



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Ciências Médicas

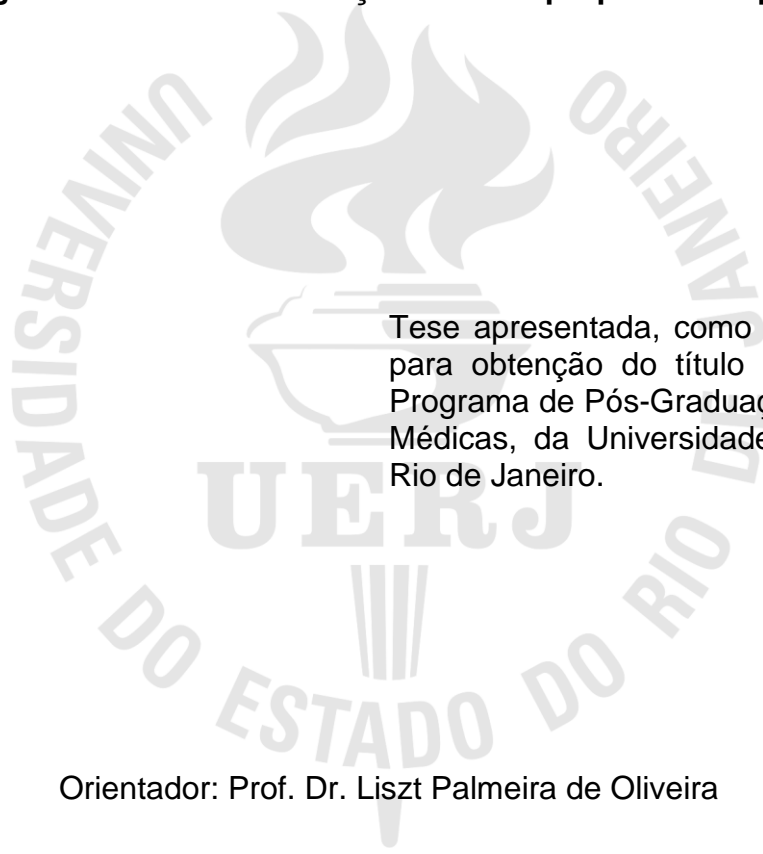
Letícia Nunes Carreras Del Castillo Mathias

Adaptação transcultural do *Hip Sports Activity Scale* da língua inglesa para a língua portuguesa do Brasil e avaliação de suas propriedades psicométricas

Rio de Janeiro
2021

Letícia Nunes Carreras Del Castillo Mathias

Adaptação transcultural do *Hip Sports Activity Scale* da língua inglesa para a língua portuguesa do Brasil e avaliação de suas propriedades psicométricas



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Liszt Palmeira de Oliveira

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

M431 Mathias, Letícia Nunes Carreras Del Castillo.
Adaptação transcultural do *Hip Sports Activity Scale* da língua inglesa para a língua portuguesa do Brasil e avaliação de suas propriedades psicométricas / Letícia Nunes Carreras Del Castillo Mathias – 2021.
62f.

Orientador: Prof. Dr. Liszt Palmeira de Oliveira

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Ciências Médicas.

1. Quadril - Teses. 2. Questionários - Avaliação - Teses. 3. Comparação Transcultural. 4. Impacto Femoroacetabular. I. Oliveira, Liszt Palmeira de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CDU 617.581

Bibliotecária: Ana Rachel Fonseca de Oliveira
CRB7/6382

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Letícia Nunes Carreras Del Castillo Mathias

Adaptação transcultural do *Hip Sports Activity Scale* da língua inglesa para a língua portuguesa do Brasil e avaliação de suas propriedades psicométricas

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 04 de junho de 2021.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Liszt Palmeira de Oliveira (Orientador)

Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof. Dr. Luiz Alberto Batista

Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof. Dr. Bernardo Couto Neto

Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ

Prof. Dra. Themis Moura Cardinot

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. João Antonio Matheus Guimarães

Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a minha família, em especial aos meus pais, Maria Isabel e Luiz Augusto, meu marido Felipe e minhas filhas Catarina e Isabela por todo amor, compreensão, suporte, sacrifícios e apoio incondicional em todos os momentos da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus por todas as bênçãos concedidas, por me dar forças e sabedoria para conquistar meus objetivos.

Aos meus familiares e amigos, por me apoiarem, motivarem e acreditarem em mim. Ao meu marido Felipe, por sua amizade, apoio, carinho, paciência e compreensão em todos os momentos.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Liszt Palmeira de Oliveira, por todo o incentivo; pelo exemplo, ensinamentos; por dedicar o seu tempo e por me auxiliar constantemente em cada etapa desse trabalho.

À Prof.^a Dra. Themis Moura Cardinot, pela cooperação, pelo incentivo e por auxiliar na revisão incansável desse trabalho.

Aos alunos de iniciação científica Rayssa e Sarah, pela valiosa ajuda na execução do trabalho de campo.

À Dra. Rosangela Martins, por sua contribuição com a análise estatística.

À Rafaela Maria de Paula Costa, pelo apoio e carinho, pelo companheirismo durante as aulas do doutorado e pela colaboração para a realização desse trabalho.

À Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, pela atenção e auxílio frequente.

Aos pacientes que aceitaram participar voluntariamente das etapas desse trabalho.

O sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos dia após dia.

Robert Collier

RESUMO

MATHIAS, Letícia Nunes Carreras Del Castillo. **Adaptação transcultural do *Hip Sports Activity Scale* da língua inglesa para a língua portuguesa do Brasil e avaliação de suas propriedades psicométricas**. 2021. 62 f. Tese (Doutorado em - em Ciências Médicas), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

INTRODUÇÃO: A Hip Sports Activity Scale (HSAS) é uma escala específica da articulação do quadril para determinar os níveis atuais de atividade física entre pacientes que sofrem da síndrome de impacto femoroacetabular (IFA). Ao avaliar o resultado do tratamento em pacientes com síndrome de IFA é importante não apenas usar instrumentos específicos para as articulações, mas um que possa determinar os níveis de atividade física. **OBJETIVO:** O objetivo do estudo foi traduzir e adaptar transculturalmente a HSAS para a língua portuguesa do Brasil e avaliar as propriedades psicométricas da HSAS-Brasil em um grupo de pacientes fisicamente ativos após tratamento artroscópico da síndrome de IFA. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa e qualitativa com dados obtidos de julho de 2018 a outubro de 2019. A versão brasileira da HSAS foi desenvolvida seguindo o processo de seis etapas: tradução, síntese, retrotradução, revisão por comitê, pré-teste e envio de documentação aos desenvolvedores. A fase de tradução envolveu três tradutores bilíngues independentes cuja língua materna era o português brasileiro. A fase de retrotradução envolveu três tradutores independentes cuja língua materna era o inglês. Para verificar a compreensão do questionário 30 alunos de graduação em educação física, de ambos os sexos, e com média de idade 23,2 anos participaram da fase de pré-teste. Para o estudo de avaliação das propriedades psicométricas foram selecionados 58 pacientes, de ambos os sexos, que receberam diagnóstico médico de síndrome de IFA e foram submetidos à artroscopia de quadril. Para determinar a confiabilidade e a validade, os pacientes responderam inicialmente às versões brasileiras do: Short-Form Health Survey (SF-12), NAHS e HSAS; e após um intervalo de 48 horas, responderam ao HSAS-Brasil. **RESULTADOS:** Durante a etapa de tradução, alguns termos e expressões foram alterados para obtenção de equivalência cultural ao HSAS original. Na fase de pré-teste, cada item da escala apresentou nível de compreensão de 100%. Para a confiabilidade teste-reteste, a correlação intraclasse foi de 0,908 ($P < 0,001$). O HSAS-Brasil se correlacionou com o NAHS-Brasil ($r = 0,63$; $P < 0,001$), assim como o SF-12 (Saúde Física) ($r = 0,42$; $P = 0,001$). **CONCLUSÃO:** O HSAS foi traduzido do inglês para o português do Brasil e adaptado para a cultura brasileira. O HSAS-Brasil foi validado e mostrou-se uma medida confiável e válida para determinar os níveis de atividade esportiva em pacientes fisicamente ativos com síndrome de IFA.

Palavras-chave: Quadril. Impacto femoroacetabular. Pesquisas e questionários. Reprodutibilidade dos resultados. Esportes. Exercício.

ABSTRACT

MATHIAS, Letícia Nunes Carreras Del Castillo. **Cross-cultural adaptation of the Hip Sports Activity Scale from English to Brazilian Portuguese and evaluation of its psychometric properties**. 2021. 62 f. Tese (Doutorado em - em Ciências Médicas), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

INTRODUCTION: The Hip Sports Activity Scale (HSAS) is a hip joint-specific scale for determining the current levels of physical activity among patients who suffer femoroacetabular impingement (FAI) syndrome. When evaluating treatment outcome in FAI syndrome patients, it is important not only to use joint-specific instruments, but one that can determine the levels of physical activity. **OBJECTIVE:** The aim of the study was to translate and cross-cultural adapt the HSAS to Brazilian Portuguese language and to evaluate the HSAS-Brazil psychometric properties among a group of physically active patients after arthroscopy treatment of FAI syndrome. **METHODS:** This was a cross-sectional study of quantitative and qualitative nature using data obtained from July 2018 to October 2019. The Brazilian version of the HSAS was developed following the process comprised six steps: translation, synthesis, back-translation, review by committee, pretesting and submission of documentation to the developers. The translation phase involved three independent bilingual translators whose mother language was Brazilian Portuguese. The back-translation phase involved three independent translators whose mother language was English. In order to verify comprehension of the questionnaire, 30 undergraduate students in physical education of both genders, and with mean age 23.2 years, participated in the pre-testing phase. For the validation study were selected a total of 58 patients of both genders that had received a medical diagnosis of FAI syndrome and had undergone hip arthroscopy. To determine reliability and validity, patients initially answered the Brazilian versions of the: Short-Form Health Survey (SF-12), NAHS and HSAS; and after a 48-hour interval, they answered the HSAS-Brazil. **RESULTS:** During the translation step, some terms and expressions were changed to obtain cultural equivalence to the original HSAS. In the pre-testing phase, each item of the scale showed a comprehension level of 100%. For test-retest reliability, the interclass correlation was 0.908 ($P < 0.001$). The HSAS-Brazil correlated to the NAHS-Brazil ($r = 0.63$, $P < 0.001$), as well as the SF-12 (Physical Health) ($r = 0.42$, $P = 0.001$). **CONCLUSION:** The HSAS was translated from English to Brazilian Portuguese language and adapted to the Brazilian culture. The HSAS-Brazil was validated and showed to be a reliable and valid measurement to determine sports activity levels in physically active patients with FAI syndrome.

Keywords: Hip. Femoroacetabular impingement. Surveys and questionnaires. Reproducibility of results. Sports. Exercise.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Tipos de impacto femoroacetabular.....	13
Figura 2 -	Etapas da adaptação transcultural de acordo com as diretrizes de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e Beaton <i>et al.</i> (2000).....	28
Quadro 1 -	Alterações realizadas na etapa de tradução para a adaptação transcultural.....	35
Tabela 1 -	Dados sociodemográficos dos 30 voluntários submetidos ao pré-teste.....	36
Tabela 2 -	Dados sociodemográficos dos pacientes e valores dos escores dos instrumentos utilizados neste estudo.....	37
Tabela 3 -	Correlações entre HSAS-Brasil e NAHS-Brasil e SF-12.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS

ARS	<i>Activity Rating Scale</i>
ATQ	Artroplastia total de quadril
AVD	Atividades da vida diária
COSMIN	<i>Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments</i>
E-mail	Correio eletrônico
HAGOS	<i>Hip and Groin Outcome Score</i>
HHS	<i>Harris Hip Score</i>
HHSM	<i>Harris Hip Score Modificado</i>
HOOS	<i>Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score</i>
HOS	<i>Hip Outcomes Score</i>
HRQ	<i>Hip Rating Questionnaire</i>
HSAS	<i>Hip Sports Activity Scale</i>
HSAS-Brasil	Versão brasileira do <i>Hip Score</i> Escala de Atividade Esportiva
ICC	Coeficiente de correlação intraclasse
IFA	Impacto femoroacetabular
IKDC	<i>International Knee Documentation Committee</i>
LISH	<i>Lequesne Index of Severity for Osteoarthritis of the Hip</i>
MCS	<i>Mental Component Summary</i>
NAHS	<i>Nonarthritic Hip Score</i>
NAHS-Brasil	Versão brasileira validada do <i>Nonarthritic Hip Score</i>
NHS	<i>Nonarthritic Score Hip</i>
OA	Osteoartrite
OHS	<i>Oxford Hip Score</i>
PCS	<i>Physical Component Summary</i>
RT1	Retrotradução 1
RT2	Retrotradução 2
RT1-2	Retrotradução 1-2
RT3	Retrotradução 3
S1	Síntese das traduções

SF-12	<i>12-Item Short-Form Health Survey</i>
SF-36	<i>36-Item Short-Form Health Survey</i>
T1	Tradução 1
T2	Tradução 2
T1-2	Tradução 1-2
T3	Tradução 3
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	Tradução revisada para a língua portuguesa brasileira
UCLA	<i>University of California at Los Angeles</i>
WOMAC	<i>Western Ontario and McMaster Universities</i>

