

Adaptação cultural e reprodutibilidade do Questionário para Problemas Respiratórios em pacientes portadores de DPOC no Brasil*

Cultural adaptation and reproducibility of the Breathing Problems Questionnaire for use in patients with COPD in Brazil

Patrícia Nobre Calheiros da Silva, José Roberto Jardim, George Márcio da Costa e Souza, Michael E Hyland, Oliver Augusto Nascimento

Resumo

Objetivo: Traduzir para o português e adaptar para a cultura brasileira o *Breathing Problems Questionnaire* (BPQ, questionário para problemas respiratórios), assim como avaliar a sua reprodutibilidade em pacientes com DPOC. **Métodos:** Após a tradução e a adaptação do BPQ para a cultura brasileira por um tradutor, a primeira versão foi aplicada em oito pacientes visando conhecer suas dúvidas e dificuldades. O questionário foi analisado por uma comissão de especialistas e sua versão final foi definida. Foi realizada a retrotradução por um segundo tradutor, que foi enviada para o autor original com intuito de assegurar o sentido original do questionário. Após a aprovação final do autor, 50 pacientes portadores de DPOC responderam o BPQ para avaliar sua reprodutibilidade. **Resultados:** O tempo médio de resposta foi 9,5 min. Dos 50 pacientes, 21 eram do sexo feminino e 29 do sexo masculino, com média de idade de $65,8 \pm 7,5$ anos. A maioria foi classificada com DPOC moderada (29,16%) e grave (52%). O coeficiente de correlação intraclasse (CCI) para o escore total foi de 0,94. Os onze domínios do BPQ e as suas duas subescalas também tiveram valores de CCI acima de 0,70. Houve correlações moderadas entre os domínios e as subescalas do BPQ. **Conclusões:** A tradução e adaptação do BPQ para uso no Brasil foi adequada, pois os pacientes não apresentaram dificuldades para entendê-lo e respondê-lo. Além disso, o BPQ mostrou-se confiável por apresentar boa reprodutibilidade.

Descritores: Doença pulmonar obstrutiva crônica; Qualidade de vida; Reprodutibilidade dos testes.

Abstract

Objective: To translate the Breathing Problems Questionnaire (BPQ) into Portuguese and adapt it to the Brazilian culture, as well as to evaluate its reproducibility in patients with COPD. **Methods:** After the BPQ had been translated and adapted to the Brazilian culture, it was administered to a subgroup of 8 patients in order to identify their uncertainties and difficulties. The questionnaire was reviewed by an expert committee, and its final version was arrived at. A second translator back-translated the final version into English, which was sent to the original author in order to verify that the original meaning of the questionnaire had been maintained. After the approval of the original author, the final Portuguese-language version of the questionnaire was administered to 50 patients with COPD, in order to evaluate its reproducibility. **Results:** The mean response time was 9.5 min. Of the 50 patients, 21 were female and 29 were male. The mean age was 65.8 ± 7.5 years. Most of the patients were classified as having moderate COPD (29.16%) or severe COPD (52%). The intraclass correlation coefficient (ICC) for the total score was 0.94. The ICCs for the eleven BPQ domains and its two subscales were also above 0.70. Moderate correlations were found between the BPQ domains and subscales. **Conclusions:** The translation and cultural adaptation of the BPQ for use in Brazil was deemed appropriate, because the patients could easily understand and answer the questions. In addition, the Brazilian version of the BPQ questionnaire was found to be reliable, showing good reproducibility.

Keywords: Pulmonary disease, chronic obstructive; Quality of life; Reproducibility of results.

* Trabalho realizado na Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP) Brasil, em conjunto com a Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió (AL) Brasil, como parte do trabalho de conclusão de mestrado de Patrícia Nobre Calheiros da Silva.

Endereço para correspondência: Oliver A. Nascimento. Rua Botucatu, 740, 3º andar, Disciplina de Pneumologia, CEP 04023-062, São Paulo, SP, Brasil.

