

Adaptação cultural e reprodutibilidade do Bristol COPD Knowledge Questionnaire em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil

Cultural adaptation and reproducibility of Bristol COPD Knowledge Questionnaire in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Brazil

Adaptación cultural y reproducibilidad del Cuestionario de Conocimiento de la EPOC de Bristol en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Brasil

Recebido: 09/08/2022 | Revisado: 17/08/2022 | Aceitado: 04/10/2022 | Publicado: 11/10/2022

Elenildo Aquino dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8404-9001>

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Brasil

E-mail: elenildo.santos@uncisal.edu.br

Oliver A. Nascimento

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3138-2219>

Universidade Federal de São Paulo, Brasil

E-mail: olivernascimento@yahoo.com.br

George Márcio da Costa e Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9015-0675>

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Brasil

E-mail: george.souza@uncisal.edu.br

Evandro Guimarães de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7320-6232>

Universidade Federal de São Paulo, Brasil

E-mail: evandrogsouza@gmail.com

José R. Jardim

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3138-2219>

Universidade Federal de São Paulo, Brasil

E-mail: josejardim@yahoo.com.br

Resumo

Nos últimos anos, tem havido um crescimento na ênfase da educação de pacientes e de suas famílias sobre as condições médicas deles. Isso tem levado os pacientes a desejarem mais informações sobre suas condições, e, em parte, os profissionais de saúde têm reconhecido que um certo autocontrole da doença é importante para os pacientes. O objetivo geral deste trabalho foi adaptar para a cultura brasileira e avaliar a reprodutibilidade do Bristol COPD Knowledge Questionnaire em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. O presente estudo tratou de um questionário original composto de 65 perguntas foi traduzido para a língua portuguesa por um profissional com domínio na língua inglesa. Essa primeira versão passou por adaptação cultural. Em seguida foi aplicada a versão adaptada a oito pacientes que responderam ao questionário e avaliadas as dificuldades com as palavras traduzidas. Essa segunda versão em português adaptada culturalmente passou por uma tradução retrógrada para o inglês, por outro tradutor americano com domínio nas duas línguas. Esta versão em inglês foi comparada com a versão original pelos pesquisadores e depois pelo autor do questionário original. Encontrou-se o valor de CCI de 0,83 para a avaliação global das duas aplicações do questionário. Avaliados isoladamente seis domínios apresentaram o CCI acima de 0,70, quatro entre 0,60 - 0,69 e três abaixo de 0,60. A menor concordância foi observada no domínio referente à etiologia e a maior, em corticoides orais. Concluímos que o Questionário Bristol adaptado para a língua portuguesa do Brasil é de fácil entendimento pelos pacientes com DPOC e mostrou ser reprodutível.

Palavras-chave: DPOC; Questionários; Conhecimento.

Abstract

In recent years, there has been a growing emphasis on patients and their families' education on their medical conditions. This has led patients to want more information about their conditions, and in part, health professionals have recognized that a certain self-control of the disease is important for patients. The general objective of this study was to adapt to the Brazilian culture and evaluate the reproducibility of the Bristol COPD Knowledge Questionnaire in patients with chronic obstructive pulmonary disease. The present study dealt with an original questionnaire composed of 65 questions was translated into Portuguese by a professional with mastery in The English language.

This first version underwent cultural adaptation. Next, the version adapted to eight patients who answered the questionnaire and evaluated the difficulties with the translated words was evaluated. Next, the version adapted to eight patients who answered the questionnaire and evaluated the difficulties with the translated words was evaluated. This second version in Portuguese culturally adapted underwent a retrograde translation into English by another American translator with mastery in both languages. This English version was compared with the original version by the researchers and then by the author of the original questionnaire. The ICC value of 0.83 was found for the overall evaluation of the two applications of the questionnaire. Evaluated separately, six domains presented the ICC above 0.70, four between 0.60 - 0.69 and three below 0.60. The lowest agreement was observed in the domain regarding etiology and the highest, in oral corticosteroids. We conclude that the Bristol Questionnaire adapted to the Portuguese language of Brazil is easy to understand by patients with COPD and proved to be reproducible.

Keywords: COPD; Questionnaires; Knowledge.