SUMÁRIO

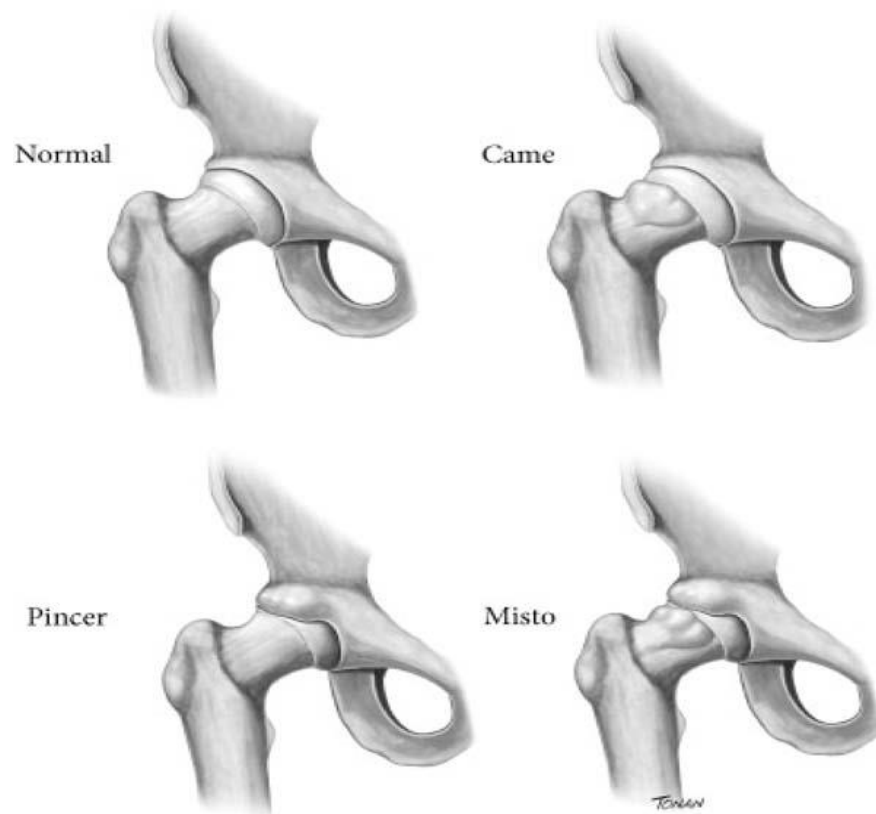
	INTRODUÇÃO	13
1	REFERENCIAL TEÓRICO	16
1.1	Instrumentos de avaliação de qualidade de vida	16
1.1.1	<u>Instrumentos de avaliação de qualidade de vida genéricos</u>	16
1.1.2	<u>Instrumentos de avaliação de qualidade de vida específicos</u>	17
1.1.2.1	Instrumentos específicos para pacientes com doença articular degenerativa.....	17
1.1.2.2	Instrumentos específicos para pacientes sem doença articular degenerativa.....	19
1.2	Tradução e adaptação transcultural dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida	20
1.3	Validação dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida ..	21
1.3.1	<u>Confiabilidade</u>	22
1.3.2	<u>Validade</u>	23
2	RELEVÂNCIA DO ESTUDO	25
3	OBJETIVOS	26
3.1	Objetivo geral	26
3.2	Objetivos específicos	26
4	MÉTODOS	27
4.1	Tipo de estudo	27
4.2	Comitê de ética	27
4.3	Adaptação transcultural do instrumento <i>Hip Sports Activity Scale</i>	27
4.3.1	<u>Tradução</u>	28
4.3.2	<u>Síntese</u>	28
4.3.3	<u>Retrotradução</u>	29
4.3.4	<u>Revisão por um comitê</u>	29
4.3.5	<u>Pré-teste</u>	29
4.3.6	<u>Envio de relatórios aos autores da escala</u>	30
4.4	Validação da versão brasileira do <i>Hip Sports Activity Scale</i>	30

4.4.1	<u>Participantes</u>	30
4.4.2	<u>Protocolo de estudo</u>	31
4.4.2.1	Versão brasileira e validada do <i>12-Item Short-Form Health Survey</i>	31
4.4.2.2	Versão brasileira e validada do <i>Nonarthritic Hip Score</i>	32
4.4.2.3	Versão brasileira do <i>Hip Sports Activity Scale</i>	32
4.4.3	<u>Análise estatística</u>	33
4.4.3.1	Confiabilidade.....	33
4.4.3.2	Validade.....	34
5	RESULTADOS	35
5.1	Adaptação transcultural do instrumento <i>Hip Sports Activity Scale</i>	35
5.2	Validação do instrumento versão brasileira do <i>Hip Score Escala de Atividade Esportiva</i>	36
6	DISCUSSÃO	38
	CONCLUSÃO	43
	REFERÊNCIAS	44
	APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	49
	APÊNDICE B - Ficha de identificação e avaliação clínica.....	50
	APÊNDICE C - Versão brasileira do <i>Hip Sports Activity Scale</i>	51
	ANEXO A - Versão em Inglês do <i>Hip Sports Activity Scale</i>	56
	ANEXO B - Comitê de ética: aprovação da pesquisa.....	57
	ANEXO C - E-mail do Dr. Florian Naal com a permissão para traduzir, adaptar culturalmente e validar o <i>Hip Sports Activity Scale</i> para uso na língua portuguesa brasileira.....	58
	ANEXO D - Versão brasileira validada do <i>12-Item Short-Form Health Survey</i>	59
	ANEXO E - Versão brasileira validada do <i>Nonarthritic Hip Score</i>	61

INTRODUÇÃO

Durante a última década, a síndrome do impacto femoroacetabular (IFA) foi reconhecida como causa de dor no quadril em pacientes fisicamente ativos sem sinais radiológicos de osteoartrite (OA). Ganz *et al.* (2008), descreve a IFA como resultado de dois tipos de anormalidade anatômica: *came* e *pincer*. O tipo de impacto *came*, mais observado em homens jovens, é causado por uma junção cabeça-colo femoral anormal, de modo que o raio periférico da cabeça que se projeta no acetábulo aumenta ao longo da amplitude de movimento do quadril. O tipo de impacto *pincer*, frequentemente visto em mulheres, resulta do contato da junção cabeça-colo femoral na borda acetabular devido à sobrecobertura acetabular. No entanto, a maioria dos pacientes apresenta formas combinadas desses dois tipos, sendo classificados como impacto misto (MENGE; TRUEX, 2018; MATAR; RAJPURA; BOARD, 2019; TRIGG; SCHROEDER; HULSOPPLE, 2020).

Figura 1 – Tipos de impacto femoroacetabular



Legenda: DOI: 10.1055/s-0040-1702964

Atividades esportivas que requerem uma flexão vigorosa e repetitiva associada a uma rotação interna do quadril estão frequentemente relacionadas à síndrome IFA sintomática. Durante a rotação interna em flexão, a parte anterior da junção cabeça-colo femoral faz contato com a parte ântero-superior da borda acetabular, provocando um estresse repetitivo do labrum e da cartilagem adjacente. A síndrome IFA ao danificar a cartilagem pode ser uma causa subjacente de osteoartrite (WYLIE e KIM, 2019; LEIBOLD *et al.*, 2019; GHAFFARI *et al.*, 2018).

A artroscopia do quadril é uma intervenção cirúrgica cada vez mais comum para adultos jovens e de meia-idade com dor ou disfunção relacionada ao quadril. As indicações para artroscopia de quadril mais frequentemente incluem dor persistente e morfologia óssea alterada associada à síndrome IFA, além de lacerações labrais, defeitos condrais e lesões do ligamento redondo (JONES *et al.*, 2020; REDMOND *et al.*, 2017).

Na avaliação dos resultados, os níveis de atividade física e de participação em esportes são importantes fatores prognósticos porque os níveis pré-operatórios podem estar diretamente relacionados às expectativas e à satisfação dos pacientes. A avaliação dos níveis de atividade física e esportiva deve ser realizada de uma forma padronizada para permitir comparações e o instrumento usado deve ser confiável e válido para o grupo alvo (NAAL *et al.*, 2013).

A avaliação da qualidade de vida tem sido cada vez mais utilizada na área de saúde para informar a evolução do paciente e a decisão quanto ao tratamento mais indicado (DEL CASTILLO *et al.*, 2012). Nos últimos anos foi criada uma variedade de instrumentos (questionários e escalas) com abordagem ortopédica: *Tegner Score*, *Activity Rating Scale (ARS)* e *University of California at Los Angeles (UCLA) Activity Scale*. No entanto, esses questionários apresentam limitações quando utilizados em pacientes com lesões no quadril. *Tegner Score* e *ARS* foram desenvolvidos especificamente para pacientes com lesões no joelho e *UCLA Activity Scale* é considerado mais apropriado para pacientes de artroplastia.

Naal *et al.* (2013) desenvolveram o *Hip Sports Activity Scale (HSAS)*, um instrumento que avalia o nível de atividade esportiva em pacientes com síndrome IFA pré e pós tratamento cirúrgico. Consiste em nove níveis de atividades esportivas diferentes que variam de 0 a 8, sendo o valor mínimo correspondente a nenhuma atividade esportiva e o máximo à atividade esportiva profissional de elite. A

documentação dos níveis de atividade física e esportiva é essencial ao se avaliar os resultados em grupos de pacientes jovens, cujo nível de atividade tende a ser alto.

No entanto, grande parte desses instrumentos de avaliação da qualidade de vida foi criada na língua inglesa. Por isso, para poderem ser utilizados no Brasil é necessário traduzi-los, adaptá-los transculturalmente e validá-los. A primeira fase desse processo diz respeito à realização de sua tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa do Brasil seguindo os critérios metodológicos sugeridos por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e revisados por Beaton *et al.* (2000). Esses autores propuseram um conjunto de instruções padronizadas para a adaptação transcultural de instrumentos de qualidade de vida, que constam de seis etapas: tradução, síntese, tradução de volta, revisão pelo comitê, pré-teste e envio de relatórios aos autores da escala. A segunda fase refere-se à avaliação das propriedades psicométricas do questionário. Neste momento verifica-se se as suas propriedades psicométricas de confiabilidade e validade de conteúdo e construto atestam que a versão traduzida do questionário original é confiável e válida para a língua e cultura brasileira.

Assim, o objetivo do estudo foi traduzir e adaptar transculturalmente o HSAS da língua inglesa para a língua portuguesa do Brasil e avaliar as propriedades psicométricas da versão traduzida através da análise de suas propriedades psicométricas de confiabilidade, validade de conteúdo e de construto.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Instrumentos de avaliação de qualidade de vida

A avaliação de pacientes na Ortopedia atualmente inclui a utilização de questionários ou escalas para determinar os resultados da saúde geral, específica, da articulação e da doença específica (LONGO *et al.*, 2019). Os questionários representam um método objetivo de medida da qualidade do tratamento conservador ou cirúrgico recebido pelo paciente. Essas medidas são importantes para avaliar a melhora após o tratamento, para facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde, e oferecer aos pacientes um prognóstico mais preciso antes da cirurgia. Durante as últimas décadas, vários questionários têm sido desenvolvidos para avaliar a função do paciente com dor no quadril.

1.1.1 Instrumentos de avaliação de qualidade de vida genéricos

O questionário 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) foi criado em 1992, por Ware e Sherbourne. É de fácil administração, constituído por 36 itens, divididos em oito subescalas: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (WARE e SHERBOURNE, 1992). O questionário SF-36 já apresenta tradução e validação para a língua portuguesa (CICONELLI *et al.*, 1999). O questionário 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12) é uma versão resumida do SF-36: foi criado em 1996, por Ware, Kosinski e Keller, como uma alternativa de mais rápida aplicação ao instrumento SF-36 (WARE; KOSINSKI; KELLER, 1996). O SF-12 é composto por doze itens derivados do SF36, que avaliam oito diferentes dimensões de influência sobre a qualidade de vida: função física, aspecto físico, dor, saúde geral, vitalidade, função social, aspecto emocional e saúde mental; distribuídos em duas subescalas: saúde física e saúde mental (CAMELIER, 2004; SILVEIRA *et al.*, 2013).

1.1.2 Instrumentos de avaliação de qualidade de vida específicos

1.1.2.1 Instrumentos específicos para pacientes com doença articular degenerativa

O questionário Merle D'Aubigné e Postel é composto por três domínios: dor, mobilidade e marcha. A pontuação de cada domínio varia de 0-7 baseado no grau de dor, função e amplitude de movimento. Quando mais baixos os valores indicam maior disfunção. Os valores podem ser utilizados para avaliar os resultados de artroplastias (D'AUBIGNÉ e POSTEL, 1954).

O questionário Charnley-Merle D'Aubigne é uma adaptação do questionário Merle D'Aubigne and Postel. A definição do estado clínico corresponde a três domínios com seis alternativas de resposta. São eles: dor, movimento e marcha. Em relação a dor os dois graus que comumente qualificam um paciente a artroplastia total de quadril (ATQ) são 4 e 3. O grau 1 é raramente encontrado. O grau 5 não tem indicação de artroplastia e o 6 indicada excelentes resultados no pós operatório (WIKLUND e ROMANUS, 1991).

O *Western Ontario and McMaster Universities (WOMAC)* é autoadministrável e avalia três dimensões em pacientes com osteoartrose no quadril: dor, rigidez e função. É um instrumento que avalia qualidade de vida para pacientes com osteoartrose, contém 24 questões divididos em dor (5 questões), rigidez (2 questões) e função (17 questões). Cada questão está relacionada com uma escala de Likert de 0 (melhor estado de saúde) a 4 (pior estado de saúde) (BELLAMY *et al.*, 1988).