Tel. 55 11 5572-4301. E-mail: olivernascimento@yahoo.com.br

Apoio financeiro: Nenhum.

Recebido para publicação em 14/1/2012. Aprovado, após revisão, em 19/3/2012.

Introdução

A DPOC é uma doença heterogênea e multifatorial que gera grande impacto ao paciente e ao sistema de saúde. É uma enfermidade complexa e que requer uma avaliação multidimensional em relação à avaliação clínica e à resposta ao tratamento.⁽¹⁾ Ela se caracteriza pela presença de obstrução crônica ao fluxo aéreo, progressiva, que não é totalmente reversível e é associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões devido à inalação de partículas ou gases nocivos. É uma doença evitável e tratável, com efeitos extrapulmonares importantes que podem contribuir para o agravamento da doença.^(2,3)

Segundo as projeções, a DPOC será a quinta principal causa de impacto na saúde segundo o índice anos de vida ajustados pela deficiência, que exprime a soma de anos perdidos devido à mortalidade prematura, assim como a soma de anos de vida vividos com incapacidade, ajustados à gravidade.⁽³⁾ Em 2010, a DPOC foi a quinta maior causa de hospitalização no sistema público de saúde do Brasil, em pacientes maiores de 40 anos, com 121.197 internações, gerando um gasto aproximado de 86 milhões de reais.⁽⁴⁾ No Brasil, o número de óbitos por DPOC em ambos os sexos vem crescendo nos últimos 20 anos; a taxa de mortalidade devido à DPOC era de 7,88/100.000 habitantes, na década de 1980, passando para 19,04/100.000 habitantes na década de 1990 (crescimento de 340%).^(3,5)

A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dos portadores de DPOC está prejudicada em comparação àquela de indivíduos saudáveis, sendo a capacidade funcional um fator relevante na QVRS desses pacientes.⁽⁶⁾ A aplicação de questionários é uma forma prática de se avaliar a QVRS nos pacientes com DPOC. O *Breathing Problems Questionnaire* (BPQ, questionário para problemas respiratórios) é um questionário específico para doenças respiratórias crônicas, composto por 13 domínios e apenas 33 questões.⁽⁷⁾ O BPQ foi desenvolvido com base em experiências subjetivas associadas à doença e permite a avaliação de duas subescalas distintas. Uma avalia a saúde no seu estado emocional, e a outra avalia o conhecimento da saúde considerando a parte física da doença; ambas as subescalas apresentam uma boa correlação com outros questionários que graduam o impacto da doença na qualidade de vida desses indivíduos, questionários esses consagrados na literatura.

O BPQ mostrou ser de fácil aplicação, além de ser reprodutível e responsivo às intervenções terapêuticas na avaliação de pacientes com DPOC nos EUA.⁽⁸⁾ No entanto, para sua utilização no Brasil, era necessária a tradução, a adaptação cultural e a avaliação da sua reprodutibilidade. A tradução e a adaptação cultural do BPQ para o português do Brasil torná-lo-ia utilizável em nosso país e acrescentaria mais uma ferramenta eficiente para a avaliação e o manejo de pacientes com DPOC frente aos programas de reabilitação pulmonar e às estratégias de terapia. O objetivo do presente estudo foi, portanto, realizar a adaptação para a cultura brasileira do BPQ e avaliar a sua reprodutibilidade em pacientes com DPOC.

Métodos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), Maceió (AL), sob o número 930. Foi realizado um estudo transversal no Ambulatório de Fisioterapia da UNCISAL, em Maceió, AL, e no Centro de Reabilitação Pulmonar da Universidade Federal de São Paulo, localizado no Lar Escola São Francisco, em São Paulo (SP). Todos os pacientes incluídos no presente estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes das avaliações.

