

POP

Fisioterapia Ambulatorial na Reabilitação de Fraturas Maleolares de Tornozelo

Versão: 1 | 2025

SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO

FERNANDO DE FREITAS NEVES

CHEFE DA UNIDADE MULTIPROFISSIONAL

VIVIANE DE ALMEIDA COBO

ELABORAÇÃO

Alessandra da Cunha, Unidade Multiprofissional
Ana Carolina Ribeiro Terra, Unidade Multiprofissional
Cláudia dos Santos Borges, Unidade Multiprofissional
Fernanda Fraga Miziara, Unidade Multiprofissional
Izabella Barberato Silva Antonelli, Unidade Multiprofissional
Marcia Carolina Franco, Unidade Multiprofissional
Patrícia Aparecida de Castro Silva, Unidade Multiprofissional
Taciana Freitas Agreli, Unidade Multiprofissional

AVALIAÇÃO INTERNA

Renata de Melto Batista, Unidade Multiprofissional

ANÁLISE

Viviane de Almeida Cobo, Unidade Multiprofissional

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado

Data da emissão: 22/8/2025

Vigência: dois anos

Código do documento: POP.HC-UFTM-UMULTI.010

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



1. OBJETIVO

Padronizar entre a equipe de fisioterapia da Unidade Multiprofissional (UMULTI) a assistência aos pacientes do Centro de Reabilitação “Dr. Fausto Cunha de Oliveira” do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) a fim de buscar excelência na prestação dos serviços em saúde, uniformizando condutas e, assim, melhorar o atendimento e minimizar os erros.

1.1. Objetivos da fisioterapia

- Acolher o paciente de forma humanizada;
- Avaliar o paciente de forma global através da anamnese, da observação, do exame físico, dos testes especiais, testes funcionais, dos reflexos e distribuição cutânea, da palpação, de exames de diagnósticos por imagem e outros;
- Qualificar e quantificar os déficits motores e/ou disfunções neuromusculoesqueléticas;
- Realizar o diagnóstico cinético-funcional;
- Estabelecer objetivos e metas do tratamento a curto, médio e longo prazo, revendo e reavaliando, conforme a progressão e evolução do quadro clínico do paciente;
- Traçar condutas de acordo com metas e objetivos estabelecidos;
- Reabilitar o paciente parcial ou totalmente, permitindo o reestabelecimento de suas funções nas atividades de vida diária e profissionais;
- Realizar orientações: de adaptações de ambiente, de prevenção de acidentes;
- Prescrever a alta fisioterapêutica;
- Registrar em prontuário a consulta, avaliação, diagnóstico, prognóstico, tratamento, evolução, interconsulta, intercorrências e alta fisioterapêutica.

1.2. Objetivos específicos da fisioterapia

- Promover controle de dor;
- Restaurar a amplitude de movimento (ADM);
- Realizar descarga progressiva conforme permitido;
- Restabelecer trofismo e força muscular (FM);
- Treinar marcha;
- Realizar treino sensório-motor;
- Proporcionar função adequada (função igual ou próxima ao nível pré-lesão (Dutton, 2010; Oliveira; Asami; Mansur, 2018).

2. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

O programa de reabilitação das fraturas maleolares de tornozelo é variável e depende do tipo de fratura, do tratamento, da estabilidade da fratura, das características do paciente e da orientação do ortopedista para progressão dos exercícios conforme consolidação radiológica (Giordano *et al.*, 2007; Giordano *et al.*, 2020; Lin *et al.*, 2012; Oliveira; Asami; Mansur, 2018).

2.1. Avaliação

A avaliação fisioterapêutica do tornozelo envolve um exame físico detalhado, testes funcionais, exames de imagem a fim de identificar as causas da dor e/ou disfunção, avaliar a

amplitude de movimento, a força e o trofismo muscular, marcha e a propriocepção.

Questionários e escalas funcionais estão sendo cada vez mais usados, uma vez que combinam eficiência, confiabilidade e baixo custo. Um destes questionário é o FOOT AND ANKLE OUTCOME SCORE (FAOS) que foi desenvolvido para avaliar a instabilidade lateral do tornozelo, tendinite do tendão calcâneo e fascíte plantar. O FAOS consiste em cinco subescalas: dor, outros sintomas, atividades de vida diária, esportes e recreações e qualidade de vida em relação ao tornozelo e pé. 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) (Imoto *et al.*, 2009) (Apêndice A).