No WOMAC reduzido, as questões sobre rigidez (2 questões) e dor (5 questões) foram mantidas. As questões sobre função (17 questões) foram reduzidas para 10 questões. Foram retiradas as questões sobre: subir escadas, levantar da cadeira, caminhar em terreno plano, entrar ou sair do carro, colocar meias, levantar da cama, sentar (WHITEHOUSE *et al.*, 2003).

Mayo Hip Score combina dados da clínica e radiografia num total de 100 pontos. A avaliação clinica corresponde a 80 dos 100 pontos e o exame radiográfico aos outros 20 pontos. A parte clínica é composta por três domínios: dor (40 pontos),

função (20 pontos) e por último mobilidade e força muscular (20 pontos) (KAVANAGH e FITZGERALD, 1985).

Oxford Hip Score (OHS) tem 12 questões, é autoadministrável e específico pra articulação do quadril. Ele avalia dor no quadril e disfunção em pacientes submetidos à ATQ. A soma da pontuação das 12 questões resulta num valor entre 12 – 60. Quanto maior a pontuação, pior o estado de saúde (DAWSON *et al.*, 1996).

Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS) pretende avaliar sintomas e limitações da função relacionadas ao quadril. Consiste em 40 questões, dividida em cinco dimensões: dor (10 questões), sintomas (cinco questões), atividades de vida diária (17 questões) atividade física (quatro questões) e qualidade de vida (quatro questões). Para responder as questões cinco caixas Likert são usadas (não, leve, moderado, grave e extremo). Todas as questões são pontuadas de 0 – 4 e o valor das questões são somados (NILSDOTTER *et al.*, 2003).

Hip Rating Questionnaire (HRQ) é autoadministrável e específico para a articulação do quadril. É dividido em quatro domínios: global (escala visual analógica), dor (quatro questões), marcha (duas questões) e função (sete questões). No máximo 25 pontos são possíveis em cada domínio. A pontuação pode variar de 16 pontos (ruim) a 100 pontos (melhor) (JOHANSON *et al.*, 1992).

Lequesne Index of Severity for Osteoarthritis of the Hip (LISH) é utilizado em formato de entrevista e inclui três sessões com um total de 10 questões. A primeira sessão pergunta sobre dor com cinco questões, a segunda sobre a máxima distância caminhada variando entre 0 = ilimitada a 6 = menos de 100m, a terceira é sobre disfunção com quatro categorias graduadas de 0 = sem dificuldade a 2 = incapaz de realizar. A pontuação é dada pela soma das questões, variando entre 0 e 24 (LEQUESNE, 1991).

Harris Hip Score (HHS) é comumente utilizado para avaliar dor e atividade física. A pontuação varia entre 0 – 100 de acordo com o grau de dor, função e amplitude de movimento. Precisa que um profissional de saúde para avaliar dor (44 pontos), marcha (47 pontos), movimento articular (cinco pontos) e deformidade (quatro pontos) quanto menor a pontuação maior a disfunção (HARRIS, 1969).

1.1.2.2 Instrumentos específicos para pacientes sem doença articular degenerativa

HHS foi modificado para ser usado em pacientes submetidos à artroscopia do quadril. O *Harris Hip Score Modificado* (HHSM) inclui avaliação da dor (44 pontos) e função (47 pontos). Não tem nenhum item que avalie esportes específicos (BYRD e JONES, 2000).

Hip Outcomes Score (HOS) tem 28 questões, é específico para a articulação do quadril, autoadministrável e composto por duas subescalas: atividades da vida diária (AVD) e esportes. A subescala de AVD contém 19 questões referentes às atividades diárias básicas e a subescala de esportes contém nove questões referentes a atividades físicas de alto rendimento, como atividades realizadas por atletas profissionais. Além das cinco respostas, que variam entre “não realiza” e “sem dificuldade”, foi adicionada a opção “não aplicável”. Essa última foi adicionada com objetivo de discriminar se algum problema além do quadril está causando limitação (MARTIN e PHILIPPON, 2008).

Nonarthritic Score Hip (NHS) é autoadministrável, possui 20 questões e foi desenvolvido para população de atletas jovens. Essas questões estão divididas em quatro domínios: dor (cinco questões), sintomas mecânicos (quatro questões), Função (cinco questões) e nível de atividade (seis questões). Três questões abordam atividade esportiva. O NHS foi modificado a partir do WOMAC, sendo as 10 questões referentes à dor e função retiradas diretamente dele. O valor dele é obtido pela soma das questões e multiplicado por 1,25. A pontuação máxima é 100 indicando função normal do quadril (CHRISTENSEN *et al.*, 2003).

Embora existam vários questionários específicos para avaliação de quadril em pacientes submetidos à artroscopia ou artroplastia, esses instrumentos não informam níveis de atividade em esportes específicos.

Em 2013, Naal *et al.* Desenvolveram o HSAS, um instrumento que avalia o nível de atividade esportiva em pacientes com impacto femoroacetabular pré e pós tratamento cirúrgico, com a finalidade de melhor avaliar os resultados desse grupo específico de pacientes. Para validação, 29 pacientes com indicação de cirurgia para tratamento de impacto femoroacetabular nos Estados Unidos (versão em Inglês) completaram um conjunto de questionários compostos pelo HSAS, Escala de

atividade da UCLA, HOS, WOMAC e OHS. O HSAS foi considerado um questionário confiável e válido para determinar o nível de atividade esportiva em pacientes com diagnóstico de IFA. Consiste em nove níveis de atividades esportivas diferentes que variam de 0 a 8, sendo o valor mínimo correspondente a nenhuma atividade esportiva e o máximo à atividade esportiva profissional de elite (Anexo A).

1.2 Tradução e adaptação transcultural dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida

Com poucas exceções, os instrumentos de avaliação da qualidade de vida têm sido desenvolvidos em países de língua inglesa, o que dificulta o seu uso em países de línguas diferentes. Mesmo entre países que falem a mesma língua, características individuais e culturalmente distintas fazem com que um instrumento de avaliação necessite de adaptações para torná-lo adequado ao contexto cultural da população alvo (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), revisado por Beaton *et al.* (2000), propuseram um conjunto de instruções padronizadas para adaptação cultural de instrumentos de qualidade de vida, incluindo seis etapas: tradução, retrotradução, revisão pelo comitê, pré-teste e envio de relatórios aos desenvolvedores da escala.

A tradução do instrumento da língua inglesa para a língua portuguesa do Brasil deve ser realizada por pelo menos dois tradutores independentes, conhecedores da língua materna do questionário e cientes do objetivo do trabalho. Após avaliar as duas traduções e compará-las com o instrumento original, ambas devem ser sintetizadas em uma única tradução.

Na etapa seguinte, a retrotradução deve ser realizada por tradutores independentes, de preferência nativos da língua inglesa, que ao contrário dos primeiros, não devem ter conhecimento do objetivo da tradução. A partir da síntese da tradução devem ser produzidas duas retrotraduções para a língua inglesa, que devem ser comparadas com o instrumento original e sintetizadas em uma única retrotradução.

Um comitê formado por uma equipe multidisciplinar deve se reunir para analisar as divergências entre o instrumento original e as traduções e, então, produzir a versão brasileira 1 do instrumento.

Durante a tradução, alguns aspectos devem ser avaliados:

A equivalência semântica baseia-se na avaliação da equivalência gramatical e do vocabulário. Muitas palavras de uma determinada língua podem não ter tradução adequada para outra língua, ou mesmo tempo verbal que são utilizados em alguns idiomas e em outros, não.

A equivalência idiomática, ou seja, a tradução de certas expressões idiomáticas é muito difícil. Certas expressões em inglês, quando são traduzidas para a língua portuguesa, perdem completamente o sentido, ou podem ser entendidas com sentido diferente ao da língua materna.

Para uma boa tradução, a equivalência cultural é importante para que os termos utilizados sejam coerentes com a experiência de vida da população à qual se destina, dentro de seu contexto cultural. No caso de um termo ou situação se encontrarem fora do contexto ou da vivência da população em questão, devem ser trocados.

Alguns itens utilizados na avaliação da qualidade de vida podem apresentar equivalência semântica, porém não apresentar equivalência conceitual. Neste caso, os termos com divergência na equivalência conceitual devem ser substituídos pelos termos mais adequados existentes na língua para a qual a tradução está sendo feita.

Após o processo de adaptação transcultural o instrumento de deve ter suas propriedades de medida avaliadas.

1.3 Propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida

Antes de serem considerados aptos para uso, os instrumentos devem oferecer dados precisos, válidos e interpretáveis para a avaliação de saúde da população. Além disso, as medidas devem fornecer resultados científicos robustos. O desempenho dos resultados dessas medidas é, em grande parte, devido à

confiabilidade e validade dos instrumentos. As principais propriedades de medida de instrumentos são a confiabilidade e a validade (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

1.3.1 Confiabilidade

A confiabilidade é a capacidade de um instrumento em reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, ou a partir de observadores diferentes, indicando aspectos sobre coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade. A confiabilidade refere-se, principalmente, à estabilidade, consistência interna e equivalência de uma medida. Os critérios de confiabilidade de maior interesse são: estabilidade, consistência interna e equivalência. (ALEXANDRE *et al.*, 2013; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017; COSTA; CARDINOT; OLIVEIRA, 2020).

A estabilidade de uma medida é o grau em que resultados similares são obtidos em dois momentos distintos, ou seja, é a estimativa da consistência das repetições das medidas. A avaliação da estabilidade pode ser realizada pelo método de teste-reteste. Esse procedimento consiste na aplicação de uma mesma medida em dois momentos, o fator a ser medido deve permanecer o mesmo nos dois momentos dos testes. (ALEXANDRE *et al.*, 2013; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017; COSTA; CARDINOT; OLIVEIRA, 2020).

A consistência interna indica se todas as subpartes de um instrumento medem a mesma característica. Por exemplo, se um instrumento que avalia função do quadril possui quatro domínios, todos os itens do domínio dor devem realmente medir tal construto e não um construto diferente, para que o instrumento apresente consistência interna. É uma importante propriedade de medida para instrumentos que avaliam um único construto, utilizando, para isso, uma diversidade de itens. (ALEXANDRE *et al.*, 2013; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017; COSTA; CARDINOT; OLIVEIRA, 2020).

A equivalência diz respeito ao grau de concordância entre dois ou mais observadores quanto aos escores de um instrumento. A forma comumente utilizada

para avaliar a equivalência é a confiabilidade interobservadores, que envolve a participação independente de dois ou mais avaliadores. Os avaliadores devem ser treinados para aplicarem o mesmo instrumento. Existe equivalência quando os escores forem os mesmos (ALEXANDRE *et al.*, 2013; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017; COSTA; CARDINOT; OLIVEIRA, 2020).

1.3.2 Validade

A validade refere-se ao fato de um instrumento medir exatamente o que se propõe a medir. Existem três tipos de validade: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto. (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017; COSTA; CARDINOT; OLIVEIRA, 2020).

A validade de conteúdo é o grau em que o conteúdo de um instrumento reflete adequadamente o construto que está sendo avaliado, ou seja, é a avaliação de quanto uma amostra de itens é representativa de um domínio de um conteúdo.

A validade de critério é a relação entre pontuações de um determinado instrumento e alguns critério externo. Este critério deve consistir em uma medida amplamente aceita, com as mesmas características do instrumento de avaliação, ou seja, um instrumento ou critério considerado padrão-ouro. Se o teste mede o que se propõe a medir, seus resultados devem concordar com os resultados do padrão-ouro.

A validade de construto refere-se à extensão em que um conjunto de variáveis realmente representa o construto a ser medido. Pode ser dividida em três tipos: teste de hipóteses, validade estrutural e validade transcultural.

A validade do teste de hipóteses pode ser verificada pelas avaliações da validade convergente e da validade divergente do instrumento de pesquisa. Na ausência de um instrumento padrão-ouro, é possível testar a validade convergente por meio da correlação das pontuações do instrumento alvo com os escores de outro instrumento que avalie um construto similar. Assim é possível verificar se o instrumento avaliado está fortemente correlacionado a outras medidas já existentes e válidas. A validade discriminante testa a hipótese de que a medida em questão não está relacionada indevidamente com variáveis das quais deveria divergir.

(SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017; COSTA; CARDINOT; OLIVEIRA, 2020).

Uma técnica muito utilizada para verificação da validade de construto estrutural é a análise fatorial. Esta fornece ferramentas para avaliar as correlações em um grande número de variáveis, definindo as variáveis fortemente correlacionadas entre si. (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017; COSTA; CARDINOT; OLIVEIRA, 2020).

A validade de construto transcultural refere-se na medida em que as evidências suportam a inferência de que o instrumento original e um adaptado culturalmente são equivalentes. Para avaliar a validade transcultural, o grupo *Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments* (COSMIN), uma equipe multidisciplinar internacional dedicada à melhoria da seleção de instrumentos de medida utilizados na pesquisa e na prática clínica, a partir de ferramentas mais adequadas, listou alguns itens a serem avaliados. Por exemplo, se os itens foram traduzidos e retraduzidos por tradutores independentes, se a tradução foi revisada por um comitê de especialistas e se o instrumento foi pré-testado (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017; COSTA; CARDINOT; OLIVEIRA, 2020).