Resumen

En los últimos años, ha habido un énfasis creciente en educar a los pacientes y sus familias sobre sus condiciones médicas. Esto ha llevado a los pacientes a desear más información sobre sus condiciones y, en parte, los profesionales de la salud han reconocido que es importante para los pacientes cierto autocontrol de la enfermedad. El objetivo general es adaptar la cultura brasileña y evaluar la reproducibilidad del Bristol COPD Knowledge Questionnaire en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El presente estudio abordó un cuestionario original compuesto por 65 preguntas y fue traducido al portugués por un profesional con conocimiento del idioma inglés. Esta primera versión sufrió una adaptación cultural. Luego, se aplicó la versión adaptada a ocho pacientes que respondieron el cuestionario y se evaluaron las dificultades con las palabras traducidas. Esta segunda versión en portugués culturalmente adaptada se sometió a una traducción inversa al inglés por otro traductor estadounidense con dominio en ambos idiomas. Esta versión en inglés fue comparada con la versión original por los investigadores y luego por el autor del cuestionario original. Se encontró un valor de CCI de 0,83 para la evaluación global de las dos aplicaciones del cuestionario. Evaluados por separado, seis dominios presentaron ICC por encima de 0,70, cuatro entre 0,60 - 0,69 y tres por debajo de 0,60. La concordancia más baja se observó en el dominio relacionado con la etiología y la más alta, en los corticoides orales. Concluimos que el Cuestionario Bristol adaptado al portugués brasileño es fácil de entender por los pacientes con EPOC y demostró ser reproducible.

Palabras clave: EPOC; Cuestionarios; Conocimiento.

1. Introdução

Nos últimos anos observou-se um aumento no reconhecimento da importância da educação para a saúde de pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e de seus familiares com o objetivo do controle desta doença. Além disso, os profissionais de saúde reconhecem a importância do autocontrole do DPOC para o êxito do tratamento (White et al, 2006).

Entretanto, os estudos sobre os resultados da educação para saúde dos pacientes portadores de doenças pulmonares crônicas demonstram que não há uniformidade nos resultados dessa intervenção e, por outro lado, não se observam dados consistentes relacionados ao custo-efetividade em decorrência deste procedimento na melhoria da condição de saúde desses pacientes (Sigurgeirsdottir et al, 2019 & Walker et al, 2020).

As razões para esta inconsistência são incertas, mas elas podem incluir variações na forma e no conteúdo do programa educacional e nas variações do conhecimento adquirido. Além do mais, verifica-se a falta de uniformidade na seleção de pacientes estudados, pois um estudo demonstrou a redução do atendimento em serviços de saúde após este processo educacional. Entretanto, neste trabalho observa-se que um terço desses pacientes eram asmáticos, não podendo aplicar esses resultados em portadores de DPOC (Tougaard et al, 1992).

A despeito de se admitir a importância da educação para saúde, nesse grupo de pacientes, nenhum dos estudos apresentou dados suficientes para avaliar a aquisição do conhecimento e as modificações ocorridas (Stoilkova et al, 2013). Para que se possa observar o impacto da educação, é importante que o processo deva ser adequado às necessidades dos pacientes e para tal torna-se necessário a aplicação de um método satisfatório para avaliação dos resultados (White et al, 2006).

Há vários questionários sobre educação em asma, os quais têm sido aplicados, também, em pacientes com DPOC, não se levando em consideração que estas condições são diferentes nos pacientes portadores destas duas doenças. Uma revisão sobre estes questionários revelou que nenhum deles era adequado para testar o conhecimento dos pacientes portadores de DPOC (Stewart et al, 2001). Para estratégias de educação no contexto da RP o processo deve se basear no conhecimento da doença, pelo paciente, bem como pelos seus familiares e/ou cuidadores, com intuito que estes tenham a compreensão de suas condições clínicas e um certo autocontrole da doença. (Santos et al, 2022 & Souza et al, 2020).

Devido à falta de um questionário que, adequadamente, pudesse avaliar o conhecimento de pacientes sobre DPOC, White, *et al.*, desenvolveram e validaram o Bristol COPD Knowledge Questionnaire com o objetivo de verificar o entendimento dos pacientes sobre a DPOC (White et al, 2006). Trata-se de um questionário de múltipla escolha contendo 13 domínios, cada um com cinco afirmativas, constituindo ao final 65 questões. O objetivo deste estudo é adaptar este questionário para sua utilização e avaliação de sua reprodutibilidade em portadores de DPOC no Brasil.

