

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
HC/UFPR

**ARTROPLASTIA TOTAL DO TORNOZELO (ATT) EM PACIENTE HEMOFÍLICO:
RELATO DE CASO**

CURITIBA

2018

MARCOS PICINI

**ARTROPLASTIA TOTAL DO TORNOZELO (ATT) EM PACIENTE HEMOFÍLICO:
RELATO DE CASO**

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista, Curso de Especialização em Cirurgia do Pé e Tornozelo, Setor de Ciências da Saúde, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – HC/UFPR.

Orientador: Prof. Dr. João Luiz Vieira da Silva
Co-Orientador: Dr. Luciano de Rocha Loures Pacheco

CURITIBA

2018

TERMO DE APROVAÇÃO

MARCOS PICINI

ARTROPLASTIA TOTAL DO TORNOZELO (ATT) EM PACIENTE HEMOFÍLICO: RELATO DE CASO

Monografia aprovada como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista, Curso de Especialização em Cirurgia do Pé e Tornozelo, Setor de Ciências da Saúde, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - HC/UFPR, pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. João Luiz Vieira da Silva
Orientador – Chefe do serviço de Cirurgia do Pé e Tornozelo – HC/UFPR
Professor Adjunto de Ortopedia e Traumatologia da UFPR

Prof. Dr. Luiz Antonio Munhoz da Cunha
Professor Titular de Ortopedia e Traumatologia da UFPR

Prof. Dr. Edilson Forlin
Professor Adjunto de Ortopedia e Traumatologia da UFPR

Prof. Dr. Edmar Stieven Filho
Professor Adjunto de Ortopedia e Traumatologia da UFPR

Curitiba, 06 de fevereiro de 2018

AGRADECIMENTO

Ao orientador Prof. Dr. João Luiz Vieira da Silva por seu empenho e paciência para que este projeto fosse desenvolvido.

Aos amigos Dr. Eiji Rafael Nakahashi, Dr. Leonardo Mugnol e Dra. Ana Paula Pereira Plochow sempre dispostos para quaisquer dúvidas.

RESUMO

Hemofilia é uma doença de herança genética ligada ao cromossomo X. A principal alteração desta patologia afeta os mecanismos de coagulação. As articulações mais acometidas são os joelhos, cotovelos e tornozelos. As manifestações clínicas incluem dor, sangramento articular e limitação do movimento. O diagnóstico leva em consideração o quadro clínico e exames de imagem. Neste artigo, apresentamos o caso de um paciente com restrição das atividades diárias e perda da qualidade de vida devido à artropatia hemofílica em tornozelo direito. Após a realização da artroplastia total d articulação afetada, evoluiu com melhora dos parâmetros pré-operatórios.

Palavras-chave: Tornozelo; Hemofilia; Hemartrose/cirurgia; Artroplastia de Substituição do Tornozelo

ABSTRACT

Hemophilia is a genetic disease linked to the the X chromosome. The main alteration of this pathology affects the coagulation mechanisms. The most commonly affected joints are the knees, elbows and ankles. Clinical features include pain, hemarthrosis and limited range of movement. The diagnosis considers the clinical picture and imaging tests. In this paper, we present a case of a patient with restriction of daily activities and loss of the quality of life due to a hemophilic arthropathy of the right ankle. After an arthroplasty of the affected joint, the patient proceeded with improvement of the preoperative parameters.

Keywords: Ankle; Hemophilia; Hemarthrosys/surgery; Ankle replacement arthroplasty.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - RADIOGRAFIA PRÉ-OPERATÓRIO DO TORNOZELO DIREITO.....	10
FIGURA 2 – RADIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DO TORNOZELO DIREITO....	11
FIGURA 3 – IMAGENS DO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO	12
FIGURA 4 – RADIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DO TORNOZELO DIREITO.....	13
FIGURA 5 – BAROPODOMETRIA ELETRÔNICA.....	14

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. RELATO DE CASO	8
3. DISCUSSÃO.....	14
4. REFERÊNCIAS	18
5. ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO AOFAS.....	19
6. ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA / SF-36.....	20

1. INTRODUÇÃO

A Hemofilia é uma doença de herança recessiva ligada ao cromossomo sexual X que afeta a coagulação. A falta dos fatores VIII e IX caracteriza as Hemofilias A (clássica) e B (Christmas) respectivamente, sendo que a primeira representa 85% dos casos de hemofilia (ACHARYA, 2008; RODRIGUEZ-MERCHAN, 2012; ASECIO et al., 2014).

