

Brazilian-Portuguese translation and cross-cultural adaptation of the Copenhagen Hip and Groin Outcome Score (HAGOS)

Trevisan G¹, Bryk FF², Thorborg K³

¹ Stabilitá Sports Physiotherapy Centre. Guarulhos, Sao Paulo, Brazil.

² GERF Functional Rehabilitation Centre. Sao Paulo, Brazil and Santa Casa de Sao Paulo Sports Group. Sao Paulo, Brazil

³ Sports Orthopedic Research Center – Copenhagen (SORC-C), Amager-Hvidovre University Hospital

³ Physical Medicine and Rehabilitation – Copenhagen (PMR-C), Amager-Hvidovre University Hospital

Introduction: The Copenhagen Hip and Groin Outcome Score (HAGOS)¹ was developed as a Patient-Reported Outcome (PRO) questionnaire, in accordance with the COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) recommendations. Addressed to young to middle-aged physically active individuals with long-standing hip and groin pain, the HAGOS assesses across six separate subscales: Pain, Symptoms, Physical function in daily living, Physical function in Sport and Recreation, Participation in Physical Activities, and hip and/or groin-related Quality of Life (QOL). In the original version of the questionnaire, all six separate subscales showed to have adequate measurement qualities regarding validity, reliability and responsiveness¹.

Objective: To perform a translation and trans-cultural adaptation of the Hip and Groin Outcome Score (HAGOS) to Brazilian Portuguese, according to existing guidelines².

Design and Methods: One forward translation from Danish into Brazilian Portuguese was performed by a bilingual medical health- professional and two forward translations from English into Brazilian Portuguese were performed by two independent, bilingual translators of whom one was a medical health professional and the other a person without medical background and knowledge. The three versions were discussed and combined in a consensus meeting to provide a preliminary Brazilian Portuguese version. The preliminary version was tested on physically active patients, with hip/groin problems, for wording understanding and solid comprehension by experienced health professionals. The testing procedure was performed in blocks of five patients until data saturation, involving in total 25 patients, mean age: 30.2 (8.7 SD), range 19-48 years. Any problem in completing the preliminary questionnaire because of language was registered and rephrasing was considered whenever necessary. A non-medical translator translated preliminary Brazilian Portuguese version back into Danish and the original author of the HAGOS compared the back-translation with the original Danish version. Comments from the original author were discussed with the translators and final adjustments were made to obtain a final Brazilian Portuguese version of the HAGOS.

Results: Few amendments were performed due to comprehension difficulties because of language. During the testing and after discussion, P3 and P4 were rephrased to reinforce the understanding. No significant differences were found in the translation back into Danish by the original author of the HAGOS.

Conclusion: Brazilian Portuguese HAGOS will be useful to assess symptoms, activity limitations, participation restrictions and QOL in physically active, young to middle aged patients with long-standing hip and/or groin pain. However, measurement qualities, including validity, reliability, and responsiveness of the Portuguese HAGOS should be evaluated in the future in a Brazilian Portuguese speaking population.

1) Thorborg K, Hölmich P, Christensen R, Petersen J, Roos EM. The Copenhagen Hip and Groin Outcome Score (HAGOS): development and validation according to the COSMIN checklist. *Br J Sports Med.* 2011;45(6):478-91.

2) Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000;25:3186–91.

Contact information regarding the Portuguese version of HAGOS:

Giulianne Trevisan: giuliannetrevisan@gmail.com

HAGOS

Questionário sobre problemas de quadril e/ou virilha

Data de hoje: ____/____/____

Data de nascimento: ____/____/____

Nome: _____ RG: _____

INSTRUÇÕES: Este questionário contém perguntas sobre o estado atual do seu quadril. As questões devem ser respondidas considerando a situação do seu quadril e/ou virilha na **última semana**. Essas informações vão nos ajudar a entender como você se sente e como você consegue fazer suas atividades diárias.

Você deverá responder as perguntas colocando um “X” nas respostas que melhor descrevem sua situação. Responda **todas** as perguntas. Assinale somente uma alternativa por questão. Se você não reconhecer a situação descrita ou não tiver passado pela situação na última semana, por favor, dê a resposta mais provável.

Sintomas

Essas questões devem ser respondidas pensando no que você sentiu e nas suas dificuldades na **última semana**.

S1 Você sente desconforto no seu quadril e/ou virilha?

Nunca Raramente De vez em quando Frequentemente Sempre

S2 Você escuta um “click” ou algum outro tipo de barulho no seu quadril e/ou virilha?

Nunca Raramente De vez em quando Frequentemente O tempo todo

S3 Você sente dificuldade em separar as pernas bem para os lados?

Nenhuma Pouca Moderada Grande Muito grande

S4 Você sente dificuldade para dar passos largos quando anda?

Nenhuma Pouca Moderada Grande Muito grande

S5 Você tem dores repentinas, como pontadas ou facadas, no seu quadril e/ou virilha?

Nunca Raramente De vez em quando Frequentemente O tempo todo

Rigidez

As questões a seguir são sobre a sensação de **rigidez no seu quadril e/ou virilha**. A rigidez pode causar dificuldade em iniciar um movimento ou sensação de resistência no quadril e/ou virilha. Marque em que grau você sentiu rigidez no seu quadril e/ou virilha na **última semana**.

S6 Qual a rigidez no quadril e/ou virilha logo que se levanta pela manhã?

Nenhuma Pouca Moderada Muita Extrema

S7 Qual a rigidez no quadril e/ou virilha **no final do dia** após ter ficado sentado ou deitado para descansar?

