

Folha de Rosto

1. Título do artigo

Avaliação do impacto da dor crônica na qualidade de vida dos pacientes antes e após hernioplastia inguinal.

Evaluation of the impact of chronic pain on patients' quality of life before and after inguinal hernioplasty.

2. Autores do Projeto

Gabriela Maliska¹

André Luiz Parizi Mello²

Robson Pereira do Amaral³

3. Nome do departamento da Instituição

Universidade do Sul de Santa Catarina

4. Endereço eletrônico dos autores

Gabriela Maliska – gabimaliska@hotmail.com

5. Nome do município, unidade federativa e país

Palhoça – Santa Catarina – Brasil

6. Fonte de financiamento

Não há.

Resumo

Objetivo: Avaliar do impacto da dor crônica na qualidade de vida dos pacientes antes e após serem submetidos à hernioplastia inguinal (HPI). **Métodos:** coorte prospectiva, composta por 67 pacientes submetidos à hernioplastia inguinal, avaliados através do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36, Escala de Estimativa Numérica da Dor e coletadas informações sociodemográficas e clínicas. Dados qualitativos foram apresentados na forma de frequência simples e relativa, quantitativos em média e desvio padrão. Para comparação entre médias foi utilizado o teste *t de student*, com nível de significância de $p \leq 0,05$. **Resultados:** a prevalência total da dor reduziu de 95,52% para 53,73% após três meses da HPI. 41,79% permaneceram com dor leve após HPI, 10,45% moderada, 1,48% intensa e nenhum paciente dor insuportável. 80,60% dos pacientes que apresentavam dor obtiveram o êxito de reduzir o nível após HPI. Dentre os domínios do SF36, aqueles que apresentaram significância alteraram a média da seguinte maneira: aspecto físico, dor, capacidade funcional, saúde mental, aspectos sociais e aspectos emocionais. Os domínios: estado geral de saúde e vitalidade não obtiveram significância. **Conclusão:** a dor crônica não proporcionou grande impacto na qualidade de vida dos pacientes após a HPI. A redução na prevalência e intensidade da dor após a cirurgia, a melhora ao desempenhar suas atividades e de sua imagem corporal são os fatores impulsores na grande melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Descritores: Hérnia Inguinal, hernioplastia inguinal, dor crônica/cirurgia, SF-36 e escala de estimativa numérica da dor.

Introdução

A hérnia de parede abdominal ocorre quando há deslocamento de conteúdo através de um orifício, o anel herniário, e a consequente invasão de um espaço indevido, o saco herniário. Esse deslocamento somente é possível em razão do enfraquecimento da musculatura abdominal, por problema congênito ou associado a esforços em demasia¹. As hérnias mais frequentes são as inguinais (70-75%), as femorais (6-17%), as umbilicais (3-8,5%), as incisionais (10%), as epigástricas (1-6%)^{2,3}. No Brasil, segundo dados do Ministério da Previdência Social, a hérnia inguinal é responsável por até 80 mil afastamentos por ano, sendo a terceira doença que mais compromete os trabalhadores⁴.

O tratamento cirúrgico de hérnia inguinal é um dos procedimentos mais realizados mundialmente. Dos 20 milhões de reparos anuais, 1 milhão ocorre nos Estados Unidos⁵. Os dados do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra, entre 2011 a 2012, relatam que foram realizadas 70 mil inguinais, 17,000 umbilicais, 8000 incisões e 6000 outras reparações de hérnia ventral⁶.

A forma de tratamento das hérnias se dá através da hernioplastia, cabendo a Edoardo Bassini⁷ o mérito de precursor, em 1890. Em 1986, Lichtenstein⁸ criou uma técnica pioneira no reparo das hérnias inguinais, utilizando uma "prótese em rede" e desenvolvendo uma cirurgia livre de tensão. Com o advento de novas técnicas cirúrgicas e implante de telas, verificou-se uma significativa redução na recidiva^{9,10}. Devido a esta redução, atualmente o enfoque dos estudos relacionados à hérnia inguinal voltou-se para a principal consequência pós-operatória, a dor crônica¹¹.