Outro instrumento frequentemente usado para avaliar o resultado após lesões no tornozelo e retropé é o American Orthopaedic Foot and Ankle Society (AOFAS) Ankle-Hindfoot Score. Ele combina uma parte relatada pelo médico e uma parte relatada pelo paciente. A escala inclui nove itens que podem ser divididos em três subescalas (dor, função e alinhamento). Dor consiste em um item com uma pontuação máxima de 40 pontos, indicando ausência de dor. Função consiste em sete itens com uma pontuação máxima de 50 pontos, indicando função completa. Alinhamento consiste em um item com uma pontuação máxima de 10 pontos, indicando bom alinhamento. A pontuação máxima é de 100 pontos, indicando ausência de sintomas ou deficiências (Rodrigues *et al.*, 2008; Lieshout *et al.*, 2017) (Apêndice B).

Avaliação de equilíbrio e controle postural tem sido considerada uma parte importante no processo de reabilitação e prevenção de recidivas de lesões e precisa ser avaliado. É possível que os treinos de equilíbrio provoquem mudanças em como o sistema nervoso central (SNC) controla as estratégias de controle postural, a fim de contemplar a melhora do equilíbrio durante os treinos executados, e por consequência, em tarefas funcionais similares (Carvalho *et al.*, 2010). (Apêndice C).

Com finalidade de avaliar estratégias de ação para Ajustes posturais antecipatórios tem-se o Teste de Alcance Funcional (TAF) onde avalia-se capacidade de se deslocar dentro do limite de estabilidade anterior. É uma ferramenta de avaliação e medida de resultados clínicos para determinar o equilíbrio dinâmico em tarefas simples (Jonsson; Henriksson; Hirschfeld. 2003), ainda avalia-se a capacidade de tocar degrau alternadamente 8 vezes, sendo 4x em cada perna). Três estratégias posturais reativas são usadas normalmente pelos adultos no controle da postura ereta: estratégia do tornozelo, do quadril e do passo e devem ser avaliadas (Shumway-Cook; Woollacott, 2001). (Apêndice C).

2.2. Reabilitação no tratamento conservador

No tratamento conservador utiliza-se imobilização ou por tala gessada ou através do robofoot. Em pacientes com fraturas estáveis a imobilização é por aproximadamente (6) seis semanas, a descarga de peso é liberada após controle de dor (Figura 1) e exercícios de manutenção de ADM (amplitude de movimento) são iniciados assim que quadro algico permite. Em fraturas instáveis a imobilização ocorre por cerca de (8-12) oito a doze semanas, por consequência o início da descarga de peso é mais tardio. Terapias manuais de mobilização articular são desencorajadas durante esse processo de reabilitação em função do risco iminente de mobilização do foco de fratura (Donken *et al.*, 2012; Hsu, Bariteau, 2013; Lin *et al.*, 2012).

Após a retirada da imobilização o trabalho de reabilitação se intensifica. Inicia-se o fortalecimento muscular com exercícios resistido da musculatura do membro inferior, em um

primeiro momento, em cadeia cinética aberta e, assim que possível, evoluindo para cadeia cinética fechada, treino sensório motor em solo estável e, por fim, solo instável e pliometria. Uma atenção especial deve ser dada aos movimentos funcionais como o treino de marcha, uma vez que uma marcha viciosa pode ocorrer em função da imobilização, medo e dor ao pisar, o padrão mais frequente observado é a marcha com o quadril em rotação externa (Batista, 2018; Donken *et al.*, 2012; Hsu, Bariteau, 2013; Oliveira; Asaumi; Mansur, 2018) .



Figura 1 - Recursos físicos: A- Turbilhão. B-Ultrassom. C. Laser. D-Crioterapia.

Fonte: Autoria Própria.

2.3. Reabilitação no tratamento cirúrgico

Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos para fixação de fraturas do tornozelo devem permanecer imobilizados, evitando descarga de peso até a sexta semana pós-operatória. Exercícios passivos para preservação da amplitude de movimento podem ser iniciados a partir da segunda semana, respeitando sempre o limiar de dor do paciente. A crioterapia após as sessões de mobilização para controle da dor e prevenção do edema (Hsu; Bariteau, 2013).

