobre a qualidade de vida antes e depois da artroplastia total do joelho, sob o referencial das TRS, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) constituiu-se como método escolhido.

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo¹³, responde às questões particulares, considerando como sujeito de estudo pessoas pertencentes a um grupo e com uma determinada condição social, com um universo de significados, valores, crenças e atitudes. A pesquisa exploratória é realizada em áreas nas quais há pouco conhecimento acumulado e sistematizado, constituindo-se na primeira etapa de

uma investigação mais ampla, sendo desenvolvida quando o tema é pouco explorado. Por sua natureza de sondagem, não comporta hipóteses que, todavia, podem surgir durante ou ao final da pesquisa¹³.

Realizou-se então a entrevista individual com duas questões semiestruturadas, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), obedecendo-se à resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, sendo que as questões éticas deste trabalho foram orientadas pelas suas diretrizes e levadas, pelo investigador, ao conhecimento dos sujeitos da pesquisa. A obtenção do TCLE é um processo que tem por objetivo permitir que o sujeito da pesquisa compreenda os procedimentos, riscos, desconfortos, benefícios e direitos envolvidos, dando condições para que haja uma decisão autônoma.

O estudo, realizado no período de 01 de abril de 2017 a 01 de novembro de 2017, teve como sujeitos 50 pacientes submetidos à ATJ, acompanhados no ambulatório de joelho do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. As entrevistas investigaram quais as considerações dos pacientes sobre a qualidade de vida antes e depois da ATJ. Cada entrevista foi gravada em fita e depois transcrita para análise. Para a análise e apresentação dos resultados utilizou-se o DSC, redigido na primeira pessoa do singular, composto por expressões-chaves (ECH) que tiveram as mesmas ideias centrais (IC) e mesma ancoragem (AC), obedecendo-se rigorosamente a ordem das seguintes etapas:

- 1ª etapa: análise das respostas e posterior transcrição das mesmas;
- 2ª etapa: leitura individual das respostas de cada entrevistado, seguida da leitura separada de todas as respostas para a questão analisada;
- 3ª etapa: transcrição das respostas para a questão 1, sendo indicadas as IC, que representaram a descrição das ECH e não a sua interpretação. Mesmo procedimento para todas as questões;
- 4ª etapa: transcrição individual de cada ideia central com as suas respectivas ECH;
- 5ª etapa: extração do tema de cada uma das perguntas, agrupando-se a suas respectivas IC. Finalmente, construção dos DSC separadamente de cada ideia central, com as suas respectivas ECH.

RESULTADOS

Quanto à caracterização da amostra por gênero, obtivemos 40 pacientes do sexo feminino e 10 do sexo masculino. Quanto à lateralidade, 21 próteses à direita, 14 a esquerda e 15 bilaterais. Quanto ao tempo transcorrido desde a cirurgia, 23 casos haviam sido operados há menos de 1 ano e 27 há mais de 1 ano. Quanto ao tratamento prévio realizado, 41 pacientes relataram fisioterapia, 6 pacientes relataram infiltração, 31 pacientes o uso de

de anti-inflamatório e 6 acupuntura.

Quando abordados com a primeira pergunta (como era sua qualidade de vida antes da prótese?) a ideia central referida por 74% dos entrevistados foi dor, sendo que 56% referiram limitação funcional, 22% citaram insegurança, 20% mencionaram dependência de medicações, 6% discorreram sobre deformidade apresentada no membro; 1 paciente (2% da amostra) disse que a qualidade de vida antes da cirurgia era melhor. As ideias centrais são mostradas no Gráfico 1.

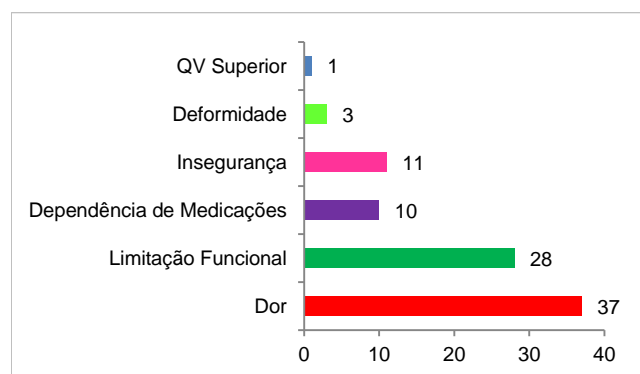


Gráfico 1: Qualidade de vida antes da prótese: ideias centrais para a primeira abordagem.

