

ARTIGO ORIGINAL

Contributo para Adaptação Transcultural do Instrumento de Medida - *Injury Report Form IRB 2007* - para a Realidade Portuguesa - Validade De Conteúdo

Pedro Gomes¹, Bruno Neves²

Licenciado em Fisioterapia. Fisioterapeuta do CF Belenenses & Selecção Nacional de Rugby - Sub 17¹
Fisioterapeuta. Professor na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa²
Correspondência para: sgomes.pedro@gmail.com

Resumo

Introdução: A elevada incidência de lesões no rugby justifica que com um formulário, com metodologias e definições actualizadas, seja utilizado em Portugal. **Objectivo:** Adaptação transcultural (ATC) do Injury Report Form iRB 2007 à população portuguesa e respectiva validação de conteúdo. **Relevância:** Na realidade portuguesa, no rugby, e realizada por Fisioterapeutas, apenas existe um registo de ATC em 2003. **Metodologia:** A metodologia utilizada foi a de Beaton et al. (2002). Na primeira fase foram elaboradas traduções por 5 tradutores independentes e bilingues, seguido da retroversão por 3 diferentes tradutores e bilingues, com aprovação do autor original. Na segunda fase comprovou-se a característica métrica, validade de conteúdo através de um comité de experts. **Resultados:** Obteve-se uma versão em português compatível com original. Um comité de quinze experts valida o instrumento com 99% de inferências positivas. Oito utilizadores participaram no pré-teste e registou-se um elevado valor de inferências positivas. **Conclusões:** O instrumento adaptado possui índices significativos de validade de conteúdo. Deste modo, consideramos que a versão portuguesa está apta a ser utilizada pelos profissionais de saúde portugueses, no entanto seria conveniente analisar parâmetros como o referencial externo da validade, a fidedignidade e a sensibilidade

Palavras-Chave: fisioterapia, adaptação transcultural, instrumentos, medida, validação, rugby

Abstract

Introduction: The high incidence of rugby injuries in Portugal justifies the use of a form including updated methods and definitions. **Objective:** Proceed a transcultural adaptation (TCA) of the Injury Report Form iRB 2007 to the Portuguese population and corresponding content validation. **Relevance:** In Portugal, only one TCA record exists in Rugby, performed by physiotherapists in 2003. **Methods:** The methods used were those developed by Beaton et al. (2002). On a first stage, 5 forward translations were carried out by 5 independent bilingual translators, followed by backward translation to the original language, by 3 different bilingual translators, approved by the original author. On a second stage, measurable parameter content validity was confirmed through an expert panel. **Results:** A Portuguese version compatible with the original version was obtained. A panel of fifteen experts validated this instrument with 99% positive inference. Eight users participated in the preliminary test; a high positive inference value was achieved. **Conclusions:** Content validity indices for the adapted instrument were high. Therefore, we consider that the Portuguese version can be used by Portuguese healthcare professionals; however, it would be convenient to analyse parameters such as the external validity referential, reliability and sensitivity.

Introdução

A utilização de formulários para o levantamento de lesões é amplamente referida por Best, McIntosh & Savage (2003); Fuller et al, (2006); Rodrigues, (2003). Em 2007 a *International Rugby Board (iRB)* juntamente com a *iRB Injury Surveillance Study Project Team* conduziram um estudo sobre a ocorrência de lesões durante o último Campeonato do Mundo de Rugby de XV. Os responsáveis por este projecto comum, disponibilizaram aos médicos de cada selecção um formulário para que fosse preenchido por cada lesão

ocorrida. Apesar de existência (desde 2003) de um formulário deste tipo em Portugal, após o referido campeonato do mundo, a *iRB* elaborou e disponibilizou um outro formulário - *Injury Report Form iRB 2007* (IRF iRB 2007) - sendo objectos deste estudo, a sua adaptação transcultural à realidade portuguesa e verificação da validade de conteúdo de forma a criar a versão Portuguesa - **Formulário para Relatórios de Lesões no Rugby da IRB 2009**.

De acordo com a *iRB*, os seus principais interesses a nível da investigação estão relacionados com os seguintes parâmetros: as lesões e a placagem;

biomecânica da placagem e de outras situações relacionadas com a mesma; epidemiologia das lesões; estudos clínicos aleatórios; investigação na concussão cerebral; drogas e suplementos no rugby.

Para que o processo de adaptação fosse cientificamente aceite, foi necessário proceder-se à utilização de uma metodologia específica (Rolfe, 2006) que permitisse chegar a uma versão final do instrumento, perfeitamente compatível com o contexto a que se propõe ser aplicado (Fortin, 1999). Esta adaptação não passou somente por processos de tradução, retroversão e confirmação, mas também, pela verificação das propriedades psicométricas (Rodrigues, 2003). Segundo Domingues, Esteves & Pereira (2008), os instrumentos de medida devem possuir certas características métricas no sentido de garantirem uma boa qualidade da medida para que estas características nos permitam formular conclusões válidas, sendo as principais fiabilidade, validade e a sensibilidade (Gomes da Silva, 2006).