Casos especiais, como pacientes com abordagem da sindesmose, tabagistas, diabéticos ou portadores de neuropatia podem necessitar postergar o início da descarga de peso

até a 12ª semana. Embora existam estudos relatando descarga imediata sem imobilização, os autores não incorporam esta abordagem à sua prática clínica, preferindo iniciar a descarga parcial e progressiva conforme tolerância do paciente (Donken *et al.*, 2012; Hsu, Bariteau, 2013; Giordano *et al.*, 2020; Lin *et al.*, 2018).

2.3.1 Fortalecimento muscular

O protocolo de fortalecimento muscular em fraturas instáveis ou quadros álgicos intensos deve começar com exercícios isométricos, que geram tensão muscular significativa sem promover movimento articular, sendo indicados para minimizar atrofia muscular quando o movimento é contraindicado. Posteriormente, quando as condições clínicas permitirem, progride-se para exercícios isotônicos em cadeia cinética aberta (Figura 2).



Figura 2 - Exercícios de fortalecimento de cadeia cinética aberta.

- A - Extensores de tornozelo.
- B - Flexores de tornozelos.
- C - Inversores de tornozelo.
- D - Eversores de tornozelo.

Fonte: Autoria Própria.

Em seguida, parte-se para os exercícios em cadeia cinética fechada (a extremidade distal encontra-se em contato com o solo). Essa modalidade de fortalecimento exige um trabalho prévio, e, para sua realização, o paciente deverá ter adquirido melhor controle sensório-motor e

força muscular. Inicialmente, realiza-se o exercício em apoio bipodal, com posterior evolução para apoio unipodal (Figura 3).

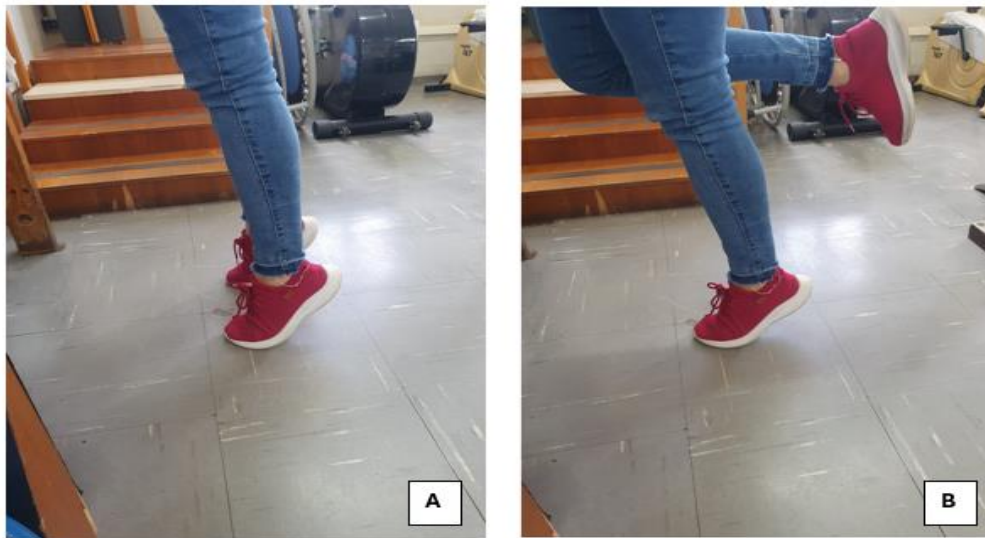


Figura 3 - Exercícios de fortalecimento de cadeia cinética fechada.
A - Exercício em apoio bipodal . B -. Exercício em apoio unipodal. Fonte: Autoria Própria.

2.3.2 Treino de Marcha

O ciclo da marcha pode ser didaticamente segmentado em duas fases principais: a fase de apoio (correspondendo a aproximadamente 60% do ciclo) e a fase de balanço (aproximadamente 40%).

No início do treino de marcha, durante a reabilitação das fraturas do tornozelo, cada fase da marcha é trabalhada de forma isolada (**marcha fragmentada**) (figura 4). Em um primeiro momento, trabalha-se o contato do calcâneo com o solo. Uma vez que o paciente esteja executando a tarefa de forma satisfatória, enfatiza-se a fase de resposta a carga, com evolução posterior para o treino de desprendimento.

