

**CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**  
**TORNOZELO E PÉ**

## FAOS FOOT&ANKLE SURVEY

### IAPT – INQUÉRITO AO PÉ & TORNOZELO

Data de hoje : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Data de nascimento : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome : \_\_\_\_\_

**INSTRUÇÕES:** Este inquérito solicita-lhe a opinião sobre o seu pé/tornozelo. Esta informação ajudar-nos-á a acompanhar a forma como se sente em relação ao seu pé/tornozelo, bem como a sua aptidão para realizar as actividades do dia-a-dia.

Responda a cada questão assinalando com uma cruz o quadrado apropriado. Deverá inscrever apenas uma cruz para cada questão. Se tiver dúvidas quanto à forma de responder a alguma questão, dê por favor a melhor resposta que conseguir.

#### Sintomas

Estas questões referem-se aos sintomas que sentiu no seu pé/tornozelo **na última semana**.

S1. O seu pé/tornozelo tem inchado?

Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S2. Quando movimenta o seu pé/tornozelo sente ranger, estalar ou ouve qualquer outro tipo de ruído?

Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S3. Quando movimenta o seu pé/tornozelo sente alguma vez prender ou bloquear?

Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S4. Consegue esticar completamente para baixo o seu pé/tornozelo?

Sempre	Frequentemente	Por vezes	Raramente	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S5. Consegue dobrar completamente para cima o seu pé/tornozelo?

Sempre	Frequentemente	Por vezes	Raramente	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Rigidez

As questões seguintes dizem respeito ao grau de rigidez que sentiu no seu pé/tornozelo **na última semana**. Por rigidez entende-se a sensação de restrição ou de lentidão aquando da movimentação das articulações.

S6. De manhã, logo após acordar, qual é a sensação de rigidez que sente no seu pé/tornozelo?

Nenhuma	ligeira	Moderada	Grave	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S7. **Ao final do dia**, após estar sentado/deitado ou ter repousado, qual é a sensação de rigidez que sente no seu pé/tornozelo?

Nenhuma	ligeira	Moderada	Grave	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Dor

P1. Com que frequência sente dor no seu pé/tornozelo?

Nunca	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qual a intensidade de dor que sentiu no seu pé/tornozelo na **última semana**, durante as seguintes actividades?

P2. Torcer ou rodar sobre o pé/tornozelo

Nenhuma	ligeira	Moderada	Grave	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P3. Esticar completamente para baixo o pé/tornozelo

Nenhuma	ligeira	Moderada	Grave	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P4. Dobrar completamente para cima o pé/tornozelo

Nenhuma	ligeira	Moderada	Grave	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P5. Caminhar numa superfície plana

Nenhuma	ligeira	Moderada	Grave	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P6. Subir ou descer escadas

Nenhuma	ligeira	Moderada	Grave	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P7. À noite quando está deitado na cama

Nenhuma	ligeira	Moderada	Grave	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8. Sentado ou deitado

Nenhuma	ligeira	Moderada	Grave	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P9. Na posição de pé

Nenhuma	ligeira	Moderada	Grave	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Funcionalidade, vida diária

As questões seguintes dizem respeito à sua função física. Por isto queremos dizer a sua capacidade para se deslocar e para cuidar de si próprio. Para cada uma das seguintes actividades, indique por favor o grau de dificuldade que sentiu **na última semana** devido ao seu pé/tornozelo.

A1. Descer escadas

Nenhum	ligeira	Moderado	Grave	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2. Subir escadas

Nenhum	ligeira	Moderado	Grave	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para cada uma das seguintes actividades, indique por favor o grau de dificuldade que sentiu **na última semana** devido ao seu pé/tornozelo.

A3. Levantar-se após ter estado sentado

Nenhum	ligeira	Moderado	Grave	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A4. Estar de pé parado

Nenhum	ligeira	Moderado	Grave	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. Baixar-se até ao chão / apanhar um objecto

Nenhum	ligeira	Moderado	Grave	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A6. Caminhar numa superfície plana

Nenhum	ligeira	Moderado	Grave	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7. Entrar/sair do carro

Nenhum	ligeira	Moderado	Grave	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8. Ir às compras

Nenhum	ligeira	Moderado	Grave	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A9. Calçar peúgas/meias

Nenhum	ligeira	Moderado	Grave	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A10. Levantar-se da cama.