Na nossa opinião a relevância deste estudo reside na adaptação deste instrumento às características da população portuguesa, no desporto em causa, e na escassez de registos desta natureza para profissionais de saúde, em particular, para fisioterapeutas. Não obstante o valor da adaptação transcultural elaborada, em 2007 surgiu um comité de consultores na área da saúde, o *Rugby Injury Consensus Group* (RICG), estabelecido pela iRB para chegar a um consenso nas metodologias e definições/terminologias utilizadas (Fuller et al., 2007), tendo como produto final, o *IRF iRB 2007*. Neste contexto, é imperativo que, para que haja a adaptação de um instrumento de levantamento de lesões no rugby para posterior uso na realidade portuguesa, este, seja o mais actual e que siga as directrizes determinadas pela iRB e RICG, razão pela qual se opta pelo uso do formulário apresentado.

Este estudo torna-se também significativo, na medida em que o contributo dos fisioterapeutas, através dos seus níveis de experiência profissional, conhecimento e compreensão, evidenciam a sua importância entre os pares, em todo este processo de validação (Reichenheim & Moraes, 2007).

A utilidade prática deste estudo passa pelo contributo na adaptação à população portuguesa de um instrumento de recolha de dados sobre lesões no rugby e sua futura utilização em estudos de natureza epidemiológica em Portugal.

A principal metodologia utilizada foi a de Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz (2002), no entanto também foram tidas em conta outras metodologias, Cull et al (2007), Fries, Spitz, Traines, (1990), Herdman, Fox-Rushby & Badia (1998).

As fases seguidas e concluídas foram, adaptação transcultural (tradução e retroversão e respectivas sínteses, confirmação do orientador metodológico e autor original), validação da propriedade psicométrica (Validade de Conteúdo) e pré-teste (Viabilidade e Aceitabilidade dos termos utilizados).

Rugby

Segundo a Federação Portuguesa de Rugby (FPR, 2004) e (Massada, 2000) o rugby é um dos desportos colectivos mais praticados em Portugal. Como principais características físicas, envolve períodos de alta intensidade como *sprints* e placagens, separados por períodos de baixa intensidade, tal como, andar ou corrida lenta.

Epidemiologia

Seria impossível discriminar exaustivamente todos os possíveis mecanismos de lesão nesta modalidade. No entanto, e semelhante a outras modalidades, a necessidade do levantamento de lesões no rugby torna-se um ponto de partida para a elaboração de planos de prevenção de lesões. No entanto, devido à escassez de estudos epidemiológicos em Portugal, podemos avançar com alguns dados que suportam o enquadramento deste estudo. Campos & Atalaia, (2008) e Gabbett, (2004), referem que o risco de lesões músculo-esqueléticas a que os atletas estão sujeitos é muito elevado, mais do que qualquer outra modalidade.

Se classificarmos as lesões por gestos técnicos da modalidade, muitos autores, apontam a placagem (40,7%), a altura a que é feita, a agressividade da mesma, como principais causas de lesões e/ou causas secundárias, e as jogadas específicas, como: a formação espontânea, reagrupamento, e formação ordenada 36,0% e o alinhamento 0,2%. (Bird et al., 1998; Gabbett, 2003; Holtzhausen, Schweltnus, Jakoet e Pretorius 2006).

Pode verificar-se que estudos epidemiológicos no rugby apontam para parâmetros similares, o tipo de lesão, região afectada, a severidade, o gesto técnico que levou à lesão, tempo de exposição ao jogo e treino, a idade e o sexo, entre outros não havendo um consenso para as

metodologias utilizadas (Best, McIntosh & Savage, 2003; Gabbett, 2003).

Através de um estudo longitudinal Yard e Comstock (2006) que envolveu 263 539 jogadores, foi observado que existe maior predisposição dos jogadores do sexo masculino (87%) e com idade superior a 18 anos de idade (86%). A diferença entre o sexo dos atletas é apontada por Gabbett (2003) pela maior taxa de lacerações e sub-luxações nos indivíduos do sexo masculino, caindo sobre a população feminina elevados índices de lesões no joelho, contusões, queimaduras abrasivas, lesões musculares e fracturas.

Os avançados tem uma incidência muito maior de lesões em relação aos três-quartos (3/4), (Holtzhausen et al., 2006) sendo as lacerações e as lesões do complexo articular do ombro e coluna cervical, as lesões mais frequentes dos avançados. Num total de 740 horas de jogo e mais de 4900 horas de treino referem que a incidência de lesões está de 55,4 lesões para cada 1000 horas de jogo, enquanto temos 4,3 lesões para cada 1000 horas de treino. As lesões mais comuns nesta prova foram os entorses, perfazendo um total de 25,8% do total das lesões, seguido pelas lesões musculares com 24,2% do total.

Segundo o local da lesão, estes mesmos autores referem a anca e a pélvis com 19,3%, a cabeça e o joelho com uma percentagem de 12,9% cada, o ombro com 6,5% e a cervical com 4,8%. Referem ainda que as lesões de treino perfizeram 34% do total das lesões durante o torneio, e as lesões crónicas por *overuse* cerca de 9,7% do total das lesões.