As ideias centrais (IC), palavras-chave e discurso do sujeito coletivo para a primeira abordagem encontram-se listados abaixo:

○ IC: Dor - 74%

DSC: “Minha qualidade de vida era péssima, de tanta dor. Os joelhos *doíam muito*, por isso, era muito ruim(...) *Doía muito*. A dor era *insuportável* aqui no osso. Ficava *doendo* quentinho, como se tivesse uma febre nele. *Doía muito* para subir e descer escadas(...) *Doía muito* para movimentar. Sentia muita dor na perna. Eu *chorava de dor* o tempo todo(...) Esse joelho *doía* tanto, que as vezes tinha vontade de morrer. Era 24 horas *doendo*(...) A dor era direto. Andava, estava *doendo*; parada, estava *doendo*; deitada, estava *doendo*; sentada, *doía*. Eu gritava de dor. Eu vivia no médico, de tanto que *doía*(...) Fazia as coisas em casa com dor. Minha vida era chorar de tanta dor. A dor era nota dez. Dor para todo lado. *Doía* dia e noite(…)”

○ IC: Dependência de Medicamentos - 20%

DSC: “Eu usava muito *remédio* para dor. Tomava *morfina* direto, minha mão enchia de *remédios* para dormir(...) Os *remédios* que eu tomava já não faziam efeito. Era *remédio* demais. Tomava *remédio* para dor, mas não cortava não, só *aliviava*(...) Eu vivia a base de *remédio*. Não existia *remédio* que curasse essa dor(…)”

○ IC: Limitação Funcional - 56%

DSC: “Não conseguia *fazer nada*, só *ficava na cama*. Para ajoelhar era *muito difícil*. Quase *não saía de casa* porque *não conseguia caminhar*. Para andar, tinha quase que *arrastar*(...) No trabalho, *me*

incomodava demais. Tive que *usar bengala*. Não conseguia encontrar maneira adequada de dormir(...) *Não dava para trabalhar em pé*, tinha que sentar o tempo todo. Na minha casa já não conseguia *fazer nada direito*. Às vezes *não conseguia* por o pé no chão. Tinha muitas coisas que eu *não conseguia fazer*(...) Eu tinha que andar só em superfícies planas, e mesmo assim *não andava com desenvoltura*. O joelho *me atrapalhava* o tempo todo no trabalho. Conseguia fazer as coisas com *muita dificuldade*: varrer a casa era só *escorada* em uma cadeira. Cheguei a precisar de *cadeira de rodas*(...) *Ficava mais era deitada*. As pernas eram muito pesadas; parecia que pesavam uns cem quilos(…)”

○ IC: Deformidade - 6%

DSC: “Era terrível, um joelho estava *quase encontrando o outro*. Eu *entortei*, as pernas estavam *abrindo*(...) Minha perna era muito *torta*.”

○ IC: Insegurança - 22%

DSC: “Quando andava, parecia que eu estava *pisando longe do chão*; estava usando bengala, porque *tinha medo de cair*. Sentia que minhas pernas *não estavam equilibrando*(...) Se eu andasse um pouco mais rápido, *eu caía*. Era bem *complicado ficar de pé*. Escorava na bengala; se a bengala escorregasse, eu *caía*(...) Preferia *andar em superfícies planas*. *Caía no chão sem parar*. Tinha muito medo de *cair* e quebrar a perna(...) Tomei um *tombo*, e aí tive que usar *bengalas*. Sentia como se as pernas fossem *falhar*, que eu fosse *cair*, como se elas não estivessem *segurando*(…)”

○ IC: Era Melhor - 2%

DSC: “Ótima, minha vida era *tranquila*. Antes, era bem *melhor*, com certeza! Mesmo com o joelho arrebentado *era bem melhor* do que com a prótese. Jogava até bola, dirigia, trabalhava normal. Agora não mais.”

Na segunda abordagem (como é a sua qualidade de vida após a prótese?), 56% dos entrevistados referiram como ideia central a melhora da dor, 36% a melhora da função, 18% enfatizaram sobre a dor em outro segmento, 8% disseram não ter tido tempo suficiente para avaliar e 1 paciente (2%) referiu piora da qualidade de vida. As ideias centrais são mostradas no Gráfico 2.