Segundo a Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP), dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões. A dor crônica é

definida como a dor contínua ou recorrente de duração mínima de três meses, muitas vezes não desaparece com o emprego dos procedimentos terapêuticos convencionais e é causa de incapacidades e inabilidades prolongadas¹².

A dor crônica após HPI está relacionada com a lesão tecidual e neuronal locais durante a cirurgia, assim como o processo cicatricial produzido pela sutura ou pela própria tela¹²⁻¹⁴. Esta complicação apresenta taxa de incidência que varia de 11% para 60,8%¹⁵⁻¹⁷, impactando na qualidade de vida do paciente. Dentre os fatores de risco que desenvolvem dor crônica, destacam-se fatores psicossociais, idade jovem e o elevado nível de dor antes da cirurgia¹⁸⁻²¹.

A dor crônica incapacita as atividades laborais, acarretando problemas sociais e econômicos, bem como para a saúde pública²². O afastamento por doença tem um efeito negativo sobre a economia, devido à redução da força de trabalho e o aumento dos custos de produção, médico, previdenciário e social. O absenteísmo gerado está relacionado com alterações no campo físico, psicológico e social dos estudos da qualidade de vida da população de trabalhadores²³.

A qualidade de vida tem se tornado um critério importante na avaliação da efetividade de intervenções e tratamentos na área de saúde, e no impacto das doenças crônicas no cotidiano das pessoas^{24,25}. Para melhor analisar a qualidade de vida, é necessário explorar domínios como capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, que fazem parte do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36)^{26, 27}.

Diante da alta incidência mundial desta doença e da possível interferência na qualidade de vida destes indivíduos provocando, assim, problemas sociais e

econômicos, este trabalho visa avaliar o impacto da dor crônica na qualidade de vida dos pacientes antes e após serem submetidos à hernioplastia inguinal.

Método

Este trabalho trata-se de um estudo observacional, do tipo coorte prospectiva, realizado no ambulatório de cirurgia do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes, localizado na cidade de São José – Santa Catarina; e no ambulatório do Hospital São Francisco de Assis, localizado na cidade de Santo Amaro da Imperatriz – Santa Catarina.

A amostra foi composta de 67 pacientes de ambos os sexos, todos com diagnóstico de hérnia inguinal e submetidos à cirurgia de HPI através da técnica de Lichtenstein⁸, no período de dezembro de 2016 a julho de 2017. Foram excluídos da amostra indivíduos incapazes de responder ao questionário (por déficit auditivo ou cognitivo) ou que apresentaram hérnia recidivada. A seleção dos participantes da amostra foi realizada de forma consecutiva.

Na primeira etapa, antes da cirurgia de HPI, foi aplicado o questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (SF-36)²⁷, a Escala de Estimativa Numérica da Dor (EEND)²⁸ e o instrumento de coleta de dados, elaborado especificamente pelos pesquisadores para este estudo. Neste instrumento foram coletadas informações relacionadas ao sexo, idade e comorbidades prévias.

Na segunda etapa, três meses após a HPI, foi aplicado novamente o questionário SF-36 e a EEND, bem como coletadas as informações em prontuário médico sobre tempo de repouso e possíveis complicações ocorridas após a cirurgia.

O questionário SF36 foi respondido pelos pacientes auxiliados por profissional devidamente treinado. Foi avaliado a pontuação que o participante obteve em cada questão e efetuado o cálculo do Raw Scale, onde o valor das questões dos 8 domínios variaram de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 é a pior e 100 a melhor pontuação para cada domínio²⁷.

A EEND permite ao paciente expressar numericamente a intensidade da dor que apresenta; recomenda-se o uso da escala numérica em pesquisas envolvem pacientes com dor crônica²⁸.

A tabulação e tratamento primário dos dados será realizada no programa *Windows Excel* e posteriormente analisados pelo programa *Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Version 18.0*. [Computer program]. Chicago: SPSS Inc; 2009.

Os dados qualitativos foram apresentados na forma de frequência simples e relativa, já os dados quantitativos, em média e desvio padrão. Foi realizada a associação da variável de exposição, HPI, com a incidência dos desfechos de interesse, todos os domínios da SF-36. Para comparação entre médias, entre o primeiro e segundo tempo, foi utilizado o teste *t de student*, com nível de significância de $p \leq 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade do Sul do Estado (UNISUL), sob o registro CAAE 62460716.9.0000.5369. Os pesquisadores declaram ausência de conflitos de interesse.