2. Metodologia

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), Maceió (AL), protocolo № 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), utilizando-se da metodologia para tradução e adaptação cultural do Bristol COPD Knowledge Questionnaire e avaliação de sua reprodutibilidade para sua utilização em portadores de DPOC no Brasil, observou-se recomendações nacionais e internacionais (Fortes et al, 2019; Institute for Work & Health, 2007; Ferrer et al, 1996; Filho et al, 2011 & Moraes et al, 2020). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O Bristol COPD Knowledge Questionnaire, foi aplicado em 50 pacientes com diagnóstico de DPOC, segundo o documento GOLD (Gold, 2021), por duas vezes, num intervalo de 15 dias. Como critérios de inclusão todos deveriam ter idade ≥ 40 anos, possuir boa capacidade cognitiva para a compreensão do questionário a ser aplicado, avaliados pelo Mini-Mental (Folstein et al, 1975), e com estabilidade clínica por, pelo menos, 30 dias antes da primeira entrevista. Como critérios de exclusão, não comparecer às entrevistas sequenciais, ser deficiente visual ou portador de outra doença crônica incapacitante não controlada.

Os dados foram coletados em um formulário padronizado e foram armazenados em uma planilha eletrônica de dados (SPSS).

O Bristol COPD Knowledge Questionnaire é um questionário que avalia o conhecimento dos pacientes sobre a DPOC, de múltipla escolha, contendo 13 domínios, cada um com cinco questões, constituindo ao final 65 questões. Há três opções de respostas: verdadeira, falsa e não sei, sendo considerado 1 (um) ponto para cada resposta certa e 0 (zero) para cada resposta errada ou quando a alternativa “não sei” foi a escolhida. Os domínios abordados são: epidemiologia e fisiologia, etiologia, sintomas, falta de ar, catarro, infecções, exercícios, fumo, vacinação, broncodilatadores inalados, antibióticos e corticóides orais e inalados (White et al, 2006).

O questionário foi traduzido para a língua portuguesa por um profissional de saúde brasileiro com domínio na língua inglesa. Essa primeira versão passou por uma adaptação cultural por meio de uma comissão de quatro especialistas. Em seguida, foi aplicada esta versão adaptada a oito pacientes que responderam ao questionário para avaliar eventuais dificuldades em compreender as questões. Uma nova versão, em português, foi finalmente escrita considerando as dificuldades observadas

pelos pacientes. Esta nova versão passou por uma tradução retrógrada para o inglês, por outro tradutor americano com domínio nas duas línguas. A segunda versão, em inglês, foi comparada com a versão original pelos pesquisadores e depois pelo o autor do questionário, resultando na versão final adaptada do questionário (Quadro 1).

Quadro 1. Questionário Bristol de Conhecimento sobre DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (BCKQ).

Nome: _____ Data: _____

Este questionário foi criado para descobrir o que você sabe sobre o seu problema pulmonar. Deve ser preenchido sem ajuda de ninguém. Isso normalmente leva entre 10 e 20 minutos. Suas respostas nos ajudarão a descobrir que informações você necessita para ajudá-lo a compreender e gerir a sua condição pulmonar. Marque o círculo que você acha que é a resposta correta.