Quando o paciente demonstra capacidade de realizar todas as fases de apoio adequadamente e sem manifestação algíca, avança-se para o treinamento em esteira, onde as três fases são integradas simultaneamente. A progressão da velocidade e duração da caminhada e corrida é individualizada conforme o desempenho específico de cada paciente.

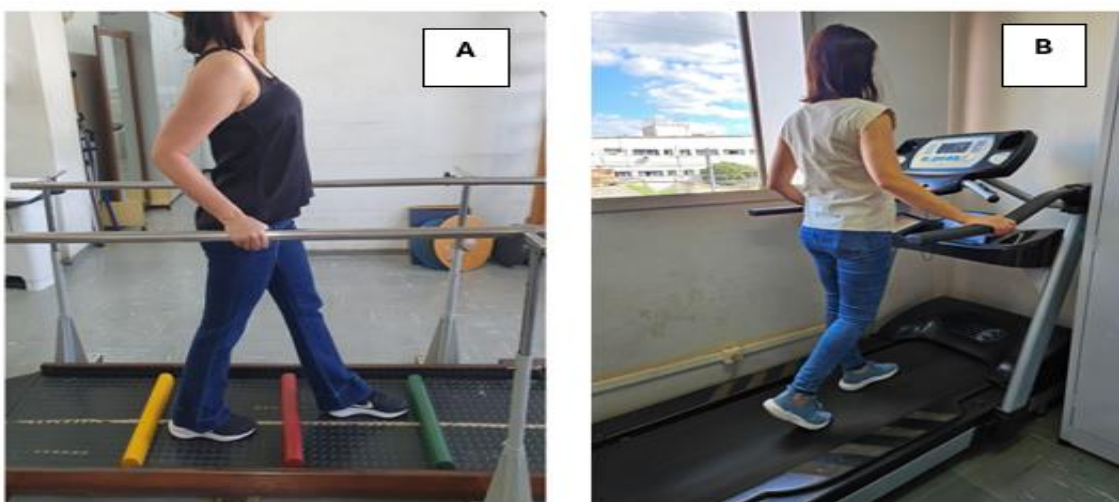


Figura 4 - A. Treino de Marcha em Barra Paralela. B. Esteira. Fonte: Autoria Própria.

2.3.3 Treino Sensório-Motor do Tornozelo

A articulação do tornozelo, devido à sua proximidade com a base de sustentação corporal, desempenha função fundamental na manutenção do equilíbrio postural.

Esta estabilidade é garantida pela integração da cápsula articular, unidades musculotendinosas e alinhamento ósseo adequado (BRAGA ET AL., 2012).

Após eventos traumáticos, os mecanismos proprioceptivos podem sofrer alterações significativas, comprometendo a estabilidade articular.

Por este motivo, a implementação de um programa específico de treinamento sensório-motor torna-se essencial não apenas para restaurar a funcionalidade do tornozelo lesionado, mas também como medida preventiva contra futuras lesões. (KARAKAYA et al., 2015).

A progressão do treinamento sensório-motor segue uma sequência lógica de complexidade crescente: inicia-se com o contato plantar sem descarga de peso (paciente sentado), avança para apoio bipodal em superfície estável (posição ortostática), progride para apoio unipodal e, finalmente, evolui para exercícios em superfícies instáveis – primeiramente com apoio bipodal e posteriormente unipodal (KARAKAYA et al., 2015; OLIVEIRA, ASAUMI, MANSUR, 2018).

O treino sensório-motor finaliza com a implementação de exercícios pliométricos, que integram componentes de força e velocidade, exigindo coordenação neuromuscular avançada.