Esse distúrbio que afeta os fatores de coagulação pode se manifestar com sangramento espontâneo no sistema musculoesquelético (ASENCIO et al., 2014; DALAT et al., 2007). Sabe-se que muitos casos podem evoluir com artropatia hemofílica poliarticular, afetando articulações como tornozelos, joelhos e quadris bilateralmente (BEETON, 2000).

A fisiopatologia da artropatia hemofílica é descrita como uma hipertrofia sinovial resultante de um processo crônico e repetitivo que provoca uma degeneração tecidual a longo prazo (RODRIGUEZ-MERCHAN, 2012).

O paciente hemofílico tem como principal sinal o sangramento articular e musculoesquelético. As articulações mais acometidas, em ordem decrescente, são o joelho, cotovelo e tornozelo (ACHARYA, 2008). O diagnóstico é feito pelo quadro clínico do paciente, escores clínicos e exames de imagem, os quais também auxiliarão na escolha entre o tratamento conservador ou cirúrgico (ACHARYA, 2008; DALAT et al., 2007).

Na literatura há poucos trabalhos que relatam resultados e desafios relacionados à artroplastia total do tornozelo (ATT) em pacientes hemofílicos, já que abordam em sua grande maioria as articulações do quadril e joelho. Portanto, esse relato de caso tem como objetivo contribuir com o aprimoramento dos resultados da ATT no paciente portador de hemofilia.

2. RELATO DE CASO

Paciente E.S, masculino, 40 anos, técnico de informática, procurou o serviço de Ortopedia com queixa de dor contínua e progressiva em tornozelo direito, evoluindo com claudicação. O paciente é portador de Hemofilia A grave com histórico de outros três casos semelhantes na família. Fazia uso de fator VIII e de ibuprofeno

para o controle da dor. Realizou, em mais de uma ocasião, infiltrações com corticosteroides e isótopos radioativos de Citrato de Ítrio no tornozelo direito (radiosinoviotese) sem alívio dos sintomas. Tinha como histórico de cirurgias prévias: artroscopia do tornozelo direito em 2010 e artroplastia total de joelho direito em 2011, ambas realizadas em nosso serviço de Ortopedia e Traumatologia.

Após inúmeras tentativas de tratamento conservador, foi indicada ao paciente a realização de ATT direito para melhora sintomática da artropatia hemofílica crônica. Na ocasião, apresentava no tornozelo direito: dor à palpação, edema articular, rigidez, crepitação, limitação da amplitude de movimento e dificuldade em manter o apoio sobre o membro direito na posição ortostática. A (FIGURA 1), apresenta radiografia pré-operatório nas incidências frente e perfil do tornozelo direito, podemos visualizar restrição do espaço articular, osteofitose e grande degeneração articular.

Aplicou-se um protocolo pré-operatório com a reposição de 4.000 U de Fator VIII e 2g ácido aminocapróico na sala cirúrgica (PACHECO; WOLFF, 2013).

Foi aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido ao paciente, segundo as orientações da declaração de Helsinque. O trabalho teve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do hospital.

A cirurgia foi realizada com o paciente em decúbito dorsal horizontal, sob anestesia raquidiana, sendo submetido a preparos ortopédicos de rotina. Utilizou-se o acesso cirúrgico universal anterior de aproximadamente 15 cm em tornozelo direito, seguindo-se a dissecação por planos entre o músculo tibial anterior e musculo extensor longo do hálux com isolamento do feixe neurovascular. Em seguida, constatou-se diminuição do espaço da articulação tíbiotársica, esclerose, osteófitos e cistos ósseos.

Os guias extramedulares para osteotomia da tíbia distal e do tálus foram adaptados. Na cirurgia também se fez uso dos componentes tibial nº 1, *liner* 1/6 e componente talar nº 1. Após constatar adequada coaptação da prótese, houve limpeza exaustiva com soro fisiológico 0,9%, sutura por planos e colocação de curativo estéril. A prótese utilizada era do modelo Zenith da marca Corin®.

No pós-operatório imediato, ainda no centro cirúrgico. O paciente foi submetido a uma radiografia de tornozelo direito na incidência frente e perfil