Para os avançados, nos treinos temos um total de 2.0 lesões por cada 1000 horas de treino por jogador (Brooks, et al., 2005), sendo as principais: lesão a nível lombar / lesão das raízes nervosas com um total de 840 dias de ausência, subluxação / instabilidade do ombro com 491 dias de ausência e a lesão dos hamstrings com 478 dias de ausência.

Nos que jogam nos três/quartos as lesões musculares dos hamstrings em jogos (Brooks, et al., 2005a) são a lesão que obriga a um maior total de dias de ausência com 502 dias, seguido pela lesão do ligamento cruzado anterior com 489 dias de ausência, subluxação / instabilidade do ombro com 296 dias de ausência.

Consenso

A definição de lesão e a sua gravidade são aspectos controversos. Langley & Brenner, (2004), definiram

teoricamente a lesão em três parâmetros: *Definição de energia*, sendo o dano provocado ao corpo adicionando uma força de uma estrutura contra outra. *Transferência de energia*, sendo o momento e modo como é transferido e aplicado o dano ao corpo. *Ausência de energia*, quando o dano é provocado pelo próprio, ou por factores externos.

Fuller, et al (2006), através de vários experts envolvidos em estudos de futebol, elaboram um consenso sobre as metodologias e definições, juntamente com os critérios para classificar as lesões em termos de severidade, localização, tipo, diagnóstico e causa.

Com Fuller, et al (2007) os consensos são aproveitados e novo comité de experts é reunido para utilizar as metodologias e definições aquando da construção do formulário IRF 2005 mas agora para o rugby.

Injury Report Form iRB 2007

O instrumento de recolha *IRF iRB 2007* foi desenvolvido em 2006, em Dublin na Irlanda (Fuller, et al., 2007), pelo Rugby Injury Consensus Group (RICG). Pode ser utilizado em jogos e treinos por profissionais de saúde. Pequenas variações nas definições e procedimentos foram necessárias para reflectir tópicos específicos no que toca a itens associados ao rugby devido à sua grande natureza física (Tabela 1).

Foram definidos e classificados por Fuller, et al (2007) os termos mais importantes:

Lesão, sendo qualquer queixa física que tenha sido causada pela transferência de energia, que excedeu a habilidade corporal do atleta para manter a sua integridade estrutural e funcional causada por um jogador de outra equipa ou pelo próprio, durante o treino / jogo de rugby, independente da necessidade de atenção médica ou perdas de tempo pelas actividades do rugby.

Lesões com atenção médica, resultam quando um jogador necessita de receber acompanhamento pelo profissional de saúde.

Lesão "Time-loss", existe quando o jogador que recebe atenção médica e não consegue participar num treino ou jogo completos.

Lesão catastrófica não fatal, são lesões cerebrais ou lesões vértebro-medulares, que resultam em incapacidade funcional severa permanente (> 12 meses).

| Parte | Nº. | Caracterização da pergunta |
|----------|---|---|
| 1ª Parte | 1 | Identificação do documento (IRF2007) |
| | 2 | Identificação da iRB e da instituição (Equipa) |
| | 3 | Código de equipa/ jogador |
| | 4 | Nome do atleta |
| | 5 | Data de preenchimento |
| 2ª Parte | 1A | Data da lesão |
| | 1B | Tempo de jogo em que ocorreu a lesão |
| | 2 | Retorno à actividade sem limitações |
| | 3 | Posição em jogo do atleta na altura da lesão |
| | 4 | Região corporal lesionada |
| | 5 | Lado corporal lesionado |
| | 6 | Tipo de lesão |
| | 7 | Diagnóstico da lesão |
| | 8 | Lesão recorrente |
| | 9 | Causa da lesão |
| | 10 | Actividade em que aconteceu a lesão (treino ou jogo); |
| | 11 | Actividade com contacto (se existiu) que causou a lesão |
| 12A | Se o árbitro considerou a acção lesiva como violação das leis | |
| 12B | Se o árbitro considerou a acção jogo perigoso (Lei 10.4); | |

Tabela 1 - Caracterização do IRF iRB 2007

Lesão recorrente, é uma lesão do mesmo tipo e no mesmo local que fica indexada e que ocorre após o atleta voltar à actividade desportiva sem limitações. Uma lesão recorrente que ocorra *dentro de dois meses* após voltar a actividade sem limitações é referida como *recorrência precoce*; de *dois a doze meses* como *recorrência tardia*; com *mais de doze meses* é considerada uma *recorrência retardada/atrasada*.

Severidade da lesão depende do número de dias que passaram desde a data da lesão até a data de recuperação completa para a participação do atleta no treino da equipa e pronto para ser convocado para o jogo: *leve* (0-1 dias), *mínima* (2-3 dias), *mínima / moderada* (4/7 dias), *moderada* (8/28 dias), *severa* (> 28 dias), com atenção as lesões catastróficas não fatais.