Resultados

A amostra obtida foi composta por 67 pacientes, selecionados a partir de 79 indivíduos, dos quais 12 deixaram de participar por não comparecerem à

segunda entrevista. Todas as cirurgias foram realizadas pela mesma equipe cirúrgica e quanto à coleta de dados, foram realizadas pelo mesmo entrevistador.

Na caracterização da amostra, houve predomínio de pacientes masculinos (94,0%), dos quais 55,2% estão na faixa etária está entre 40 e 60 anos, sendo 28,4%, menor que 40 anos e 16,4%, com mais de 60 anos.

Dentre as comorbidades prévias, foram identificadas nos pacientes: hipertensão arterial sistêmica (20,9%), dislipidemia (8,9%), depressão (7,5%) e diabetes *mellitus* (6,0%).

Nas complicações pós-operatórias, 4,5% dos pacientes apresentaram infecção da ferida operatória; 4,5%, seroma; e 3% deiscência de pontos. Quanto ao retorno às atividades, 68,6% dos pacientes voltaram em mais de 60 dias, 28,4% entre 30 e 60 dias, e 3% em menos de 30 dias.

Segundo a escala da dor: No pré-operatório, houve predomínio de pacientes com dor moderada, 49,25%; com dor fraca, 23,88%; com dor intensa, 20,89%; e com dor insuportável, 1,49%. Após três meses da cirurgia, houve predomínio de pacientes sem dor, 46,27%; com dor fraca, 41,79%; e com dor moderada, 10,45%. Vale ressaltar que, neste período de três meses após a cirurgia, 1,49% apresentaram dor intensa e nenhum paciente dor insuportável (Tabela 1). A prevalência de pacientes com algum tipo de dor antes da cirurgia foi um total de 95,52%, reduzindo para 53,73% após o procedimento.

Os resultados obtidos na alteração das variáveis da EEND pós-hernioplastia mostram maior representatividade (44,78%), de pacientes que reduziram um nível na classificação da dor, seguida pela redução em dois níveis (23,88%). A redução de três níveis ocorreu em 11,94% dos pacientes. Os pacientes que mantiveram a mesma classificação da dor, foram 14,92%; enquanto os que aumentaram um nível foram apenas 4,48% (Tabela 2).

Dentre os domínios do SF36, comparando a qualidade de vida antes e após três meses da cirurgia, destacam-se o aspecto físico, que variou de 25,37 para 84,33; a dor, de 41,48 para 83,8; a capacidade funcional, de 75,75 para 94,25; a saúde mental, de 67,22 para 71,34; os aspectos sociais, de 73,47 para 86,42; e os aspectos emocionais, de 56,96 para 93,53. Os domínios: estado geral de saúde e vitalidade não obtiveram significância estatística (Tabela 3).

Discussão

Neste estudo, observou-se que a prevalência de pacientes com algum tipo de dor antes da cirurgia foi um total de 95,52%, reduzindo para 53,73% após o procedimento. Destes pacientes que permaneceram com dor, 41,79% apresentavam dor fraca. O impacto destas mudanças sobre a qualidade de vida dos pacientes prevaleceu sobre os domínios: aspecto físico, que variou de 25,37 para 84,33; a dor, de 41,48 para 83,8; a capacidade funcional, de 75,75 para 94,25; a saúde mental, de 67,22 para 71,34; os aspectos sociais, de 73,47 para 86,42; e os aspectos emocionais, de 56,96 para 93,53.

Os trabalhos de Fränneby U¹⁸, Dennis R¹⁹ e Powell R²⁹ apontam como preditivos de dor crônica os fatores psicossociais, desenvolvimento precoce de dor no pós-operatório, dor de grande intensidade antes da cirurgia, idade jovem, manipulação intraoperatória ou dano iatrogênico de nervos periféricos e técnica cirúrgica por laparotomia aberta. No presente estudo, todos os pacientes que apresentavam depressão pré-operatória, metade dos pacientes que tinham dor intensa antes da HPI, e a maioria, 57,9% dos pacientes, com menos de 40 anos, evoluíram com dor crônica após HPI. Ao analisar a população, percebe-se que faixa etária jovem e pacientes com dor intensa estão presentes em número

significativo na amostra, aumentando a probabilidade de a amostra desenvolver dor crônica.