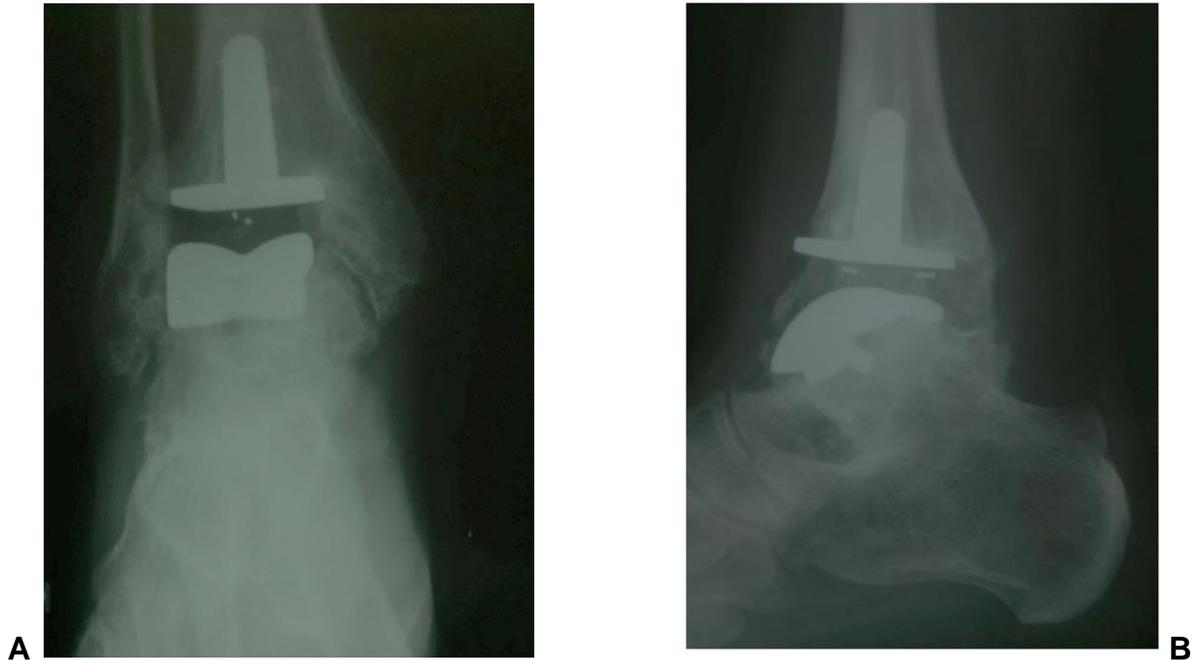
(FIGURA 2). Onde se observa um bom posicionamento dos componentes tibial, talar e *liner*.

Durante o internamento do pós-operatório, o paciente utilizou Fator VIII 2.000 U duas vezes por dia até o terceiro dia, após 2.000 U por dia até completar sete dias de pós operatório (PACHECO; WOLFF, 2013).

FIGURA 1 - RADIOGRAFIA PRÉ-OPERATÓRIA DO TORNOZELO DIREITO. A: RADIOGRAFIA EM ANTERO-POSTERIOR. B: RADIOGRAFIA EM PERFIL.



FIGURA 2 - RADIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DO TORNOZELO DIREITO. A: RADIOGRAFIA EM ANTERO-POSTERIOR. B: RADIOGRAFIA EM PERFIL.