Instrumentos de medida

Os instrumentos de medida devem possuir características métricas no sentido de garantirem uma boa qualidade da medida (Domingues, Esteves &

Pereira, 2008). O objectivo da instrumentação é assegurar a fiabilidade dos resultados de investigação sendo que os instrumentos de medida permitem avaliar a efectividade da prática dos fisioterapeutas, assim como seleccionar a prática mais adequada nesta área e em contexto específicos. As principais características métricas, são a fiabilidade (fidedignidade intra-observador e inter-observador), validade (construção, critério, e conteúdo) e sensibilidade. Enquanto a fiabilidade diz respeito à consistência ou estabilidade de uma medida, a validade diz respeito à sua veracidade (Mendes & Perloiro, 2006).

Validade de Conteúdo

A validade de conteúdo é definida por Fitzpatrick, et al (1998) pela compreensão do instrumento ou o quanto adequadas estão as questões incluídas no instrumento, reflectindo o seu objectivo. Esta dimensão é raramente testada (Suo, et al., 2005), em vez disso, a validade facial ou a credibilidade de um instrumento é

comumente inferida por um comité de experts que avaliam a relevância do conteúdo (Fortin, 1999).

O “comité de experts” é um grupo de pessoas que têm conhecimento “expertise” do conteúdo da área a ser avaliada tendo como função saber se a escolha e a importância de cada componente do instrumento é apropriado para os domínios que são propostos medir (Bork, 1993; Wilkin, 1993; Rothstein, 1985).

Não existem procedimentos ou modelos apropriados para demonstrar a validade de conteúdo sendo necessário especificar o conteúdo relevante para o domínio a medir, e dentro deste verificar a importância relativa de cada componente (Wilkin, 1993). É ainda necessário verificar se os parâmetros seleccionados são suficientemente abrangentes e representativos do componente a ser medido, sendo que quantos mais elementos forem avaliados para cada parâmetro, maior será a validade de conteúdo do instrumento Rothstein, (1985).

Metodologia

Os objectivos específicos para este estudo foram:

- Tradução e adaptação inter-cultural do *IRF iRB 2007* assegurando a existência de equivalências idiomáticas, conceptuais, semânticas e experimentais (Beaton et al., 2002; Reichenheim & Moraes, 2007).
- Verificação da propriedade psicométrica: validade de conteúdo. (Fortin, 1999; Rodrigues, 2003; Shewieght, 1994).
- Aplicação do pré-teste na população e desporto alvo para verificação da inteligibilidade e clareza dos termos. (Rodrigues, 2003).

Este estudo, sendo do tipo metodológico e sem variáveis pelas suas características, tentou responder as questões orientadoras. Para tal foram constituídas duas amostras retiradas por conveniência de populações específicas. A amostra 1, constituída por profissionais potenciais utilizadores do Formulário teve como critérios de inclusão:

- Ser Médico ou Fisioterapeuta;
- Acompanhar equipas de rugby em treinos e jogos;
- Dar a sua opinião de acordo com a viabilidade da versão provisória final;
- Disponibilidade para participar no estudo;

A amostra 2, constituída por profissionais de saúde considerados *experts* nas áreas em estudo teve como critérios de inclusão segundo o conceito de *expert* apresentado por diversos autores (Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, 2005a; 2005b; Jensen, Sheperd & Hac, 1990; Gomes & Neves, 2008; Jensen et al., 1992; Schmidt, Norman Boshuize, 1990).

- Médico Ortopedista / ou Médico Fisiatra;
- Fisioterapeuta;
- Mais de 7 anos de experiência na área profissional;
- Reconhecido entre os pares;
- Com especializações na área de trabalho;
- Com experiência clínica reconhecida;
- Com experiência clínica no rugby;
- Domínio da língua inglesa;
- Disponibilidade e vontade para participar no estudo;

Foram criados instrumentos de recolha de dados sendo o consentimento informado, para a validação de conteúdo foi construído um questionário, constituído por quinze perguntas categorizadas e com três possibilidades de resposta fechada (Sim, Sim com Reservas, Não) e para o pré-teste foi produzido uma folha de rosto, consensos, definições e terminologia e um questionário com uma pergunta apenas.

Em 29 de Novembro de 2007 foi enviado o pedido formal ao Dr. Colin Fuller, tendo sido autorizado o processo de adaptação transcultural do *IRF iRB 2007* à realidade portuguesa.

Fase I - Adaptação

O processo de tradução e adaptação do *IRF iRB 2007* baseou-se principalmente na metodologia de Beaton, et al (2002). Realizaram-se então cinco fases distintas:

Traduções

Foram realizadas cinco traduções independentes do *IRF iRB 2007* (T1, T2, T3, T4, T5) a partir da versão inglesa para o português, realizada por tradutores bilingues com a língua mãe, o português. O T1, linguístico, não ligado à saúde reflectiu os termos utilizados pela população comum. O T2 linguístico, não profissional de saúde, ligado ao rugby, reflectiu os termos ligados ao desporto. Os tradutores T3, médico, T4 e T5 fisioterapeutas com prática no rugby, contribuíram com uma linguagem mais correcta do ponto de vista científico.

Síntese das Versões

Uma terceira pessoa, alheia a todo o processo de tradução, serviu de mediador nas diferentes traduções, tendo sido obtida uma versão consenso que serviu de referência para a retroversão (T12345).

Retroversões

Foram realizadas três retroversões (RT1, RT2, RT3) por tradutores diferentes, independentes e bilingues com língua mãe o inglês que trabalharam na versão de consenso (T12345).

