

# QUALIDADE DE VIDA E O CONTEXTO SOCIAL DE PACIENTES SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO

## QUALITY OF LIFE AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS SUBMITTED TO TOTAL KNEE ARTHROPLASTY

Marcelo Parente Oliveira<sup>1</sup>, Aurora Marcionila de Assunção Ferreira<sup>2</sup>, Roberta Xavier Ramos Cordeiro<sup>3</sup>, Jairo de Andrade Lima<sup>4</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Estudar a qualidade de vida (QV) e as características sociais dos pacientes submetidos à artroplastia total de joelho (ATJ). **Métodos:** Foram aplicados a versão brasileira validada do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 no período pré e pós-operatório para avaliação do efeito da ATJ na QV e o questionário social semiestruturado para levantamento do perfil socioeconômico dos pacientes. **Resultados:** Dos parâmetros socioeconômicos, observaram-se algumas características no universo dos pesquisados, como a predominância do gênero feminino, a idade acima dos 60 anos, uma renda familiar de até três salários mínimos, a participação do paciente na fonte da renda familiar, o convívio com outros membros coabitantes, uma escolaridade que não ultrapassa o ensino médio e uma localização de moradia na periferia urbana. Com relação ao SF-36, observou-se que em todos os domínios houve um aumento estatisticamente significativo dos valores correspondentes na avaliação pós-operatória em relação à pré-operatória. **Conclusão:** A ATJ foi capaz de oferecer uma melhora significativa na qualidade de vida. Como perfil da realidade social e econômica deste grupo de pacientes submetidos à ATJ, observa-se a predominância do gênero feminino com idade acima dos 60 anos, um baixo nível de escolaridade e limitados recursos econômicos.

**Descritores** – Artroplastia do Joelho; Qualidade de Vida; Condições Sociais

### ABSTRACT

**Objective:** To study the quality of life (QL) and social characteristics of patients submitted to total knee arthroplasty (TKA). **Methods:** The Brazilian validated version of the SF-36 Quality of Life Questionnaire was applied during the pre- and post-operative periods to assess the effect of TKA in QL. A semi-structured social questionnaire was used for the survey of patients' socioeconomic profile. **Results:** Some characteristics were observed in the participants' socioeconomic parameters, such as the predominance of females, age above sixty years old, family income up to three minimum salaries, patients' participation in family income, living together with other cohabitants, educational level up to high school; and living in urban periphery housing. Regarding SF-36, there was a statistically significant rise in corresponding values in postoperative assessment when compared with the pre-operative assessment in all domains. **Conclusion:** TKA was capable of bringing a significant improvement in quality of life. In terms of social and economic profile of this group of patients submitted to TKA, it was observed that this profile was predominantly female, aged over sixty years, with low educational level, and limited economic resources.

**Keywords** – Arthroplasty, Replacement, Knee; Quality of Life; Social Conditions

1 – Médico Ortopedista do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da UFPE; Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina do Cariri da Universidade Federal do Ceará; Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Patologia do CCS – Recife, PE, Brasil.

2 – Assistente Social do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco; Pós-Graduação em Política Social, Direitos Sociais e Competências Profissionais; Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco – Recife, PE, Brasil.

3 – Assistente Social do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco; Pós-Graduação em Saúde da Família – Recife, PE, Brasil.

4 – Doutor em Ortopedia e Traumatologia pela Universidade Federal de São Paulo; Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal de Pernambuco; Coordenador da Disciplina de Ortopedia da UFPE – Recife, PE, Brasil.

Trabalho realizado no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

Correspondência: Hospital das Clínicas da UFPE, Av. Professor Moraes Rego, SN, Cidade Universitária – 50670-420 – Recife, PE, Brasil.

E-mail: marceloparente03@hotmail.com

Trabalho recebido para publicação: 29/04/2011, aceito para publicação: 22/06/2011.