Em seu estudo prospectivo com 5.506 pacientes, Courtney *et al.*³⁰ avaliaram a dor crônica após HPI e seu impacto na qualidade de vida utilizando o SF-36, obtendo melhora nos domínios relacionados a aspectos físicos e sociais, a capacidade funcional e a saúde mental. A coorte de Poobalan *et al.*³¹, de 226 pacientes, seguiu a mesma metodologia e verificou melhora após HPI nos domínios do SF-36: aspectos social, saúde mental e dor. Através de sua revisão literária, Campanelli G³² afirma que a redução na dor aumenta a qualidade de vida dos pacientes após HPI. Isto pode ser verificado no presente estudo referente aos domínios dor, capacidade funcional e aspecto físico que obtiveram significância pelo fato de que 80,60% da sua população obteve o êxito em reduzir a intensidade da dor e, dos que permaneceram com dor, em 41,79% era de intensidade leve. Van Ramshorst GH³³ verificou em sua coorte progressiva que a imagem construída pelo paciente sobre o seu corpo após a HPI interfere nos domínios aspectos sociais e aspecto emocional. No presente estudo, houve uma melhora significativa destes domínios, pois a cirurgia de HPI permite resultados estéticos satisfatórios, melhorando a imagem sobre seu corpo, além de permitir que o mesmo desempenhe atividades antes limitadas pela hérnia inguinal.

Quanto ao tempo de análise dos pacientes, propõe-se estender de três para seis meses a segunda etapa da entrevista, permitindo, assim, avaliar a evolução da dor crônica e sua interferência na qualidade de vida.

Concluindo, apesar da alta prevalência no pós-operatório, a dor crônica não proporcionou grande impacto na qualidade de vida dos pacientes após a HPI. A redução na prevalência e intensidade da dor após a cirurgia, a melhora ao

desempenhar suas atividades e de sua imagem corporal são os fatores impulsores na grande melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Summary

Objective: To evaluate the impact of chronic pain on patients' quality of life before and after undergoing inguinal hernioplasty (IHP). **Methods:** Prospective cohort of 67 patients submitted to inguinal hernioplasty, using the generic questionnaire for quality of life evaluation SF-36, Numerical Pain Estimate Scale and sociodemographic and clinical information. Qualitative data were published in frequency and mean form, quantitative in mean and standard deviation. For comparison between means and used the student's test, with significance of $p \leq 0.05$. **Results:** a total prevalence of pain reduced from 95.52% to 53.73% after three months of IHP. 41.79% maintained with mild pain after HPI, 10.45% moderate, 1.48% intense and no patient unbearable pain. 80.60% of the patients who presented the sound had the success of reducing the level after HPI. Among the SF36 domains, those who presented significance changed the mean as follows: physical appearance, pain, functional capacity, mental health, social and emotional aspects. The domains: general health and vitality did not reach significance. **Conclusion:** chronic pain did not have a great impact on patients' quality of life after an IPH. A reduction in the prevalence and intensity of pain after surgery, improvement in the performance of their activities and their body image are the driving factors in the great improvement of patients' quality of life.

Keywords: Inguinal hernia, inguinal hernia, chronic pain / surgery, SF-36 and numeric scale of pain scale.

