

Qualidade de vida pós-artroplastia total de joelho

Quality of life after total arthroplasty of the knee

Carla Carvalho Horn*
Sheila Gemelli de Oliveira**

Resumo

As artroplastias têm sido de grande importância na recuperação da função dos joelhos de pacientes quando existe indicação de tratamento cirúrgico. Podem ser divididas, de acordo com os componentes articulares a serem substituídos, em dois tipos: a artroplastia total, em que são substituídos todos os três compartimentos articulares (femorotibial medial, femorotibial lateral e o femoropatelar) e a artroplastia unicompartmental em que apenas um dos compartimentos, seja o femorotibial medial, ou seja o lateral, é substituído. Este estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida no pré e pós-cirúrgico de cinco pacientes do município de Passo Fundo - RS submetidos à artroplastia total do joelho. Como instrumento para a coleta de dados, foi utilizada a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQVF). Ao final, chegou-se à conclusão de que a melhoria na qualidade de vida dessas pessoas foi significativa, pois em nenhum momento se observou nelas algum grau de insatisfação em qualquer que seja o setor das suas vidas.

Palavras-chave: artroplastia, pré-cirúrgico e pós-cirúrgico, qualidade de vida.

Introdução

O número de pacientes que procuram tratamento médico em razão do comprometimento da capacidade funcional dos joelhos, particularmente com artrose, tem crescido significativamente, tanto pelo aumento da longevidade da população, quanto pelo aumento da atividade dos indivíduos nesta faixa etária mais avançada, uma vez que a função do joelho pode ser gravemente afetada por processos inflamatórios ou degenerativos.

As cirurgias artroplásticas, também chamadas “artroplastias”, têm sido de grande importância na recuperação da função dos joelhos desses pacientes quando existe indicação de tratamento cirúrgico.

* Professora do curso de Fisioterapia da UPF/RS. Especialista em Ortopedia e Traumatologia.

** Professora do curso de Fisioterapia da UPF/RS. Mestre em Gerontologia Biomédica.

Recebido em jun. 2005 e avaliado em jul. 2005

São divididas, de acordo com os componentes articulares a serem substituídos, em dois tipos: a artroplastia total, em que são substituídos todos os três compartimentos articulares (femorotibial medial, femorotibial lateral e o femoropatelar), e a unicompartimental, em que apenas um dos compartimentos, seja o femorotibial medial, seja o lateral, é substituído (GABRIEL, PETIT e CARRIL, 2001).

A vida útil das artroplastias do joelho tem aumentado ao longo do tempo em razão da melhora dos instrumentais cirúrgicos, do aprimoramento da técnica cirúrgica e, sobretudo, do aumento do conhecimento da biomecânica do joelho, contribuindo para a evolução dos desenhos dos componentes protéticos (SNIDER, 2000).

Porém, fatores biológicos e mecânicos ainda comprometem a vida útil das artroplastias. Dentre os fatores biológicos estão a infecção, a reação de corpo estranho aos componentes do implante e o comprometimento das suas estruturas de sustentação, sejam as estruturas capsuloligamentares, seja a própria estrutura óssea. Quanto aos fatores mecânicos, podem-se citar os micromovimentos que ocorrem na interface entre o osso e o material protético e as alterações das tensões no fêmur e na tíbia em razão da instalação das próteses (CAMPOS, 2003).

As alterações das tensões de uma estrutura podem ser avaliadas através das microdeformações superficiais observadas quando esta estrutura é submetida a uma determinada carga ou força externa, em regime elástico (SNIDER, 2000).

Este estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida no pós-operatório de cinco pacientes submetidos à artro-

plastia total do joelho no município de Passo Fundo - RS, por se tratar de um dos maiores centros cirúrgicos do interior do estado. Como instrumento de medida foi utilizada a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQVF).