		Verdadeira	Falsa	Não Sei
1	Na DPOC:			
a	Na DPOC a palavra “crônica” significa grave.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	DPOC pode ser confirmada apenas por testes de respiração.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	Na DPOC normalmente a doença piora com a passagem do tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	Na DPOC os níveis de oxigênio no sangue sempre são baixos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	A DPOC é raramente vista em pessoas com menos de 40 anos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	DPOC:			
a	Mais do que 80% dos casos de DPOC são causados pelo uso de cigarros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	A DPOC pode ser causada pela exposição de poeiras no trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	Asma crônica pode tornar-se DPOC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	DPOC é uma doença hereditária.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	As mulheres são menos vulneráveis aos efeitos do uso do cigarro que os homens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Os seguintes sintomas são comuns na DPOC:			
a	Inchaço dos tornozelos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	Fadiga (cansaço).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	Chiado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	Dor torácica como esmagamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	A perda de peso rápida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	A falta de ar em DPOC:			
a	A falta de ar grave pode impossibilitar viagens aéreas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	A falta de ar piora após comer muito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	A falta de ar significa que seus níveis de oxigênio estão baixos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	A falta de ar é uma resposta normal ao exercício.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	A falta de ar é causada principalmente por estreitamento dos brônquios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Catarro:			
a	A produção de catarro é um sintoma comum em DPOC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	A eliminação de catarro é mais difícil se você estiver desidratado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	Broncodilatadores inalados (bombinhas) podem ajudar na eliminação de catarro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	Catarro pode causar danos se for engolido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	A eliminação de catarro pode ser facilitada pelos exercícios de respiração.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Infecções pulmonares/exacerbações (piora nos sintomas)			
a	Infecção pulmonar frequentemente causa tosse com sangue.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	Com a infecção pulmonar o catarro normalmente torna-se amarelo ou esverdeado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	Exacerbações (piora nos sintomas) podem ocorrer na ausência de uma infecção pulmonar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	Infecções pulmonares sempre são associadas com febre alta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

e	Corticóides devem ser tomados sempre que houver exacerbação (piora nos sintomas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Exercício em DPOC:	Verdadeira	Falsa	Não Sei
a	Caminhar é um exercício melhor do que os exercícios de respiração para a capacidade física.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	Exercício deve ser evitado devido o esforço que faz nos pulmões.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	Exercício pode ajudar a manter seus ossos mais fortes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	Exercício ajuda aliviar a depressão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	Deve-se parar o exercício se sentir falta de ar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Fumando:	Verdadeira	Falsa	Não Sei
a	Parar de fumar reduzirá o risco de doença cardíaca.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	Parar de fumar diminuirá a progressão dos problemas pulmonares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	Parar de fumar não adianta mais porque os problemas pulmonares já existem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	Parar de fumar normalmente resulta em melhora da função pulmonar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	Tratamento de reposição de nicotina apenas é disponível com receita médica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Vacinação:	Verdadeira	Falsa	Não Sei
a	A vacinação contra gripe é recomendada anualmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	Você pode pegar gripe devido à vacinação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	Você somente pode receber a vacina contra gripe se você tiver mais do que 60 anos de idade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	A vacina contra pneumonia protege você contra todos os tipos de pneumonia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	Você pode receber a vacina contra gripe e a vacina contra pneumonia no mesmo dia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Broncodilatadores inalados (bombinhas):	Verdadeira	Falsa	Não Sei
a	Todos os broncodilatadores agem rápidos (dentro de 10 minutos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	Broncodilatadores de ação rápida e de ação lenta podem ser tomados no mesmo dia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	Espaçadores (câmara aérea) devem ser enxugados com uma toalha após serem lavados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	Utilizando um espaçador aumentará a quantidade de droga depositada nos pulmões.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	Tremores pode ser um efeito colateral do uso de broncodilatadores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Tratamento de antibióticos em DPOC:	Verdadeira	Falsa	Não Sei
a	Para ter efeito deve-se tomar antibióticos no mínimo 10 dias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	O uso excessivo de antibióticos pode causar resistência bacteriana (germes).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	O uso de antibióticos aliviará todas as infecções pulmonares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	O tratamento com antibióticos é necessário para uma exacerbação (piora nos sintomas) mesmo que leve.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	Você deve procurar seu médico se o uso de antibióticos está causando diarreia grave.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Comprimidos de corticóides usados para DPOC (ex. prednisona ou prednisolona):	Verdadeira	Falsa	Não Sei
a	Comprimidos de corticóides ajudam fortalecer os músculos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	Comprimidos de corticóides não devem ser tomados no caso de uma infecção pulmonar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	O risco de efeitos colaterais em longo prazo com o uso de corticóides durante pouco tempo é menor do que com seu uso contínuo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	Desconforto abdominal é um efeito colateral comum com o uso de comprimidos de corticóides.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	Comprimidos de corticóides podem aumentar seu apetite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13	Corticóides inalados:	Verdadeira	Falsa	Não Sei
a	Corticóides inalados devem ser suspensos se você estiver tomando comprimidos de corticóides.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	Bombinhas de corticóides podem ser utilizadas na necessidade de aliviar rapidamente uma falta de ar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	Espaçadores reduzem o risco de desenvolver fungos (monília-sapinho) na boca.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	A inalação de corticóides deve ser feita antes de usar seu broncodilatador.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	Corticóides inalados melhoram a função pulmonar em DPOC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fonte: Dados do estudo (2022).