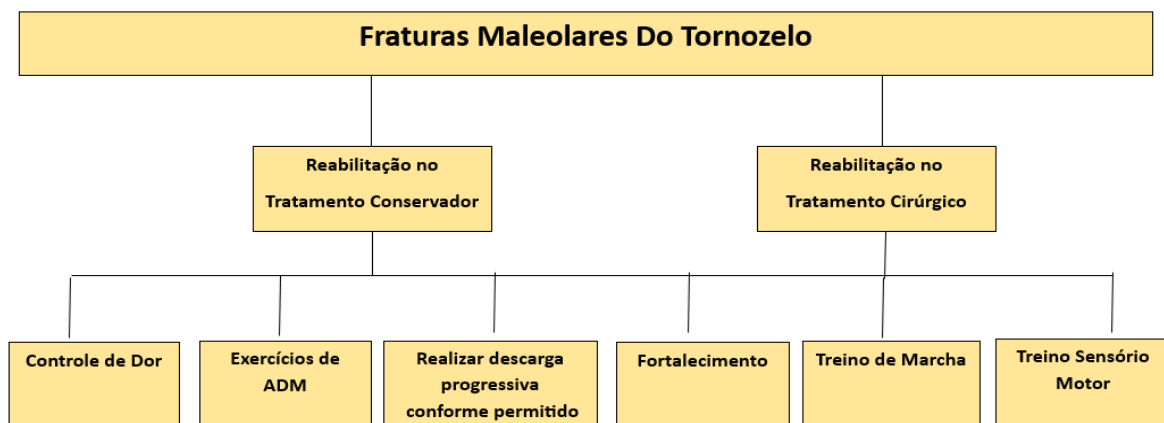
Recomenda-se que o fisioterapeuta desenvolva circuitos personalizados, considerando as necessidades específicas e preferências individuais de cada paciente.

Estas atividades devem incorporar elementos funcionais como saltos, mudanças rápidas de direção e movimentos esportivos específicos, simulando de parecidas as situações cotidianas que o paciente enfrentará, capacitando-o assim a desempenhar suas atividades habituais com segurança e eficácia funcional (OLIVEIRA, ASAUMI, MANSUR, 2018).



Figura 5 - Treino Sensório motor: A - Cama elástica. B - Tábua de equilíbrio. C - Dinadisc. Fonte: Autoria Própria.

3. FLUXOGRAMA



4. REFERÊNCIAS

JONSSON E, HENRIKSSON M, HIRSCHFELD H. Does the functional reach test reflect stability limits in elderly people? **Journal of Rehabilitation Medicine**. Jan 1;35(1):26–, 2003.

BATISTA F. Uma abordagem multidisciplinar do paciente diabético. 2. ed. São Paulo: Andreoli; 2017.

BRAGA MM, NUNES GS, SCHUTZ GR, MENEZES FS. Treinamento sensório-motor com Nintendo Wii[®] e discoproprioceptivo: efeitos sobre o equilíbrio de mulheres jovens saudáveis. **R. Bras. Ci. e Mov**. 2012; 20:37-45

CARVALHO, R. et al. The effects of physical activity in the anticipatory postural adjustments in elderly people. **Motor Control**, v. 14, n. 3, p. 371-9, Jul 2010. ISSN 1087-1640. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20702897> >.

DONKEN CCMA, AL-KHATEEB H, VERHOFSTAD MHJ, VAN LAARHOVEN CJHM. Surgical versus conservative interventions for treating ankle fractures in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 012;(8):CD008470.

DUTTON M. Fisioterapia ortopédica: exame, avaliação e intervenção. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

GIORDANO V, GIORDANO M, MIZUSAKI J, MENDES PH, SKAF AY. Fraturas do Tornozelo no Adulto: Diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2007.

GIORDANO, V.; GIANNOUDIS, P.V; BONI, G; PIRES, R.E.; FUKUYAMA, J.M; GODOY-SANTOS, A.L.; KOCH, H.A. Haste intramedular de fíbula nas fraturas maleolares do tornozelo - técnica cirúrgica e revisão da literatura. **NOTA TÉCNICA • Rev. Col. Bras. Cir.** 47 • 2020. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202508>.

HSU RY, BARITEAU J. Management of ankle fractures. *R I Med J*. 2013 May;96(5):23–7.

IMOTO, A.M; PECCIN, M.E; 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.

KARAKAYA MG, RUTBİL H, AKPINAR E, YILDIRIM A, KARAKAYA IÇ. Effect of ankle proprioceptive training on static body balance. *J Phys Ther Sci*. 2015 Oct;27(10):3299–302

LIESHOUT, E. M.V.; BOER, A.S. De; MEUFFELS, D.E; HOED, P. T. D.; VLIES, C. H. V, TUINEBREIJER, W.E.; VERHOFSTAD, M. H. J. American Orthopaedic Foot and Ankle Society (AOFAS) Ankle-Hindfoot Score: a study protocol for the translation and validation of the Dutch language version. *BMJ Open* 2017;7:e012884. doi:10.1136/bmjopen-2016-012884.