Qualidade de vida

Como este trabalho tem como base principal a qualidade de vida de pacientes que sofreram cirurgias artroplásticas, faz-se necessário, primeiramente, conceituar o que se entende por “qualidade de vida”.

O conceito de “qualidade de vida” refere-se a um movimento das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (ZOLOTOW, 1998).

Assim, a avaliação da qualidade de vida foi acrescentada nos ensaios clínicos randomizados como a terceira dimensão a ser avaliada, além da eficácia (modificação da doença pelo efeito da droga) e da segurança (reação adversa a drogas) (BECH apud CALVACA, 2004). A oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada com os tratamentos propostos (EPP, 1996), já que muitas vezes, na busca de acrescentar “anos à vida”, era deixada de lado a necessidade de acrescentar “vida aos anos”.

O termo “qualidade de vida”, como vem sendo aplicado na literatura médica, não parece ter um único significado (LEVY, 1998). “Condições de saúde”, “funcionamento social” e “qualidade de

vida” têm sido utilizados como sinônimos e a própria definição de qualidade de vida não consta na maioria dos artigos que utilizam ou propõem instrumentos para sua avaliação (LEVY, 1998). Qualidade de vida relacionada com a saúde (*health-related quality of life*) e estado subjetivo de saúde (*subjective health status*) são conceitos afins centrados na avaliação subjetiva do paciente, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo de viver plenamente. Considera-se que o termo “qualidade de vida” é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando à sua condição de saúde e às intervenções médicas (MARTÍN, 1994).

Anatomia do joelho

A articulação do joelho é formada pela extremidade distal do fêmur e extremidade proximal da tíbia e a patela com meniscos interpostos, os quais dão simetria à articulação e ajudam a lubrificação. A articulação é rodeada por ligamentos e músculos (AMATUZZI, 2004).

Os meniscos são discos fibrocartilaginosos que possuem a forma de um “C” e são responsáveis pela absorção de impacto, aumentam a congruência entre as superfícies articulares da tíbia e do fêmur, auxiliam na distribuição do líquido sinovial e na estabilidade do joelho. A ausência dos meniscos levaria a um aumento da pressão sobre a cartilagem articular, levando à deterioração da sua superfície e conseqüente artrose

O conhecimento da anatomia do joelho permite um melhor entendimento de eventual problema e do papel do repouso, cirurgia e exercícios em sua recuperação. O tempo necessário para recomeçar as atividades normais após cirurgia vai depender do tipo e extensão da lesão.

Artroplastia

Sabe-se que a artrose é resultado do desgaste do revestimento dos ossos, a cartilagem, responsável pelo bom funcionamento das articulações do corpo humano. É também um dos principais fatores de incapacidade física dos idosos, sendo considerada rara sua ocorrência antes dos cinquenta anos (CAMANHO, 1996).

Embora o envelhecimento seja a principal causa, existem outros fatores desencadeantes, como obesidade, traumatismos das articulações ou profissões que exijam muito esforço físico. Problemas hereditários relacionados com a má-formação dos ossos ou desalinhamentos dos membros (por exemplo, nos joelhos ou na coluna) também podem facilitar o aparecimento da doença (TIERNEY, McPHEE e PAKARDIS, 2004).

A artroplastia é uma intervenção cirúrgica pela qual se deseja restituir ou aumentar a mobilidade de uma articulação cujos movimentos estão abolidos ou limitados por causas diversas (traumáticas, inflamatórias, degenerativas etc.). Trata-se de um procedimento cirúrgico complexo que visa à melhora do quadro doloroso, obtido através da substituição da articulação comprometida, por componentes implantados no ato operatório, utilizando como materiais básicos o metal

(titânio ou cromo-cobalto), o polietileno e a cerâmica (Calvaca, 2004).

A artroplastia pode ser do tipo total ou parcial (unicompartimental).