Síntese das Retroversões

Mais uma vez foi elaborada a síntese das retroversões comparando-as com a versão original, alcançando uma versão consenso em inglês (RT123).

Aprovação do autor

Foi então enviada uma cópia da versão consenso inglesa obtida, ao autor original para que fosse aprovada. O autor sugerindo apenas quatro melhorias, deu a sua aprovação. Alcançou-se o consenso na versão portuguesa sendo apresentada ao comité de *experts*.

Fase 2 - Validade de conteúdo

Para a validade de conteúdo foi constituído um comité de *experts* sendo também incluídos todos os tradutores envolvidos na fase de adaptação. Ao comité, constituído por 15 *experts*, foram distribuídos 15 questionários com 15 perguntas cada num total de 225 perguntas.

A validade de conteúdo foi verificada a partir da análise das respostas dadas pelos intervenientes. Foi utilizado o método de codificação aberta mencionado por Strauss & Carbin (1994) onde se destacou as categorias normais e centrais tal como os códigos vivos dados pelas respostas dos *experts*. Para o efeito foram criadas tabelas para os comentários e sugestões.

Fase 3 – Pré-teste

Na terceira fase deste estudo foi elaborado um documento, para os profissionais de saúde que relataram a sua opinião considerando a inteligibilidade e clareza dos termos. Foram utilizados oito questionários com uma pergunta cada, perfazendo oito perguntas.

Resultados

Relativamente ao processo de adaptação foram concluídas todas as fases com sucesso, sendo apenas sugerido pelo autor contactado quatro alterações que se adequou a realidade portuguesa (Gomes & Neves, 2008).

Quanto aos critérios de definição das amostras (1, 2), foram garantidos de acordo com o estabelecido na metodologia, e todos são fisioterapeutas, médicos ortopedistas ou fisiatras. Em média apresentam 19 anos de experiência, tanto clínica como ao nível do rugby, são reconhecidos entre os pares (os pares eram semelhantes em termos de grau, qualificação conhecimento, competências ou qualquer combinação destes) e apresentam especializações na área intervenção, pois completaram estudos formais ou informais na sua prática clínica. Os profissionais foram escolhidos pelo reconhecimento clínico entre os seus pares (ex. fisioterapeuta da selecção nacional de rugby, com 22 anos de experiência indicado por um fisioterapeuta um ortopedista e um fisiatra que comprovam a boa experiência clínica do mesmo). Todos os *experts* possuem um domínio da língua inglesa elevado de inglês técnico (compreensão, escrita e oral); Também apresentaram assinado em consentimento informado que teriam disponibilidade e vontade de participar no estudo.

Quanto à validade de conteúdo num total de 15 questionários com 15 perguntas (Tabela 2) todas foram respondidas, sendo a distribuição a seguinte: Sim (187), Sim com Reservas (35) e Não (3).

Destacam-se as categorias quatro, seis, nove e onze como as centrais deste estudo sendo aquelas que apresentaram o maior número de comentários e reservas sendo a maioria em relação a terminologia apresentada.

Apresenta-se na Figura 1 a caracterização das respostas dos validadores de conteúdo, sendo que os valores de frequências relativas são convertidos e apresentados em percentagem, sendo: Sim (187) = 83%, Sim com reservas 16%) e não (1%). Tendo 99% de respostas positivas ainda que 16% com reservas.

Relativamente ao pré-teste, todos oito questionários foram preenchidos. Os resultados obtidos foram para o Sim (6), Sim com reservas (2), Não (0), Podem ser observados na tabela 2.

Tabela 2 - Respostas validade de Conteúdo

| Pergunta | Respostas | | |
|------------------------|-----------|-------------------|-----|
| | Sim | Sim, com reservas | Não |
| 0 | 13 | 2 | |
| 1 | 13 | 2 | |
| 2 | 13 | 2 | |
| 3 | 14 | 1 | |
| 4 | 11 | 4 | |
| 5 | 15 | | |
| 6 | 9 | 6 | |
| 7 | 11 | 3 | 1 |
| 8 | 13 | 2 | |
| 9 | 11 | 4 | |
| 10 | 14 | 1 | |
| 11 | 12 | 3 | |
| 12A | 14 | | 1 |
| 12B | 13 | 1 | 1 |
| Global | 11 | 4 | |
| Total de Questionários | 15 | | |

Para o Sim (6) = 75%, Sim com reservas (2) = 25% e não (0). Tendo 100% de respostas positivas ainda que 15% com reservas.