Os autores declaram inexistência de conflito de interesses na realização deste trabalho / The authors declare that there was no conflict of interest in conducting this work

Este artigo está disponível online nas versões Português e Inglês nos sites: [www.rbo.org.br](http://www.rbo.org.br) e [www.scielo.br/rbort](http://www.scielo.br/rbort)  
This article is available online in Portuguese and English at the websites: [www.rbo.org.br](http://www.rbo.org.br) and [www.scielo.br/rbort](http://www.scielo.br/rbort)

## INTRODUÇÃO

A artroplastia total do joelho (ATJ) trata-se de um procedimento de alta complexidade que visa o alívio da dor e a melhora funcional nos estágios avançados da doença articular degenerativa, quando as medidas conservadoras e a possibilidade de outras opções cirúrgicas menos mórbidas tornam-se incapazes de oferecer um tratamento satisfatório<sup>(1-3)</sup>. Nestes estágios da doença, as consequências para a saúde geral do paciente, em sua visão mais ampla, resultam no comprometimento da qualidade de vida<sup>(4-6)</sup>. Assim, torna-se de fundamental importância a abordagem interdisciplinar na escuta e na orientação ao paciente, pois a resposta exitosa do procedimento cirúrgico também depende da adaptação do paciente aos cuidados pré e pós-operatórios, ao conhecimento dos objetivos, dos riscos e dos benefícios propostos<sup>(1,3)</sup>. Uma avaliação interdisciplinar poderá indicar as condições satisfatórias para o possível sucesso do tratamento nos diversos níveis de cada especialidade<sup>(1)</sup>.

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, este 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 (OMS), o conceito de QV mais utilizado é “a percepção individual de um completo bem-estar físico, mental e social”<sup>(7)</sup>.

Foi nessa perspectiva que foi estudado o papel da ATJ na melhora da QV, tendo como interesse intrínseco o impacto das mudanças que realmente possam interferir no “bem-estar físico, mental e social” dos pacientes a ela submetidos. O estudo pretendeu focalizar não as questões técnicas da ATJ, mas considerá-las medidas e pautadas na universalidade do sujeito e nas mudanças que o tratamento estabelecerá em sua vida, tanto relacionadas ao fator dor e a melhora funcional do joelho, amplamente abordados na literatura especializada, quanto aos aspectos relacionados à sua vida familiar, social e ocupacional.

## MÉTODO

A pesquisa foi realizada no período de setembro de 2009 a novembro de 2010 junto aos pacientes do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE). Foram incluídos pacientes com quadro de doença arti-

cular degenerativa do joelho em estágio avançado que haviam sido avaliados por equipe interdisciplinar e recebido indicação de ATJ.

Foram, concomitantemente, utilizados dois instrumentos de avaliação: a versão brasileira validada do Questionário de Qualidade de Vida SF-36<sup>(8)</sup> e o questionário social semiestruturado, elaborado pelo Serviço Social do HC/UFPE. O instrumento de avaliação de QV SF-36 foi utilizado para a análise dos dados obtidos com a pesquisa e para avaliação dos resultados. Paralelamente, foi utilizado o questionário social, com o objetivo de analisar, à parte, os aspectos socioeconômicos no universo da realidade dos pesquisados. Ambos foram aplicados, individualmente, antes do procedimento cirúrgico, por ocasião do internamento dos pacientes. A reaplicação do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 foi realizada no sexto mês de pós-operatório.

O Questionário Qualidade de Vida SF-36 é utilizado para a verificação da saúde física e mental dos pacientes. Os valores das questões são transformados em notas de oito domínios, que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 é considerado o pior índice e 100, o melhor índice de cada domínio. Os domínios analisados são: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

Pretendeu-se estudar todo o universo de pacientes submetidos à ATJ primária no período. Mensalmente, o Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HC/UFPE admite cerca de oito pacientes para a realização desta cirurgia, o que, aproximadamente, deveria revelar um universo de 48 artroplastias durante os seis primeiros meses da pesquisa, quando seriam aplicados os instrumentos no período pré-operatório. No entanto, devido a fatores de ordem estrutural da instituição, só foi possível selecionar um universo de 23 pacientes. Destes, 17 foram submetidos à cirurgia proposta; os seis pacientes restantes e mais um dos que se submeteram à cirurgia não foram avaliados após o procedimento cirúrgico, e, portanto, não participaram da segunda fase da pesquisa que consistiu na aplicação dos instrumentos de avaliação de QV no sexto mês do pós-operatório. Este fato se deu pelos motivos abaixo apresentados:

Um dos pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico apresentou uma doença neurológica que impedia a avaliação da qualidade de vida após a realização da cirurgia. Este paciente foi encaminhado para a assistência neurológica e encontra-se em acompanhamento;

Um paciente não se submeteu à cirurgia devido à reavaliação da equipe interprofissional, tendo em vista que foi observado que não se encontrava em condições psicossociais satisfatórias para a sua realização;

Três pacientes não se submeteram à cirurgia proposta após reavaliação da equipe médica, considerando que devido a alguns fatores clínicos seriam encaminhados a outro tipo de tratamento;

Dois pacientes não se submeteram à cirurgia, uma vez que, por motivos estruturais da instituição, tiveram suas cirurgias suspensas por duas vezes, sendo o tratamento adiado.

Os 16 pacientes que participaram das duas etapas da pesquisa se submeteram à ATJ e foram entrevistados no pré-operatório com os dois instrumentos de avaliação e no pós-operatório com o Questionário Qualidade de Vida SF-36.

Os dados foram armazenados e foi utilizada a estatística descritiva para a confecção de tabelas e dos demais resultados quantitativos apresentados. Para avaliação de hipóteses, utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov para análise de normalidade e, tendo sido esta rejeitada, o teste não-paramétrico de Wilcoxon.

A pesquisa foi realizada com o consentimento formal e voluntário do paciente, cujo termo de consentimento foi interpretado pelos pesquisadores reforçando a linguagem o mais acessível possível à compreensão do pesquisado. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE.

## RESULTADOS

Em relação ao perfil socioeconômico, a construção se deu através da identificação das condições socioeconômicas constantes no questionário social com o universo dos 23 pacientes que participaram da pesquisa, mesmo aqueles que não foram partícipes da segunda fase. Observa-se que dos 23 pacientes estudados, 17 eram do gênero feminino e seis do masculino, com idade média de 68,4 anos (variando de 58 a 86 anos). As questões referentes a estado civil, escolaridade, profissão, situação previdenciária, composição familiar, renda familiar, moradia e transporte estão detalhadas na Tabela 1.

As principais medidas descritivas das variáveis relacionadas ao questionário SF-36, aplicado antes e após a cirurgia com os 16 pacientes que participaram das duas etapas da pesquisa, encontram-se detalhadas na Tabela 2. Observamos que em todos os domínios houve um aumento estatisticamente significativo dos valores

correspondentes na avaliação pós-operatória em relação à pré-operatória, como demonstrado pelo teste não-paramétrico de Wilcoxon. Esse teste foi escolhido por se tratar de duas amostras relacionadas (antes e depois) e porque rejeitamos a hipótese de normalidade das variáveis ao aplicarmos o teste de Kolmogorov-Smirnov em cada um dos domínios. Os p-valores resultantes do teste de Wilcoxon levaram à rejeição da hipótese de igualdade de média, ou seja, mostraram que houve diferenças significativas entre os valores de todos os domínios, o que reforça a análise feita anteriormente.

## DISCUSSÃO

Com o desenvolvimento e a universalização da moderna artroplastia do joelho, a introdução dos diversos modelos de próteses e os diferentes modos de abordar questões da técnica cirúrgica, como o manejo do ligamento cruzado posterior e da articulação femoropatelar, por exemplo, tornou-se fundamental o desenvolvimento de métodos de avaliação de resultados. Neste contexto, o *Hospital for Special Surgery Knee Score* e o *Knee Society Score* tornaram-se dois dos sistemas de avaliação mais utilizados<sup>(9)</sup>. Por abordarem a ATJ através do resultado da cirurgia para o joelho em si ou através do resultado funcional relacionado diretamente ao joelho, esses sistemas carecem de dados que informem as consequências do tratamento para a saúde geral do paciente. Na tentativa de suprir esta necessidade, desenvolveram-se sistemas de avaliação de resultados que levam em conta dados gerais da saúde do paciente, como, por exemplo, o *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC)*<sup>(5,10)</sup>. Avaliações clínicas do estado de saúde muitas vezes refletem a percepção do médico sobre a doença, frequentemente sem correlação com a percepção do paciente sobre sua saúde<sup>(11)</sup>.