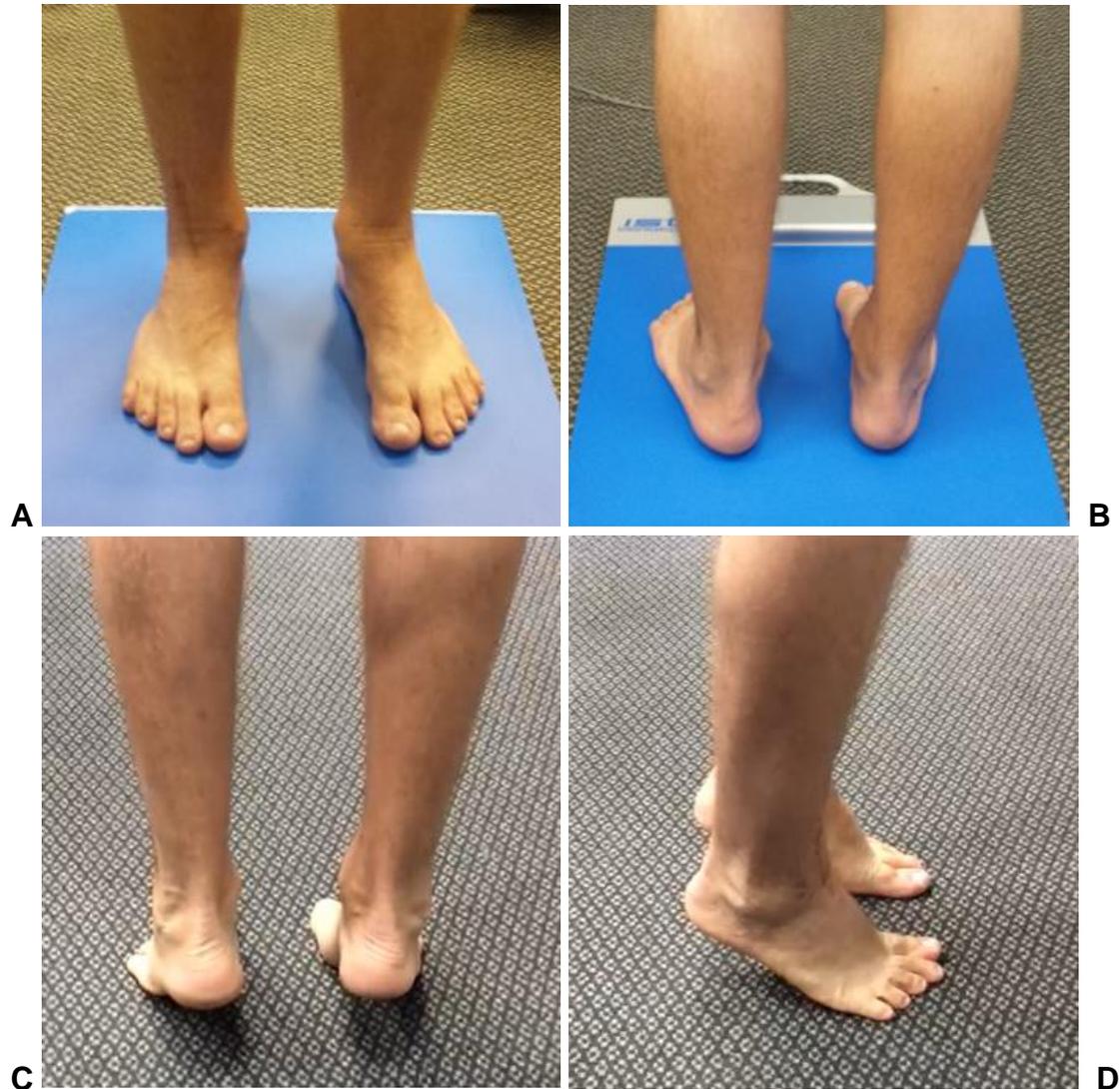


No presente caso foram utilizados como parâmetros na avaliação e indicação do procedimento de artroplastia; anamnese, exame físico, os escores AOFAS e SF-36 e radiografias nas posições frente e perfil. Esses recursos avaliaram a funcionalidade da articulação, qualidade de vida, alinhamento articular e a condições da articulação no pré-operatório.

No seguimento ambulatorial de 3 anos, o paciente foi avaliado através dos mesmos critérios usados no pré-operatório, acrescentando a baropodometria eletrônica estática e dinâmica.

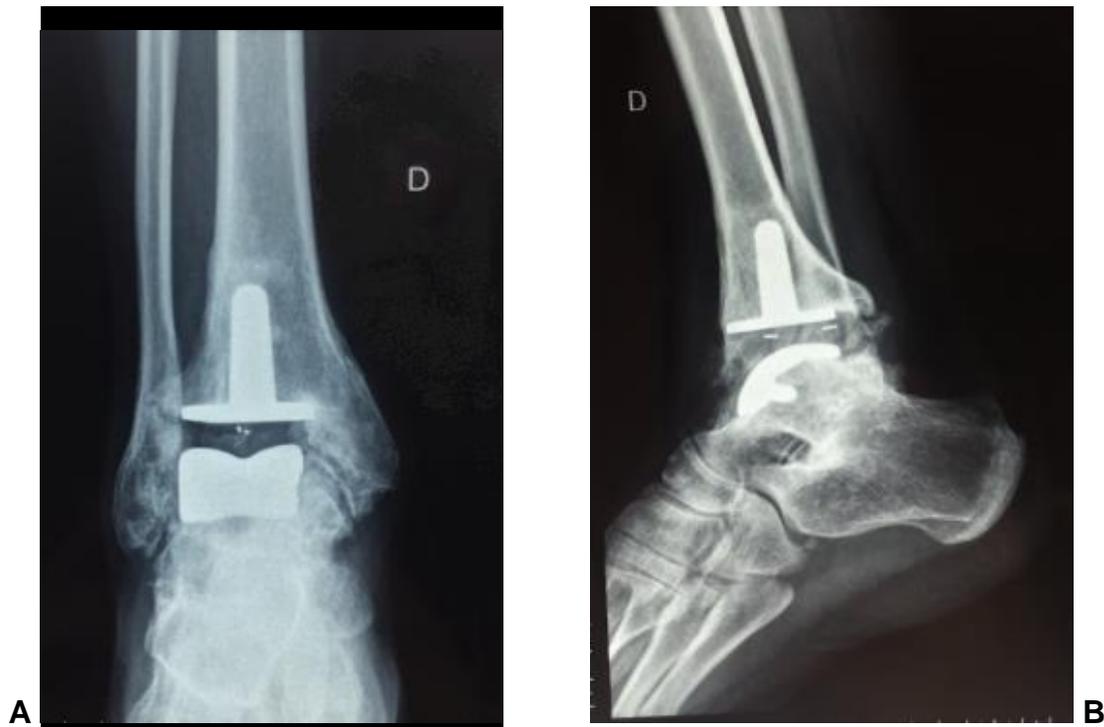
Na avaliação clínico-funcional e de qualidade de vida, no pré-operatório, o paciente somou 11 pontos no escore da AOFAS e 83 pontos no SF-36. No período pós-cirúrgico, os escores obtidos foram atingiu 87 pontos e 93 pontos respectivamente. Na (FIGURA 3) visualizamos imagens do alinhamento do retropé de frente e posterior (A,B) e da amplitude de movimento e grau de função (C,D).