Artroplastia total do joelho

A artroplastia é definida como qualquer procedimento reconstrutivo, com ou sem implante articular, elaborado para aliviar a dor e/ou restaurar a mobilidade articular e melhorar a qualidade de vida da população. A artroplastia total é definida como a remoção das superfícies articulares afetadas e substituição por uma articulação artificial. Osteoartrose é o estado de progressiva deterioração da articulação associado com o envelhecimento, caracterizado por erosão da cartilagem articular e neoformação óssea nas bordas articulares. Deve-se considerar como o resultado final de fatores mecânicos anormais, inflamatórios, metabólicos fisiológicos ou patológicos. Os principais fatores que levam ao tratamento cirúrgico da osteoartrose são a dor incapacitante e a redução da mobilidade articular (TIERNEY, MCPHEE e PAKARDIS, 2004).

Na substituição total do joelho, o seguimento patelar e a mobilização do ligamento durante a flexão são afetados pelo alinhamento rotacional do componente femoral. Em razão de variações na anatomia do joelho humano, um satisfatório alinhamento rotacional pode ser difícil de determinar dos pontos femorais, especialmente nos côndilos posteriores (TIERNEY, MCPHEE e PAKARDIS, 2004).

Em artigo publicado recentemente, os autores afirmam que o corte dos côndilos femorais distais e posteriores, paralelo a um corte tibial proximal (ponto de referência tibial), é uma alternativa prática e efetiva. De

acordo com os autores, o método é propenso ao erro quando os cortes femorais são feitos antes que os ligamentos estejam apropriadamente mobilizados, quando o componente femoral é muito grande ou quando a linha articular está aumentada (TIERNEY, MCPHEE e PAKARDIS, 2004).

Objetivos

O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos à artroplastia total de joelho.

Como alguns objetivos específicos propõem-se:

- verificar o grau de satisfação dos pacientes, pré-artroplastia total de joelho;
- verificar o grau de satisfação dos pacientes pós-artroplastia total de joelho;
- orientar os pacientes em relação à artroplastia total de joelho;

Materiais e métodos

Este trabalho consistiu na aplicação da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQVF), desenvolvida em 1982 para analisar a qualidade de vida, especialmente de idosos, abrangendo cinco dimensões: bem-estar físico e material; relacionamentos; atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento e realização pessoal e recreação.

O estudo foi desenvolvido no Pronto Socorro de Fraturas do município de Passo Fundo - RS e nas residências dos pacientes selecionados. A amostra foi constituída de cinco pacientes, entre sessenta e oitenta anos, submetidos à artroplastia total de joelho pela equipe do Pronto Socorro de Fraturas.

Os pacientes foram visitados em suas residências visando obter informações per-

tinentes ao grau de satisfação da qualidade de vida em todos os seus setores, no que diz respeito ao pré e pós-artroplastia total do joelho, após assinado termo de consentimento para a realização desta pesquisa.

Os pacientes foram entrevistados antes do procedimento cirúrgico e acompanhados por um período mínimo de noventa dias no pós-operatório, para, então, serem entrevistados novamente.

Resultados e discussão

Tabela 1. Qualidade de vida antes da artroplastia total do joelho

Qual a sua satisfação em relação a:	MI	I	PI	I	P S	S	MS
1. Conforto material: casa, alimentação, situação financeira	3				2		
2. Saúde: fisicamente bem e vigoroso(a)	5						
3. Relacionamento com pais, irmãos e outros parentes: comunicação, visita e ajuda					1	2	2
4. Constituir família: ter e criar filhos						1	4
5. Relacionamento íntimo com esposo(a), namorado(a) ou outra pessoa relevante	1					1	3
6. Amigos próximos: compartilhar interesses, atividades e opiniões						3	2
7. Voluntariamente, ajudar e apoiar a outras pessoas	2				1	2	
8. Participação em associações e atividades de interesse público	1	1			2	1	
9. Aprendizagem: freqüentar outros cursos para conhecimentos gerais	1	2			1	1	
10. Autoconhecimento: reconhecer seus potenciais e limitações					2	3	
11. Trabalho (emprego ou em casa: atividade interessante, gratificante, que vale a pena	1	1	1		2		
12. Comunicação criativa				2		2	1
13. Participação em recreação ativa	1	2	1	1			
14. Ouvir música, assistir TV ou cinema, leitura ou outros entretenimentos	1	1			1	2	
15. Socialização: "fazer amigos"					2	1	2