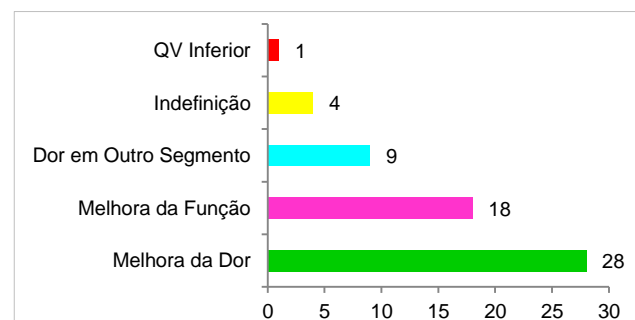


Gráfico 2: Qualidade de vida após a prótese: ideias centrais para a segunda abordagem.

As ideias centrais (IC), palavras-chave e discurso do sujeito coletivo (DSC) para a segunda abordagem encontram-se listados abaixo:

○ IC: Melhora da Dor - 56%

DSC: “Estou me sentindo muito *bem*. Não sinto mais *nenhuma dor* no joelho. Valeu a pena. A *sensação* é muito *melhor*(...) A dor *melhorou* mil por cento. Não doi *nada*. Em vista da dor que eu sentia, melhorou muito(...) Uma benção a dor sumir assim. Não tomo mais *nenhum* analgésico. Depois da cirurgia doeu muito, mas agora com a fisioterapia, *melhorou bem*(...)”

○ IC: Melhora da Função - 36%

DSC: “Antes não fazia nada em casa, agora *faço* a maioria das coisas. Custava a ajoelhar para as orações, agora está bem melhor. Já *dobro* o joelho muito *melhor*(...) Eu *subo, desço escada, varro, limpo* a casa. A sensação é muito *melhor*. Não me atrapalha mais para *andar e fazer* as coisas do meu dia a dia(...) Estou *andando de bicicleta, trabalho*, melhorou muito. Agora *lavo vasilha, lavo roupa, cozinho*. Estou *dançando* até forró(...) Conseguir *voltar a dirigir* é o que mais me deixou feliz. Já estou me *mexendo* muito melhor. *Larguei a bengala*, não preciso mais de apoio(...) Eu não conseguia limpar debaixo de uma cama, *agora consigo*. Consigo *varrer* um terreiro. Fazer esse dia a dia, antes não fazia, hoje *consigo*(...)”

○ IC: Tempo Insuficiente para Avaliar - 8%

DSC: “Ainda está no *começo*, mas vai indo. Vamos ver se *vai melhorar*(...) Está muito *precoce*, ainda não notei nada. Ainda não estou fazendo nada porque é muito *recente*(...) Não posso falar que está melhor ou pior porque está muito *recente*. Por isso ainda preciso de remédios. Seis meses ainda *só, né*. Por isso não estou *forçando* muito ele ainda(...)”

○ IC: Ênfase na Dor de Outros Segmentos - 18%

DSC: “Agora é a *outra perna* que doi(...) Agora o que interfere mais é a *coluna*. Ando *escorada*(...) O *pé* está doendo muito agora. Engraçado, melhora uma coisa, *piora a outra*(...) Agora o que me incomoda é a *outra perna*. O problema é que ainda preciso da muleta por causa do *outro joelho*(...) Essa *outra perna* agora está atrapalhando muito minha recuperação. E a *coluna* também sente, *né*(...) Acho que a única coisa que está atrapalhando minha recuperação mais rápida é o *fêmur*. O *fêmur* atrapalha bastante(...)”

○ IC: Preferia Antes - 2%

DSC: “Agora doi demais. Dia e noite. Não consigo dormir. *Preferia antes* da cirurgia. Antes doía nota 10, hoje a dor é nota 12. Não tenho *ânimo* para mais nada.”

DISCUSSÃO

A abordagem das condições de vida do paciente antes da prótese envolve necessariamente a

observância de que a QV se refere à percepção que cada pessoa tem de sua posição na vida, dentro do contexto de cultura e sistema de valores nos quais ela vive e em relação a suas metas, expectativas e padrões sociais. Nesse contexto, as condições de saúde impactam diretamente na percepção das pessoas sobre a sua qualidade de vida.

