

Errata

O artigo Tradução e Adaptação Transcultural do Instrumento de Avaliação do Quadril MHOT / *Translation and cross-cultural adaptation of the Modified Hip Outcome Tool (MHOT)*, dos autores Giancarlo Cavalli Polesello; Guilherme Finardi Godoy; Christiano Augusto de Castro Trindade; Marcelo Cavalheiro de Queiroz; Emerson Honda; Nelson Keiske Ono, publicado na revista *Acta Ortopédica Brasileira* Volume 20, número 2, 2012, páginas 88-92, teve um erro técnico quanto a publicação. Alterações pelo autor original dos questionários MHOT ocorreram neste ano, tanto na formatação dos questionários quanto na simplificação da versão curta, passando de 14 questões para 12. O questionário agora com abrangência internacional muda de nome de *Mahorn Hip Outcome Tool (MHOT)* para *International Hip Outcome Tool (iHOT)*. Portanto o título correto do artigo é Tradução e Adaptação Transcultural do Instrumento de Avaliação do Quadril iHOT / *Translation and cross-cultural adaptation of the*

International Hip Outcome Tool (iHOT) into portuguese.

No texto onde se lê MHOT, o correto é iHOT; onde se lê 14/33, o correto é 12/33; onde se lê questionário MHOT de 14 a 33 questões, o correto é questionário iHOT de 12 a 33.

O ANEXO 1 correto é o publicado nesta errata: Questionário iHOT 12 versão em Português.

O ANEXO 2 correto é o publicado nesta errata: Questionário iHOT 33 versão em Português.

1. Mohtadi NG, Griffin DR, Pedersen ME, Chan D, Safran MR. The Development and validation of a self-administered quality-of-life outcome measure for young, active patients with symptomatic hip disease: the International Hip Outcome Tool (iHOT-33). *Arthroscopy*. 2012 May;28(5):595-605; quiz 606-10.e1.

2. Griffin DR, Parsons N, Mohtadi NG, Safran MR. A short version of the International Hip Outcome Tool (iHOT-12) for use in routine clinical practice *Arthroscopy*. 2012 May;28(5):611-6; quiz 616-8.

Anexo 1. Questionário iHOT 12 versão em Português.

iHOT¹²
international
hip outcome tool

nome

Data de Nascimento

Data de hoje

Para qual quadril será este questionário?

Se te pediram para responder sobre um lado em particular marque ele. Se não marque o que te causa mais problemas

Esquerdo

Direito

Questionário de Qualidade de Vida para Pacientes Jovens e Ativos com Problemas no Quadril

Instruções

• Estas questões perguntam sobre problemas que você possa estar sentindo no seu quadril, como estes problemas afetam sua vida e quais os sentimentos que estes problemas provocam em você.

• Por favor, marque um traço no ponto que melhor representa sua situação.

» Se você marcar um traço no lado extremo da esquerda, significa que você sente que está muito prejudicado. Por exemplo:

Muito prejudicado / _____ Nenhum problema

» Se você marcar um traço no lado extremo da direita, significa que você sente que não tem nenhum problema no quadril. Por exemplo:

Muito prejudicado _____ / Nenhum problema

» Se você marcar um traço no meio da linha, significa que você sente que está moderadamente incapacitado ou, em outras palavras, que você está entre os extremos 'muito prejudicado' e 'sem nenhum problema'. É importante que você marque uma das extremidades da linha, quando as descrições extremas refletem com exatidão a sua situação.

• Considere o último mês para responder as perguntas.

Q1 Em geral, você tem dor no quadril/virilha?

Muita dor _____ Nenhuma dor

Q2 É difícil para você abaixar e levantar-se do chão?

Muito difícil _____ Nenhuma dificuldade

Q3 É difícil para você caminhar longas distâncias?

Muito difícil _____ Nenhuma dificuldade

Q4. Qual é sua dificuldade com rangidos, travadas e estalos no seu quadril?

Muita dificuldade _____ Nenhuma dificuldade

Q5. Qual é sua dificuldade para empurrar, puxar, levantar ou carregar objetos pesados em seu trabalho?