MI - Muito insatisfeito; I - Insatisfeito; PI - Pouco insatisfeito; I - Indiferente; PS - Pouco satisfeito; S - Satisfeito; MS - Muito satisfeito

A aplicação da EQVF foi de grande valia para a análise que se propôs neste trabalho, que era, fundamentalmente,

analisar a qualidade de vida dos pacientes submetidos à artroplastia total do joelho, no pré e pós-operatório de cada um deles.

Tabela 2. Grau de satisfação – 1ª fase

Grau de satisfação	%
Muito insatisfeito	15,2
Insatisfeito	6,6
Pouco insatisfeito	1,9
Indiferente	2,8
Pouco satisfeito	13,3
Satisfeito	18,0
Muito satisfeito	13,3

Na Tabela 2 e em toda a análise do pré-operatório nota-se uma insatisfação muito grande em todos os setores da vida desses pacientes, o que resultou claramente numa falta de qualidade de vida.

Tabela 3. Qualidade de vida depois da artroplastia total do joelho.

Qual a sua satisfação em relação a	MI	I	PI	I	PS	S	MS
1. Conforto material: casa, alimentação, situação financeira						2	3
2. Saúde: fisicamente bem e vigoroso(a)					1		4
3. Relacionamento com pais, irmãos e outros parentes: comunicação, visita e ajuda					1	2	2
4. Constituir família: ter e criar filhos						1	4
5. Relacionamento íntimo com esposo(a), namorado(a) ou outra pessoa relevante						2	3
6. Amigos próximos: compartilhar interesses, atividades e opiniões						2	3
7. Voluntariamente, ajudar e apoiar a outras pessoas						3	2
8. Participação em associações e atividades de interesse público					1	3	1
9. Aprendizagem: freqüentar outros cursos para conhecimentos gerais					1	3	1
10. Autoconhecimento: reconhecer seus potenciais e limitações						2	3
11. Trabalho (emprego ou em casa: atividade interessante, gratificante que vale a pena					1	2	2
12. Comunicação criativa						2	3
13. Participação em recreação ativa				1	1	2	1
14. Ouvir música, assistir TV ou cinema, leitura ou outros entretenimentos						3	2
15. Socialização: "fazer amigos"						2	3

Tabela 4. Grau de satisfação – 2ª fase

Grau de satisfação	%
Muito insatisfeito	-
Insatisfeito	-
Pouco insatisfeito	-
Indiferente	0,9
Pouco satisfeito	5,7
Satisfeito	29,5
Muito satisfeito	35,2

Na Tabela 4 e na análise do pós-artroplastia, a melhoria na qualidade de vida dessas pessoas é, alarmantemente, maior, observando-se que em nenhum momento há nos pacientes analisados algum grau de insatisfação em qualquer que seja o setor das suas vidas.

Assim, ao serem analisadas as Tabelas 2 e 4, pode-se ter uma noção clara da diferença na qualidade de vida dos pacientes antes e depois da artroplastia total de joelho.

Conclusões

Define-se como ter qualidade de vida o jeito que cada um escolhe para viver. É por isso que qualidade de vida tem a ver com escolhas de bem-estar, as quais, naturalmente, estão limitadas pelos padrões de convivência social. As pessoas podem optar por levar uma vida sedentária, mesmo sabendo dos prejuízos que isso acarreta para a saúde. Por mais estranho que possa parecer, tal atitude não deixa de ser uma escolha de bem-estar, uma vez que essas pessoas têm consciência da decisão que tomaram e não estão prejudicando ninguém.