OLIVEIRA D, ASAUMI ID, MANSUR NSB. Abordagem fisioterapêutica das fraturas maleolares do tornozelo. In: Associação Brasileira de Fisioterapia Traumatológica; Silva MF, Barbosa RI, organizadores. PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia Traumatológica: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018. p. 9–36. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 4).

PERES, M M, CECCHINI, L, PACHECO, I, PACHECO, A M. Rev Bras Med Esporte – Vol. 20, No 2 – Mar/Abr, 2014.

RODRIGUES, R.C.; MASIERO, D.; MIZUSAKI, J.M.; IMOTO, A.M.; PECCIN, M.S.; COHEN, M.; ALLOZA, J.F.M. Tradução, adaptação cultural e validação do “ AMERICAN ORTHOPEDIC FOOT AND ANKLE SOCIETY (AOFAS) ANKLE-HINDFOOT SCALE”. ACTA ORTOP BRAS 16 (2: 107-111, 2008).

SHUMWAY-COOK, A.; WOOLLACOTT, M. H. **Motor control : theory and practical applications**. 2nd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. x, 614 p. ISBN 068330643X. Disponível em: < Publisher description <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0711/00064290-d.html> >. Disponível em: < Table of contents only <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy1012/00064290-t.html> >.

5. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	22/8/2025	Elaboração da 1ª versão do Procedimento Operacional Padrão (POP)

6. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<p>Elaboração – data: 3/7/2025 Alessandra da Cunha, Ana Carolina Ribeiro Terra, Cláudia dos Santos Borges, Fernanda Fraga Miziara, Marcia Carolina Franco, Izabella Barberato Silva Antonelli, Patrícia Aparecida de Castro Silva, Taciana Freitas Agrelli, Unidade Multiprofissional (UMULTI)</p> <p>Avaliação interna – 3/7/2025 Renata de Melo Batista, UMULTI</p> <p>Análise – data: 8/7/2025 Viviane de Almeida Cobo, chefe da UMULTI</p> <p>Validação técnica – data: 13/8/2025 Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente</p> <p>Aprovação – data: 17/7/2025 Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado</p> <p>Registro, validação de forma e revisão – data: 22/8/2025 Ana Paula Corrêa, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental</p>
--

7. APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO FAOS (Foot and Ankle Outcome Score) para avaliação da função e sintomas do tornozelo e pé.	
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
P5. Andando em superfície plana	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
P6. Subindo ou Descendo escadas	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
P7. Em repouso na cama	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
P8. Ao sentar-se/deitar-se	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
P9. Em pé	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
OUTROS 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 movimento 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
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA - Qual a dificuldade que você sentiu na última semana:	
A1. Descendo escadas	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
A2. Subindo escadas	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
A3. Levantando-se a partir da posição sentada	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
A4. Em pé	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
A5. Curvando-se para pegar um objeto no chão	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
A6. Andando em superfícies planas	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
A7. Entrando e saindo do carro	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
A8. Indo às compras	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
A9. Colocando meias	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
A10. Levantando-se da cama	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
A11. Tirando as meias	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
A12. Virando-se na cama, mantendo a mesma posição do tornozelo/pé	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
A13. Entrando ou saindo do banheiro	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
A14. Sentando	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
A15. Sentando e levantando do vaso sanitário	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
A16. Realizando tarefas domésticas pesadas (deslocando caixas pesadas, esfregando o chão, etc)	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
A17. Realizando tarefas domésticas leves (cozinhar, varrer etc)	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
ESPORTES E RECREAÇÕES FUNCIONAIS Qual a dificuldade que você sentiu nesta última semana:	
Sp1. Agachando	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
Sp2. Correndo	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
Sp3. Pulando	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
Sp4. Mudando de direção sobre o seu tornozelo/pé lesionado	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
Sp5. Ajoelhando-se	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema
QUALIDADE DE VIDA EM RELAÇÃO AO PÉE TORNOZELO	
Q1. Com que frequência que você tem percebido os problemas do seu tornozelo/ pé?	Nunca, mensalmente, semanalmente, diariamente, sempre
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
Q3. O quanto você está incomodado com a falta de confiança no seu tornozelo/ pé?	Não, um pouco, Moderadamente, muito, totalmente
Q4. No geral, quanto de dificuldade você tem com o seu tornozelo/pé?	Nenhuma, Leve, Moderada, Acentuada, Extrema