O BPQ é um questionário específico para doenças pulmonares crônicas, desenvolvido por Hyland em 1994, e composto por 33 perguntas divididas em 13 domínios. Quanto maior a pontuação, maior é o impacto dos problemas respiratórios na QVRS de pacientes com pneumopatias crônicas.⁽⁷⁾ Os domínios e suas questões estão demonstrados no Quadro 1. O BPQ existe em duas versões (longa e curta). No presente estudo, foi utilizada a versão longa para a pesquisa de reprodutibilidade. A versão curta é composta por 10 itens, promovendo a agilidade nas respostas e tendo uma boa correlação com a pontuação total da versão longa; porém, a versão curta não permite a construção das subescalas de saúde, o que causaria uma limitação de informações e correlações do estado de saúde nesses indivíduos. Em vista dessa possível limitação, decidimos utilizar a versão longa para a validação de seu uso no Brasil. No entanto, uma vez que a versão mais completa prove ser reprodutível, sua versão menor também poderá ser utilizada, se necessário.

Quadro 1 – Questões, pontuação e domínios do questionário de problemas respiratórios.

Domínios	Questões correspondentes	Pontuação
Caminhar	1, 2, 3	0-9
Alcançar objetos	6, 10	0-6
Banho	4, 5	0-6
Tarefas domésticas	7, 8, 9	0-6
Interação social	12, 13, 14	0-9
Efeitos climáticos e de temperatura	15, 16, 17, 18	0-12
Efeito de odores e fumaça	30, 31	0-6
Efeito de resfriados	23	0-3
Sono	19, 20	0-6
Medicamentos	21, 22	0-6
Estados disfóricos	11, 24, 25, 26, 27	0-15
Alimentação	28, 29	0-6
Necessidades fisiológicas de urgência	32, 33	0-6
Subescala de avaliação de saúde	13, 23, 24, 25, 26, 27	0-18
Subescala de conhecimento da saúde	1-12, 14-22, 28-33	0-81
Score total	Todas as questões (1-33)	0-99

A amostra foi composta de 58 pacientes, sendo que 8 participaram da fase de adaptação cultural e os demais 50 durante a fase de reprodutibilidade. Os critérios de inclusão foram os seguintes: pacientes com DPOC com diagnóstico clínico e espirométrico segundo as recomendações do documento *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*^(2,3); idade maior de 40 anos; boa capacidade cognitiva, avaliada pelo Miniexame do Estado Mental; e estabilidade clínica, pelo menos, nos 30 dias anteriores à primeira entrevista, ou seja, sem piora de tosse, aumento de secreções ou alteração de medicação. Os critérios de exclusão foram os seguintes: não comparecer às entrevistas sequenciais; cursar com instabilidade clínica; ser deficiente visual; ser portador de outra doença crônica incapacitante; e ser de populações vulneráveis, como índios, gestantes ou presidiários.

O questionário foi traduzido para o português por um nativo com domínio da língua inglesa. Essa primeira versão passou por uma adaptação cultural pelo comitê de juizes, que realizou as adaptações necessárias. Em seguida, essa primeira versão foi aplicada em 8 pacientes, anotando-se o tempo de resposta, assim como as dúvidas e dificuldades geradas. Foi elaborada uma nova versão em português com as adaptações realizadas com os pacientes, e essa foi traduzida para o inglês por um segundo tradutor com domínio da língua inglesa. A versão final em Inglês foi comparada com a versão original pelo comitê para assegurar

que o sentido original não tivesse sido modificado. Essa versão em inglês foi enviada ao autor original do questionário para que ele pudesse avaliar se a versão apresentava as mesmas propriedades do questionário original. O comitê de juizes foi composto por três especialistas com domínio do tema, da área de pesquisa do questionário e dos dois idiomas, pelo autor principal da presente pesquisa e pelo autor do questionário na versão original, permitindo a adaptação do questionário sem mudar sua essência.

A versão final do questionário foi aplicada em 50 pacientes com DPOC, em duas visitas, com intervalo de 15 dias, por um mesmo observador para a análise da reprodutibilidade intraobservador. O questionário foi avaliado nas duas visitas em relação a todos os domínios, escalas e pontuação total.