No entanto, a indecisão pela busca da qualidade de vida, seja por vontade própria, seja por indução de uma dificuldade física, traz consequências pouco benéficas,

como a apatia ou a inconformidade diante dos fatos da vida, o que pode ser observado durante os noventa dias de intervalo entre o antes e o depois do procedimento cirúrgico dos pacientes acompanhados neste trabalho de pesquisa.

Por isso, pode-se dizer que a artroplastia total de joelho para esses pacientes resultou numa mudança total na qualidade de vida, proporcionando-lhes um bem-estar e uma liberdade maior, uma vez que se sentem rejuvenescidos e seguros em suas atividades e menos dependentes de seus parentes e amigos, tornando-se ainda mais úteis à sociedade, de um modo geral.

Abstract

The arthroplasty have been of great importance in the recovery of the function of the knees of patient when indication of surgical treatment exists. They can be divided, in accordance with the components to articulate to be substituted, in two types: the total arthroplastia, where the three compartments are substituted all to articulate (femorotibial medial, femorotibial lateral and femoropatellar) and the unicompartmental arthroplasty where only one of the compartments, either the medial or lateral femorotibial is substituted. This study it had as objective to analyze the quality of life in the daily pay-surgical and after-surgical of five patients of the city of Fundo-RS, who had been submitted to the total arthroplasty of the knee. As instrument for the collection of data Escala of Quality of Life of Flanagan was used (EQVF). At the end, it was arrived the conclusion of that the improvement in the quality of life of these people was significant, therefore at

no moment, was observed in the analyzed patients, some degree of dissatisfaction in that it is the sector of its lives.

keys words: arthroplasty, daily pay-surgical and after-surgical, quality of life.

Referências

AMATUZZI, M. M. *Anatomia do joelho*. São Paulo: Roca, 2004.

CALVACA, D. *Revisão de prótese de joelho com o uso de polímero osteointegrável*. Disponível em: <<http://www.biomecanica.com.br/>>. Acesso em: 14 ago. 2004.

CAMANHO, G. L. *Patologias do joelho*. São Paulo: Sarvier, 1996.

CAMPOS, S. Open debridement of acute gram-positive infections after total knee arthroplasty. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, v. 416, p. 129-134, 2003.

EPP, J. et al. Promoción de la salud, una antología. *Publicación Científica* n. 557. OPS, Washington, EUA, 1996.

GABRIEL, M. R. S.; PETIT, J. D.; CARRIL, M. L. S. *Fisioterapia em traumatología ortopedia e reumatologia*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

KOCHER, M. S. et al. Diagnostic performance of clinical examination and magnetic resonance imaging in the evaluation of intraarticular knee

disorders in children and adolescents. *Am J Sports Med*, v. 29, n. 3, 2001.

LEVY, L. Vejez. *Terapia ocupacional*. Madrid, España: Editorial Panamericana, 1998.

MARTÍN, E. G. La prevención comunitaria. *Revista sobre Igualdad y Calidad de vida*, Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos, n. 7, 1994.

SNIDER, R. K. *Tratamento das doenças do sistema musculoesquelético*. São Paulo: Manole, 2000.

ZOLOTOW, D. Crecer después de ser adulto. Algunas ideas para posibilitar una adecuada integración social. En: *TALIS, Boletín de Estudios Internacionales sobre Educación Permanente de las Personas de la Tercera Edad*, Buenos aires, Argentina, 1998.

TIERNEY Jr, L. M.; MCPHEE, S. J.; PAKARDIS, M. A. *Diagnóstico e tratamento: um livro médico*. São Paulo: Atheneu, 2004.

Endereço

Sheila Gemelli de Oliveira
Capitão Eleutério 680
CEP: 99010-060
Passo Fundo - RS
E-mail: sgol@upf.br