2 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

O HSAS é um instrumento capaz de avaliar o nível de atividade esportiva em pacientes com impacto femoroacetabular pré e pós-tratamento cirúrgico, condição que outros instrumentos de avaliação do quadril não são capazes de realizar com a mesma especificidade.

Os estudos raramente relatam os níveis de atividade esportiva especificamente. Um motivo pode ser que, até o momento, não há escala de atividade esportiva específica para a articulação do quadril equivalente a Escala de Tegner para a articulação do joelho (TEGNER e LYSHOLM, 1985). A Escala de Tegner ou a Escala de Atividade Física (MARX *et al.*, 2001), por exemplo, foram desenvolvidos especificamente para pacientes de joelho, e a escala de atividade UCLA (NAAL; IMPELLIZZERI; LEUNIG, 2009) é considerada a mais adequada para pacientes de artroplastia de joelho. O questionário NAHS, apesar de possuir questões sobre o nível de atividade física relacionada à articulação do quadril, não possui uma escala de atividades esportivas como o HSAS.

Na determinação dos resultados, os níveis de atividade são importantes fatores prognósticos porque os níveis pré-operatórios de atividade física e participação em esportes podem estar diretamente relacionados às expectativas e satisfação dos pacientes. A avaliação de esportes e atividades físicas deve ser realizada de uma forma padronizada para permitir comparações entre os estudos, e o instrumento usado deve ser confiável e válido para o grupo alvo (NAAL *et al.*, 2013).

Em virtude da necessidade de se avaliar esse grupo específico de pacientes a tradução, adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas do HSAS para a língua portuguesa do Brasil é de extrema relevância. O uso desse questionário validado fornecerá aos médicos e profissionais de saúde do Brasil um instrumento para avaliação do nível de atividade esportiva do quadril mais específico para pacientes jovens e/ou fisicamente ativos com doenças do quadril, sem alterações degenerativas graves.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Adaptar transculturalmente o instrumento HSAS da língua inglesa para a língua portuguesa do Brasil e validar a versão brasileira desse instrumento em um grupo de pacientes fisicamente ativos com diagnóstico médico de síndrome do impacto femoroacetabular.

3.2 Objetivos específicos

I. Realizar o processo de adaptação transcultural:

- a) Tradução;
- b) Síntese;
- c) Retrotradução;
- d) Revisão pelo comitê;
- e) Pré-teste;
- f) Envio de relatórios aos desenvolvedores da escala.

II. Validar a versão brasileira do HSAS:

- a) Mensurar as propriedades psicométricas de confiabilidade.
 - Confiabilidade (teste-reteste intra-avaliador).
- b) Mensurar as propriedades psicométricas de validade.
 - Validade de conteúdo;
 - Validade de construto.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal de caráter qualitativo e quantitativo com dados obtidos no período de julho de 2018 a outubro de 2019.

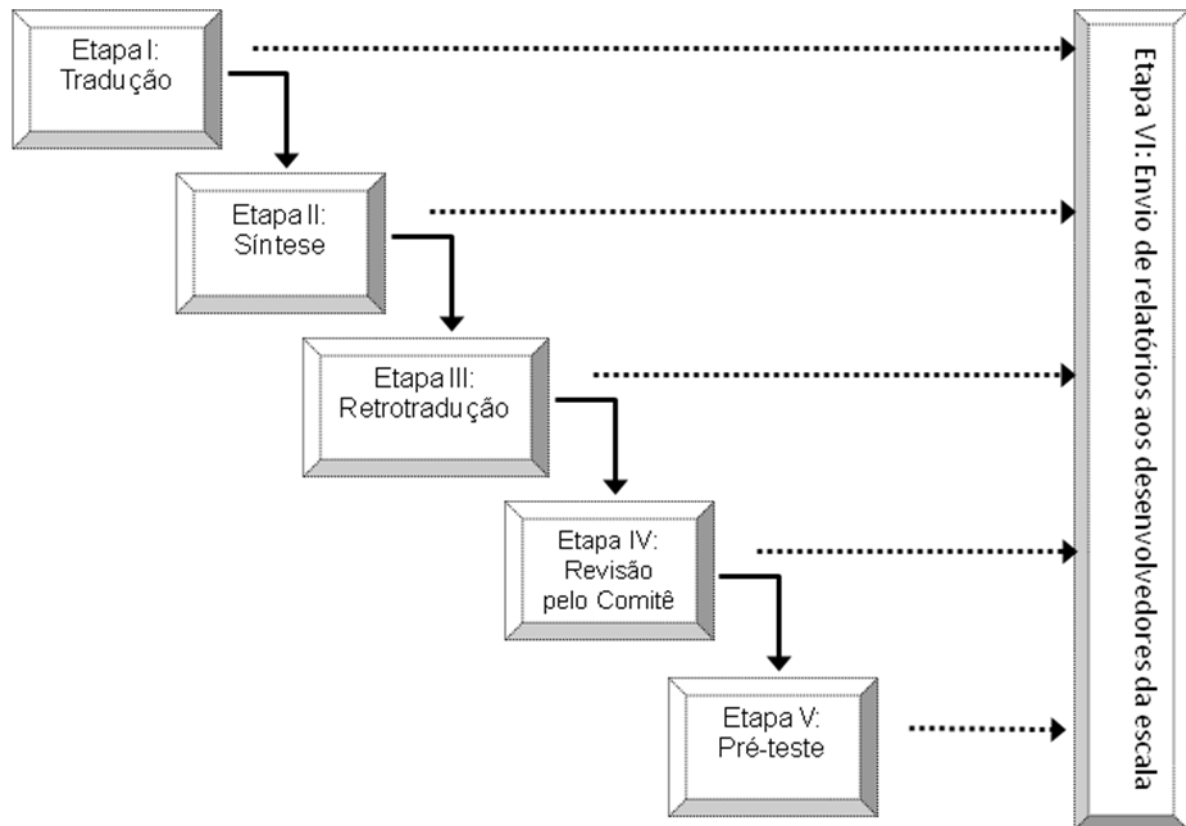
4.2 Comitê de ética

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Pedro Ernesto (Anexo B) e todos os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). O Dr. Florian D. Naal (primeiro autor da escala HSAS) deu permissão para traduzir, adaptar culturalmente e validar o HSAS para uso na língua portuguesa brasileira (Anexo C).

4.3 Adaptação transcultural do instrumento *Hip Sports Activity Scale*

Para traduzir e adaptar o HSAS foram seguidas as diretrizes sugeridas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e revisadas por Beaton *et al.* (2000). O processo compreendeu seis etapas: tradução, síntese, retrotradução, revisão pelo comitê, pré-teste e envio de relatórios aos desenvolvedores da escala (Figura 1).

Figura 2 - Etapas da adaptação transcultural de acordo com as diretrizes de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e Beaton *et al.* (2000)



Fonte: A autora, 2021.

4.3.1 Tradução

A versão original em língua inglesa da escala HSAS foi traduzida para a língua portuguesa brasileira por três tradutores independentes (dois fisioterapeutas e um ortopedista) com experiência em tratamento de quadril. Eles foram informados sobre o objetivo do estudo. Três traduções diferentes foram produzidas: T1, T2 e T3.

4.3.2 Síntese

Um comitê multidisciplinar composto por dois fisioterapeutas, três ortopedistas e dois educadores físicos foi formado para avaliar as três (T1, T2 e T3) produzidas

na etapa anterior (item 3.3.1). Nessa etapa foram analisadas as possíveis distorções que possam ter ocorrido durante o processo de tradução e suas aplicabilidades. Foi produzida uma síntese (S1) dessas três traduções para a língua portuguesa brasileira.

4.3.3 Retrotradução

Nesta etapa, a síntese (S1) foi retrotraduzida para a língua inglesa por três tradutores independentes que desconheciam o propósito da tradução. Foram produzidas três retrotraduções diferentes: RT1, RT2 e RT3.

4.3.4 Revisão por um comitê

O comitê multidisciplinar formado para a etapa de síntese (item 3.3.2) comparou essas três retrotraduções (RT1, RT2 e RT3) com a escala HSAS original produzida em língua inglesa e uma tradução revisada para a língua portuguesa brasileira (TR) foi produzida. Durante esta etapa, o comitê verificou as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual para finalizar o processo de adaptação transcultural para o Brasil.

4.3.5 Pré-teste

O objetivo desta etapa foi avaliar situações, questões ou termos que não foram bem compreendidos na TR produzida pelo comitê (item 3.3.4). Trinta alunos de graduação em educação física responderam à TR. Instruções para indicar se havia termo ou esporte desconhecido e sugerir esportes que não constavam na escala foram dadas aos participantes. Quando ocorre mais de 15% de

incompreensão ou de respostas não aplicáveis na TR, se deve acionar o comitê para se discutir o que deverá ser feito.

4.3.6 Envio de relatórios aos autores da escala

Foi enviado ao Dr. Florian D. Naal, primeiro autor da escala HSAS, que concedeu a autorização para a realização desse trabalho, um relatório com as alterações que foram feitas para o processo de adaptação transcultural e também a versão brasileira produzida - HSAS-Brasil.

Não foi objetivo do trabalho alterar o conteúdo da escala original e presume-se que, após o processo de adaptação transcultural, uma versão brasileira razoável foi alcançada.

4.4 Avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira do *Hip Sports Activity Scale*

4.4.1 Participantes

Participaram do estudo 58 pacientes de ambos os gêneros, com diagnóstico médico de síndrome IFA e submetidos à artroscopia de quadril. Esses pacientes foram selecionados consecutivamente em uma clínica privada da cidade do Rio de Janeiro. Foram incluídos pacientes alfabetizados, independente de gênero ou etnia. Todos apresentavam queixas de dores no quadril, haviam recebido diagnóstico médico de síndrome IFA e realizado artroscopia de quadril. Foram excluídos os pacientes que não responderam completamente aos questionários no primeiro dia e/ou após um intervalo de 48 horas após a primeira aplicação.

4.4.2 Protocolo de estudo

O protocolo de estudo consistiu dos seguintes passos:

- a) assinatura do TCLE;
- b) preenchimento da ficha de identificação e de avaliação clínica: com as características demográficas e clínicas de cada paciente (Apêndice B);
- c) aplicação de três questionários autoadministráveis: versão brasileira validada do SF-12 (Anexo D); versão brasileira validada do Nonarthritic Hip Score (NAHS-Brasil) (Anexo E); e versão brasileira do Hip Score Escala de Atividade Esportiva (HSAS-Brasil) (Apêndice C).

Todos os participantes foram solicitados a responder aos três questionários (primeira aplicação); e, após um intervalo de 48 horas, foi solicitado que respondessem apenas ao HSAS-Brasil (segunda aplicação). A segunda aplicação do HSAS-Brasil foi respondida por meio de correio eletrônico (e-mail).

4.4.2.1 Versão brasileira e validada do *12-Item Short-Form Health Survey*

O questionário SF-12 é composto por 12 itens, avalia oito diferentes dimensões de influência sobre a qualidade de vida: função física, aspecto físico, dor, saúde geral, vitalidade, função social, aspecto emocional e saúde mental. Esse questionário considera a percepção do indivíduo em relação aos aspectos de sua saúde nas quatro semanas anteriores à sua aplicação (SILVEIRA *et al.*, 2013). Através de um algoritmo próprio, duas subescalas podem ser mensuradas: física (*Physical Component Summary*, ou PCS) e mental (*Mental Component Summary*, ou MCS). Em ambas, a pontuação varia de zero a 100, sendo as maiores pontuações associadas a melhores níveis da qualidade de vida. As questões que avaliam função física, aspecto físico, dor e saúde geral possuem maiores correlações com a subescala física; ao passo que vitalidade, função social, aspecto emocional e saúde mental estariam mais correlacionados à subescala mental (WARE *et al.*, 1996; GANDEK *et al.*, 1998; SILVEIRA *et al.*, 2013).

A versão traduzida para o português do Brasil do SF-12 foi validada em duas populações. Em 2004, para uma população com doença pulmonar obstrutiva crônica (CAMELIER, 2004); e, em 2013, para uma amostra da população da cidade de Montes Claros/MG por meio de um levantamento epidemiológico de saúde bucal (SILVEIRA *et al.*, 2013).

4.4.2.2 Versão brasileira e validada do *Nonarthritic Hip Score*

O NAHS é um questionário simples, autoadministrável, para avaliar a função do quadril em pacientes jovens e/ou fisicamente ativos. O questionário consta de 20 questões, sendo cinco referentes à dor, quatro aos sintomas mecânicos, cinco à função e seis ao nível de atividade física. Cada uma dessas 20 questões possui cinco opções de resposta. Cada resposta corresponde a um valor específico e esses valores são somados ao final da avaliação e multiplicados por 1,25 – resultando na pontuação final. O valor máximo de 100 indica que o paciente apresenta função normal do quadril (DEL CASTILLO *et al.*, 2013). O questionário NAHS, desenvolvido originalmente na língua inglesa dos EUA, foi traduzido para a língua portuguesa brasileira, adaptado e validado para a cultura brasileira por Del Castillo *et al.* (2013).