Nenhum	ligeira	Moderado	Grave	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A11. Tirar peúgas/meias

Nenhum	ligeira	Moderado	Grave	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A12. Deitado na cama (virar-se, mantendo a posição dos joelhos).

Nenhum	ligeira	Moderado	Grave	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A13. Entrar/sair da banheira

Nenhum	ligeira	Moderado	Grave	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A14. Sentar-se

Nenhum	ligeira	Moderado	Grave	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A15. Sentar-se/levantar-se da sanita

Nenhum	ligeira	Moderado	Grave	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A16. Tarefas domésticas pesadas (mover caixas pesadas, esfregar o chão, etc.)

Nenhum	ligeira	Moderado	Grave	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Tarefas domésticas leves (cozinhar, limpar o pó, etc.)

Nenhum	ligeira	Moderado	Grave	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Funcionalidade, desporto e actividades de lazer

As questões seguintes dizem respeito à sua função física quando desenvolve uma actividade mais exigente em termos de esforço. As questões devem ser respondidas considerando o grau de dificuldade que sentiu **na última semana** devido ao seu pé/tornozelo.

SP1. Agachar-se

Nenhum	ligeira	Moderado	Grave	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP2. Correr

Nenhum	ligeira	Moderado	Grave	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP3. Saltar

Nenhum	ligeira	Moderado	Grave	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP4. Torcer/rodar sobre o pé/tornozelo lesado

Nenhum	ligeira	Moderado	Grave	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A questão deve ser respondida considerando o grau de dificuldade que sentiu **na última semana** devido ao seu pé/tornozelo.

SP5. Ajoelhar-se

Nenhum

ligeira

Moderado

Grave

Extremo

### Qualidade de vida

Q1. Com que frequência se apercebe do problema no seu pé/tornozelo?

Nunca

Mensalmente

Semanalmente

Diariamente

Sempre

Q2. Modificou o seu estilo de vida de forma a evitar actividades potencialmente prejudiciais ao seu pé/tornozelo?

Nada

Ligeiramente

Moderadamente

Muito

Totalmente

Q3. Até que ponto está preocupado com a falta de confiança que tem no seu pé/tornozelo?

Nada

Ligeiramente

Moderadamente

Muito

Extremamente

Q4. De uma forma geral, qual o grau de dificuldade que sente no seu pé/tornozelo?

Nenhum

ligeira

Moderado

Grave

Extremo

# FAOS Manual scoring sheet

Instructions:

Assign the following scores to the boxes!

None	Mild	Moderate	Severe	Extreme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

Missing data. If a mark is placed outside a box, the closest box is chosen. If two boxes are marked, that which indicated the more severe problems is chosen. Missing data are treated as such; one or two missing values are substituted with the average value for that subscale. If more than two items are omitted, the response is considered invalid and no subscale score is calculated.

Sum up the total score of each subscale and divide by the possible maximum score for the scale. Traditionally in orthopedics, 100 indicates no problems and 0 indicates extreme problems. The normalized score is transformed to meet this standard. Please use the formulas provided for each subscale!

$$1. \text{ PAIN} \quad 100 - \frac{\text{Total score P1-P9} \times 100}{36} = 100 - \frac{\quad}{36} = \underline{\quad}$$

$$2. \text{ SYMPTOMS} \quad 100 - \frac{\text{Total score S1-S7} \times 100}{28} = 100 - \frac{\quad}{28} = \underline{\quad}$$

$$3. \text{ ADL} \quad 100 - \frac{\text{Total score A1-A17} \times 100}{68} = 100 - \frac{\quad}{68} = \underline{\quad}$$

$$4. \text{ SPORT\&REC} \quad 100 - \frac{\text{Total score SP1-SP5} \times 100}{20} = 100 - \frac{\quad}{20} = \underline{\quad}$$

$$5. \text{ QOL} \quad 100 - \frac{\text{Total score Q1-Q4} \times 100}{16} = 100 - \frac{\quad}{16} = \underline{\quad}$$