Apresenta-se na Figura 2 a caracterização das respostas dos utilizadores da amostra 1, sendo que os valores de frequências relativas são convertidos e apresentados em percentagem

Discussão

Tabela 3 - Respostas ao pré-teste

| Utilizadores | Respostas | | |
|------------------------|-----------|-------------------|-----|
| | Sim | Sim, com reservas | Não |
| Utilizador 16 | | 1 | |
| Utilizador 17 | 1 | | |
| Utilizador 18 | 1 | | |
| Utilizador 19 | 1 | | |
| Utilizador 20 | 1 | | |
| Utilizador 21 | 1 | | |
| Utilizador 22 | 1 | | |
| Utilizador 23 | | 1 | |
| Respostas | 6 | 2 | |
| Total de Questionários | 8 | | |

No parecer enviado pela Sociedade da Língua Portuguesa (FPR, 2001) é preferida a palavra *râguebi*, pois sempre que uma palavra estrangeira não apresente correspondente deve-se aporuguesá-la, em conformidade com as normas fonéticas nacionais. Sendo Federação Portuguesa de Rugby a entidade máxima em Portugal a utilizar a palavra *rugby*, esta sempre que a utilizar, estará a referir-se à palavra *râguebi* portuguesa. Relativamente à primeira parte / pergunta 3, (código do jogador) criou-se alguma confusão, no entanto, a Federação Portuguesa de

Gráfico 1 - Percentagem de Respostas Validade de Conteúdo

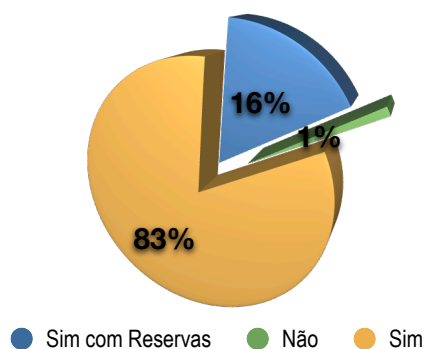
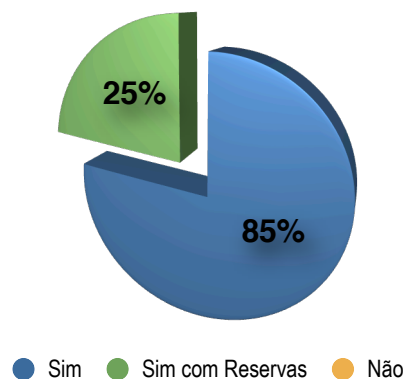


Gráfico 2 - Frequências relativas, pré-teste



Rugby quando questionada, respondeu que os únicos códigos a serem utilizados seriam os números de licença dos jogadores.

A categoria central (4) dá a hipótese de 19 regiões anatómicas, baseando-se no código OSICS utilizado em consenso por Fuller et al. (2007). Foram mantidas as mesmas regiões por opção da maioria dos *experts*. O código poderá ser sujeito a adaptação transcultural à realidade portuguesa, trazendo um contributo a este estudo. As categorias centrais (6, 9, 11) tiveram como principais críticas a utilização de termos pouco científicos e a necessidade um fio condutor para todo o documento transparecer a mesma realidade. Sendo um documento para profissionais de saúde adoptou-se a terminologia requerida destacando-se a título de exemplo os termos “abrasão” e “equimose” em detrimento de “queimadura” e “nódoa negra”, tal como “Outras lesões dos ossos”, “Lesão dos ligamentos” e “Lesão do nervo” para “Outras lesões ósseas”, “Lesão ligamentar”, “Lesão neural”.

As subcategorias “transecção medular”, “Lesão muscular: ruptura /micro-ruptura / cáibra” foram as que apresentaram mais comentários. Segundo Faria (2006) por secção medular temos lesões completas (A) ou incompletas (B, C, D, E) e segundo estas definições é compreendido secção medular logo aceitou-se esta alteração. Na lesão muscular foram tidas em contas as classificações de Lopes et al., 1993; Vanhoenacker, Maas, Gielen, 2007; recaindo então a decisão final sobre, Lesão muscular: ruptura / distensão / cáibra. Sendo justificado pela maioria dos *experts* como uma microruptura é uma ruptura, tendo em conta os autores acima mencionados as lesões musculares dividem-se: (cáibras, distensão, ruptura parcial e ruptura total)

Relativamente as perguntas com respostas negativas (7 - código OSICS) e (12A, 12B – arbitragem), conseguiu-se obter consenso com os validadores após explicação. Com a ATC à realidade portuguesa, não se pretendia questionar se as categorias estariam correctas no formulário, mas se os termos utilizados na tradução, correspondiam ao original em língua inglesa e mediam o que era suposto medir. As perguntas (12A, 12B – arbitragem), estão intimamente ligadas com o código de conduta e com as leis da arbitragem, IRB, 2008; FPR, 2008; RugbySmart, 2007; que defendem que uma das formas de prevenção de lesões é o cumprimento pelas leis de jogo e decisões do árbitro (Fuller et al., 2007). As próprias regras defendem cada vez mais a integridade

física dos atletas estas perguntas devem ser mantidas e não retiradas do formulário visto contemplarem um importante item no que toca a prevenção de lesões.

As reservas recaíram na terminologia mais adaptada a fisioterapeutas (e.g. tíbio-társica em detrimento de tornozelo). No entanto além do documento ser utilizado por médicos e/ ou fisioterapeutas, segue o código OSICS e respeitando a maioria dos *experts* não se optou por fazer alterações para uma população específica.

Conclusões

Ao fechar os pilares que sustentaram este estudo, foram seguidos todos os processos de modo a poder alcançar respostas as linhas orientadores sugeridas e pode-se responder com evidência:

A linguagem e os termos utilizados na tradução respeitam o sentido do texto original do autor em língua inglesa conseguindo obter uma versão para validade de conteúdo.

