

## **PÉ E TORNOZELO**

### **QUESTIONÁRIO FAOS (*Foot and Akle Outcome Score*) para avaliação da função e sintomas do tornozelo e pé**

(*IMOTO, A.M., PECCIN, M.S., RODRIGUES, R. , MIZUSAKI, J.M.* Tradução e validação do questionário *faos – foot and ankle outcome score* para língua portuguesa. *Acta Ortop Bras.* 2009; 17(4):232-5).

- **Dor**

1 Qual a frequência que você sente dor no pé ou tornozelo?

Nunca  Mensalmente  Semanalmente  Diariamente

Sempre

Qual a intensidade de dor que você sentiu na última semana durante as seguintes atividades?

2 Rodando sobre o seu pé ou tornozelo

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

3 Forçando o pé completamente para baixo

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

4 Forçando o pé completamente para cima

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

5 Andando em superfície plana

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

6 Subindo ou Descendo escadas

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

7 Em repouso na cama

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

8 Ao sentar-se/deitar-se

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

9 Em pé

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

• **Outros Sintomas**

1 Qual o grau de rigidez do seu pé/tornozelo logo quando você acorda?

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

2 Qual o grau de rigidez após sentar, deitar ou ao descansar mais tarde durante o dia?

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

3 Você tem inchaço no seu pé/tornozelo?

Nunca  Raramente  As vezes  Frequentemente  Sempre

4 Você sente ranger, estalar ou qualquer outro tipo de som quando o movimenta o pé?

Nunca  Raramente  As vezes  Frequentemente  Sempre

5 O seu pé trava ou fica bloqueado aos movimentos?

Nunca  Raramente  As vezes  Frequentemente  Sempre

6 Você consegue forçar o seu pé completamente para baixo?

Nunca  Raramente  As vezes  Frequentemente  Sempre

7 Você consegue forçar completamente para cima?

Nunca  Raramente  As vezes  Frequentemente  Sempre

• **Atividades de vida diária** (qual a dificuldade que você sentiu na última semana:

1 Descendo escadas

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

2 Subindo escadas

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

3 Levantando-se a partir da posição sentada

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

4 Em pé

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

5 Curvando-se para pegar um objeto no chão

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

6 Andando em superfícies planas

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

7 Entrando e saindo do carro

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

8 Indo às compras

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

9 Colocando meias

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

10 Levantando-se da cama

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

11 Tirando as meias

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

12 Virando-se na cama, mantendo a mesma posição do tornozelo/pé

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

13 Entrando ou saindo do banho

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

14 Sentando

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

15 Sentando e levantando do vaso sanitário

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

16 Realizando tarefas domésticas pesadas (deslocando caixas pesadas, esfregando o chão, etc)

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

17 Realizando tarefas domésticas leves (cozinhando, varrendo, etc)

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

• **Esportes e recreações funcionais** (qual a dificuldade você sentiu na última semana)

1 Agachando

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

2 Correndo

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

3 Pulando

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

4 Mudando de direção sobre o seu tornozelo/pé lesionado

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

5 Ajoelhando-se

Nenhuma  Leve  Moderada  Acentuada  Extrema

• **Qualidade de vida em relação ao pé e tornozelo**

1 Com que frequência que você tem percebido os problemas do seu tornozelo/ pé?

Nunca  Mensalmente  Semanalmente  Diariamente

Sempre

2 Você tem modificado seu estilo de vida para evitar atividades potencialmente danosas para o seu pé e tornozelo?

Não  Um pouco  Moderadamente  Muito  Totalmente

3 O quanto você está incomodado com a falta de confiança no seu tornozelo/pé?

Não  Um pouco  Moderadamente  Muito  Totalmente

4 No geral, quanto de dificuldade você tem com o seu tornozelo/pé?

Não  Um pouco  Moderadamente  Muito  Totalmente

---

As opções padrão são dadas e cada questão tem uma pontuação de 0 a 4.

Uma pontuação normal é calculada para cada subescala (100 indica sem sintomas e 0 indica sintomas extremos)