

Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the Foot and Ankle Outcome Score Questionnaire

(Tradução e Validação do Questionário FAOS – Foot and Ankle Outcome Score para língua portuguesa)

Author: Aline Mizusaki ¹

Co-authors: Reynaldo Rodrigues², Maria Stella Peccin³, Jorge M. Mizusaki⁴

1- PT, master, Federal University of São Paulo - UNIFESP

2- PT, master, Federal University of São Paulo - UNIFESP

3- PT, PhD, Federal University of São Paulo

4- MD, PhD, Federal University of São Paulo

Abstract

Introduction: Injuries to the lateral ligaments of the ankle represent ¼ of total injuries at sports. Basketball, soccer and volleyball are the modalities with the highest incidence. The use of questionnaires to assess pain, function and daily living activities are important to establish the parameters which helps the interpretation of treatment results in a both objective and reliable way. Objective: (1) to translate and validate the original version of Foot and Ankle Outcome Score (FAOS) questionnaire from English to Portuguese in patients with diagnosis of lateral ligament injuries with ankle sprain history,(2) to do the cultural adaptation for Brazilian patients (3) to correlate with the quality of life SF_36 questionnaire. Method: The method of translation and validation followed criteria described by Guillemin et al. Fifty ankle sprain patients were included. Results and Conclusion: FAOS questionnaires showed good validity for patients with ankle sprain and good reliability for all subscales intra and inter-interviewer ($p < 0.05$). The translation and reliability of FAOS questionnaire had its properties of assessment, reliability and validity measured, showing that this questionnaire is adjusted for the use in brazilian patients with lateral ligament ankle injuries.

Key words: questionnaire, ankle, lateral ligament ankle, ankle injuries, ankle joint, sprains

Questionário FAOS

(Foot & Ankle Outcome Score) para avaliação da função e sintomas do tornozelo e pé

Data de hoje: ____/____/____ Data de nascimento: ____/____/____

Nome: _____

Sintomas

S1. Qual o grau de rigidez do seu pé/tornozelo logo quando você acorda?

Nenhuma Leve Moderada Acentuada Extrema

S2. Qual o grau de rigidez após sentar, deitar ou ao descansar mais tarde durante o dia?

Nenhuma Leve Moderada Acentuada Extrema

S3. Você tem inchaço no seu pé/tornozelo?

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

S4. Você sente ranger, estalar ou qualquer outro tipo de som quando o movimenta o pé?

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

S5. O seu pé trava ou fica bloqueado aos movimentos?

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

S6. Você consegue forçar o seu pé completamente para baixo?

Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

S7. Você consegue forçar o seu pé completamente para cima?

Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

Dor

P1. 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?

P2. Rodando sobre o seu pé ou tornozelo

Nenhuma Leve Moderada Acentuada Extrema

P3. Forçando o pé completamente para baixo

Nenhuma Leve Moderada Acentuada Extrema

P4. Forçando o pé completamente para cima

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P5. Andando em superfície plana

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P6. Subindo ou Descendo escadas

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P7. Em repouso na cama

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8. Ao sentar-se/deitar-se

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P9. Em pé

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atividades de vida diária

Qual a dificuldade que você sentiu na última semana.

A1. Descendo escadas

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2. Subindo escadas

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A3. Levantando-se a partir da posição sentada

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A4. Em pé

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. Curvando-se para pegar um objeto no chão

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A6. Andando em superfícies planas

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7. Entrando e Saindo do carro

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8. Indo às compras

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A9. Colocando meias

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A10. Levantando-se da cama

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A11. Tirando as meias

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A12. Virando-se na cama, mantendo a mesma posição do tornozelo/pé

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A13. Entrando ou saindo do banho

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A14. Sentando

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A15. Sentando e levantando do vaso sanitário

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A16. Realizando tarefas domésticas pesadas (deslocando caixas pesadas, esfregando o chão, etc)

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A17. Realizando tarefas domésticas leves (cozinhando, varrendo etc)

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Esportes e recreações funcionais

Qual a dificuldade que você sentiu nesta última semana:

SP1. Agachando

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP2. Correndo

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP3. Pulando

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP4. Mudando de direção sobre o seu tornozelo/pé lesionado

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP5. Ajoelhando-se

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualidade de vida em relação ao pé e tornozelo

Q1. Com que frequência que você tem percebido os problemas do seu tornozelo/ pé?

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

Q2. Você tem modificado seu estilo de vida para evitar atividades potencialmente danosas para o seu pé e tornozelo?

Não	Um pouco	Moderadamente	Muito	Totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3. O quanto você está incomodado com a falta de confiança no seu tornozelo/ pé?

Não	Um pouco	Moderadamente	Muito	Totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4. No geral, quanto de dificuldade você tem com o seu pé/tornozelo?

Nenhuma	Leve	Moderada	Acentuada	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Information about the Portuguese (Brazil) version can be requested from:

aline.mizusaki@globo.com

Foot and Ankle Surgery Sector of the Orthopedic and Traumatology
Department (Federal University of São Paulo)

Address: Rua Borges Lagoa, 783 - 5º andar

Phone: +55 11 5571-6621 / +55 11 5579-4642

Congress presentation:

*13º CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA E CIRURGIA DO
TORNOZELO E PÉ**XIII Brazilian Congress of Foot and Ankle Medicine and Surgery**Date: 28/04/2007*