

Palavras-chave: idosos; funcionalidade do joelho; artroplastia do joelho

INTRODUÇÃO

Como articulação de carga, o joelho é bastante suscetível às alterações do envelhecimento que potenciam o desenvolvimento da artrose, das quais podemos salientar: as alterações na proprioceção e equilíbrio, a sarcopenia e o aumento de massa gorda, a osteoporose, a degeneração meniscal e a menor hidratação articular.

A osteoartrose (OA) do joelho impacta na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), pelo que se torna fundamental o alívio da dor e o controlo dos sintomas pelo tratamento médico ou cirúrgico (Farrli et al., 2013).

Para além da artroscopia, osteotomia e artroplastia parcial, o tratamento cirúrgico para OA do joelho inclui a artroplastia total do joelho (ATJ). Nas pessoas idosas sem atividade laboral, e com OA avançada, esta última alternativa constituiu o tratamento mais adequado, económico e seguro (Heidari, 2011).

Assim, após cirurgia, é importante quantificar esses ganhos em saúde através da investigação, quer realizando novos estudos, quer analisando a evidência científica disponível.

OBJETIVO

Avaliar a incapacidade gerada por problemas no joelho e a qualidade de vida em pacientes idosos submetidos a artroplastia total do joelho (ATJ).

METODOLOGIA

Estudo de natureza quantitativa e de caráter longitudinal prospetivo, com dois momentos de avaliação: no pré-operatório e oito semanas após cirurgia. A QVRS foi avaliada através do MOS SF-36 v2 e a perceção da funcionalidade do joelho através do KOOS (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score).

RESULTADOS

Amostra com uma média de idades de 71,6±8,1 anos, maioritariamente feminina (62,5%). Os resultados do MOS SF-36 v2 revelam que relativamente à perceção do estado de saúde existiu uma tendência de respostas mais favorável no segundo momento de avaliação.

No que diz respeito à saúde física verificou-se uma melhoria em todas as dimensões no segundo momento de avaliação ($p < 0,05$). No domínio da saúde mental também se verificou uma melhoria em todas as dimensões ($p < 0,05$), à exceção da vitalidade ($p = 0,062$).

A perceção da funcionalidade do joelho melhorou nas seguintes subescalas: sintomas ($p = 0,015$), dor ($p < 0,001$) e qualidade de vida ($p < 0,001$).

TABELA 1- Participantes distribuídos por género, média de idades e valores médios de IMC

	Amostra
Género	
Feminino, n (%)	25 (62,5)
Masculino, n (%)	15 (37,5)
TOTAL, n (%)	40 (100,0)
Idade, (M±DP)	71,6±8,1
IMC, (M±DP)	27,2±3,9

TABELA 2- Participantes distribuídos por género, média de idades e valores médios de IMC

	Momento 1	Momento 2	p
	(M±DP)	(M±DP)	
Função física (FF)	48,8±7,0	53,6±11,1	0,005
Desempenho físico (DF)	52,5±11,0	58,4±11,2	0,001
Dor corporal (DC)	42,2±12,4	71,6±12,0	<0,001
Saúde em geral (SG)	61,9±11,2	67,8±10,0	<0,001
Vitalidade (VT)	58,9±7,2	62,0±8,3	0,062
Função social (FS)	54,3±13,4	69,2±9,7	<0,001
Desempenho emocional	54,5±14,0	66,5±12,6	<0,001
Saúde mental (SM)	55,3±11,0	64,0±7,5	<0,001

TABELA 3- Participantes distribuídos por género, média de idades e valores médios de IMC

	Momento 1	Momento 2	p
	(M±DP)	(M±DP)	
Sintomas	62,4±15,4	66,5±11,9	0,015
Dor	58,6±12,5	71,8±15,6	<0,001
Atividades de vida diária	61,7±13,2	64,0±11,1	0,060
Desporto/ atividades de lazer	13,6±3,0	13,9±11,4	0,885
Qualidade de vida	43,8±11,4	49,9±11,4	<0,001

M- Média; DP- Desvio padrão; p- Significância teste t para amostras emparelhadas

CONCLUSÃO

Tendo em conta os resultados obtidos, e salientando o conceito de que a qualidade de vida se relaciona com o estado de saúde da pessoa e que a dor e a limitação funcional provocada pela OA influenciam negativamente o bem-estar e a realização das atividades de diária da pessoa, pode concluir-se que a ATJ contribui para a melhoria da qualidade e desempenho físico da pessoa. Observou-se ainda que a ATJ além de revelar melhoria no desempenho físico, contribuiu também de forma bastante significativa para a melhoria da atividade emocional e social dos participantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Farrli, J., Miller, L. E., & Block, J. E. (2013). Quality of life in patients with knee osteoarthritis: a commentary on nonsurgical and surgical treatments. *Open Orthop J*, 7, 619-623. doi:10.2174/1874325001307010619
- Heidari, B. (2011). Knee osteoarthritis diagnosis, treatment and associated factors of progression: part II. *Caspian J Intern Med*, 2(3), 249-255.
- Fracasso, B. V., & Kaipper, M. B. (2012). Avaliação da funcionalidade em indivíduos submetidos à artroplastia total do joelho. *Revista CIPPUS-UNILASALLE*, 1(2), 170-184.
- Plotnikoff, R., Karunamuni, N., Lytyak, E., Penfold, C., Schopflocher, D., Imayama, I., . . . Raine, K. (2015). Osteoarthritis prevalence and modifiable factors: a population study. *BMC Public Health*, 15, 1195. doi:10.1186/s12889-015-2529-0