A amostra necessária para a avaliação da reprodutibilidade foi calculada em 50 pacientes com DPOC. A amostra foi baseada em outros estudos de adaptação cultural e reprodutibilidade de questionários de qualidade de vida realizados no Brasil, como os estudos de validação do *Saint George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ),⁽⁹⁾ do questionário de vias aéreas 20⁽¹⁰⁾ e do *Medical Outcomes Study 12-item Short-form Health Survey*,⁽¹¹⁾ assim como pelo preconizado em um estudo para se obter uma menor margem de erro.⁽¹²⁾

As variáveis numéricas foram expressas em médias e desvios-padrão. Os dados categóricos

estão demonstrados em números absolutos e proporções.

As comparações das médias das pontuações dos domínios e das subescalas do BPQ entre as duas visitas foram realizadas com o teste t pareado.

O coeficiente kappa foi utilizado para avaliar a concordância entre as respostas das questões. Valores de kappa acima de 0,75 indicam forte correlação; entre 0,4 e 0,75, a correlação é moderada; e a correlação é fraca abaixo de 0,4.

O coeficiente de correlação intraclasse (CCI), em conjunto com seu respectivo IC95%, foi utilizado para a avaliação da reprodutibilidade, considerando-se como excelente os valores maiores que 0,75. O nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados

Foram avaliados 73 pacientes com DPOC, sendo 8 durante a fase de adaptação cultural e 65 durante o estudo da reprodutibilidade. Durante as avaliações, 15 pacientes da fase de reprodutibilidade foram excluídos: 5 devido à exacerbação da DPOC e 10 por não retornarem para a segunda visita; portanto, 50 pacientes completaram a avaliação na fase de reprodutibilidade. A amostra da fase de adaptação cultural foi constituída por 2 homens (25%) e 6 mulheres (75%), com média de idade de 61 anos e resultados de espirometria indicando distúrbio ventilatório obstrutivo leve. Durante a fase de adaptação cultural, 2 dos pacientes relataram dúvidas nos itens 32 (relacionado a urinar) e 33 (referente a defecar). No questionário em inglês, a pergunta do autor era “*I find that getting breathless makes me want to go to the toilet to pass water (urine) or to open my bowels (stool)*”, e a tradução em português ficou “eu acho que sentir falta de ar me faz querer ir ao banheiro para urinar ou defecar”. Surgiram as seguintes interpretações: será que os problemas respiratórios levam o paciente a ir ao banheiro, ou quando vai, pioram seus problemas respiratórios? Após a discussão dessa questão pelo comitê de juizes, ficou clara a intenção original da pergunta, a qual foi mantida, querendo dizer que quando a falta de ar piora, essa faz o paciente ter vontade de urinar (item 32) ou de defecar (item 33).

O item 7 se refere às atividades domésticas: na versão original está “*because of breathing problems, housework takes me a little longer;*

longer; twice as long; more than three times as long; I cannot do housework any more; or don't know/not interested”. Dentro das opções de respostas, não existe a opção “faço sem problemas”, apresentando apenas a opção “não sei/não estou interessado”. Portanto, os pacientes foram orientados que os itens “*don't know/not interested*” (não sei/não estou interessado) fossem marcados com o sentido “faço sem problemas”, não sendo alterada a resposta original.

Na fase de reprodutibilidade, foram avaliados 29 homens e 21 mulheres, com média de idade de 65,6 anos. A maior parte dos pacientes apresentava DPOC nos estádios moderado e grave. Na avaliação espirométrica, os pacientes não apresentavam resposta positiva ao broncodilatador. Na avaliação cognitiva pelo Miniexame do Estado Mental, os pacientes apresentavam bom nível cognitivo. As características dos sujeitos, incluindo dados da função pulmonar, gravidade da doença, nível socioeconômico e escore do Miniexame do Estado Mental, são mostradas na Tabela 1.

