

# **Adaptation and validation of the Foot and Ankle Outcome Score (FAOS) for use in Portugal**

Author: Filipe Domingues

Co-authors: José Pascoalinho, José Esteves

## **Part 1. Linguistic validation**

**Methods:** The translation of the FAOS from English to the Portuguese language was performed using the guidelines recommended by Beaton, Bombardier, Guillemin and Ferraz (2002): Translation - A bilingual translator with Portuguese as native language (professor of languages), and a bilingual translator with knowledge of health (doctor) separately made two translations of the FAOS from English to Portuguese. Later, the two versions were discussed and a third version was elaborated – a consensus Portuguese version.

Back translation - A bilingual translator with the English language as native language (born in South Africa) and a bilingual translator with knowledge of health (physiotherapist), separately made two translations of the consensus Portuguese version from Portuguese to English. Later, the two versions were discussed and a third version was elaborated – a consensus English version. In cooperation with one of the translators, the professor of languages, the original English version was then compared with the consensus English version, to look for and to correct possible differences of meaning that could exist between them. Finally, a copy of the English consensus version was sent to Ewa Roos to verify agreement. After getting her authorization, the psychometric properties were tested.

## **Part 2. Assessment of psychometric properties**

**Methods:** The FAOS was applied in a sample of 35 patients (68% women, age range 11-80). Patients were recruited from a hospital and from physical therapy clinics. Inclusion criteria were: Musculoskeletal pathology of the foot and/or ankle associated with impaired function, ability to read and write Portuguese. Exclusion criteria were: Impaired cognitive ability or other problems making it impossible to evaluate the FAOS items.

Reliability, test-retest (ICC) was assessed one day apart and internal consistency (Cronbach's alpha) was assessed on the first administration. SPSS14.0 was used for statistical calculations.

**Results:** For each one of the sub-scales (pain; symptoms; ADL; Sport/Rec; QOL) the test retest reliability was excellent (ICC = 0.828, 0.876, 0.909, 0.894 and 0.936) and so was the internal consistency ( $\alpha$  = 0.909, 0.821, 0.956, 0.896 and 0.893).

**Conclusion:** It was concluded that the Portuguese final version of the FAOS, in the used sample, has good content validity and reliability.

**Information about the Portuguese version can be requested from:**

filipe\_afonso\_d@hotmail.com

*or*

fisioterapia@essa.pt

Physiotherapy department at the Escola Superior de Saude do Alcoitao  
(Higher Education School of Health at Alcoitao)

*Address:*

Escola Superior de Saude do Alcoitao, Rua Conde Barão, Alcoitão  
2649-506 Alcabideche, Portugal

Phone: +351 21 460 74 50

Fax: +351 21 460 74 59

**Reference:**

Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz,MS (2002). Recommendations for the  
Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures. American Academy of  
Orthopaedic Surgeons: Institute for Work & Health.

<http://www.dash.iwh.on.ca/assets/images/pdfs/xculture2002.pdf>

## 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 movimentar o seu pé/tornozelo sente ranger, estalar ou ouvir 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 movimentar 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Qualidade de vida**

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

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

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

Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Muito	Totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Muito	Extremamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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