Relativamente à quantidade de inferências positivas mostra uma elevada validade de conteúdo (99%) ainda que 16% com reservas. Ao analisar os resultados obtidos a maioria dos comentários foram numa perspectiva de aumentar a validade do formulário. Os *experts* consideram o conteúdo do instrumento 99% aceitável para utilização em pré-teste, sendo que após sugestão foi adaptada uma terminologia mais científica seguindo um fio condutor em todo o formulário.

Relativamente ao pré-teste foram preenchidos 40 formulários. Não foi possível obter dez potenciais utilizadores da população alvo, no entanto com os oito utilizadores que submeteram as suas respostas, seis = Sim (75%), duas = Sim com reservas (25%) foram obtidas 100% de inferências positivas ainda que 25% com algumas reservas relativamente a terminologia, sendo a avaliação da inteligibilidade e clareza bastante positiva. Na aplicação do pré-teste na população e desporto alvo para verificação da *inteligibilidade e clareza*. Todos os utilizadores do instrumento (100%) consideram os termos claros e inteligíveis, no entanto colocam reservas em alguns pontos, novamente de terminologia para uma população específica.

Os objectivos a que nos propusemos foram alcançados, conseguindo contribuir para a adaptação transcultural do *IRF da iRB 2007* à população portuguesa, seguindo uma metodologia correcta, e assegurando a existência de equivalências idiomáticas, conceptuais, semânticas e

experimentais na versão portuguesa final encontrada – Formulário para Relatórios de Lesões no Rugby iRB 2007. O instrumento já está a ser utilizado na continuação do pré-teste ao nível da Federação Portuguesa de Rugby (Departamento Médico / Fisioterapia). Como implicações para a prática clínica portuguesa este estudo traz um instrumento de levantamento de lesões actual que servirá para fazer futuros estudos epidemiológicos e de prevenção de lesões para esta modalidade, abrindo assim uma nova linha de investigação em Portugal.

Os autores consideram pertinente que para a utilização do *FRLR iRB 2007*, na prática clínica, estudos que comprovem a fiabilidade do instrumento (fidedignidade intra-observador e inter-observador) deverão ser feitos para avaliar sua estabilidade. Seria interessante e útil adaptar o formulário base do jogador - *Players Baseline Form* - para que se consiga cruzar outro tipo de informações tal como, a posição do jogador, perna e braço e dominantes, com o índice de massa corporal e lesão ocorrida, entre outros. De igual forma deixar para futuro estudo a aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) no código a utilizar neste instrumento e ainda uma adaptação transcultural do código OSICS para a realidade portuguesa.

Bibliografia

- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. Padrões de Prática. (3ª ed.). Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. (2005a).
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. Instrumentos de Auditoria aos Padrões de Prática. (1ª ed.). Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. (2005b).
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. Modelo de Intervenção do Fisioterapeuta no Desporto. Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. (2000).
- Beaton, D; Bombardier, C; Guillemin, F; Ferraz, M. - Recommendations for the Cross-cultural Adaptation of Health Status Measures. *American Academy of Orthopaedic Surgeon* (2002); 1-34.
- Best, J; McIntosh, A; Savage, T. - Rugby World Cup 2003 Injury Surveillance Project. *Br J Sports Med* (2003); 39: 812-817.
- Bird, Y; Waller, A; Marshall, S; Alsop, J; Chalmers, D; Gerrard, D. - The New Zealand Rugby Injury and Performance, Project: V. Epidemiology of a season of rugby injury. *Br J Sports Med* (1998); 32: 319-325.
- Bork, C. - *Research in Physical Therapy*. Philadelphia: J B Lippincott Company; 1993.
- Brooks, J., Fuller, C., Kemp, S. & Reddin, B. A prospective study of injuries and training amongst the England 2003 Rugby World Cup squad. *Br J Sports Med* (2005); 39: 288-293. (2005).
- Chalmers, D. - Injury Prevention in sport – not yet part of the game?. *Inj Prev* (2002); 8: 22-25.
- Campos, D. & Atalaia, T. - Whiplash associado à prática do Râguebi. *Revista Portuguesa de Fisioterapia no Desporto* (2008); 2(1): 25-40.
- Cull, A., Sprangers, M., Bjordal, K., Aaronson, N., West, K. & Bottomley, A. Eortc Quality of Life Group Translation Procedure. Eortc Quality of Life Group; (2002).
- Cole, B. *et al.* (1994). Physical Rehabilitation Outcome Measures. Canadian Physiotherapy Association. 1-33; (1994).
- Domingues, F; Esteves, J; Pereira, P; Contributo para a Adaptação e Validação do Instrumento de Medida, Foot And Ankle Outcome Score (FAOS), para a Realidade Portuguesa. *Revista Portuguesa de Fisioterapia no Desporto*, (2008); 2 (1): 23-34.
- Faria, F. Lesões vértebro-medulares – A perspectiva da reabilitação. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 12 (1), 45-53, (2006).
- Federação Portuguesa de Rugby. *Leis do Jogo de Rugby – The laws of the game of Rugby Union from international Rugby Board*. (2004). Disponível em: http://www.fpr.pt/FPR_Leis_de_Jogo_atualiz_Jun04.pdf.
- Federação Portuguesa de Rugby. *Códigos de Conduta*. Departamento de Formação. Federação Portuguesa de Rugby; (2008).
- Federação Portuguesa de Rugby. *Diário do Treinador*. Centro de Estudos e Formação Desportiva. Federação Portuguesa de Rugby; (2001).