Muita dificuldade _____ Nenhuma dificuldade

Q6. Quanto você se preocupa em mudanças rápidas de direção nos seus esportes ou atividades recreativas?

Muito _____ Não me preocupo

Q7. Quanta dor você sente no quadril depois de praticar alguma atividade?

Muita dor _____ Nenhuma dor

Q8. Quanto você se preocupa em pegar ou carregar uma criança no colo por causa de seu problema no quadril?

Muito _____ Não me preocupo

Q9. Quanto sua atividade sexual é prejudicada por causa do seu quadril?

Isto não é importante para mim

Muito problema _____ Nenhum problema

Q10. Você se preocupa constantemente com seu problema de quadril?

Constantemente _____ Nunca

Q11. Quanto você se preocupa sobre a sua capacidade de manter o nível de preparo físico que você deseja?

Muito _____ Não me preocupo

Q12. A sua lesão no quadril o incomoda?

Incomoda Muito _____ Não Incomoda

FIM DO QUESTIONÁRIO! OBRIGADO!

Anexo 2. Questionário iHOT 33 versão em Português.



nome _____

Data de Nascimento _____

Data de hoje _____

Para qual quadril será este questionário?

Se te pediram para responder sobre um lado em particular marque ele. Se não marque o que te causa mais problemas

Esquerdo

Direito

Questionário de Qualidade de Vida para Pacientes Jovens e Ativos com Problemas no Quadril

Instruções

• Estas questões perguntam sobre problemas que você possa estar sentindo no seu quadril, como estes problemas afetam sua vida e quais os sentimentos que estes problemas provocam em você.

• Por favor, marque um traço no ponto que melhor representa sua situação. »Se você marcar um traço no lado extremo da esquerda, significa que você sente que está muito prejudicado. Por exemplo:

Muito prejudicado _____ Nenhum problema

»Se você marcar um traço no lado extremo da direita, significa que você sente que não tem nenhum problema no quadril. Por exemplo:

Muito prejudicado _____ Nenhum problema

»Se você marcar um traço no meio da linha, significa que você sente que está moderadamente incapacitado ou, em outras palavras, que você está entre os extremos 'muito prejudicado' e 'sem nenhum problema'. É importante que você marque uma das extremidades da linha, quando as descrições extremas refletem com exatidão a sua situação.

• Considere o último mês para responder as perguntas.

I: SINTOMAS E LIMITAÇÕES FUNCIONAIS

As seguintes questões perguntam sobre sintomas que você possa estar sentindo no seu quadril e sobre a função do seu quadril com relação a suas atividades diárias. Por favor, tente lembrar-se de como você tem se sentido durante a maior parte do tempo deste último mês e responda.

1. Com que frequência você tem dores no quadril/virilha?
Sempre _____ Nunca

2. Seu quadril fica rígido (duro) quando senta/descansa durante o dia?
Muito rígido _____ Nenhuma rigidez

3. É difícil para você caminhar longas distâncias?
Muito difícil _____ Nenhuma dificuldade

4. Quanta dor você sente no quadril/virilha quando está sentado?
Muita dor _____ Nenhuma dor

5. Qual é a sua dificuldade em ficar em pé por longos períodos?
Muita dificuldade _____ Nenhuma dificuldade

6. É difícil para você abaixar e levantar-se do chão?
Muito difícil _____ Nenhuma dificuldade

7. É difícil para você caminhar em superfícies irregulares?
Muito difícil _____ Nenhuma dificuldade

8. É difícil para você deitar-se do lado do quadril com problema?
Muito difícil _____ Nenhuma dificuldade