FIGURA 3 - IMAGENS DO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO (3 ANOS). A: FOTOGRAFIA ANTERIOR DE TORNOZELOS. B: POSTERIOR. C: FLEXÃO PLANTAR VISTA POSTERIOR. D: FLEXÃO PLANTAR VISTA LATERAL.



Na (FIGURA 4), a radiografia de frente e perfil do tornozelo direito, com 3 anos de seguimento ambulatorial, mostrou uma boa fixação e integração dos componentes tibial e talar, bem como do *liner*, sem sinais de soltura.

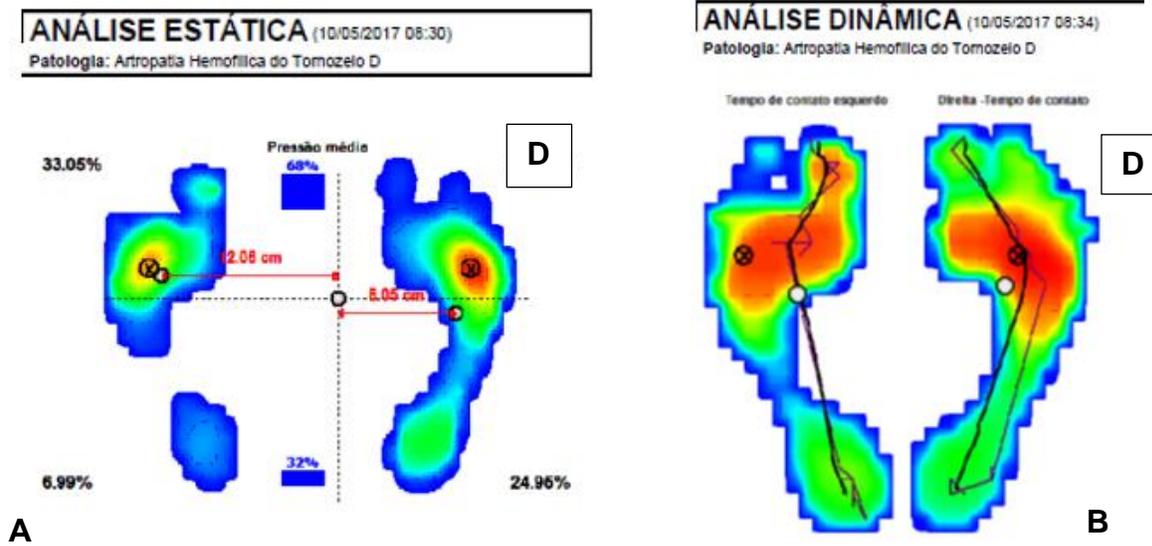
FIGURA 4 - RADIOGRAFIA DE PÓS-OPERATÓRIO TARDIO (2017 = 3 ANOS DE EVOLUÇÃO) DO TORNOZELO DIREITO. A: RADIOGRAFIA EM ANTERO-POSTERIOR. B: RADIOGRAFIA EM PERFIL.



A baropodometria eletrônica, é um exame não invasivo, que avalia as pressões plantares durante a marcha. Também auxilia na identificação do tipo de pisada e as alterações biomecânicas que podem estar presentes nos pés. O exame é realizado com o paciente em posição ortostática, na forma estática e dinâmica. Em nosso estudo usamos o aparelho Footwork®.