Tendo em vista um conceito mais amplo de QV, como defendido pela OMS, da “percepção individual de um completo bem-estar físico, mental e social”, surge a necessidade de abordar os resultados dos tratamentos neste contexto. Muitas vezes, a aplicação de sistemas de avaliação direcionados para questões objetivas relativas à terapêutica em questão, neste caso a ATJ, poderia fornecer a falsa percepção de sucesso no tratamento, baseado na simples melhora dos escores utilizados. O contrário também é verdade, ou seja, o aparente resultado ruim medido pelos escores poderia subvalorizar o real alcance do tratamento para a saúde geral e a QV do paciente. Isto é particularmente verdade nos pacientes

**Tabela 1** – Perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa.

Pacien- te	Gêne- ro	Idade (anos)	Estado Civil	Escolari- dade	Profissão	Situação Previ- denciária	Compo- sição familiar	Renda familiar (salário mínimo)	Fontes da renda familiar	Mora- dia	Tipo de Mo- radia	Locali- zação de moradia	Acesso da mo- radia	Tipo de piso	Abaste- cimento de água	Trans- porte utiliza- do	Ajuda nas tarefas de casa
01	Fem	63	Casado	Ens. Fund. I	Dona de casa	Dependente	2 pessoas	3 SM	Pacien- te e outros	Própria	Casa	Urbana periférica	Plano	Cerâ- mica	Encana- da	Auto- próprio	Sim
02	Fem	61	Separado	Ens. Fund. I	Dona de casa	Dependente	3 pessoas	3 SM	Apenas outros	Aluga- da	Casa	Urbana periférica	Plano	Ci- mento liso	Encana- da	Ônibus coletivo	Não
03	Fem	63	Viúvo	Ens. Fund. I	Emp. Domést.	Aposen- tado	2 pessoas	2 SM	Pacien- te e outros	Própria	Casa	Urbana periférica	Ladeira	Cerâ- mica	Encana- da	Ônibus coletivo	Sim
04	Fem	68	Casado	Ens. Fund. I	Aux. En- ferm.	Aposen- tado	2 pessoas	3,5 SM	Pacien- te e outros	Aluga- da	Casa	Urbana periférica	Plano	Cerâ- mica	Encana- da	Auto- próprio	Sim
05	Masc	63	União	Ens. Fund. II	Insp de qualidade	Aposen- tado	3 pessoas	4,5 SM	Apenas pacien- te	Própria	Casa	Urbana central	Plano	Cerâ- mica	Encana- da	Auto- próprio	Sim
06	Fem	63	Solteiro	Ens. Médio	Tec en- ferm.	Aposen- tado	1 pessoa	1 SM	Apenas pacien- te	Própria	Casa	Urbana periférica	Médio acive	Cerâ- mica	Encana- da	Ônibus coletivo	Não
07	Fem	69	Casado	Alfabeti- zado	Emp. Domést.	Aposen- tado	3 pessoas	2 SM	Pacien- te e outros	Própria	Casa	Urbana periférica	Plano	Ci- mento liso	Encana- da	Ônibus coletivo	Sim
08	Fem	73	Viúvo	Alfabeti- zado	Costureira	Aposen- tado	1 pessoa	1 SM	Apenas pacien- te	Própria	Casa	Urbana central	Ladeira	Ci- mento grosso	Encana- da	Ônibus coletivo	não
09	Fem	73	Viúvo	Alfabeti- zado	Agricultor	Aposen- tado	2 pessoas	1 SM	Apenas pacien- te	Própria	Casa	Urbana periférica	Plano	Cerâ- mica	Encana- da	Auto-fa- miliares	Sim
10	Fem	69	Viúvo	Ens. Fund. II	Dona de casa	Pensio- nista	3 pessoas	2 SM	Pacien- te e outros	Própria	Casa	Urbana periférica	Plano	Cerâ- mica	Encana- da	Ônibus coletivo	Sim
11	Fem	66	Viúvo	Alfabeti- zado	Dona de casa	Pensio- nista	2 pessoas	2 SM	Apenas pacien- te	Própria	Casa	Urbana periférica	Plano	Cerâ- mica	Encana- da	Ônibus coletivo	Sim
12	Fem	79	Solteiro	Não alfabet.	Agricultor	Aposen- tado	2 pessoas	2 SM	Apenas pacien- te	Própria	Casa	Urbana periférica	Plano	Ci- mento grosso	Encana- da	Ônibus coletivo	Sim
13	Masc	74	Casado	Alfabeti- zado	Agricultor	Aposen- tado	2 pessoas	1,5 SM	Apenas pacien- te	Própria	Casa	Rural	Plano	Ci- mento grosso	Cacim- ba/poço	Car- roça/ similar	Sim
14	Fem	73	Solteiro	Ens. Fund. I	Atend. Enferm.	Aposen- tado	1 pessoa	3 SM	Apenas pacien- te	Cedida	Casa	Urbana central	Plano	Cerâ- mica	Encana- da	Auto-fa- miliares	Sim
15	Fem	76	Viúvo	Ens. Fund. I	Dona de casa	Pensio- nista	3 pessoas	3 SM	Pacien- te e outros	Própria	Casa	Urbana periférica	Baixo acive	Cerâ- mica	Encana- da	Ônibus coletivo	Sim
16	Fem	70	Viúvo	Não alfab.	Agricultor	Aposen- tado	3 pessoas	3 SM	Pacien- te e outros	Aluga- da	Casa	Urbana periférica	Plano	Ci- mento liso	Encana- da	Ônibus coletivo	Sim
17	Masc	69	Casado	Ens. Médio	Motorista	Aposen- tado	2 pessoas	3 SM	Pacien- te e outros	Própria	Casa	Urbana central	Plano	Cerâ- mica	Encana- da	Auto- próprio	Sim
18	Masc	58	União	Ens. Fund. I	Motorista	Aux. do- ença	5 pessoas	3 SM	Pacien- te e outros	Própria	Casa	Urbana periférica	Plano	Cerâ- mica	Encana- da	Ônibus coletivo	Sim
19	Masc	76	Casado	Não alfab.	Agricultor	Aposen- tado	4 pessoas	3 SM	Pacien- te e outros	Própria	Casa	Urbana periférica	Plano	Cerâ- mica	Encana- da	Ônibus coletivo	Sim
20	Fem	58	Solteiro	Ens. Médio	Professor	Aux. do- ença	3 pessoas	2 SM	Pacien- te e outros	Própria	Casa	Urbana periférica	Plano	Ci- mento liso	Encana- da	Ônibus coletivo	Sim