9. Quão difícil é para você para passar por cima de obstáculos?
Muito difícil _____ Nenhuma dificuldade

10. Você tem dificuldade para subir/descer escadas?
Muita dificuldade _____ Nenhuma dificuldade

11. Você tem dificuldade para levantar-se quando está sentado?
Muita dificuldade _____ Nenhuma dificuldade

12. Você tem algum desconforto quando caminha a passos largos?
Muito desconforto _____ Nenhum desconforto

13. Você tem dificuldade para entrar e/ou sair do carro?
Muita dificuldade _____ Nenhuma dificuldade

14. Qual é sua dificuldade com rangidos, travadas e estalos no seu quadril?
Muita dificuldade _____ Nenhuma dificuldade

15. Você tem dificuldade para vestir se e/ou tirar meias ou sapatos?
Muita dificuldade _____ Nenhuma dificuldade

16. Em geral, você tem dor no quadril/virilha?
Muita dor _____ Nenhuma dor

II: ESPORTES E ATIVIDADES RECREATIVAS

As seguintes questões perguntam sobre o que você sente no seu quadril, quando participa de esportes e atividades recreativas. Por favor, tente lembrar-se de como você tem se sentido durante a maior parte do tempo deste último mês e responda.

17. Quanto você se preocupa sobre a sua capacidade de manter o nível de preparo físico que você deseja?

Muito _____ Não me preocupo

18. Quanta dor você sente no quadril depois de praticar alguma atividade?
Muita dor _____ Nenhuma dor

19. Qual é sua preocupação de que a dor no seu quadril aumente, se você praticar esportes ou atividades recreativas?

Muito _____ Não me preocupo

20. Quanto piorou sua qualidade de vida por não poder praticar esportes ou atividades recreativas?

Muito _____ Não piorou

21. Quanto você se preocupa em mudanças rápidas de direção nos seus esportes ou atividades recreativas?

Não faço esse movimento em minhas atividades

Muito _____ Não me preocupo

22. Quanto diminuiu o seu nível de desempenho ao praticar esportes ou atividades recreativas?

Diminuiu muito _____ Não diminuiu

III: CONSIDERAÇÕES RELACIONADAS AO TRABALHO

As questões seguintes se referem ao que você sente no seu quadril durante o seu trabalho e suas atividades ocupacionais. Por favor, procure lembrar-se de como você tem se sentido na maior parte do tempo neste último mês e responda.

Sou aposentado (por favor, passe para a próxima seção)

Não trabalho por razões diversas à condição do meu quadril (por favor, passe para a próxima seção)

23. Qual é sua dificuldade para empurrar, puxar, levantar ou carregar objetos pesados em seu trabalho?

Não faço esse movimento em minhas atividades

Muita dificuldade _____ Nenhuma dificuldade

24. Qual é sua dificuldade para abaixar-se/agachar-se?

Muita dificuldade _____ Nenhuma dificuldade

25. Qual é sua preocupação de que seu trabalho possa piorar sua dor no quadril?

Muito _____ Não me preocupo

26. Quanta dificuldade você tem no seu trabalho devido à mobilidade reduzida no quadril?

Muita dificuldade _____ Nenhuma dificuldade

IV: CONSIDERAÇÕES SOCIAIS, EMOCIONAIS E DE ESTILO DE VIDA

As seguintes perguntas se referem a algumas considerações sociais, emocionais e de estilo de vida que você possa estar sentindo com relação a seu problema no quadril. Por favor, tente lembrar-se de como você tem se sentido durante a maior parte do tempo deste último mês e responda.

27. Quanto o seu problema do quadril o deixa frustrado?
Muito frustrado _____ Nenhuma frustração

28. Quanto sua atividade sexual é prejudicada por causa do seu quadril?
 Isto não é importante para mim

Muito problema _____ Nenhum problema

29. A sua lesão no quadril o incomoda?
Incomoda Muito _____ Não incomoda

30. É difícil para você relaxar por causa do seu problema no quadril?
Muito difícil _____ Nenhuma dificuldade

31. Você está desanimado por causa de seu problema no quadril?
Muito desanimado _____ Nenhum desânimo

32. Quanto você se preocupa em pegar ou carregar uma criança no colo por causa de seu problema no quadril?
 Não faço esse movimento em minhas atividades

Muito _____ Não me preocupo

33. Você se preocupa constantemente com seu problema de quadril?
Constantemente _____ Nunca

FIM DO QUESTIONÁRIO! OBRIGADO!