Após a etapa da adaptação cultural, foi realizado o estudo da reprodutibilidade, tendo 50 pacientes respondido o questionário em dois momentos. Comparando as pontuações dos

Tabela 1 - Características da amostra estudada.^a

Variáveis	Resultados
Idade, anos	65,8 ± 7,5
Gênero ^b	
Masculino	29 (58)
Feminino	21 (42)
Escore do minixame do estado mental	27 ± 3,8
VEF ₁ /CVF pré-broncodilatador	0,49 ± 0,13
VEF ₁ pré-broncodilatador, L	1,15 ± 0,40
VEF ₁ pré-broncodilatador, % do previsto	44 ± 17,8
CVF pré-broncodilatador, L	2,39 ± 0,66
VEF ₁ /CVF pós-broncodilatador	0,51 ± 0,11
VEF ₁ pós-broncodilatador, L	1,24 ± 0,47
VEF ₁ pós-broncodilatador, % do previsto	47,4 ± 19,6
CVF pós-broncodilatador, L	2,56 ± 0,76
Estadiamento GOLD ^b	
Leve	4 (8)
Moderado	14 (28)
Grave	26 (52)
Muito grave	6 (12)

GOLD: *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*.

^aValores expressos em média ± dp, exceto onde indicado.

^bValores expressos em n (%).

Tabela 2 – Pontuações e reprodutibilidade dos domínios, subescalas e escore total do questionário de problemas respiratórios.

Domínios	Escore ^a		CCI	IC95%
	Visita 1	Visita 2		
Caminhar	5,74 ± 1,59	5,32 ± 1,78	0,73	0,53-0,85
Alcançar objetos	2,36 ± 1,88	2,32 ± 1,94	0,86	0,75-0,92
Banho	3,34 ± 2,05	3,34 ± 2,46	0,73	0,52-0,85
Tarefas domésticas	3,28 ± 2,67	3,38 ± 2,41	0,90	0,83-0,95
Interação social	2,42 ± 2,91	1,92 ± 1,91	0,60	0,29-0,77
Efeitos climáticos e de temperatura	5,00 ± 2,68	5,38 ± 2,60	0,73	0,52-0,85
Efeito de odores e fumaça	2,76 ± 1,86	2,62 ± 1,91	0,91	0,84-0,95
Efeito de resfriados	1,88 ± 1,08	2,26 ± 1,05	0,44	0,10-0,68
Sono	0,84 ± 1,18	1,06 ± 1,41	0,81	0,67-0,89
Medicamentos	0,96 ± 1,24	0,86 ± 1,18	0,87	0,78-0,93
Estados disfóricos	6,76 ± 4,30	6,50 ± 3,36	0,82	0,68-0,90
Alimentação	1,14 ± 1,31	1,28 ± 1,34	0,84	0,71-0,91
Necessidades fisiológicas de urgência	1,66 ± 2,03	1,66 ± 2,10	0,90	0,82-0,94
Subescala de avaliação de saúde	7,32 ± 4,76	7,06 ± 3,63	0,80	0,66-0,89
Subescala de conhecimento de saúde	30,27 ± 14,05	30,84 ± 14,20	0,94	0,89-0,97
Escore total	37,43 ± 17,73	37,90 ± 17,03	0,94	0,90-0,97

CCI: coeficiente de correlação intraclasse. ^aValores expressos em média ± dp.

domínios, das subescalas e dos escores totais entre as duas visitas, todas se mostraram semelhantes, com pequenas variações de desvio-padrão. Dos 13 domínios, 11 apresentaram excelentes valores de CCI. As exceções foram o domínio “efeito de resfriados” e “interação social”, os quais obtiveram um moderado CCI. Na análise das subescalas e do escore total, observam-se excelentes valores de CCI (Tabela 2). O tempo mínimo de resposta foi de 4 min e 11 s, e o tempo máximo foi de 15 min e 45 s, com tempo médio de 9 min e 30 s.