- Fitzpatrick, R; Davey, C; Buxton, M; Jones, D. - *Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials*. Health Technology Assessment; (1998).
- Fortin, M. *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda; 1999.
- Fuller, C; Ekstrand, J; Junge, A; *et al.* - Consensus Statement on Injury Definitions and Data Collection Procedures in Studies of Football (soccer) injuries. *Br J Sports Med*, (2006); (40): 193-201.
- Fries, J., Spitz, P., Traines, G. Measurement Patient Outcome in arthritis. *Rheum*, 23, 137-145, (1990).
- Fuller, C; Molloy, M; Bagate, C. - Consensus Statement on Injury Definitions and Data Collection Procedures for Studies of Injuries in Rugby Union. *Clin J Sport Med*, (2007); 17: 177–181.
- Gabbett, T - Reductions on pré-season training loads reduce training injury rates in rugby union players. *Br J Sports Med*, (2004); 38: 743-749.
- Gabbett, T - Incidence of injury in semi-professional rugby league players. *Br J Sports Med*, (2003); 37: 36–44.
- Gomes da Silva, M.(2006). Medidas de Resultados - Outcome Measures. *EssFisiOnline*, (2006); 2 (1), 59-75.
- Herdman, M., Fox-Rushby, J. Badia, X. A model of equivalence of cultural adaptation of HRqoL instruments: The Universalist approach. *Qual Life Res*, 7(4), 323-35, (1998).
- Holtzhausen, L; Schwellnus, M; Jakoet, I; Pretorius, A. - The incidence and nature of injuries in South African rugby players in the rugby Super 12 competition. *S Afr Med*, (2006); 96: 1260-1265.
- International Rugby Board. About IRB – IRB organization. In About IRB [on-line]. (2008).Disponível: <http://www.irb.com/aboutirb/organisation/index.html>
International Rugby Board.
- IRB. (2007). In Irb Rankings [on-line]. Disponível: www.irb.com.
- Jensen, G., Shepard, K. & Hack, L. The novice versus the experienced clinician: insights into the work of the physical therapist. *Phys Ther*,70, 314 –323; 1990.
- Jensen, G., Shepard, K., Gwyer, J. & Hack, L. (1992). Attribute dimensions that distinguish master and novice physical therapy clinicians in orthopedic settings. *Phys Ther*, 72, 711–722; 1992.
- Langley, J. & Brenner, R - What is an injury. *Inj Prev*, (2004); 10: 69-7.
- Lopes, A. Resolução de problemas – Base do processo de intervenção do fisioterapeuta. *Fisioterapia*, 2 (4), 15-23. (1991).
- Massada, L. - *Lesões Típicas do Desportista*. Lisboa: Editorial Caminho. 2006.
- Mendes, R. & Perloiro, F. - Seleção e Caracterização de Instrumentos de Medida Úteis a Intervenção da Fisioterapia em Idosos Institucionalizados. *Essfisionline*, (2006);
- Reichenheim, M & Moraes, C. - Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*, (2007); 41(4); 665-673.
- Rodrigues, J. - Contributo para adaptação à população portuguesa de um instrumento de recolha de dados relativos a lesões no rugby – “Formulário de lesões no Rugby - para jogos e treinos”. Alcoitão: ESSA. (2003).
- Rolfe, G.. Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research. The autor – Jornal Compilation. *Blackwell Publishing Ltd*. (2006); 304-310.
- Rothstein, J.- *Measurement in Physical Therapy*. New York: Churchill Livingstone.1985.
- RugbySmart. (2007). RugbySmart [on-line]. Disponível: www.rugbysmart.co.nz.
- Schmidt, H., Norman, G. & Boshuizen, H. A cognitive perspective on medical Expertise: theory and implication. *Acad Med*, 65, 611–621; 1990.
- Schweigert, W. *Research methods and statistics for psychology*. Brooks.
- Strauss, A. & Corbin, J. Grounded theory methodology: An overview. In Denzin, N. & Lincoln, Y. Handbook of qualitative research. London: Sage (1994).

Suk, M; Hanson, B; Norvell, D; Helfet, D. - *Musculoskeletal Outcomes Measures and Instruments*. Davos, Switzerland; 2005.

Wilkin, D. & Hallum, L. - *Measures of Need and Outcome for Primary Health Care*. Oxford Medical Publications; 1993.

Vanhoenacker, F., Maas, M., Gielen, J. . *Imaging of OrthopedicSports Injuries*. (1ª Ed.) Springer. New York. 2007.

Yard, E. & Comstock. Injuries Sustained by Rugby Players Presenting to United States EmergencyDepartments, 1978 Through 2004. *Journal of Athletic Training*, 41(3), 325–331, (2006)