**Tabela 1** – Perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa.

Paciente	Gênero	Idade (anos)	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Situação Previdenciária	Composição familiar	Renda familiar (salário mínimo)	Fontes da renda familiar	Moradia	Tipo de Moradia	Localização de moradia	Acesso da moradia	Tipo de piso	Abastecimento de água	Transporte utilizado	Ajuda nas tarefas de casa
21	Masc	59	Casado	Ens. Fund. I	Padeiro	Aposentado	2 pessoas	2 SM	Paciente e outros	própria	Casa	Urbana periférica	Plano	Cerâmica	Encanada	Ônibus coletivo	Sim
22	Fem	86	Viúvo	Não alfab.	Dona de casa	Pensionista	5 pessoas	4,5 SM	Paciente e outros	Própria	Casa	Urbana periférica	Plano	Cerâmica	Encanada	Auto-próprio	Sim
23	Fem	65	Viúvo	Alfabetizado	Dona de casa	Pensionista	3 pessoas	2 SM	Paciente e outros	Alugada	Casa	Urbana periférica	Ladeira	Cimento liso	Encanada	Ônibus coletivo	Sim

FEM - feminino; MASC - masculino; ENS - ensino; FUND - fundamental; ALFABET - alfabetizado; EMP. DOMÉST - empregada doméstica; AUX - auxiliar; ENFERM - enfermagem; INS - inspetor; TÊC - técnico; ATEND - atendente; AUX. DOENÇA - auxílio doença; SM - salário mínimo.

