

Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS): A Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Brazilian Portuguese Version Study

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of this study was to translate, culturally adapt and validate the Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS) into Brazilian Portuguese.

METHODS: The HOOS was translated from English into Brazilian Portuguese, translated back into English, and submitted to an experts committee. It was administered to 100 patients with hip osteoarthritis. Psychometric evaluation included factor analysis; internal reliability measures, test-retest reliability at seven days, and construct validity comparison with the Brazilian version of the Graded Chronic Pain Scale (GCPS-BR).

RESULTS: Factor analyses demonstrated a five-factor solution. Test-retest reliability showed a high degree of internal consistency for the five subscales (Pain and physical difficulties, 0.97 at baseline and 0.93 at seven days; Pain and difficulty sitting, lying down and getting up, 0.93 at baseline and 0.89 at seven days; Difficulty flexing the knee, 0.92 at baseline and 0.83 at seven days; Difficulty walking, 0.88 at baseline and 0.87 at seven days; Quality of life, 0.80 at baseline and 0.35 at seven days). Construct validity was established during comparison of the Brazilian version of the Graded Chronic Pain Scale (GCPS).

CONCLUSIONS: A Brazilian version of the HOOS was developed with adequate reliability and validity. It will facilitate evaluation of the hip within a large patient population and across cultures.

Contact information:

Ana Paula Bonilauri Ferreira
Email: apbonilauri@gmail.com

Profa. Dra. Stela Marcia Mattiello
stela@ufscar.br

June 2017: The Brazilian-Portuguese version was updated to version LK 2.1 with linguistic improvements:

a) HOOS: SP3. Girar o corpo quando você está apoiado em uma perna

Updated version: Girar ou torcer-se sobre a perna de apoio (machucada)

Justification: “Girar o corpo quando você está apoiado em uma perna” doesn’t allow to know if the support leg is the injured one.

b) HOOS: A13. Levantar do chão

Updated version: Entrar ou sair do banho

Justification: "Levantar-se do chão" correspond to “Get up off the floor”

c) HOOS: S4-5; P2-10; A1-17; SP1-4; Q4

Nenhuma	Pequena	Mais ou Menos	Grande	Muito grande
o	o	o	o	o

Updated version

<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Extrema
----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Justification: this version doesn’t contain a sequence of adverbs which clearly represents the degree of difficulty as presented in the English original version of HOOS.

Questionário de Quadril de HOOS

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

Nome: _____

INSTRUÇÕES: Este questionário faz perguntas a respeito de como você sente com relação ao seu quadril. Estas informações vão nos ajudar a entender como você se sente com relação ao seu quadril e como você é capaz de realizar suas atividades diárias.

Responda todas as questões. Assinale somente uma alternativa em cada questão.

Se você não tiver certeza de como responder uma questão, por favor dê a melhor resposta que você puder.

Sintomas

Estas questões devem ser respondidas pensando como você sentiu o seu quadril e nas dificuldades que teve com ele durante a **última semana**.

S1. Você sente estalos, ouve algum "click" ou qualquer outro tipo de barulho no seu quadril?

Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S2. Tem dificuldade para separar as pernas

Nenhuma	Pequena	Mais ou Menos	Grande	Muito grande
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S3. Tem dificuldades em dar passos largos quando anda?

Nenhuma	Pequena	Mais ou Menos	Grande	Muito grande
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rigidez

As questões seguintes são sobre a rigidez na sua articulação que você sentiu durante a **última semana** no seu quadril.

Rigidez é uma sensação de endurecimento ou lentidão para movimentar a articulação do seu quadril.

S4. Quanta rigidez no seu quadril você sente logo que você se levanta pela manhã?

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S5. Quanta rigidez no quadril você sente após sentar, deitar ou descansar no final do dia?

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dor

P1. Quantas vezes você sente dor no quadril?

Nunca	Todos os meses	Todas as semanas	Todos os dias	O tempo todo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quanta dor no quadril você sentiu na **última semana** quando fazia as atividades abaixo?

P2. Esticar o quadril completamente

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P3. Dobrar o quadril completamente

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P4. Caminhar no plano

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P5. Subir ou descer escadas

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P6. A noite na cama

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P7. Sentado ou deitado

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8. Ficar em pé

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P9. Andar em um terreno duro (asfalto, concreto, etc.)

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P10. Andar em um terreno irregular

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atividades do dia-a-dia

As próximas questões são sobre suas atividades físicas. Ou seja, sua capacidade de se movimentar e cuidar de você mesmo. Para cada uma das atividades seguintes, por favor, indique quanta dificuldade você sentiu na **última semana** por causa do seu quadril.

A1. Descer escadas

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2. Subir escadas

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A3. Levantar de uma cadeira

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para cada uma das atividades seguintes, por favor, indique quanta dificuldade você sentiu na **última semana** por causa do seu quadril.

A4. Ficar em pé

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. Abaixar até o chão para pegar um objeto

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A6. Caminhar no plano

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7. Entrar ou sair do carro

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8. Fazer compras

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A9. Vestir meias ou meia-calça

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A10. Levantar da cama

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A11. Tirar as meias ou meia-calça

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A12. Ficar na cama (virar de um lado para o outro, mas sem mexer o quadril)

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A13. Entrar ou sair do banho

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A14. Sentar

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A15. Sentar e levantar da privada

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atividades esportivas e lazer

As próximas perguntas referem-se à sua capacidade física quando você está fazendo atividades que exigem maior esforço.

Você deve responder às perguntas pensando sobre quanto o seu quadril dificultou estas atividades durante os últimos sete dias.

SP1. Agachar

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP2. Correr

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP3. Girar ou torcer-se sobre a perna de apoio (machucada)

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP4. Andar em um terreno irregular

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualidade de Vida

Q1. Com que frequência você se lembra do seu problema no quadril?

Nunca	Todos os meses	Todas as semanas	Todos os dias	O tempo todo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2. Você mudou as coisas que faz todos os dias para evitar atividades que podem prejudicar muito seu quadril?

De forma nenhuma	Levemente	Moderadamente	Severamente	Totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3. Quanto a falta de confiança no seu quadril incomoda você?

De forma nenhuma	Levemente	Moderadamente	Severamente	Extremamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4. Em geral, quanta dificuldade você tem com seu quadril?

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muito obrigado por ter completado todas as perguntas deste questionário.