8. APÊNDICE B

ESCALA AOFAS PARA TORNOZELO E RETROPÉ (TOTAL DE 100 PONTOS)	
Dor (40 pontos)	
• Nenhuma.....	0
• Leve, ocasional.....	30
• Moderada, diária.....	20
• Intensa, quase sempre presente.....	0
Funcional (50 pontos)	
Limitação nas atividades, necessidade de suporte	
• Sem limitação, sem suporte.....	10
• Sem limitação nas atividades diárias, limitação nas atividades recreacionais, sem suporte.....	7
• Limitação nas atividades diárias e recreacionais, bengala.....	4
• Limitação intensa nas atividades diárias e recreacionais, andador, muletas, cadeira-de-rodas, órtese (tornozeleira, imobilizador de tornozelo).....	0
Distância máxima de caminhada, quarteirões	
• Mais que 6.....	5
• De 4 a 6.....	4
• De 1 a 3.....	2
• Menos que 1.....	0
Superfícies de caminhada	
• Sem dificuldades em qualquer superfície.....	5
• Alguma dificuldade em terrenos irregulares, escadas, inclinações e ladeiras.....	3
• Dificuldade intensa em terrenos irregulares, escadas, inclinações e ladeiras.....	0
Anormalidade na marcha	
• Nenhuma, leve.....	8
• Evidente.....	4
• Acentuada.....	0
Mobilidade sagital (flexão + extensão)	
• Normal ou levemente restrito (30° ou mais).....	8
• Restrição moderada (15° – 29°).....	4
• Restrição intensa (menor que 15°).....	0
Mobilidade do Retro-Pé (inversão + eversão)	
• Normal ou levemente restrito (75- 100% do normal).....	6
• Restrição moderada (25 – 74% do normal).....	3
• Restrição intensa (menos que 25% do normal).....	0
Estabilidade do tornozelo e retro-pé (anteroposterior, varo-valgo)	
• Estável.....	8
• Instável.....	0
Alinhamento (10 pontos)	
• Bom, pé plantigrado, ante-pé e retro-pé bem alinhado.....	10
• Regular, pé plantigrado, algum grau de desalinhamento do tornozelo e retro-pé, sem sintomas.....	5
• Ruim, pé não plantigrado, desalinhamento intenso e sintomático.....	0
TOTAL DE PONTOS: _____	

9. APÊNDICE C

Estratégias de ação

Ajustes posturais antecipatório

Movimentos de alcance TAF () em pé () sentado

Teste na posição sentada sem apoio () adequado () inadequado/perde equilíbrio

Em termos gerais, o valor normativo TAF é:

- **25 cm ou mais:** baixo risco de quedas;
- **15cm a 25cm** O risco de queda é 2x maior que o normal;
- **15cm ou menos** Risco de queda é 4x maior que o normal;
- **Não está à vontade de alcançar:** O risco de queda é 8x maior do que o normal.

Touchar degrau alternadamente 08 vezes: _____ seg (4x em cada perna). Deve-se utilizar step de 12 cm a 15 cm

- () equilibrado, 8 toques em menos de 10 segundos
- () equilibrado, 8 toques entre 10-20 segundos
- () instabilidade durante os toques
- () não realiza/incapaz de realizar sem assistência

Estratégias reativas

Dentro da base de sustentação

- () adequada: movimento adequado do tornozelo, com ADM preservada, bilateralmente
- () inadequada: movimento inadequada do tornozelo
- () não realiza

Fora da base de sustentação

Para frente

- () adequada: capacidade de dar o passo, eficaz, bilateralmente
- () inadequada: capacidade de dar o passo com um pé apenas, com comprimento do passo reduzido
- () não realiza

Para trás

- () adequada : capacidade de dar o passo, eficaz, bilateralmente
- () inadequada: capacidade de dar o passo com um pé apenas, com comprimento do passo reduzido
- () não realiza

Para os lados

- () adequada : capacidade de dar o passo, eficaz, bilateralmente
- () inadequada: capacidade de dar o passo com um pé apenas, com comprimento do passo reduzido
- () não realiza