Na avaliação baropodométrica estática do pé direito (lado da artroplastia), mostrou uma pisada plantígrada e neutra com boa distribuição de carga. No pé esquerdo (tratamento conservador) foi visto uma impressão plantar em cavo. Na análise dinâmica do pé direito, apresentou-se uma pisada neutra, e uma tendência à supinação no lado esquerdo (FIGURA 5). Ambos os pés não apresentam calosidades ou ulcerações.

FIGURA 5 - BAROPODOMETRIA ELETRÔNICA (2017). A: ESTÁTICA. B: DINÂMICA.



3. DISCUSSÃO

O sangramento articular excessivo e repetitivo, que ocorre na hemofilia, provoca uma hipertrofia crônica sinovial, levando a uma sinovite crônica e consequente degeneração articular (ACHARYA, 2008; PACHECO; WOLFF, 2013). No caso do paciente relatado, os sangramentos articulares iniciaram por volta dos 7 anos de idade, ocorrendo pelo menos uma vez ao ano. Estes episódios cíclicos acarretaram em degeneração articular, rigidez e o desalinhamento dos membros inferiores. Sinais e sintomas estes, condizem com os relatados na literatura (RODRIGUEZ-MERCHAN, 2012).

O diagnóstico e a avaliação são feitos a partir da anamnese, exame físico, escores clínicos (AOFAS e SF-36) e exames de imagens, sendo os mais utilizados a radiografia, ultrassonografia e a ressonância nuclear magnética (ACHARYA, 2008; RODRIGUEZ-MERCHAN, 2012). Neste estudo foram utilizados os dois escores clínicos supracitados, exame físico e radiografias e acrescentamos a avaliação baropodométrica com o objetivo de detectarmos alteração na forma do pé (avaliação estática) e no padrão de pisada (avaliação dinâmica).

O tratamento conservador inclui analgesia, reposição de fatores de coagulação, reabilitação fisioterápica e sinovectomia química e radioterápica (ACHARYA, 2008;

DALAT et al., 2007; BARG et al., 2015). O controle da dor deve priorizar analgésicos comuns, anti-inflamatórios, opióides e relaxantes musculares, reduzindo os riscos de sangramento (BARG et al., 2015). No presente caso, tentou-se o tratamento conservador, porém sem sucesso. Foi prescrito analgesia e medicação anti-inflamatória, reposição de fator VIII, sessões de fisioterapia, sinovectomia radioterápica e infiltrações com corticosteroide.

Em caso de falha terapêutica, opta-se pela indicação de intervenções cirúrgicas que incluem a sinovectomia, artroscopia, artrodese ou a artroplastia da articulação acometida (ASENCIO et al., 2014; BARG et al., 2010; PASTA, 2008). Essa escolha é difícil para o ortopedista, pois ainda hoje é motivo de grande controvérsia entre especialistas na literatura, uma vez que engloba diversos fatores.

A artrodese tíbiotársica é considerada por muitos, padrão-ouro de tratamento cirúrgico das artropatias no tornozelo. No entanto, essa opção de tratamento pode apresentar piora do resultado ao longo dos anos. Uma das explicações é a sobrecarga envolvendo articulações adjacentes que também evoluem para artrose dolorosa (BARG et al., 2015). Acreditamos, da mesma forma que outros autores, que a indicação da artroplastia, ao preservar, ou até mesmo melhorar a mobilidade articular, poderia evitar estas repercussões indesejáveis (DALAT et al., 2007).

Alguns fatores são imprescindíveis para alterar as perspectivas relacionadas ao melhor manejo dos pacientes com artropatia hemofílica do tornozelo. Como exemplo, podemos citar a evolução dos implantes ortopédicos, a vontade do paciente de manter movimento articular e a realização de carga precoce. Essas mudanças alteraram o cenário abrindo portas para a artroplastia total na busca pela melhora da qualidade de vida. Estudos recentes afirmam que, em pacientes adequadamente selecionados (boa qualidade óssea, não praticante de atividades físicas de impacto, sem histórico de infecção prévia ou atual no sítio cirúrgico) os graus de função e a satisfação são maiores na ATT quando comparado à artrodese, após aplicação dos questionários AOFAS e SF-36 (BARG et al., 2015).

A indicação de ATT deve ser individualizada, levando-se em conta o contexto clínico do paciente, a refratariedade de tratamentos alternativos, evolução da artropatia e os desvios do eixo mecânico no membro afetado. Neste caso específico, optamos pela ATT já que havia boa qualidade óssea e bom alinhamento. Além disso,

o paciente não praticava atividades físicas de impacto e não apresentava histórico de infecção prévia ou atual no sítio cirúrgico.