**Tabela 2** – Medidas descritivas para cada domínio relacionado ao Questionário de Qualidade de Vida SF-36 antes e após a cirurgia.

Domínio	Número de pacientes		Escore Mínimo		Escore Máximo		Mediana		Média		p-valor do teste Wilcoxon	Coeficiente de Variação	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois		Antes	Depois
Capacidade funcional	16	16	0,00	15,00	55,00	80,00	15,00	62,50	14,06	59,06	0,00	1,03	0,30
Limitação por aspectos físicos	16	16	0,00	0,00	50,00	100,00	0,00	62,50	7,81	54,69	0,00	2,25	0,63
Dor	16	16	20,00	31,00	61,00	84,00	35,50	62,00	35,44	63,00	0,00	0,38	0,26
Estado geral de saúde	16	16	30,00	52,00	87,00	92,00	67,00	77,00	64,13	77,31	0,01	0,26	0,15
Vitalidade	16	16	25,00	35,00	80,00	85,00	62,50	80,00	59,06	77,33	0,01	0,28	0,16
Aspectos sociais	16	16	12,50	25,00	87,50	100,00	37,50	87,50	40,63	81,25	0,00	0,48	0,26
Limitação por aspectos emocionais	16	16	0,00	0,00	66,67	100,00	33,33	66,67	22,92	70,83	0,00	1,02	0,48
Saúde mental	16	16	24,00	48,00	96,00	96,00	58,00	88,00	60,75	85,00	0,01	0,36	0,14

com doença degenerativa poliarticular, principalmente nas artrites inflamatórias e autoimunes<sup>(5,11)</sup>. Porém, quando se avalia a melhora na qualidade de vida, ou seja, o que o tratamento proporcionou efetivamente para melhora na vida do paciente, o resultado poderia ser diferente. Embora métodos de avaliação como o WOMAC possam fornecer informações sobre o estado geral de saúde, são necessárias medidas mais apropriadas para obter informações mais completas sobre o *status* físico, mental e social<sup>(5)</sup>.

O efeito positivo da ATJ na qualidade de vida tem sido estabelecido em alguns trabalhos<sup>(5,6,12-15)</sup>. Jolles e Bogoch<sup>(5)</sup>, estudando a qualidade de vida após ATJ em pacientes com artrite reumatoide juvenil, observaram que os instrumentos comumente utilizados para avaliação de resultados após ATJ não foram capazes de coletar informações de importância para os pacientes no grupo estudado. Assim, utilizaram sistemas de medidas de avaliação de resultado geradas pelos próprios pacientes, conseguindo quantificar a satisfação e a melhora na qualidade de vida após ATJ em diferentes aspectos da vida diária. No nosso estudo, utilizamos a versão brasileira validada do Questionário de Qualidade

de Vida SF-36<sup>(8)</sup>. Foi possível observar um aumento estatisticamente significativo em todos os domínios do instrumento no período pós-operatório em relação ao pré-operatório, constatando-se que a ATJ contribuiu de forma significativa para a melhora na qualidade de vida dos pacientes. O componente capacidade funcional, por exemplo, antes da cirurgia, variou de 0 a 55, com média de 14,06 e com 50% dos pacientes avaliados com valores até 15. Após a cirurgia, esse componente variou de 15 a 80, com média de 59,06 e metade dos pacientes avaliados com valores até 62,5. Além disso, em todos os domínios, os coeficientes de variação depois da cirurgia são menores que os correspondentes antes da cirurgia, indicando assim que os valores antes da cirurgia são mais dispersos e, conseqüentemente, têm uma média menos representativa do que os valores após a cirurgia.

Em relação ao domínio limitação por aspectos físicos, o valor máximo após a cirurgia é o dobro do valor máximo antes da cirurgia. A metade dos pacientes obteve o valor 0 para esse domínio antes da cirurgia, ao passo que, após a cirurgia, subiu para 62,5. Houve um aumento também na média de 7,81 para 54,69. No entanto, o domínio que teve um maior aumento na média foi aspectos

emocionais, que tinha uma média de 22,92 e passou para 70,83. Por outro lado, o que teve menor aumento foi o estado geral de saúde, passando de 64,13 para 77,31.