4.4.2.3 Versão brasileira do *Hip Sports Activity Scale*

O HSAS é um instrumento que avalia o nível de atividade esportiva em pacientes com IFA, pré e pós-tratamento cirúrgico, com a finalidade de melhor avaliar os resultados desse grupo específico de pacientes. É um questionário simples, autoadministrável, com uma pergunta referente ao nível de atividade física e nove opções de resposta referente a níveis de atividade física. Consiste em nove níveis de atividades esportivas diferentes que variam de 0 a 8, sendo o valor mínimo correspondente a nenhuma atividade esportiva e o máximo à atividade esportiva profissional de elite. O HSAS original foi desenvolvido na língua inglesa dos EUA por

Naal *et al.* (2013), foi considerado um questionário confiável e válido para determinar o nível de atividade esportiva em pacientes com diagnóstico de síndrome IFA.

4.4.3 Análise estatística

A análise estatística descritiva foi utilizada para caracterizar a população do estudo. As propriedades psicométricas de confiabilidade e validade foram analisadas estatisticamente usando o pacote estatístico para ciências sociais, SPSS (versão 26, 2019; SPSS Inc, Chicago, IL, EUA).

4.4.3.1 Confiabilidade

A confiabilidade da HSAS-Brasil foi avaliada através da confiabilidade teste-reteste intra-avaliador. Para isso, foi necessário aplicar os questionários ao mesmo paciente em dois momentos distintos.

A confiabilidade teste-reteste intra-avaliador foi calculada com 58 pacientes que responderam inicialmente ao protocolo completo do estudo e, após um intervalo de 48 horas, responderam apenas HSAS-Brasil (2ª aplicação) por e-mail. Nesse intervalo de tempo não foi introduzido nenhum novo medicamento, terapia ou procedimento que pudesse modificar rapidamente o quadro clínico do paciente.

A confiabilidade teste-reteste foi avaliada por meio do coeficiente de correlação intraclassa (ICC), que verificou se os mesmos efeitos foram reproduzidos nesses dois momentos. Valores de ICC menores que 0,5 são indicativos de confiabilidade ruim, valores entre 0,5 e 0,75 indicam confiabilidade moderada, valores entre 0,75 e 0,9 indicam confiabilidade boa e valores maiores que 0,90 indicam confiabilidade excelente (BEATON *et al.*, 2000; GUIMARÃES *et al.*, 2010).

Nenhuma análise interavaliador foi realizada, dado a natureza autoaplicável do instrumento, que não requer intervenção do avaliador.

4.4.3.2 Validade

A validade da HSAS-Brasil foi examinada por meio da análise da força da correlação de seus escores com os questionários NAHS-Brasil e SF-12. O objetivo foi avaliar se a validade de construto e de conteúdo do HSAS-Brasil era convergente ou divergente dos outros dois questionários.

Para avaliar a convergência do construto, foram examinadas as correlações entre os escores dos três questionários: HSAS-Brasil, NAHS-Brasil (escore total) e SF-12 (subescala física). Para avaliar a divergência de construto, foi examinada a correlação entre o escore HSAS-Brasil e o SF-12 (subescala mental). Na avaliação da validade de construto convergente e divergente foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, que gera um indicador que pode variar de -1 (correlação negativa perfeita) a $+1$ (correlação positiva perfeita), em que zero indica ausência de correlação entre as variáveis estudadas (BEATON *et al.*, 2000; GUIMARÃES *et al.*, 2010; METSAVAHT *et al.*, 2010).

As validades de construto convergente e divergente foram avaliadas sob as hipóteses de que a pontuação da subescala Física do SF-12 e a pontuação total do NAHS deveriam ter uma correlação moderada o HSAS. Além disso, é esperado encontrar uma correlação maior entre o HSAS e o NAHS por serem instrumentos específicos para avaliação do quadril. Por outro lado, deveríamos encontrar baixa correlação entre a pontuação do HSAS com a pontuação da subescala mental do SF-12.

5 RESULTADOS

5.1 Adaptação transcultural do instrumento *Hip Sports Activity Scale*

O Quadro 1 mostra as alterações realizadas na etapa de tradução do instrumento HSAS original em língua inglesa pelo comitê multidisciplinar, produzindo a TR, para obter as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual, durante a fase de adaptação transcultural.

Quadro 1 – Alterações realizadas na etapa de tradução para a adaptação transcultural

HSAS ORIGINAL	TR
Ice hockey, Field hockey	Hóquei
Snowboarding	Wakeboarding
Skiing	Surfe
Lacrosse	
Cross-country skiing / Biathlon	
Cricket	Removidos
Racketball	
Badminton	

Legenda: TR - tradução revisada pelo comitê para a língua portuguesa brasileira.

Fonte: A autora, 2021.

Na etapa do pré-teste, trinta voluntários, alunos de graduação em educação física, responderam à TR. As características sociodemográficas dos participantes estão apresentadas na Tabela 1. Sessenta e cinco por cento dos voluntários eram do sexo masculino, com idade entre 18 e 45 anos e 100% possuíam ensino médio completo.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos 30 voluntários submetidos ao pré-teste

VOLUNTÁRIOS DO PRÉ-TESTE		
Sexo	Feminino	20
	Masculino	10
Idade (anos)		23,2
Estado civil	Casado	2
	Solteiro	28
Grau de instrução	Ensino médio incompleto	0
	Ensino médio completo	30

Fonte: A autora, 2021.

Os resultados do pré-teste mostraram que não houve questão com mais de 15% de incompreensão ou consideradas não aplicáveis pelos voluntários. Com base nesse resultado, avaliamos que a TR teve uma boa compreensão. Assim, a TR foi considerada a tradução final, ou seja, a versão brasileira do instrumento HSAS.

5.2 Propriedades psicométricas da versão brasileira do *Hip Sports Activity Scale*

A escala HSAS-Brasil foi aplicada em 58 pacientes com diagnóstico médico de síndrome IFA submetidos à artroscopia do quadril. Os pacientes selecionados eram alfabetizados e possuíam ensino médio completo. Treze pacientes (22,4%) eram do sexo feminino e a média de idade foi de 39,4 anos (variação de 13 a 61 anos) (Tabela 2).

Para verificar a confiabilidade, o HSAS-Brasil foi respondido pelos pacientes em dois momentos diferentes com um intervalo de 48 horas. Para analisar a validade, foi aplicado um conjunto de questionários incluindo o HSAS-Brasil, o NAHS-Brasil para validação convergente e SF-12 para validação divergente. A média dos valores dos escores dos questionários HSAS-Brasil, NAHS e SF-12 encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Dados sociodemográficos dos pacientes e valores dos escores dos instrumentos utilizados neste estudo

PARÂMETROS / ESCALAS	PACIENTES (média)
Idade (anos)	39,4 ± 12,3
Sexo feminino	22,4%
HSAS-Brasil	2,4 ± 1,8
NAHS-Brasil	80,9 ± 21,4
SF-12 (subescala física)	46,2 ± 10,3
SF-12 (subescala mental)	52,4 ± 9,3

Legenda: HSAS-Brasil, versão brasileira da Hip Sports Activity Scale; NAHS-Brasil, versão brasileira do Nonarthritic Hip Score; SF-12 (subescala física), Short Form Physical Component Scale; SF-12 (subescala mental), Short Form Mental Component Scale.

Fonte: A autora, 2021.

A confiabilidade teste-reteste intra-avaliador apresentou um ICC de 0,908 ($P < 0,001$) e o intervalo de confiança (IC 95%) variou de 0,849 a 0,944. A validade de construto do HSAS-Brasil apresentou correlação forte com o NAHS-Brasil, moderada com a subescala física do SF-12 e fraca com a subescala mental do SF-12. O HSAS-Brasil apresentou boa validade de conteúdo nos pacientes com síndrome IFA (Tabela 3).

Tabela 3 – Correlações entre HSAS-Brasil e NAHS-Brasil e SF-12

INSTRUMENTOS	HSAS-Brasil	P-valor
NAHS-Brasil	0,63	< 0,001
SF-12 (subescala física)	0,42	0,001
SF-12 (subescala mental)	0,30	0,021

Legenda: HSAS-Brasil, versão brasileira da Hip Sports Activity Scale; NAHS-Brasil, versão brasileira do Nonarthritic Hip Score; SF-12 (subescala física), Short Form Physical Component Scale; SF-12 (subescala mental), Short Form Mental Component Scale.

Fonte: A autora, 2021.

6 DISCUSSÃO

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e Beaton *et al.* (2000) em suas diretrizes sugeriram que pelo menos duas traduções do questionário ou da escala original deveriam ser realizadas na língua-alvo. Em nosso estudo optamos por realizar três traduções para o português brasileiro e, conseqüentemente, três retrotraduções para o inglês. Na adaptação transcultural dos questionários HHS (GUIMARÃES *et al.*, 2010), *International Knee Documentation Committee* (IKDC) (METSVAHT *et al.*, 2010), NAHS (DEL CASTILLO *et al.*, 2013) e HOS (OLIVEIRA *et al.*, 2014) apenas duas traduções e dois retrotraduções foram realizadas para cada um deles. Acreditamos que essas três traduções e três retrotraduções realizadas para o HSAS ajudaram a produzir uma versão mais criteriosa e refinada para o português brasileiro.

Os questionários e escalas desenvolvidos em uma língua estrangeira precisam de um cuidadoso processo de adaptação transcultural para serem usados em outra realidade sociocultural. O objetivo da adaptação transcultural é garantir consistência na validade de conteúdo entre as versões do questionário - idioma original e idioma alvo. Diferenças sutis de hábitos de vida entre diferentes culturas podem tornar um item do questionário ou da escala mais ou menos difícil de ser compreendido, alterando as propriedades psicométricas e estatísticas do instrumento. Neste estudo, optou-se por alterar o mínimo possível a estrutura do instrumento original e as modificações realizadas foram extremamente necessárias para o processo de adaptação do HSAS à cultura brasileira.

“Hóquei no gelo”, “hóquei em campo” foram considerados “hóquei” sem discriminação entre hóquei no gelo e hóquei em campo, uma vez que os brasileiros não costumam praticar hóquei no gelo. Como os brasileiros não estão acostumados com a “caminhada nórdica” mudou-se para “caminhada em alta velocidade”. O “esqui downhill” e o “snowboard” foram substituídos por “surfe” e “wakeboarding”, desportos náuticos relativamente populares no Brasil e porque a movimentação corporal do esqui é semelhante à praticada no surfe. Metsavaht *et al.* (2010), na adaptação cultural do IKDC, também alterou “esqui” para “surfe”, devido à

popularidade do esporte no Brasil e à semelhança do estresse aplicado ao joelho durante a prática de ambas as atividades esportivas.

O “esqui cross-country” e o “críquete” foram suprimidos por não serem praticados no Brasil e por não ser possível encontrar um esporte equivalente para eles. Também foi suprimido o “biathlo” porque está incluído no ciclismo e na natação. “Badminton” foi suprimido porque não é popular no Brasil; e, por fim, também foi suprimida a “racketball” porque os brasileiros parecem considerá-la semelhantes ao “squash”.

No pré-teste, trinta voluntários, alunos de graduação em educação física, responderam à tradução revisada do HSAS para o português para avaliar a compreensão da escala e as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual. Observou-se que outros estudos de adaptação cultural também aplicaram o pré-teste em um número semelhante de pacientes. Oliveira *et al.* (2014) aplicaram o pré-teste HOS em 30 pacientes com dor no quadril sem artrose. Guimarães *et al.* (2010) aplicaram o pré-teste do HHS em 30 pacientes com distúrbios do quadril. Del Castillo *et al.* (2013) realizaram o pré-teste NAHS em 10 pacientes com dor no quadril e em 20 adultos saudáveis sem dor no quadril.

O HSAS foi originalmente desenvolvido e testado para pacientes de língua alemã que sofrem da síndrome IFA e, em seguida, adaptado culturalmente e validado para uma população de língua inglesa da América do Norte (NAAL *et al.*, 2013). O HSAS também foi traduzido e adaptado transculturalmente para o idioma sueco (ÖHLIN *et al.*, 2019). A versão sueca já está validada e o presente estudo mostrou que a versão brasileira do HSAS é uma escala confiável e válida para determinar os níveis de atividade esportiva em pacientes com síndrome IFA, apresentando características semelhantes às da versão original (NAAL *et al.*, 2013; ÖHLIN *et al.*, 2019).

Para a avaliação das propriedades psicométricas do HSAS-Brasil, um total de 58 pacientes (idade média de 39,4 anos) portadores da síndrome IFA foram submetidos à artroscopia de quadril. Na versão inglesa e sueca, o número de pacientes estudados foi de 29 e 30 (idade média de 32,5 e 30,6 anos, respectivamente). Comparado com o estudo original, os pacientes do presente estudo eram bastante semelhantes em média de idade (NAAL *et al.*, 2013).

A confiabilidade intra-avaliador é avaliada quando um avaliador aplica o mesmo instrumento de avaliação em duas ocasiões diferentes ao mesmo paciente, ou quando um paciente responde ao mesmo questionário sozinho em dois momentos diferentes. A confiabilidade teste-reteste intra-avaliador fornece uma estimativa da fração da variabilidade total das medidas. Os pacientes selecionados responderam inicialmente às versões brasileiras de três questionários: o SF-12, (SILVEIRA *et al.*, 2013) o NAHS (DEL CASTILLO *et al.*, 2013) e o HSAS-Brasil e, após um intervalo de 48 horas, responderam novamente à versão brasileira do HSAS. Durante esse intervalo de tempo, nenhum novo medicamento, terapia ou procedimento que pudesse ter mudado rapidamente o estado clínico do paciente foi introduzido. O ICC neste estudo foi de 0,91, indicando excelente confiabilidade teste-reteste, que é semelhante ao estudo original (0,94) e à versão sueca (0,93) (NAAL *et al.*, 2013; ÖHLIN *et al.*, 2019).