Referências Bibliográficas

1. Goulart A, Martins S. Hérnia Inguinal: Anatomia, Patofisiologia, Diagnóstico e Tratamento. *Revista Portuguesa de Cirurgia*. 2015; 33:25-42.
2. Dabbas N, Adams K, Pearson K, Royle G. Frequency of abdominal wall hernias: is classical teaching out of date? *JRSM Short Rep*. 2011; 2(1):5.
3. Townsend C, Beauchamp D, Evers M, Mattox KL, Sabiston DC. *Sabiston Textbook of Surgery: The biological basis of modern surgical practice*. Philadelphia, PA: WB Saunders, 2001.
4. DataPrev [<http://dadosabertos.dataprev.gov.br/>]. Benefícios concedidos pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) [acesso em 2017 set 24]. Disponível em: <http://dadosabertos.dataprev.gov.br/opendata/Ativ08/formato=csv>
5. Cavazzola LT, Rosen MJ. Laparoscopic versus open inguinal hernia repair. *Surg Clin North Am*. 2013; 93: 1269-79.
6. Dew C. The Health and Social Care Information Centre Hospital Episode Statistics for England. Inpatient statistics, 2015-16. HESOnline 2016. Available at: <http://www.hscic.gov.uk/searchcatalogue?productid=9161&topics=1%2fHospital+care%2fInpatient+admissions&sort=Relevance&size=10&page=1#top>
7. Campanelli G, Bertocchi V, Cavalli M, Bombini G, Biondi A, Tentorio T, *et al*. Surgical treatment of chronic pain after inguinal hernia repair. *Hernia*. 2013; 17(3):347-53.
8. Lichtenstein IL. *Hernia repair without disability*. Saint Louis, The C. V. Mosby Company. 1970; 56(9):182.
9. Jonge PVH, Lloyd A, Horsfall L, Tan R, O'Dwyer PJ. The measurement of chronic pain and health-related quality of life following inguinal hernia repair: a review of the literature. *Hernia*. 2008; 12(6): 561-9.
10. Sevonius D, Montgomery A, Smedberg S, Sandblom G. Chronic groin pain, discomfort and physical disability after recurrent groin hernia repair: impact of anterior and posterior mesh repair. *Hernia*. 2015; 20(1):43-53.

11. Chung L, O'Dwyer P. Pain and its effects on physical activity and quality of life before operation in patients undergoing elective inguinal and ventral hernia repair. *The American Journal of Surgery*. 2014; 208(3):406-11.
12. Benzon H, Raja S, Fishman S, Liu S, Cohen SP. Essentials of Pain Medicine. In: Colin JL, McCartney MD. *Chronic pain after surgery*. 2011; 3:243-8
13. Nikkolo C, Lepner U. Chronic pain after open inguinal hernia repair. *Postgraduate Medicine*. 2015; 128(1):69-75.
14. Maciel GSB, Simões RL, Carmo, FPTD, Garcia JWR, Paulo DNS. Resultados da herniorrafia inguinal bilateral simultânea pela técnica de Lichtenstein; 2013. *Rev. Col. Bras. Cir*, 40(5), 370-373.
15. Nienhuijs S, Staal E, Strobbe L, Rosman C, Groenewoud H, Bleichrodt R. Chronic pain after mesh repair of inguinal hernia: a systematic review. *The American Journal of Surgery*. 2007; 194(3):394-400.
16. Sanders D, Waydia S. A systematic review of randomised control trials assessing mesh fixation in open inguinal hernia repair. *Hernia*. 2013; 18(2):165-76.
17. Shyam, D. C., & Rapsang, A. G. (2013). Inguinal hernias in patients of 50 years and above. Pattern and outcome. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 40(5), 374-379.
18. Fränneby U, Sandblom G, Nordin P, Nyrén O, Gunnarsson U. Risk factors for long-term pain after hernia surgery. *Ann Surg*. 2006; 244:212-9.
19. Dennis R, O'riordan D. Risk factors for chronic pain after inguinal hernia repair. *Ann R Coll Surg Engl*. 2007; 89:218-20.
20. Singh AN, Bansal VK, Misra MC, Kumar S, Rajeshwari S, Kumar A, *et al*. Testicular functions, chronic groin pain, and quality of life after laparoscopic and open mesh repair of inguinal hernia: a prospective randomized controlled trial. *Surgical endoscopy*. 2012; 26(5), 1304-17.
21. Christoffersen M, Rosenberg J, Jorgensen L, Bytzer P, Bisgaard T. Health-related Quality of Life Scores Changes Significantly within the First Three Months After Hernia Mesh Repair. *World J Surg*. 2013; 38(7):1852-9.
22. Niraj G, Rowbotham DJ. Persistent postoperative pain: where are we now?. *Br J Anaesth*. 2011; 107:25–9.