Com relação ao perfil socioeconômico, observa-se a importância de se caracterizar a realidade social dos pacientes submetidos à ATJ, denotando uma aproximação com o lócus das atividades do cotidiano onde estão inseridas as situações que definem a qualidade de vida dentro das perspectivas mínimas propícias ou não para o sucesso de um tratamento que demande a ausência de limitações físicas e dor e propicie uma reinserção do paciente às atividades e socialização do seu meio ambiente. Além disso, propicia o conhecimento das características dos sujeitos envolvidos na pesquisa relacionando aspectos que possam ser considerados importantes para o perfil de pacientes que, comumente, se submetem à ATJ, indicando questões que podem interferir consideravelmente nos resultados do tratamento. Alguns estudos indicam que o *status* socioeconômico pode influenciar fortemente o tratamento da osteoartrose<sup>(4,16-18)</sup>. Questões como dependência de benefícios sociais e/ou previdenciários ou condição socioeconômica desfavorável têm sido implicadas em maior dificuldade de acesso à ATJ<sup>(16-18)</sup>. Por outro lado, estudos indicam que quanto maior o tempo em uma fila de espera de artroplastia maior a progressão da dor e da incapacidade física<sup>(4)</sup>, e que a dor e a incapacidade física mais intensas no pré-operatório são preditores de um resultado pior nas ATJ<sup>(19,20)</sup>.

## REFERÊNCIAS

- Leme LEG, Kitadai FT, Amatuzzi MM. Artropatias degenerativas do joelho no idoso. In: Amatuzzi MM. Joelho - Articulação central dos membros inferiores. São Paulo: Rocca; 2004. p. 469-78.
- 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. p. 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. p. 243-313.
- 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):653-8.
- Jolles BM, Bogoch ER. Quality of life after TKA for patients with juvenile rheumatoid arthritis. *Clin Orthop Relat Res*. 2008;466(1):167-78.
- Horn CC, Oliveira SG. Qualidade de vida pós-artroplastia total de joelho. *Rev Bras Ciênc. Envelh Hum*. 2005;2(2):57-64.
- Seidi EMF, Zannon CMLC. Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública* 2004;20(2):580-8.
- Miguel EC, Rosário-Campos MC, Mathis MA, Mathis ME, Lopes AC, Diniz JB, et al. Protocolo de Pesquisa do PROTOC. Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, Versão 2007.
- 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):2445-51.
- 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):453-61.
- Wright JG, Young NL. The patient-specific index: asking patients what they want. *J Bone Joint Surg Am*. 1997;79(7):974-83.
- Räsänen P, Paavolainen P, Sintonen H, Koivisto AM, Blom M, Ryyänen OP, et al. Effectiveness of hip or knee replacement surgery in terms of quality-adjusted life years and costs. *Acta Orthop*. 2007;78(1):108-15.
- 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):169-75.
- 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.
- Norman-Taylor FH, Palmer CR, Villar RN. Quality-of-life improvement compared after hip and knee replacement. *J Bone Joint Surg Br*. 1996;78(1):74-7.
- Yong PF, Milner PC, Payne JN, Lewis PA, Jenkinson C. Inequalities in access to knee joint replacements for people in need. *Ann Rheum Dis*. 2004;63(11):1483-9.
- 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):825-30.
- Hawker GA. The quest for explanations for race/ethnic disparity in rates of use of total joint arthroplasty. *J Rheumatol*. 2004;31(9):1683-5.
- Ostendorf M, Buskens E, van Stel H, Schrijvers A, Marting L, Dhert W, et al. Waiting for total hip arthroplasty: avoidable loss in quality time and preventable deterioration. *J Arthroplasty*. 2004;19(3):302-9.
- Fortin PR, Penrod JR, Clarke AE, St-Pierre Y, Joseph L, Bélisle P, et al. Timing of total joint replacement affects clinical outcomes among patients with osteoarthritis of the hip or knee. *Arthritis Rheum*. 2002;46(12):3327-30.