

Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score – Brazilian Portuguese version

Translation and cross-cultural validation of the KOOS to Brazilian Portuguese

For information on the Brazilian Portuguese version please contact:

Gabriel Peixoto Leão Almeida
Department of Physical Therapy – Federal University of Ceará
E-mail: gabriel_alm@hotmail.com
Site: <http://www.defisio.ufc.br/>
<http://www.fisioterapia.ufc.br/>

Cross-cultural validation progress as of April 2016:

Translation	OK
Backward Translation	OK
KOOS-Brazilian Consensus	OK
Cross-Cultural Adaptation	OK
Validity with SF-36 and Visual Analog Scale for Pain	In process (72%)
Reliability	In process(72%)

QUESTIONÁRIO KOOS SOBRE O JOELHO

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

Nome: _____

INSTRUÇÕES: Este questionário perguntará sua opinião sobre o seu joelho. Estas informações nos fornecerão dados sobre como você se sente em relação ao seu joelho e até que ponto você consegue realizar suas atividades habituais.

Responda a cada pergunta assinalando o quadrado apropriado, apenas um quadrado deve ser escolhido para cada pergunta. Caso não tenha certeza sobre qual resposta escolher, por favor, escolha a que achar mais apropriada.

Sintomas

Estas perguntas devem ser respondidas de acordo com os sintomas do seu joelho durante a **última semana**.

S1. Você tem inchaço no joelho?

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

S2. Você sente um rangido, estalidos ou ouve qualquer outro tipo de barulho quando movimenta seu joelho?

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

S3. Seu joelho trava ou prende quando se movimenta?

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

S4. Você consegue esticar seu joelho completamente?

Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

S5. Você consegue dobrar seu joelho completamente?

Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

Rigidez

As próximas perguntas dizem respeito à quantidade de rigidez no joelho que você sentiu **durante a última semana**. Rigidez é uma sensação de dificuldade ou lentidão para movimentar seu joelho.

S6. Qual a intensidade da rigidez do seu joelho de manhã ao acordar?

Nenhuma Pouca Moderada Grave Muito Grave

S7. Qual a intensidade da rigidez do seu joelho após sentar, deitar ou descansar no **final do dia**?

Nenhuma Pouca Moderada Grave Muito Grave

Dor

P1. Com que frequência você sente dor no joelho?

Nunca	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Todos os dias	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qual a intensidade de dor no joelho que você sentiu durante a **última semana** para realizar as seguintes atividades?

P2. Girar/mudar de direção sobre o joelho

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P3. Esticar completamente o joelho

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P4. Dobrar completamente o joelho

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P5. Andar sobre uma superfície plana

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P6. Subir ou descer escadas

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P7. Na cama durante a noite

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8. Sentar-se ou deitar-se

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P9. Ficar em pé

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atividades diárias

As perguntas a seguir são sobre sua função física, ou seja, nos referimos à capacidade de se movimentar e cuidar de si mesmo. Por favor, para cada uma das seguintes atividades indique o grau de dificuldade que você teve na **última semana** por causa do seu joelho.

A1. Descer escadas

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2. Subir escadas

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para cada uma das seguintes atividades indique o grau de dificuldade que você teve na **última semana** por causa do seu joelho.

A3. Levantar-se de uma posição sentada

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A4. Ficar em pé

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. Agachar/abaixar para pegar um objeto

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A6. Andar sobre uma superfície plana

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7. Entrar ou sair do carro/ônibus

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8. Fazer compras

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A9. Vestir as meias ou meias-calças

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A10. Levantar-se da cama

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A11. Tirar as meias ou meias-calças

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A12. Deitado na cama (virar-se, manter a posição do joelho)

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A13. Entrar e sair do banho

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A14. Sentar- se

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A15. Sentar e levantar do vaso sanitário

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para cada uma das seguintes atividades, indique, por favor, o grau de dificuldade que você teve na **última semana** por causa do seu joelho.

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

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A17. Tarefas domésticas leves (cozinhar, tirar o pó, etc)

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atividades esportivas e de lazer

As próximas perguntas são sobre suas funções físicas quando realizadas com níveis mais altos de dificuldade. As perguntas devem ser respondidas de acordo com o grau de dificuldade que você teve durante a **última semana** por causa do seu joelho.

SP1. Ficar de cócoras

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP2. Correr

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP3. Pular

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP4. Girar/mudar de direção sobre o seu joelho machucado

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP5. Ajoelhar-se

Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Muito Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualidade de vida

Q1. Com que frequência você percebe o problema do seu joelho?

Nunca	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Todo dia	Constantemente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2. Você modificou seu estilo de vida para evitar atividades que poderiam piorar o seu joelho?

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

Q3. Até que ponto a falta de confiança no seu joelho te incomoda?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4. Em geral, o seu joelho lhe causa muitos problemas?

Nenhum	Poucos	Alguns	Bastantes	Extremos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muito obrigado por responder todas as perguntas do questionário.