23. Guyatt G. Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*. 1993; 118(8):622.
24. Britton D. Prospective study of pain, quality of life and economic impact of open inguinal hernia repair. *British Journal of Surgery*. 2013; 100(11):1489.
25. Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine*. 1995; 41(10):1439-46.
26. Calò P, Pittau M, Contu P, D'Aloja E, Nicolosi A, Demontis R. Chronic pain following inguinal hernia repair: assessment of quality of life and medico-legal aspects. *Annali Italiani Di Chirurgia*. 2013; 84(3): 357-63.
27. Ciconelli, RM. Tradução para língua portuguesa e validação do Questionário Genérico de Avaliação da Qualidade de Vida SF-36 (BRASIL, SF-36). Tese de doutorado em Enfermagem - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo; 1997.
28. Sousa FF, Silva JA. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. *Rev Dor*. 2005; 6(1):469-513.
29. Powell R, Johnston M, Smith WC, King PM, Chambers WA, Krukowski Z, *et al*. Psychological risk factors for chronic post-surgical pain after inguinal hernia repair surgery: a prospective cohort study. *European journal of pain*. 2012; 16(4), 600-10.
30. Courtney CA, DuVy K, Serpell MG, *et al*. Outcome of patients with severe chronic pain following repair of groin hernia. *Br J Surg*. 2002; 89(10):1310-4.
31. Poobalan AS, Bruce J, King PM, *et al*. Chronic pain and quality of life following open inguinal hernia repair. *Br J Surg*. 2001; 88(8):1122-6.
32. Campanelli G, Bruni PG, Morlacchi A, Cavalli M. (2017). *Chronic Pain after Inguinal Hernia Repair*. *Inguinal Hernia Surgery*. Springer Milan. 2017; 157-68.
33. van Ramshorst GH, Eker HH, Hop WC, Jeekel J, Lange JF. (2012). Impact of incisional hernia on health-related quality of life and body image: a prospective cohort study. *The American Journal of Surgery*. 2012; 204(2): 144-150.

Tabela 1. Frequência de dor avaliada pela Escala de Estimativa Numérica da Dor antes e três meses após hernioplastia inguinal em pacientes do ambulatório de cirurgia geral do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes e do Hospital São Francisco de Assis, no período de dezembro de 2016 a julho de 2017.

	ANTES	%	3 MESES	%
Pacientes sem dor	3	4,48	31	46,27
Pacientes com dor fraca	16	23,88	28	41,79
Pacientes com dor moderada	33	49,25	7	10,45
Pacientes com dor intensa	14	20,89	1	1,49
Pacientes com dor insuportável	1	1,49	-	-
Total	67	100	67	100

Tabela 2. Frequência de alteração na Escala de Estimativa Numérica da Dor após HPI em pacientes do ambulatório de cirurgia geral do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes e do Hospital São Francisco de Assis, no período de dezembro de 2016 a julho de 2017.

	n	%
Aumento de 1 nível na classificação da dor	3	4,48
Redução de 1 nível na classificação da dor	30	44,78
Redução de 2 níveis na classificação da dor	16	23,88
Redução de 3 níveis na classificação da dor	8	11,94
Manteve mesma classificação da dor	10	14,92
Total	67	100

Tabela 3. Média e desvio padrão dos domínios do questionário SF-36, antes e após a cirurgia de hernioplastia inguinal, em pacientes do ambulatório de cirurgia geral do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes e do Hospital São Francisco de Assis, no período de dezembro de 2016 a julho de 2017.

	ANTES	3 MESES	
	MÉDIA (± DP)	MÉDIA (± DP)	p*
Capacidade funcional	75,75 (24,28)	94,25 (15,91)	<0,001
Aspectos físicos	25,37 (37,31)	84,33 (33,38)	<0,001
Dor	41,48 (20,56)	83,81 (19,43)	<0,001
Estado geral de saúde	72,70 (18,44)	75,60 (21,09)	0,055
Vitalidade	68,30 (21,51)	75,37 (22,52)	0,066
Aspectos sociais	73,47 (24,61)	86,42 (27,57)	0,001
Aspectos emocionais	56,96 (45,41)	93,53 (119,23)	0,015
Saúde mental	67,22 (19,44)	71,34 (23,58)	<0,001

* Teste T de *student*, considerando significativo $p \leq 0,05$