A validade de construto representa o grau em que as pontuações de um instrumento são consistentes com as hipóteses feitas sobre as relações internas esperadas. Representa o grau em que um instrumento de medição pode ser considerado como um reflexo adequado do construto a ser medido. Neste estudo, as validades de construto convergente e divergente foram avaliadas sob a hipótese de que o escore da subescala física do SF-12 e o escore total do NAHS-Brasil deveriam ter correlação forte a moderada entre os dois instrumentos, visto que o NAHS-Brasil possui um domínio em níveis de atividade. Seria de se esperar maior correlação entre HSAS-Brasil e NAHS-Brasil, pois ambos são específicos para avaliação do quadril. Fraca correlação seria esperada entre o escore HSAS-Brasil e o escore da subescala mental do SF-12 (BEATON *et al.*, 2000; METSAVAHT *et al.*, 2010).

Para a validade de conteúdo (especificidade do quadril), analisamos a força da correlação da HSAS-Brasil com o SF-12. Esperávamos correlações moderadas ($r = 0,50$) com SF-12 (subescala física) (validade convergente). Para apoiar a validade divergente, esperávamos correlação fraca ou nenhuma ($r > 0,30$) entre o HSAS-Brasil e o SF-12 (subescala mental) (BEATON *et al.*, 2000; METSAVAHT *et al.*, 2010). Nossos resultados mostraram que não houve correlação significativa entre o HSAS-Brasil e o SF-12 (subescala mental) ($r = 0,30$); correlação baixa e estatisticamente significativa entre a HSAS-Brasil e o SF-12 (subescala física) ($r = 0,42$); e, correlação moderada e estatisticamente significativa entre o HSAS-Brasil e

o NAHS-Brasil ($r = 0,63$). Assim, a HSAS-Brasil apresenta boa validade de construto e conteúdo.

A versão sueca da HSAS encontrou uma correlação alta e estatisticamente significativa entre a HSAS e os escores de Tegner ($r = 0,794$), indicando boa validade de construto; e, não encontraram correlação significativa entre o HSAS e o *International Hip Outcome Tool-12* ou qualquer uma das subescalas do *The Copenhagen Hip and Groin Outcome Score* (HAGOS), como esperado, exceto para o HAGOS “atividade física”, indicando baixa validade de conteúdo. O estudo original encontrou uma correlação moderada a alta e estatisticamente significativa entre o HSAS e o HOS (NAAL *et al.*, 2013; OHLIN *et al.*, 2019).

Os questionários utilizados em estudos epidemiológicos e clínicos utilizam informações que são relatadas diretamente pelos participantes do estudo (NAAL *et al.*, 2013; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; DEL CASTILLO *et al.* 2013; COSTA *et al.*, 2018). Existem duas maneiras de obter essas informações dos pacientes: os instrumentos podem ser preenchidos pelos participantes do estudo (autoadministrados) ou aplicados por um entrevistador. Os questionários autoadministráveis oferecem o benefício de não exigir a equipe de pesquisa, já que os participantes podem preencher os questionários em seu próprio horário no local do estudo ou em casa por correio ou por meio de aplicativos baseados na web. Os questionários administrados pelo entrevistador consomem mais recursos, mas fornecem controle adicional sobre a qualidade da medição. Os entrevistadores podem aplicar os questionários pessoalmente ou por telefone (PUHAN *et al.*, 2011; LOZANO *et al.*, 2016).

Alguns estudos recentes investigaram se questionários auto-administráveis e baseados em entrevistas forneceram resultados diferentes (PUHAN *et al.*, 2011; LOZANO *et al.*, 2016). Lozano *et al.* (2016) demonstraram que o formato de administração não tem efeito significativo nas medidas para avaliar pacientes com claudicação intermitente usando os questionários *Walking Impairment Questionnaire* e o *EuroQol*, desde que o paciente consiga preencher o questionário auto-administrável. Puhan *et al.* (2011) aplicaram o questionário *Medical Outcome Study - HIV*, o *EuroQol*, o *Feeling Thermometer* e o *Visual Function Questionnaire 25* a cada seis meses em participantes inscritos no Estudo Longitudinal de Complicações Oculares na AIDS por auto-administração ou por entrevista. Um

questionário em letras grandes estava disponível para participantes com deficiência visual. Eles concluíram que os formatos de administração não tiveram um efeito significativo nas medições repetidas dos resultados relatados pelo paciente. Por esse motivo, o presente estudo utilizou o formato auto-administrável para a aplicação dos questionários: SF-12 (SILVEIRA *et al.*, 2013); NAHS-Brasil (DEL CASTILLO *et al.*, 2013); e HSAS-Brasil.

Este estudo também tem algumas limitações. Em primeiro lugar, o NAHS que usamos como medida de referência foi de fato construído validado. Portanto, a associação entre o HSAS e o NAHS deve ser considerada como suporte à validade de conteúdo (medindo o mesmo conteúdo, ou seja, quadril), mas não como suporte à validade de construto real. Outra limitação é a falta de dados de responsividade para a versão brasileira do NAHS que não foi realizada.

Ao avaliar o resultado do tratamento em pacientes com síndrome IFA, é importante não só utilizar instrumentos específicos para a articulação do quadril, como o NAHS-Brasil ou o HOS-Brasil (DEL CASTILLO *et al.*, 2013; COSTA *et al.*, 2018), mas instrumentos que também possam determinar os níveis de atividade física nestes pacientes, em especial o HSAS-Brasil.

CONCLUSÃO

O instrumento *Hip Sports Activity Scale* adaptado transculturalmente para a cultura brasileira e foi produzida a versão brasileira traduzida desse instrumento na língua portuguesa do Brasil — HSAS-Brasil. Nossa hipótese de que essa escala é viável e aceitável para a língua portuguesa do Brasil e a cultura brasileira foi verdadeira.

As propriedades psicométricas do HSAS-Brasil foram avaliadas e a escala mostrou-se confiável e válida para determinar os níveis de atividade esportiva em pacientes fisicamente ativos após o tratamento artroscópico da síndrome IFA. O HSAS-Brasil pode ser considerado uma ferramenta muito útil para clínicos e pesquisadores avaliarem descritivamente o nível de atividade esportiva nos pacientes com síndrome IFA, e para melhor comparar diferentes tratamentos ou coortes de pacientes com relação aos níveis esportivos como um fator prognóstico.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N. M. C.; GALLASH, C. H.; LIMA, M. H. M.; RODRIGUES, R. C. M. A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 802-809, 2013.
- BEATON, D. E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M. B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.
- BELLAMY, N.; BUCHANAN, W. W.; GOLDSMITH, C. H.; CAMPBELL, J.; STITT, L. W. Validation study of WOMAC: A health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. **The Journal of Rheumatology**, v. 15, p.1833-1840, 1988.
- BYRD, J. W.; JONES, K. S. Prospective analysis of hip arthroscopy with 2-year follow-up. **Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and Related Surgery**, v. 16, n. 6, p. 578–587, 2000.
- CAMELIER, A. A. **Avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde em pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo**. 2004. 143 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.
- CHRISTENSEN, C. P.; ALTHAUSEN, P. L.; MITTLEMAN, M. A.; LEE, J.; MCCARTHY J. C. The nonarthritic hip score: reliable and validated. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, v. 406, n. 1, p. 75–83, 2003.
- CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.
- COSTA, R. M. P.; CARDINOT, T. M.; MATHIAS, L. N. C. D. C.; LEPORACE, G.; OLIVEIRA, L. P. Validation of the Brazilian version of the Hip Outcome Score (HOS) questionnaire. **Advances in Rheumatology**, v. 58, n. 1, p. 1-8, 2018.
- COSTA, R. M. P.; CARDINOT, T. M.; OLIVEIRA, L. P. Etapas para validação de instrumentos de avaliação da qualidade de vida. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 8, n. 8, p. 92-102, 2020.
- D'AUBIGNÉ, R. M.; POSTEL, M. Functional results of hip arthroplasty with acrylic prosthesis. **Journal of Bone and Joint Surgery**, v. 36, p. 451-475, 1954.
- DAWSON, J.; FITZPATRICK, R.; CARR, A.; MURRAY, D. W. Questionnaire on the perception of patients about total hip replacement. **Journal of Bone and Joint Surgery (British)**, v. 78, n. 2, p. 185-190, 1996.

DEL CASTILLO, L. N.; LEPORACE, G.; CARDINOT, T. M.; LEVY, R. A.; OLIVEIRA, L. P. A importância dos questionários para avaliação da qualidade de vida. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, n. 1, p.12-17, 2012.

DEL CASTILLO, L. N. C.; LEPORACE, G.; CARDINOT, T. M.; LEVY, R. A.; OLIVEIRA, L. P. Translation, cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian version of the Nonarthritic Hip Score. **São Paulo Medical Journal**, v. 131, n. 4, p. 244-251, 2013.

GANDEK, B.; WARE, J. E.; AARONSON, N. K.; APOLONE, G.; BJORNER, J. B.; BRAZIER, J. E.; BULLINGER, M.; KAASA, S.; LEPLEGE, A.; PRIETO, L.; SULLIVAN, M. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA project. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 51, n. 11, p. 1171-78, 1998.

GANZ, R.; LEUNIG, M.; LEUNIG-GANZ, K.; HARRIS, W. H. the etiology of osteoarthritis of the hip. **Clinical Orthopaedics & Related Research**, v. 466, n. 2, p. 264-272, 2008.

GHAFFARI, A.; DAVIS, I.; STOREY, T.; MOSER, M. Current concepts of femoroacetabular impingement. **Radiologic Clinics of North America**, v. 56, n. 6, p. 965-982, 2018.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.

GUIMARÃES, R. P.; ALVES, D. P. L.; SILVA, G. B.; BITTAR, S. T.; ONO, N. K.; HONDA, E.; POLESSELLO, G. C.; RICIOLI JUNIOR, W.; CARVALHO, N. A. A. Tradução e adaptação transcultural do instrumento de avaliação do quadril. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 18, n. 3, p. 142-147, 2010.

HARRIS, W. H. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. **Journal of Bone and Joint Surgery (American)**, v. 51, n. 4, p. 737-755, 1969.

JOHANSON, N. A.; CHARLSON, M. E.; SZATROWSKI, T. P.; RANAWAT, C. S. A self-administered hip-rating questionnaire for the assessment of outcome after total hip replacement. **Journal of Bone and Joint Surgery (American)**, v. 74, n. 4, p. 587-597, 1992.

JONES, D. M.; CROSSLEY, K. M.; ACKERMAN, I. N.; HART, H. F.; DUNDULES, K. L.; O'BRIEN, M. J.; MENTIPLAY, B. F.; HEEREY, J. J.; KEMP, J. L. Physical activity following hip arthroscopy in young and middle-aged adults: a systematic review. **Sports Medicine - Open**, v. 6, n. 1, p. 1-15, 2020.

KAVANAGH, B. F.; FITZGERALD JR, R. H. Clinical and roentgenographic assessment of total hip arthroplasty. A new hip score. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, v. 193, p. 133–140, 1985.

LEIBOLD, C. S.; SCHMARANZER, F.; TANNAST, M.; SIEBENROCK, K. A.; STEPPACHER, S. Femoroacetabuläres impingement – aktuelles verständnis. **Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie**, v. 157, n. 03, p. 317-336, 2019.

LEQUESNE, M. Indices of severity and disease activity for osteoarthritis. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, v. 20, n. 6, p. 48–54, 1991.

LONGO, U. G.; CIUFFREDA, M.; CANDELA, V.; BERTON, A.; MAFFULLI, N.; DENARO, V. Hip scores: a current concept review. **British Medical Bulletin**, v. 131, n. 1, p. 81-96, 2019.

LOZANO, F.; LOBOS, J. M.; MARCH, J. R.; CARRASCO, E.; BARROS, M. B.; GONZÁLEZ-PORRAS, J. R. Self-administered versus interview-based questionnaires among patients with intermittent claudication: do they give different results? A cross-sectional study. **São Paulo Medical Journal**, v. 134, n. 1, p. 63-69, 2016.

MARTIN, R. L.; PHILIPPON, M. J. Evidence of reliability and responsiveness for the hip outcome score. **Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and Related Surgery**, v. 24, n. 6, p. 676–682, 2008.

MARX, R. G.; STUMP, T. J.; JONES, E. C.; WICKIEWICZ, T. L.; WARREN, R. F. Development and evaluation of an activity rating scale for disorders of the knee. **American Journal of Sports Medicine**, v. 29, n. 2, p. 213-218, 2001.

MATAR, H. E.; RAJPURA, A.; BOARD, T. N. Femoroacetabular impingement in young adults: assessment and management. **British Journal of Hospital Medicine**, v. 80, n. 10, p. 584-588, 2019.

MENGE, T. J.; TRUEX, N. W. Femoroacetabular impingement: a common cause of hip pain. **The Physician and Sportsmedicine**, v. 46, n. 2, p. 139-144, 2018.

METSAVAHT, L.; LEPORACE, G.; RIBERTO, M.; SPOSITO, M. M. M.; BATISTA, L. A. Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the international knee documentation committee subjective knee form. **The American Journal of Sports Medicine**, v. 38, n. 9, p. 1894-1899, 2010.