Quando avaliada a concordância das questões pelo coeficiente kappa, das 33 perguntas, 3, 15 e 5 obtiveram, respectivamente, concordância fraca, moderada e forte, enquanto 10 não puderam ser calculadas por não terem se repetido.

Discussão

O presente estudo nos permitiu observar que a tradução e a adaptação cultural do BPQ foi adequada, pois os pacientes compreenderam bem as perguntas e respostas. A análise do conteúdo do BPQ mostra que esse questionário deve trazer benefícios na avaliação dos pacientes com DPOC, sendo, portanto, um novo instrumento colocado à disposição dos profissionais que interagem com pacientes com DPOC. Obtivemos excelente reprodutibilidade na maioria dos domínios, subescalas e escore geral; apenas os domínios

“interação social” e “efeito de resfriados” apresentaram um CCI de moderado a bom; nenhum domínio apresentou valores de CCI que pudessem ser considerados como fracos, fato esse semelhante ao encontrado nos estudos de construção do BPQ nas versões longa e curta.^(7,8) Usualmente, considera-se que valores de CCI iguais ou acima de 0,75 demonstram boa reprodutibilidade.

Existe uma versão curta do BPQ com 10 itens, composta por perguntas idênticas às da versão longa. A correlação da pontuação total entre as versões longa e curta foi de 0,91 ($p < 0,001$),^(7,8) semelhante à correlação da reprodutibilidade encontrada em nosso estudo da versão longa, que teve um CCI de 0,94. Observamos que as perguntas da versão longa que apresentaram os menores valores de kappa foram as mesmas que foram retiradas na construção da versão curta, mostrando que, talvez, essas perguntas também não tenham apresentado uma boa concordância nos estudos dos criadores do questionário.^(7,8)

Ao final do processo, observamos que houve pouca necessidade de adaptações culturais no questionário e que ele apresentou excelente reprodutibilidade. A maior parte dos questionários de qualidade de vida utilizados para pacientes com DPOC foi elaborada em uma língua que não o português, o que requer um processo de adaptação antes de serem usados em nosso país. O

questionário BPQ, versão longa, foi desenvolvido para ser aplicado em qualquer paciente com doenças respiratórias crônicas.⁽⁷⁾ Ele conta com o auxílio de figuras e retrata o impacto da doença na QVRS. É de fácil leitura e aplicação e apresenta interpretação rápida.

Seus 13 domínios são capazes de dar uma ideia de como os problemas respiratórios interferem nas atividades da vida diária, como eles se comportam frente às mudanças de tempo, cheiros e estados emocionais, bem como a necessidade de utilização de terapias com drogas ou uso de oxigênio. Esse questionário ainda permite uma análise de duas subescalas. Uma chamada de avaliação de saúde, a qual identifica o estado emocional desses indivíduos, analisando estados disfóricos, como ansiedade, raiva, preocupação, depressão e vergonha. A outra, chamada de conhecimento de saúde, notifica a parte física desse paciente, ou seja, o quanto os problemas de saúde interferem nas atividades da vida diária e na interação social. Portanto, o questionário mostra ser completo na avaliação e acompanhamento da qualidade de vida de pacientes com pneumopatias crônicas.⁽⁷⁾

Observamos que o BPQ é mais rápido de ser respondido do que o SGRQ⁽⁹⁾ e o *Chronic Respiratory Questionnaire* (CRQ).⁽¹³⁾ O BPQ foi respondido entre 4 e 15 min (média de 9 min e 30 s), o que torna o BPQ útil nas práticas clínicas, pois, além do tempo rápido de resposta, ele avalia dimensões não abordadas em outros questionários e é responsivo às intervenções.