As principais contraindicações para a realização da artroplastia total do tornozelo são infecções locais agudas ou crônicas, instabilidade não reparável, necrose do tálus, osteoporose avançada e paciente com grande demanda funcional por atividades esportivas (BARG et al., 2015; DAUTY, 2015). O paciente não apresentava nenhuma dessas condições que pudessem contraindicar o procedimento.

Após a cirurgia o paciente utilizou bota imobilizadora por seis semanas. Sendo que na terceira semana iniciou carga progressiva com aumento gradativo sobre o tornozelo direito e reabilitação fisioterápica com frequência de duas vezes por semana. A indicação de imobilização pós-operatória visou a proteção da cicatrização de partes moles, tendo como prioridade inicial o completo fechamento tecidual. Método este, diverge de alguns autores, que preferem realizar mobilização articular do tornozelo já no pós operatório imediato (ACHARYA, 2008; DAUTY, 2015). Acreditamos que a mobilização precoce neste tipo de paciente poderia estar relacionada a uma maior chance de falhas neste processo.

Foi realizado o exame de baropodometria eletrônica estática e dinâmica ambulatoriamente aos 3 anos de pós-operatório da ATT em ambos os pés e foi encontrada uma neutralidade do apoio plantar tanto na avaliação estática quanto dinâmica no pé submetido à ATT. Isto corrobora com a tese de que a ATT pode melhorar a mecânica do pé como um todo (ASENCIO et al., 2014). Infelizmente, não encontramos nenhum trabalho na literatura que mostra parâmetros baropodométricos em pacientes hemofílicos que foram submetidos a ATT.

A realização da ATT demanda do ortopedista uma considerável curva de aprendizado (BEETON, 2000). Também é preciso considerar a ocorrência de complicações, sendo que as mais temidas são a infecção do implante e a deiscência de sutura da ferida operatória. Em pacientes com hemofilia, a ocorrência de infecção varia de 5 a 15% segundo estudos de coorte (BARG et al., 2015). Até o momento nenhuma complicação foi observada durante a evolução clínica do paciente.

No caso de falha da ATT, pode-se realizar a revisão cirúrgica da artroplastia ou procedimentos de salvamento, como a artrodese do tornozelo (ASENCIO et al.,

2014). O emprego dessas técnicas dependerá da experiência e avaliação do especialista.

Existem poucos relatos e série de casos na literatura mundial de ATT em paciente hemofílicos. Os resultados apresentados são promissores, com diminuição considerável da dor, manutenção do movimento articular e melhora da marcha. Porém são resultados de curto e médio prazo de seguimento. Realçamos que é necessário a realização de trabalhos que envolvam maior número de pacientes e com longo tempo de segmento ambulatorial. Para assim, analisarmos a satisfação dos pacientes, qualidade de vida e a longevidade da ATT em paciente hemofílicos (BARG et al., 2015).

A artrodese continua sendo por muitos a melhor opção para o tratamento das artropatias graves do tornozelo. No entanto, novos estudos envolvendo casos de ATT mostram bons resultados, alterando as perspectivas futuras (DAUTY, 2015). Mais trabalhos multicêntricos serão necessários para definir os casos ideais que favorecem a opção pela artroplastia e o momento em que há necessidade de realizar essa intervenção cirúrgica (ACHARYA, 2008; PASTA, 2008; DAUTY, 2015). Por fim, é preciso ressaltar que o acompanhamento desses pacientes deve ser feito, por uma equipe multidisciplinar experiente, considerando-se a complexidade do paciente hemofílico.

Observamos neste caso, que a ATT proporcionou um bom resultado até a presente data. O paciente refere grande melhora da qualidade de vida, apresenta-se assintomático após a cirurgia e desempenha inúmeras atividades cotidianas com preservação da funcionalidade. Contudo, é preciso um maior período de seguimento ambulatorial e um maior número de pacientes para avaliar a durabilidade e eficácia da artroplastia. Enfatizamos que, quando bem selecionado o paciente (boa qualidade óssea, não praticante de atividades físicas de impacto, sem histórico de infecção prévia ou atual no sítio cirúrgico), a ATT proporciona bons resultados.