Cassetari¹⁴ avaliou a qualidade de vida de idosos portadores de osteoartrose do joelho e observou que a queixa de limitações funcionais foi um achado significativo. Os resultados obtidos pelo autor também apontaram limitações em várias atividades como: levantar da cadeira, ficar em pé, curvar-se ao chão e sentar-se. No presente trabalho, 56% dos entrevistados também relataram limitação funcional como ideia central ao ser indagado sobre a qualidade de vida previamente à prótese. Relatos como "para ajoelhar era muito difícil" exemplificam essa colocação.

A dor advinda da artrose resulta de interações complexas entre o dano articular, inflamação e anormalidades no processamento da dor. Revisão sistemática conduzida por Woolf¹⁵ em 2011 considerou a presença de hipersensibilidade em pacientes portadores de osteoartrose do quadril, joelho e primeira articulação carpo-metacárpica. Embora os analgésicos prescritos para controle da dor atuem em diferentes mecanismos, podem falhar em prover adequado alívio da dor ou podem até mesmo serem descontinuados devido a eventos adversos¹⁶. Em nosso estudo, a dor foi a principal ideia central gerada sobre a qualidade de vida antes da prótese, referida por 74% dos entrevistados.

Medicamentos como os anti-inflamatórios não hormonais são modalidades frequentemente utilizadas no tratamento da artrose do joelho. Dados da literatura sobre a utilização de anti-inflamatórios para artrose não são conclusivos quanto às diferenças nos tipos e dosagens dos mesmos, ressaltando que a seleção desses fármacos deve ser baseada na indicação do médico e no custo financeiro¹⁷. Apesar de serem as medicações mais acessíveis aos pacientes, os efeitos colaterais gastrointestinais, cardiovasculares e renais devem ser lembrados. Nesse estudo, 20% dos pacientes referiram a dependência de medicações para alívio de dor antes da realização da prótese de joelho.

A osteoartrose, com o passar dos anos, afeta o aparato capsuloligamentar da articulação, permitindo a ocorrência de desvios angulares e deformidades. É típico encontrar pacientes que referem instabilidade subjetiva uma vez que há alongamento do ligamento cruzado anterior e dos colaterais¹⁸⁻²⁰. Tal achado é compatível com o estudo em questão, em que 22% dos pacientes referiram sensação de insegurança e 6% relataram a presença

de deformidades quando indagados sobre a qualidade de vida previamente a prótese.

Ao se contextualizar a qualidade de vida do paciente após a instalação da prótese é preciso considerar que previsões apontam que a proporção de pessoas com mais de 60 anos deverá dobrar até 2050. O aumento da quantidade de pessoas com artrose vai aumentar a demanda por ATJs, o que irá configurar um sério problema de saúde pública²¹.

Os resultados técnicos de uma ATJ são excelentes. A sobrevida do paciente é de 99% após 1 ano e 84% em 10 anos²². Todavia, indicações tradicionais de sucesso cirúrgico como o implante usado podem não refletir a perspectiva do paciente em relação à cirurgia.

Estudos mostraram melhora considerável da função de pacientes submetidos à ATJ, o que refletiu em benefícios para as atividades cotidianas²³⁻²⁵. Apontam que entre 37% e 56% dos operados permanecem muito ativos e capazes de desempenhar atividades físicas como serviços de casa e práticas esportivas^{26,27}, além de melhorar a habilidade para caminhar. Dados da literatura destacam que até 71% dos pacientes tinham dificuldade para caminhar previamente e 76% foram capazes de caminhar sem padrões anômalos de marcha após a cirurgia^{28,29}. Em nosso estudo, corroborando com esses resultados, 36% dos pacientes referiram melhora funcional como ideia central ao serem indagados sobre a qualidade de vida após a prótese total do joelho.

Satisfação com os resultados da ATJ também foi observada em outros estudos com 75% dos pacientes satisfeitos com o resultado da ATJ em 11,7 anos²⁸⁻³⁰. Consequentemente, 79,5% dos pacientes indicaram que se submeteriam novamente à cirurgia²⁷. Em nosso estudo, a principal ideia central encontrada para 56% dos entrevistados sobre a qualidade de vida após a cirurgia foi satisfação com a melhora da dor.