Nenhuma Pouca Moderada Muita Extrema

Dor

P1 Com que frequência você sente dor no quadril e/ou virilha?

Nunca Todo mês Toda semana Todo dia Sempre

P2 Com que frequência você sente dor em outras áreas que não o seu quadril e/ou virilha que você acha que pode estar relacionada ao seu problema de quadril e/ou virilha?

Nunca Todo mês Toda semana Todo dia Sempre

As questões a seguir são sobre a quantidade de dor que você sentiu no seu quadril e/ou virilha na **última semana**. **Assinale o grau de dor que você sentiu no quadril e/ou virilha durante as seguintes situações.**

P3 Esticar completamente o quadril.

Nenhuma Pouca Moderada Forte Muito forte

P4 Dobrar completamente o quadril.

Nenhuma Pouca Moderada Forte Muito forte

P5 Subir ou descer escadas.

Nenhuma Pouca Moderada Forte Muito forte

P6 A noite quando está deitado na cama (dores que incomodem seu sono)

Nenhuma Pouca Moderada Forte Muito forte

P7 Sentado ou deitado

Nenhuma Pouca Moderada Forte Muito forte

As questões a seguir são sobre a quantidade de dor que você sentiu no seu quadril e/ou virilha na **última semana**. **Assinale o grau de dor que você sentiu no quadril e/ou virilha durante as seguintes situações.**

- P8 Em pé
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nenhuma | Pouca | Moderada | Forte | Muito forte |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- P9 Andando em uma terreno duro (por exemplo asfalto ou concreto)
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nenhuma | Pouca | Moderada | Forte | Muito forte |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- P10 Andando em um terreno irregular
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nenhuma | Pouca | Moderada | Forte | Muito forte |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Atividades do dia a dia

As questões a seguir são sobre atividades do dia a dia. **Assinale o grau de dificuldade que você sentiu durante as seguintes atividades durante a última semana devido aos problemas de quadril e/ou virilha.**

- A1 Subir escadas
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nenhuma | Pouca | Moderada | Grande | Muito grande |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- A2 Se abaixar para pegar algo do chão
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nenhuma | Pouca | Moderada | Grande | Muito grande |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- A3 Entrar ou sair de um carro
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nenhuma | Pouca | Moderada | Grande | Muito grande |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- A4 Ficar deitado na cama (se virar ou ficar na mesma posição por muito tempo)
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nenhuma | Pouca | Moderada | Grande | Muito grande |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- A5 Tarefas domésticas pesadas (lavar o chão, passar aspirador de pó, carregar caixas pesadas)
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nenhuma | Pouca | Moderada | Grande | Muito grande |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Atividades esportivas e lazer

As questões a seguir são sobre sua capacidade física. Responda a **todas** as perguntas. Se você não reconhecer a situação descrita ou não tiver passado pela situação na última semana, por favor, dê a resposta mais provável. **Assinale o grau de dificuldade que você sentiu com as seguintes atividades devido a seus problemas de quadril e/ou virilha durante a última semana.**

SP1 Sentar de cócoras

Nenhuma Pouca Moderada Grande Muito grande

SP2 Correr

Nenhuma Pouca Moderada Grande Muito grande

SP3 Torcer ou virar o corpo apoiando mais peso em uma perna

Nenhuma Pouca Moderada Grande Muito grande

SP4 Andar em um terreno irregular

Nenhuma Pouca Moderada Grande Muito grande

SP5 Correr o mais rápido que você pode

Nenhuma Pouca Moderada Grande Muito grande

SP6 Mover a perna para frente e/ou para o lado rapidamente, como para chutar, andar de skate etc.

Nenhuma Pouca Moderada Grande Muito grande

SP7 Movimentos repentinos, explosivos que envolvem trocas de pernas bruscas, como por exemplo acelerar, frear, mudar de direção etc.

Nenhuma Pouca Moderada Grande Muito grande

SP8 Situações em que a perna chega em posição limite (posição limite é a posição mais longe do corpo possível)

Nenhuma Pouca Moderada Grande Muito grande

Participação em atividades físicas

As questões a seguir são sobre sua capacidade em participar das atividades físicas de sua preferência. Isso quer dizer esportes ou outras formas de atividade que te deixam com a respiração um pouco acelerada. **Assinale em que grau sua capacidade de participar dessas atividades físicas de sua preferência foram influenciadas pelos seus problemas de quadril e/ou virilha.**

PA1 Você consegue realizar a sua atividade física pelo tempo que quer?

Sempre Frequentemente De vez em quando Raramente Nunca

PA2 Você consegue realizar a sua atividade física no seu nível de desempenho normal?

Sempre Frequentemente De vez em quando Raramente Nunca

Qualidade de vida

Q1 Com que frequência você percebe o seu problema de quadril e/ou virilha?

Nunca Todo mês Toda semana Todo dia Sempre

Q2 Você modificou seu estilo de vida para evitar atividades que podem sobrecarregar seu quadril e/ou virilha?

De modo nenhum Um pouco Moderadamente Em grande parte Totalmente

Q3 Qual o tamanho de seus problemas no seu quadril e/ou virilha?

Nenhum Pequenos Moderados Grandes Muito grandes

Q4 O seu quadril e/ou virilha influenciam negativamente seu humor?

De modo nenhum Raramente De vez em quando Frequentemente O tempo todo

Q5 Você se sente limitado devido ao seus problemas de quadril e/ou virilha?

De modo nenhum Raramente De vez em quando Frequentemente O tempo todo

Muito obrigada por ter respondido a todas as perguntas!