Embora os estadiamentos mais graves da DPOC sejam frequentemente associados com o comprometimento significativo do trabalho e das atividades cotidianas, os pacientes muitas vezes tendem a proporcionar uma autoavaliação otimista de seu estado de saúde.⁽¹⁴⁾ Na nossa amostra, quando observamos o mínimo e o máximo de pontuação dentro de cada domínio, observamos que esses pacientes autopontuaram, em suas respostas, com menos da metade dos escores totais, significando que o impacto da doença para suas subescalas de avaliação de saúde e conhecimento de saúde era baixo, mesmo tendo mais de 50% da amostra sendo considerada como pacientes com DPOC grave.⁽¹⁴⁾ Assim, não é incomum que exista entre os pacientes com DPOC uma discrepância entre o estado geral de saúde, gravidade da dispneia, limitação de atividade física e obstrução das vias aéreas, provavelmente porque os pacientes têm uma

baixa percepção da real gravidade da doença. Essa discrepância alerta para a necessidade de melhorar a avaliação dos pacientes com DPOC, e que essa avaliação seja cada vez mais clara e pontual.⁽¹⁴⁾ Dessa forma, um paciente no estágio IV pode ter uma percepção geral de sua saúde como sendo boa, o que não reflete a gravidade de sua doença.

Uma das conclusões desta constatação é que existe a necessidade de mais investimento em informação e educação da doença para que a percepção dos pacientes sobre sua doença melhore e que seja possível catalogar de forma mais fidedigna seus dados e perfis, melhorando o entendimento global dos pacientes.

Há um número grande de instrumentos de medidas do estado de saúde, com o seu uso sendo cada vez mais difundido, inclusive na avaliação da reabilitação pulmonar. Estudos já publicados comparando a avaliação do efeito a curto e longo prazo da reabilitação pulmonar na qualidade de vida de pacientes com DPOC,⁽¹⁵⁾ realizados com o BPQ e dois outros questionários específicos e muito utilizados para doença respiratória, o CRQ e o SGRQ, demonstraram mensurações iguais para a resposta ao efeito da reabilitação pulmonar.⁽¹⁶⁾ Esses resultados mostram que o BPQ também pode ser um instrumento valioso no acompanhamento da QVRS em pacientes portadores de DPOC.

O tamanho da amostra foi embasado na margem menor de erro, ou seja, quanto mais pacientes e reaplicações do questionário, menor é a chance de erros. Considerando-se outras adaptações culturais já publicadas no Brasil com amostras menores que as da presente pesquisa, o tamanho da amostra não deve ser visto como uma limitação.

Como conclusão, é essencial que os questionários criados em uma língua que não o português, para que possam ser usados no Brasil, sejam traduzidos e adaptados para a nossa cultura e que esse processo siga as regras internacionalmente conhecidas, que, entre outras, exige um comitê de juízes com conhecimento do assunto e da língua na qual o instrumento foi desenvolvido. A versão do BPQ para a língua portuguesa mostrou-se de fácil compreensão para os pacientes, com boa reprodutibilidade, demonstrando que esse questionário consegue fornecer as mesmas informações sobre a QVRS.