Embora a maioria dos estudos demonstre melhora da dor, da função e da qualidade de vida, até 20% dos pacientes que se submetem a prótese total do joelho permanecem insatisfeitos. Dor pós-operatória persistente presente, por mais de 6 meses, é frequentemente a principal causa de insatisfação³¹. Os resultados obtidos nessa pesquisa mostram que um paciente (2%) referiu melhor qualidade de vida antes de ser submetido ao procedimento. O trecho "agora doi demais. Não consigo dormir direito" atesta a piora da dor e o decréscimo da função e qualidade de vida do paciente. Enquanto a maioria dos pacientes experimenta melhora da dor 3 meses após o procedimento, aproximadamente 20% persistem com dor a longo prazo de acordo com Beswick et al³².

A predisposição à dor crônica é multifatorial e inclui além da severidade da dor pós-operatória, o

fator de risco mais importante, dor pré-existente e fatores psicológicos³³. A dor pré-operatória, seja no sítio operatório, seja em outro segmento, é um fator de risco conhecido³⁴. 18% dos pacientes entrevistados em nosso estudo, quando indagados sobre a qualidade de vida após a artroplastia, enfatizaram a existência de dor em outro segmento corpóreo, como a coluna, pés, joelho contralateral e quadril.

CONCLUSÃO

Foi notória a mudança de qualidade de vida dos pacientes submetidos a artroplastia total do joelho. Melhora importante da dor, ganho funcional, maior sensação de segurança e menor dependência de medicamentos com função analgésica foram destacados. Ainda que uma parcela mantenha queixas álgicas em outros segmentos após o procedimento, a satisfação com a prótese foi significativa entre os pacientes, com descrições originais sobre a qualidade de vida nos dois momentos exemplificando essa constatação.

REFERÊNCIAS

1. Canale T. Cirurgia Ortopédica de Campbell. 10. ed. Barueri: Manole; 2006.
2. Kurtz S, Ong K, Lau E, Mowat F, Halpern M. Projections of primary and revision hip and knee arthroplasty in the United States from 2005 to 2030. *J Bone Joint Surg Am.* 2007; 89(4):780-85.
3. Lenza M, Ferraz Sde B, Viola DC, Garcia Filho RJ, Cendoroglo Neto M, Ferretti M. Epidemiology of total hip and knee replacement: a cross-sectional study. *Einstein.* 2013; 11(2):197-202.
4. Seidi EMF, Zannon CMLC. Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública;* 2004; 20(2):580-8.
5. Oliveira MP, Ferreira AMA, Cordeiro RXR, Lima JA. Quality of life and social characteristics of patients submitted to total knee arthroplasty. *Rev bras ortop.* 2015; 47(1):77-82.
6. Silva RR, Santos AAM, Carvalho Júnior JS, Matos MA. Quality of life after total knee arthroplasty: systematic review. *Rev Bras Ortop.* 2014; 49(5):520-27.
7. Torres TM, Ciconelli RM. Epidemiologia da osteoartrose. In: Pardini AG, Souza JMG, editors. *Clínica ortopédica - atualização em osteoartroses.* Rio Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
8. Noble PC, Conditt MA, Cook KF, Mathis KB. The John Insall Award: Patient expectations affect satisfaction with total knee arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res.* 2006; 452:35-43.
9. Bayley KB, London MR, Grunkemeier GL, Lansky DJ. Measuring the success of treatment