NAAL, F. D.; IMPELLIZZERI, F. M.; LEUNIG, M. Which is the best activity rating scale for patients undergoing total joint arthroplasty? **Clinical Orthopaedics and Related Research**, v. 467, n. 4, p. 958-965, 2009.

NAAL, F. D.; MIOZZARI, H. H.; KELLY, B. T.; MAGENNIS, E. M.; LEUNIG, M.; NOETZLI, H. P. The Hip Sports Activity Scale (HSAS) for patients with femoroacetabular impingement. **Hip International**, v. 23, n. 2, p. 204-211, 2013.

NILSDOTTER, A. K.; LOHMANDER, L. S.; KLÄSSBO, M.; ROOS, E. M. Hip disability and osteoarthritis outcome score (HOOS)— validity and responsiveness in total hip replacement. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 4, n. 1, p. 1-8, 2003.

ÖHLIN, A.; JÓNASSON, P.; AHLÉN, M.; THOMEÉ, R.; BARANTO, A.; KARLSSON, J.; SANSONE, M. The Hip Sports Activity Scale for patients with femoroacetabular impingement syndrome—Validation in Swedish. **Translational Sports Medicine**, v. 2, n. 4, p. 209-213, 2019.

OLIVEIRA, L. P.; CARDINOT, T. M.; DEL CASTILLO, L. N. C.; QUEIROZ, M. C.; POLESELLO, G. C. Translation and cultural adaptation of the Hip Outcome Score to the Portuguese language. **Revista Brasileira de Ortopedia (English Edition)**, v. 49, n. 3, p. 297-304, 2014.

PUHAN, M. A.; AHUJA, A.; VAN NATTA, M. L.; ACKATZ, L.; MEINERT, C. Interviewer versus self-administered health-related quality of life questionnaires - Does it matter?. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 9, n. 30, p. 1-11, 2011.

REDMOND, J. M.; GUPTA, A.; DUNNE, K.; HUMAYUN, A.; YUEN, L. C.; DOMB, B. G. What factors predict conversion to THA after arthroscopy? **Clinical Orthopaedics & Related Research**, v. 475, n. 10, p. 2538-2545, 2017.

SILVEIRA, M. F.; ALMEIDA, J. C.; FREIRE, R. S.; HAIKAL, D. S.; MARTINS, A. E. B. L. Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p.1923-1931, 2013.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 649-659, 2017.

TEGNER, Y.; LYSHOLM, J. Rating systems in the evaluation of knee ligament injuries. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, v. 198, n. 198, p. 43-49, 1985.

TRIGG, S. D.; SCHROEDER, J. D.; HULSOPPLE, C. Femoroacetabular impingement syndrome. **Current Sports Medicine Reports**, v. 19, n. 9, p. 360-366, 2020.

WARE, J. E.; KOSINSKI, M.; KELLER, S. D. A 12-Item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. **Medical Care**, v. 34, n. 3, p. 220-233, 1996.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992.

WHITEHOUSE, S. L.; LINGARD, E. A.; KATZ, J. N.; LEARMONTH, I. D. Development and testing of a reduced WOMAC function scale. **Journal of Bone and Joint Surgery (British)**, v. 85, p. 706–711, 2003.

WIKLUND, I.; ROMANUS, B. A comparison of quality of life before and after arthroplasty in patients who had arthrosis of the hip joint. **Journal of Bone and Joint Surgery (American)**, v. 73, p. 765–769, 1991.

WYLIE, J. D.; KIM, Y. J. The natural history of femoroacetabular impingement. **Journal of Pediatric Orthopaedics**, v. 39, p. S28-S32, 2019.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Este trabalho tem como objetivo realizar a tradução, adaptação cultural e validação para a Língua Portuguesa do questionário *Hip Sports Activity Scale* (HSAS), que avalia o nível de atividade física em pacientes com impacto femoroacetabular.

Esse questionário será de grande importância como um instrumento de avaliação do nível de atividade física do paciente com doenças do quadril e poderá ser usado como uma maneira de informar ao paciente sobre seu estado de saúde.

O *Hip Sports Activity Scale* é composto por nove opções de níveis de atividades, variando de 0 a 8, sendo que a pontuação mínima correspondendo a nenhuma atividade e a máxima à atividade esportiva profissional de elite.

Na etapa de adaptação cultural o questionário será aplicado em trinta indivíduos que pratiquem atividade física. Para a validação, o HSAS será administrado nos pacientes no dia da confirmação diagnóstica e reaplicado dois dias depois. Além do HSAS serão aplicados dois questionários no dia da primeira avaliação: *Nonarthritic Hip Score* (NAHS-Brasil) e *12-Item Short-Form Health Survey* (SF-12).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (HUPE-UERJ). Os procedimentos adotados não apresentam qualquer desconforto ou risco e não possuem caráter invasivo.

Os pesquisadores colocam-se à disposição para esclarecer dúvidas que venham a surgir durante e após o desenvolvimento deste estudo. Para qualquer esclarecimento adicional entre em contato com os coordenadores.

Todos os participantes do estudo são voluntários, portanto, qualquer indivíduo poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento.

A equipe de pesquisadores compromete-se a manter sigilo sobre todas as informações coletadas. Estas informações somente poderão ser utilizadas pela equipe do projeto, para intervir positivamente junto ao participante. Os pesquisadores poderão utilizar os dados coletados, desde que resguardada completamente a identidade dos voluntários avaliados.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o (a) Sr. (a), firma seu Consentimento Livre e Esclarecido concordando em participar da pesquisa proposta. E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B – Ficha de identificação e avaliação clínica**IDENTIFICAÇÃO E DADOS DEMOGRÁFICOS**

Nº do registro no estudo _____ (não preencher)

Nome: _____

Data: _____ Nº do registro/matricula: _____ (não preencher)

Data de nascimento: _____ Idade: _____ anos

Estado civil: Casado Solteiro Viúvo

Endereço: _____

Telefones: _____ Celular: _____

e-mail: _____

Naturalidade: _____

Escolaridade:

Alfabetizado não simGrau de escolaridade: 1º grau incompleto 1º grau completo 2º grau incompleto 2º grau completo 3º grau incompleto 3º grau completo

Profissão: _____

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Tempo de doença: _____

Quadril: Esquerdo Direito Esquerdo e direitoSe responder "esquerdo e direito", qual dói mais? Esquerdo Direito Atividade física: sim não

Qual? _____ Freqüência: _____

Tratamento anterior: sim não

Qual? _____

Tratamento atual: sim não

Qual? _____

APÊNDICE C – Versão brasileira do *Hip Sports Activity Scale*

ESCALA DE ATIVIDADE ESPORTIVA DO QUADRIL (HSAS-BRASIL)

Por favor, marque na lista a seguir o mais alto nível de atividade esportiva ou recreacional atual que você consegue realizar.

8. Esportes de Competição (*nível elite*)

Futebol, Hóquei, Futebol americano/Rugby, Artes marciais, Tênis, Atletismo, Esportes de quadra*, Vôlei de praia, Beisebol/Softbol.

7. Esportes de Competição (*nível elite*)

Surfe, Wakeboard.

Esportes de Competição (*ligas menores/estudantil*)

Futebol, Hóquei, Futebol americano/Rugby, Artes marciais, Tênis, Atletismo, Esportes de quadra*, Vôlei de praia, Beisebol/Softbol.

6. Esportes de Competição (*nível elite*)

Golfe, Ciclismo, Mountain bike, Natação, Remo, Hipismo.

Esportes de Competição (*ligas menores/estudantil*)

Surfe, Wakeboard.

5. Esportes de Competição (*ligas menores/estudantil*)

Golfe, Ciclismo, Mountain bike, Natação, Remo, Hipismo.

Esportes Recreativos

Futebol, Hóquei, Futebol americano/Rugby, Artes marciais, Tênis, Atletismo, Vôlei de praia.

4. Esportes Recreativos

Tênis, Surfe, Wakeboard, Esportes de quadra*, Beisebol/Softbol.

3. Esportes Recreativos

Ginástica aeróbica, Corrida, Musculação para membros inferiores, Hipismo.

2. Esportes Recreativos

Golfe, Ciclismo, Mountain bike, Natação, Remo, Dança, Patinação.

1. Esportes Recreativos

Natação, Andar de bicicleta, Caminhada em trilhas, Caminhada em alta velocidade.

0. Nenhum Esporte Recreativo ou de Competição

*Esportes de Quadra: Basquete, Squash, Handebol, Vôlei.

Por favor, indique seu esporte preferido: _____.

APÊNDICE D – Artigo 1

SPMJ-2021-0157.R1

<https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0157.R1.23072021>

ORIGINAL ARTICLE

The Brazilian version of the Hip Sports Activity Scale: translation and cross-cultural adaptation

Letícia Nunes Carreras Del Castillo Mathias^I, Themis Moura Cardinot^{II}, Danúbia da Cunha de Sá-Caputo^{III}, Márcia Cristina Moura-Fernandes^{IV}, Mário Bernardo-Filho^V, Gustavo Leporace de Oliveira Lomelino Soares^{VI}, Luiz Alberto Batista^{VII}, Liszt Palmeira de Oliveira^{VIII}

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (RJ), Brazil

Authors' indexing: Mathias LNCDC, Cardinot TM, Sá-Caputo DC, Moura-Fernandes MC, Bernardo-Filho M, Leporace G, Batista LA, Oliveira LP

^IMSc. Physiotherapist and Doctoral Student, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas (PGCM), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

 <https://orcid.org/0000-0003-2938-2551>

^{II}PhD. Physical Educator and Professor, Departamento de Ciências Farmacêuticas (DCFAR), Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde (ICBS), Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), Seropédica (RJ), Brazil.

 <https://orcid.org/0000-0003-4191-0468>

^{III}PhD. Physiotherapist and Researcher, Laboratório de Vibrações Mecânicas e Práticas Integrativas (LAVIMPI), Departamento de Biofísica e Biometria, Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes, Policlínica Piquet Carneiro (PPC), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

 <https://orcid.org/0000-0002-9263-1576>

^{IV}MSc. Physiotherapist and Doctoral Student, Laboratório de Vibrações Mecânicas e Práticas Integrativas (LAVIMPI), Departamento de Biofísica e Biometria, Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes, Policlínica Piquet Carneiro (PPC), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

 <https://orcid.org/0000-0003-2784-066X>

^VPhD. Physiotherapist and Professor, Laboratório de Vibrações Mecânicas e Práticas Integrativas (LAVIMPI), Departamento de Biofísica e Biometria, Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes, Policlínica Piquet Carneiro (PPC), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

 <https://orcid.org/0000-0002-4718-448X>

^{VI}PhD. Physical Educator and Physiotherapist, Departamento de Diagnóstico por Imagem, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brazil.

 <https://orcid.org/0000-0002-7265-4658>

^{VII}PhD. Physical Educator and Professor, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas (PGCM), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

 <https://orcid.org/0000-0002-4609-4095>

^{VIII}MD, PhD. Orthopedist and Professor, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas (PGCM), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

 <https://orcid.org/0000-0002-9051-937X>

KEYWORDS (MeSH terms):

Surveys and questionnaires.

Femoroacetabular impingement.

Sports.

Translations.

Hip injuries.

Exercise.

AUTHORS' KEYWORDS:

Cultural equivalence.

Cultural adaptation.

Questionnaire.

Physical activity.

ABSTRACT

BACKGROUND: The Hip Sports Activity Scale (HSAS) is a reliable and valid tool for determining the levels of sports activities among patients with femoroacetabular impingement (FAI).

OBJECTIVE: To translate and cross-culturally adapt the HSAS to the Brazilian Portuguese language.

DESIGN AND SETTING: This was a cross-sectional study conducted at the State University of Rio de Janeiro.

METHODS: The Brazilian version of the HSAS was developed following a process that comprised six steps: translation, synthesis, back-translation, review by committee, pretesting

and submission of documentation to the developers. The translation phase involved three independent bilingual translators whose mother language was Brazilian Portuguese. The back-translation phase involved three independent translators whose mother language was English. In order to verify comprehension of the questionnaire, 30 undergraduate students in physical education (65% men), with mean age 23.2 years (standard deviation = 6.8), participated in the pre-testing phase.

RESULTS: During the translation step, some terms and expressions were changed to obtain cultural equivalence to the original HSAS. In the pre-testing phase, each item of the scale showed a comprehension level of 100%.

CONCLUSION: The HSAS was translated from English to the Brazilian Portuguese language and adapted to Brazilian culture. The HSAS validation is ongoing.

APÊNDICE E – Artigo 2

ORIGINAL ARTICLE

Validation on the Brazilian version of the Hip Sports Activity Scale (HSAS) for patients with femoroacetabular impingement: cross-sectional study

ABSTRACT

BACKGROUND: The Hip Sports Activity Scale (HSAS) is a hip joint-specific scale for determining the current levels of physical activity among patients who suffer femoroacetabular impingement (FAI) syndrome. When evaluating treatment outcome in FAI syndrome patients, it is important not only to use joint-specific instruments, but one that can determine the levels of physical activity. A translation and cultural adaptation of the HSAS into Brazilian Portuguese language has already been produced: HSAS-Brazil.

OBJECTIVE: The aim of the study was to validate the HSAS-Brazil among a group of physically active patients after arthroscopy treatment of FAI syndrome.