Referências

1. Mannino DM. COPD: epidemiology, prevalence, morbidity and mortality, and disease heterogeneity. *Chest*. 2002;121(5 Suppl):121S-126S. PMID:12010839. http://dx.doi.org/10.1378/chest.121.5_suppl.121S
2. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Consenso Brasileiro de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC. *J Bras Pneumol*. 2004;30(5):S1-S42.
3. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;176(6):532-55. PMID:17507545. <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.200703-45650>
4. DATASUS [homepage on the Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [cited 2011 Nov 11]. Informações de saúde – Mortalidade. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pobt10uf.def>
5. de Oca MM, Tálamo C, Halbert RJ, Perez-Padilla R, Lopez MV, Muiño A, et al. Frequency of self-reported COPD exacerbation and airflow obstruction in five Latin American cities: the Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar (PLATINO) study. *Chest*. 2009;136(1):71-8. PMID:19349388. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.08-2081>
6. Unisalesiano [homepage on the Internet]. Lins: Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium [cited 2011 Nov 20]. Ferreira EH, Green KM, Rosa TR, Mitsuya MM. Avaliação da qualidade de vida e atributos relacionados a capacidade funcional em pneumopatas crônicos [Adobe Acrobat document, 13p.]. Available from: <http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/CC35096248828.pdf>
7. Hyland ME, Bott J, Singh S, Kenyon CA. Domains, constructs and the development of the breathing problems questionnaire. *Qual Life Res*. 1994;3(4):245-56. PMID:7812277. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00434898>
8. Hyland ME, Singh SJ, Sodergren SC, Morgan MP. Development of a shortened version of the Breathing Problems Questionnaire suitable for use in a pulmonary rehabilitation clinic: a purpose-specific, disease-specific questionnaire. *Qual Life Res*. 1998;7(3):227-33. PMID:9584553. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1008826014337>
9. Souza TC de, Jardim JR, Jones P. Validação do questionário do hospital Saint George na doença respiratória (SGRQ) em paciente portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. *J Pneumol*. 2000;26(3):119-28.
10. Camelier A, Rosa F, Jones P, Jardim JR. Validação do questionário de vias aéreas 20 ("Airways questionnaire 20" – AQ20) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil. *J Pneumol*. 2003;29(1):28-35.
11. Andrade TL, Camelier AA, Rosa FW, Santos MP, Jezler S, Pereira e Silva JL. Applicability of the 12-Item Short-Form Health Survey in patients with progressive systemic sclerosis. *J Bras Pneumol*. 2007;33(4):414-22. PMID:17982533. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132007000400010>
12. Hopkins WG. Measures of reliability in sports medicine and science. *Sports Med*. 2000;30(1):1-15. PMID:10907753. <http://dx.doi.org/10.2165/00007256-200030010-00001>
13. Moreira GL, Pitta F, Ramos D, Nascimento CS, Barzon D, Kovelis D, et al. Portuguese-language version of the Chronic Respiratory Questionnaire: a validity and reproducibility study. *J Bras Pneumol*. 2009;35(8):737-44. PMID:19750325.
14. Dantas RA, Sawada NO, Malerbo MB. Research on quality of life: review of the scientific production of public universities from the state of Sao Paulo [Article in Portuguese]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003;11(4):532-8. PMID:14748173. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000400017>
15. Haave E, Hyland ME, Skumlien S. The relation between measures of health status and quality of life in COPD. *Chron Respir Dis*. 2006;3(4):195-9. PMID:17190122. <http://dx.doi.org/10.1177/1479972306070069>
16. Singh SJ, Sodergren SC, Hyland ME, Williams J, Morgan MD. A comparison of three disease-specific and two generic health-status measures to evaluate the outcome of pulmonary rehabilitation in COPD. *Respir Med*. 2001;95(1):71-7. PMID:11207021. <http://dx.doi.org/10.1053/rmed.2000.0976>

Sobre os autores

Patrícia Nobre Calheiros da Silva

Professora. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas; Fisioterapeuta Intensivista. UTI Cardíaca, Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió (AL) Brasil.

José Roberto Jardim

Professor Livre-Docente. Disciplina de Pneumologia. Universidade Federal de São Paulo; Diretor. Centro de Reabilitação Pulmonar, Universidade Federal de São Paulo/Associação de Assistência à Criança Deficiente - AACD, São Paulo (SP) Brasil.

George Márcio da Costa e Souza

Professor Coordenador. Núcleo de Propedêutica e Terapêutica, Universidade Estadual de Ciência da Saúde de Alagoas, Maceió (AL) Brasil.

Michael E Hyland

Professor. Departamento de Psicologia, Universidade de Plymouth, Plymouth, Reino Unido.

Oliver Augusto Nascimento

Médico Assistente. Disciplina de Pneumologia, Universidade Federal de São Paulo; Vice-Diretor. Centro de Reabilitação Pulmonar, Universidade Federal de São Paulo/Associação de Assistência à Criança Deficiente - AACD, São Paulo (SP) Brasil.