- in patient terms. *Med Care.* 1995; 33(4 suppl):AS226–35.
10. Bullens PH, van Loon CJ, de Waal Malefijt MC, Laan RF, Veth RP. Patient satisfaction after total knee arthroplasty: a comparison between subjective and objective outcome assessments. *J Arthroplasty.* 2001; 16(6):740-47.
 11. Hudak PL, McKeever P, Wright JG. Understanding the meaning of satisfaction with treatment outcome. *Med Care.* 2004; 42(8):718-25.
 12. Leidy NK, Revicki DA, Genesté B. Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value Health.* 1999; 2(2):113-27
 13. Minayo MCS (org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.
 14. Cassetari MR. Osteoartrose em joelhos como fator limitante para a qualidade de vida em idosos [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina de Botucatu; 2008.
 15. Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain.* 2011; 152(3 Suppl):S2-15.
 16. Schnitzer TJ. Update on guidelines for the treatment of chronic musculoskeletal pain. *Clin Rheumatol.* 2006; 25(Suppl 1):S22-9.
 17. Watson M, Brookes ST, Kirwan J, Faulkner A. Non-aspirin, non-steroidal anti-inflammatory drugs for treating osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; (2):CD000142.
 18. Duivenvoorden T, Brouwer RW, Baan A, Bos PK, Reijman M, Bierma-Zeinstra SM et al: Comparison of closing-wedge and opening-wedge high tibial osteotomy for medial compartment osteoarthritis of the knee: a randomized controlled trial with a six-year follow-up. *J Bone Joint Surg Am.* 2014; 96(17): 1425-32.
 19. Pogliacomì F, Defilippo M, Guardoli A, Scaravella E: High tibial osteotomy: our experience with hemicallotaxis method. *Acta Biomed.* 2014; 85(Suppl 2):85-90.
 20. Stuart M, Backstein D, Logan M, Muellner T. Osteotomy about the Knee: International roundtable discussion. Scott WN. *Insall & Scott Surgery of the Knee.* 5 th ed. Philadelphia: Elsevier; 2012.p.944-51.
 21. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World population prospects: the 2012 revision. New York: 2011
 22. Cross M, Lapsley H, Barcenilla A, Parker D, Coolican M, March L. Patient expectations of hip and knee joint replacement surgery and postoperative health status. *Patient.* 2009; 2(1):51-60.
 23. Joshi AB, Gill G. Total knee arthroplasty in nonagenarians. *J Arthroplasty.* 2002; 17(6):681-4.
 24. Bourne RB, McCalden RW, MacDonald SJ, Mokete L, Guerin J. Influence of patient factors on TKA outcomes at 5 to 11 years followup. *Clin Orthop Relat Res.* 2007; 464:27-31.
 25. Seng C, Yeo SJ, Wee JL, Subanesh S, Chong HC, Lo NN. Improved clinical outcomes after high-flexion total knee arthroplasty: a 5-year follow-up study. *J Arthroplasty.* 2011; 26(7):1025-30.
 26. Wright RJ, Sledge CB, Poss R, Ewald FC, Walsh ME, Lingard EA. Patient-reported outcome and survivorship after Kinemax total knee arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am.* 2004; 86-A(11):2464-70.
 27. Nuñez M, Lozano L, Nuñez E, Segur JM, Sastre S, Maculé F et al. Total knee replacement and health-related quality of life: factors influencing long term outcomes. *Arthritis Rheum.* 2009; 61(8):1062-69.
 28. Pagnano MW, McLamb LA, Trousdale RT. Total knee arthroplasty for patients 90 years of age and older. *Clin Orthop Relat Res.* 2004; 418:179-83.
 29. Wright RJ, Sledge CB, Poss R, Ewald FC, Walsh ME, Lingard EA. Patient-reported outcome and survivorship after Kinemax total knee arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am.* 2004; 86(11):2464-70.
 30. Nuñez M, Nuñez E, del Val JL, Ortega R, Segur JM, Hernández MV et al. Health-related quality of life in patients with osteoarthritis after total knee replacement: factors influencing outcomes at 36 months of follow-up. *Osteoarthritis Cartilage.* 2007; 15(9):1001-7.
 31. Carli F, Charlebois P, Stein B, Feldman L, Zavorsky G, Kim DJ et al. Randomized clinical trial of prehabilitation in colorectal surgery. *Br J Surg.* 2010; 97(8):1187-97.
 32. Beswick AD, Wylde V, Goberman-Hill R, Blom A, Dieppe P. What proportion of patients report long-term pain after total hip or knee replacement for osteoarthritis? A systematic review of prospective studies in unselected patients. *BMJ Open.* 2012; 2(1):e000435.
 33. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet* 367(9522):1618-25.
 34. Liu SS, Buvanendran A, Rathmell JP, Sawhney M, Bae JJ, Moric M et al. A cross-sectional survey on prevalence and risk factors for persistent postsurgical pain 1 year after total hip and knee replacement. *Reg Anesth Pain Med.* 2012; 37(4):415-22.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Eli Ávila Souza Júnior
elijr42@yahoo.com.br

Submetido em 09/05/2018

Aceito em 06/06/2018