DESIGN AND SETTING: This was a cross-sectional study of quantitative and qualitative nature using data obtained from July 2018 to October 2019.

METHODS: A total of 58 patients of both genders that had received a medical diagnosis of FAI syndrome and had undergone hip arthroscopy participated in this study. To determine reliability and validity, patients initially answered the Brazilian versions of the: SF-12, NAHS and HSAS; after a 48-hour interval, they answered the HSAS-Brazil.

RESULTS: For test-retest reliability, the interclass correlation was 0.908 ($P < 0.001$). The HSAS-Brazil correlated to the NAHS-Brazil ($r = 0.63$, $P < 0.001$), as well as the SF-12 (PCS) ($r = 0.42$, $P = 0.001$).

CONCLUSION: The HSAS-Brazil was validated and showed to be a reliable and valid measurement to determine sports activity levels in physically active patients with FAI syndrome.

KEY WORDS (MeSH terms): Hip. Hip injuries. Questionnaires. Reproducibility of results. Exercise.

ANEXO A – Versão em Inglês do *Hip Sports Activity Scale*

Please mark in the following list your current *highest* level of sports or recreational activity.

8. Competitive Sports (*elite level*)

Soccer, Ice hockey, Field hockey, American football/Rugby, Martial arts, Tennis, Track-and-field, Indoor sports*, Beach-volleyball, Lacrosse, Baseball/Softball.

7. Competitive Sports (*elite level*)

Downhill skiing, Snowboarding.

Competitive Sports (*minor leagues/collegiate*)

Soccer, Ice hockey, Field hockey, American football /Rugby, Martial arts, Tennis, Track-and-field, Indoor sports*, Beach-volleyball, Lacrosse, Baseball/Softball.

6. Competitive Sports (*elite level*)

Golf, Bicycle racing, Mountain biking, Swimming, Rowing, Cross-country skiing / Biathlon, Horseback riding, Cricket.

Competitive Sports (*minor leagues/collegiate*)

Downhill skiing, Snowboarding.

5. Competitive Sports (*minor leagues/collegiate*)

Golf, Bicycle racing, Mountain biking, Swimming, Rowing, Cross-country skiing/Biathlon, Horseback riding, Cricket.

Recreational Sports

Soccer, Ice hockey, Field hockey, American football/Rugby, Martial arts, Track-and-field, Beach-Volleyball, Lacrosse.

4. Recreational Sports

Tennis, Downhill skiing, Snowboarding, Indoor sports*, Baseball/Softball.

3. Recreational Sports

Aerobics, Jogging, Lower extremity weight-training, Horseback riding, Cricket.

2. Recreational Sports

Golf, Bicycle racing, Mountain biking, Swimming, Rowing, Cross-country skiing/Biathlon, Dancing, Inline skating.

1. Recreational Sports

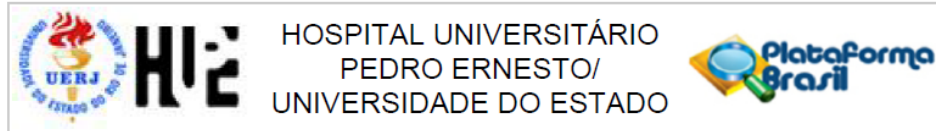
Swimming, Cycling, Hiking, Nordic walking (quick walking with ski-poles).

0. No Recreational or Competitive Sports

*Indoor Sports: Basketball, Squash, Racketball, Handball, Badminton, Volleyball.

Please indicate your preferred sport: _____

ANEXO B – Comitê de ética: aprovação da pesquisa



Continuação do Parecer: 998.832

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não existe riscos aos pacientes participantes do projeto.

Benefícios: Sendo as doenças do quadril frequentes em pacientes jovens e fisicamente ativos, será de grande importância a adaptação cultural e validação de um instrumento de avaliação de qualidade de vida focado em estabelecer o nível de atividade física e assim avaliar os resultados dos tratamentos realizados e a satisfação do paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa mostra que o seu resultado visa a melhoria na qualidade de vida do paciente, conforme relatado nos benefícios que advirão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Consentimento a ser assinado pelos participantes da pesquisa está de acordo com o regulamenta a legislação pertinente. A pesquisa ora apresentada a este CEP está bem fundamentada para a presente análise.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O trabalho pode ser realizado da fora como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao Pesquisador: 1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas. 2. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes. 3. O Comitê de Ética solicita a V. Sª., que encaminhe relatórios parciais e anuais referentes ao andamento da pesquisa ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

RIO DE JANEIRO, 25 de Março de 2015

Assinado por:
MARIO FRITSCH TOROS NEVES
 (Coordenador)

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br

ANEXO C – E-mail do Dr. Florian Naal com a permissão para traduzir, adaptar culturalmente e validar o *Hip Sports Activity Scale* para uso na língua portuguesa brasileira

Re: Hip Sports Activity Scale



Florian Naal

Para [Liszt Palmeira](#)

23 de mar. de 2015 às 12:04



Dear Liszt Palmeira,

Thanks for your interest in our scale, for sure I give you permission for translation and validation.

You can omit and submit sports that are common to your Country, like we did for the US- and Swiss versions.

I expect that you already have the original publication, anyway, I attached the file with both HSAS versions (US and Swiss) included.

Kind regards,
Florian D. Naal, MD
Zurich

2015-03-20 13:37 GMT+01:00 Liszt Palmeira

ANEXO D – Versão brasileira validada do 12-Item Short-Form Health Survey

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-12

INSTRUÇÕES: QUEREMOS SABER SUA OPINIÃO SOBRE SUA SAÚDE. ESSA INFORMAÇÃO NOS AJUDARÁ A SABER, COMO O (A) SR(A). SE SENTE E COMO É CAPAZ DE FAZER SUAS ATIVIDADES DO DIA A DIA. RESPONDA CADA QUESTÃO INDICANDO A RESPOSTA CERTA. SE ESTIVER EM DÚVIDA SOBRE COMO RESPONDER A QUESTÃO, POR FAVOR, RESPONDA DA MELHOR MANEIRA POSSÍVEL.

1. EM GERAL, O (A) SR (A) DIRIA QUE SUA SAÚDE É: (MARQUE UM)

- EXCELENTE
- MUITO BOA
- BOA
- REGULAR
- RUIM

AS PERGUNTAS SEGUINTE SÃO SOBRE COISAS QUE O(A) SR(A). FAZ NA MÉDIA, NO SEU DIA A DIA (DIA TÍPICO/COMUM).

O (A) SR (A) ACHA QUE SUA SAÚDE, AGORA, O DIFICULTA DE FAZER ALGUMAS COISAS DO DIA A DIA, COMO POR EXEMPLO:

2. ATIVIDADES MÉDIAS (COMO MOVER UMA CADEIRA, FAZER COMPRAS, LIMPAR A CASA, TROCAR DE ROUPA)?

- SIM, DIFICULTA MUITO
- SIM, DIFICULTA UM POUCO
- NÃO, NÃO DIFICULTA DE MODO ALGUM

3. O(A) SR(A) ACHA QUE SUA SAÚDE, AGORA, O DIFICULTA DE FAZER ALGUMAS COISAS DO DIA A DIA, COMO POR EXEMPLO: SUBIR TRÊS OU MAIS DEGRAUS DE ESCADA?

- SIM, DIFICULTA MUITO
- SIM, DIFICULTA UM POUCO
- NÃO, NÃO DIFICULTA DE MODO ALGUM

DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, O(A) SR(A) TEVE ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS COM SEU TRABALHO OU EM SUAS ATIVIDADES DO DIA A DIA, COMO POR EXEMPLO:

4. FEZ MENOS DO QUE GOSTARIA, POR CAUSA DE SUA SAÚDE FÍSICA?

- SIM
- NÃO

5. DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, O(A) SR(A) TEVE ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS COM SEU TRABALHO OU EM SUAS ATIVIDADES DO DIA A DIA, COMO POR EXEMPLO: SENTIU-SE COM DIFICULDADE NO TRABALHO OU EM OUTRAS ATIVIDADES, POR CAUSA DE SUA SAÚDE FÍSICA?

- SIM
- NÃO

DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, O(A) SR(A) TEVE ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS, COMO POR EXEMPLO:

6. FEZ MENOS DO QUE GOSTARIA, POR CAUSA DE PROBLEMAS EMOCIONAIS?

- SIM
- NÃO

DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, O(A) SR(A) TEVE ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS, COMO POR EXEMPLO:

7. DEIXOU DE FAZER SEU TRABALHO OU OUTRAS ATIVIDADES CUIDADOSAMENTE, COMO DE COSTUME, POR CAUSA DE PROBLEMAS EMOCIONAIS?

- SIM
 NÃO

8. DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ALGUMA DOR ATRAPALHOU SEU TRABALHO NORMAL (TANTO O TRABALHO DE CASA COMO O DE FORA DE CASA)?

- NÃO, NEM UM POUCO
 UM POUCO
 MODERADAMENTE
 BASTANTE
 EXTREMAMENTE

ESTAS QUESTÕES SÃO SOBRE COMO O(A) SR(A). SE SENTE E COMO AS COISAS TÊM ANDADO PARA O(A) SR(A)., DURANTE AS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. PARA CADA QUESTÃO, POR FAVOR, DÊ A RESPOSTA QUE MAIS SE ASSEMELHA À MANEIRA COMO O (A) SR (A) VEM SE SENTINDO. QUANTO TEMPO DURANTE AS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS:

9. O(A) SR(A) TEM SE SENTIDO CALMO E TRANQUILO?

- TODO O TEMPO
 A MAIOR PARTE DO TEMPO
 UMA BOA PARTE DO TEMPO
 ALGUMA PARTE DO TEMPO
 UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO
 NEM UM POUCO DO TEMPO

10. QUANTO TEMPO DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS: O(A) SR(A) TEVE BASTANTE ENERGIA?

- TODO O TEMPO
 A MAIOR PARTE DO TEMPO
 UMA BOA PARTE DO TEMPO
 ALGUMA PARTE DO TEMPO
 UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO
 NEM UM POUCO DO TEMPO

11. QUANTO TEMPO DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS: O(A) SR(A) SENTIU-SE DESANIMADO E DEPRIMIDO ?

- TODO O TEMPO
 A MAIOR PARTE DO TEMPO
 UMA BOA PARTE DO TEMPO
 ALGUMA PARTE DO TEMPO
 UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO
 NEM UM POUCO DO TEMPO

12. DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, EM QUANTO DO SEU TEMPO A SUA SAÚDE OU PROBLEMAS EMOCIONAIS ATRAPALHARAM SUAS ATIVIDADES SOCIAIS, TAIS COMO: VISITAR AMIGOS, PARENTES, SAIR, ETC?

- TODO O TEMPO
 A MAIOR PARTE DO TEMPO
 UMA BOA PARTE DO TEMPO
 ALGUMA PARTE DO TEMPO
 UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO
 NEM UM POUCO DO TEMPO

ANEXO E – Versão brasileira validada do *Nonarthritic Hip Score*

NAHS – BRASIL

As cinco questões a seguir avaliam a intensidade da dor que você está sentindo no quadril que está sendo avaliado hoje. Para cada situação, por favor, marque a resposta que reflete com maior precisão a intensidade da dor sentida nas últimas 48 horas.

Qual a intensidade da dor que você tem:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Forte	Muito Forte
1 - Andando em terreno plano					
2 - Subindo ou descendo escadas					
3 - Durante a noite, na cama					
4 - Sentado ou deitado					
5 - Em pé					

As quatro questões a seguir se referem aos sintomas que você está sentindo no quadril que está sendo avaliado hoje. Para cada situação, marque a resposta que reflete com maior precisão os sintomas experimentados nas últimas 48 horas.

Quanta dificuldade você tem com:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Forte	Muito forte
1 - Travamento ou bloqueio no seu quadril					
2 - O seu quadril saindo do lugar					
3 - Rigidez no seu quadril					
4 - Diminuição do movimento no seu quadril					

As cinco questões a seguir avaliam a sua condição física. Para cada uma destas atividades, marque a resposta que reflete com maior precisão as dificuldades que você experimentou nas últimas 48 horas, por causa do seu quadril.

Qual o grau de dificuldade que você tem para:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Forte	Muito forte
1 - Descendo escadas					
2 - Subindo escadas					
3 - Levantando-se de uma cadeira					
4 - Colocando as meias / meias-calças					
5 - Levantando da cama					

As seis questões a seguir avaliam sua capacidade de participar de certos tipos de atividades. Para cada uma das seguintes atividades, marque a resposta que reflete com maior precisão, a dificuldade que você experimentou no último mês por causa da dor no seu quadril. Se você não participou de um determinado tipo de atividade, imagine quanta dificuldade o seu quadril poderia causar se você tivesse realizado aquela atividade.

Quanta dificuldade seu quadril causa quando você participa de:

	Nenhuma	Leve	Moderada	Forte	Muito forte
1 - Esportes de alta intensidade (por exemplo, futebol, basquete, tênis e exercício aeróbico)					
2 - Esportes de baixa intensidade (por exemplo, golfe e boliche)					
3 - Corrida (como exercício)					
4 - Caminhada (como exercício)					
5 - Atividades domésticas pesadas (por exemplo, mover móveis, fazer faxina, lavar roupa no tanque)					
6 - Atividades domésticas leves (por exemplo, cozinhar, tirar poeira, lavar roupa na máquina)					