REFERÊNCIAS

1. Acharya, S. S. Hemophilic joint disease – Current perspective and potential future strategies. (2008). **Transfusion and Apheresis Science**, 38(1), pp.49-55.
2. Rodriguez-Merchan, E. C. Orthopaedic problems about the ankle in hemophilia. (2012). **The Journal of Foot and Ankle Surgery**, 51(6), pp.772-776.
3. Asencio, J., Leonardi, C., Biron-Andreani, C. E Schved, J. Short-term and mid-term outcome of total ankle replacement in haemophilic patients (2014). **Foot and Ankle Surgery**, 20(4), pp.285-292
4. Pacheco, LRL, Wolff, ALP. **Ortopedia e Fisioterapia em Hemofilia**. 1° Ed. Manole. Pag. 243.
5. Dalat, F., Trouillet, F., Fessy, M., Bourdin, M. E Besse, J. Comparison of quality of life following total ankle arthroplasty and ankle arthrodesis: Retrospective study of 54 cases. **Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research**, 100(7), pp.761-766
6. Beeton, Rodriguez-Merchan E Alltree. Total joint arthroplasty in haemophilia. (2000). Total joint arthroplasty in haemophilia. **Haemophilia**, 6(5), pp.474-481.
7. Barg, A., Elsner, A., Hefti, D. E Hintermann, B. Haemophilic arthropathy of the ankle treated by total ankle replacement: A case series. (2010). **Haemophilia**. pp.e223-e231.
8. Barg, K., Wiewiorski, M., Anderson, A. E., Schneider, S. W., Wimmer, M. D., Wirtz, D. C., Valderrabano, V., Barg, A. E Pagenstert, G. Total ankle replacement in patients with von Willebrand disease: mid-term results of 18 procedures. (2015). **Haemophilia**, 21(5), pp.e389-e401.
9. Pasta, G., Forsyth, A., Merchan, C. R., Mortazavi, S. M. J., Silva, M., Mulder, K., Mancuso, E., Perfetto, O., Heim, M., Caviglia, H. E Solimeno, I. **Orthopaedic management of haemophilia arthropathy of the ankle**. (2008). 14(s3), pp.170-176.
10. Dauty, M., Gross, R., Leboeuf, F. E Trossaert, M. Comparison of total ankle replacement and ankle arthrodesis in patients with haemophilia using gait analysis: two case reports. (2015). **BMC Research Notes**, 8(1).

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO AOFAS

ESCALA AOFAS PARA TORNOZELO E RETROPÉ (TOTAL DE 100 PONTOS)	
Dor (40 pontos)	
• Nenhuma.....	40
• Leve, ocasional.....	30
• Moderada, diária.....	20
• Intensa, quase sempre presente.....	0
Funcional (50 pontos) - Limitação nas atividades, necessidade de suporte	
• Sem limitação, sem suporte.....	10
• Sem limitação nas atividades diárias, limitação nas atividades recreacionais, sem suporte.....	7
• Limitação nas atividades diárias e recreacionais, bengala.....	4
• Limitação intensa nas atividades diárias, andador, muletas, cadeira-de-rodas, órtese.....	0
Distância máxima de caminhada, quarteirões	
• Mais que 6.....	5
• De 4 a 6.....	4
• De 1 a 3.....	2
• Menos que 1.....	0
Superfícies de caminhada	
• Sem dificuldades em qualquer superfície.....	5
• Alguma dificuldade em terrenos irregulares, escadas, inclinações e ladeiras.....	3
• Dificuldade intensa em terrenos irregulares, escadas, inclinações e ladeiras.....	0
Anormalidade na marcha	
• Nenhuma, leve.....	8
• Evidente.....	4
• Acentuada.....	0
Mobilidade sagital (flexão + extensão)	
• Normal ou levemente restrito (30° ou mais).....	8
• Restrição moderada (15° - 29°).....	4
• Restrição intensa (menor que 15°).....	0
Mobilidade do Retro-Pé (inversão + eversão)	
• Normal ou levemente restrito (75- 100% do normal).....	6
• Restrição moderada (25 - 74% do normal).....	3
• Restrição intensa (menos que 25% do normal).....	0
Estabilidade do tornozelo e retro-pé (anteroposterior, varo-valgo)	
• Estável.....	8
• Instável.....	0
Alinhamento (10 pontos)	
• Bom, pé plantigrado, ante-pé e retro-pé bem alinhado.....	10
• Regular, pé plantigrado, algum grau de desalinhamento do tornozelo, sem sintomas.....	5
• Ruim, pé não plantigrado, desalinhamento intenso e sintomático.....	0
TOTAL DE PONTOS: _____	

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA / SF-36

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36V2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as atividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras da mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escadas	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andas várias centenas de metros	1	2	3

i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?					
Quanto tempo, nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras atividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?					
Quanto tempo, nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras atividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume	1	2	3	4	5

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?					
Absolutamente nada 1	Pouco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Imenso 5	
7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?					
Nenhumas 1	Muito fracas 2	Ligeiras 3	Moderadas 4	Fortes 5	Muito fortes 6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?					
Absolutamente nada 1	Pouco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Imenso 5	

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.					
Quanto tempo, nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5

d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5