A versão final adaptada do questionário foi aplicada a 50 pacientes com DPOC, em dois momentos com um intervalo de 15 dias para avaliar a reprodutibilidade. Nas duas ocasiões foi aplicado o questionário de estabilidade clínica desenvolvido em nosso serviço.

O questionário foi aplicado em uma sala climatizada, silenciosa de forma que o paciente pudesse responder o questionário tranquilamente; nos casos de dificuldades com a leitura ou em casos de analfabetos, as questões foram lidas pelo pesquisador, sem que houvesse nenhuma interpretação das perguntas para não influenciar as respostas.

Para a análise dos dados foi aplicada a análise estatística descritiva de medidas de tendência central como médias, variância e desvio-padrão. A reprodutibilidade da aplicação deste questionário foi avaliada pelo teste de coeficiente de correlação intraclassa - CCI. Consiste na razão entre a variância de interesse e a soma das variâncias de interesse adicionada ao erro. Varia de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1 maior a reprodutibilidade da variável (Koo, T. K & Li, M. Y, 2016).

De acordo com Dawson e Trapp (2004) os parâmetros sugeridos para interpretação do coeficiente de correlação intraclassa são: CCI maior que 0,75, excelente correlação; entre 0,40 a 0,75 regular a boa correlação; menor que 0,40, correlação ruim (Dawson, B & Trapp, R. G, 2004).

Os dados foram coletados em um formulário padronizado e foram armazenados em uma planilha eletrônica de dados (SPSS).

Os cálculos foram realizados com o auxílio do aplicativo estatístico SPSS versão 18.0. Foram utilizadas tabelas para a apresentação dos dados e os valores de alfa foram apresentados com até duas casas decimais.

3. Resultados e Discussão

A amostra final desta pesquisa foi de 50 pacientes, sendo 29 (58%) homens e 21 (42%) mulheres, após 10 terem sido excluídos por faltarem à segunda visita. A faixa etária média da amostra foi $65,8 \pm 7,5$ anos sendo a menor idade 51 e máxima, 80 anos. Todos apresentavam distúrbio ventilatório obstrutivo segundo o GOLD (Tabela 1).

Tabela 1: Dados demográficos dos 50 pacientes com DPOC que responderam ao questionário por duas vezes para avaliação da reprodutibilidade.

Variável	Média ±DP
Idade (anos)	65,8±7,5
VEF1/ CVF pré-BD	0,48±0,12
VEF1 L pré-BD	1,15±0,40
VEF1 pré-BD (%)	47,3±17,9
CVFL pré-BD	2,39±0,66
CVF pré-BD (%)	74,33±17,1
VEF1/ CVF pós-BD	0,51±0,11
VEF1 L pós-BD	2,31±7,06
VEF1 pós-BD (%)	51,1±19,6
CVFL Pós-BD	2,56±0,76
CVF Pós-BD (%)	78,3±20,9
Masculino n (%)	29(58)
Feminino n (%)	21 (42)

Fonte: Dados do estudo (2022).

Após a tradução do questionário, os pesquisadores deste estudo fizeram algumas considerações para melhorar o entendimento. Nos domínios relativos à infecção, corticóides orais e inalados. O termo esteróides foi substituído pela corticóides.

No geral, durante a fase de adaptação cultural, o questionário foi bem compreendido pelos oito pacientes. Apenas algumas alterações foram sugeridas pelos pacientes em relação aos 13 domínios. Uma foi a troca da palavra andar por caminhar na questão “a” do domínio relativo a exercício, pois do ponto de vista de três pacientes a palavra caminhar se relaciona melhor com uma atividade física programada; a outra sugestão dada por uma paciente refere-se a questão “c” do domínio relativo ao tema corticóides inalados, que em sua opinião a palavra fungos deveria ser acrescida da palavra monília e/ou sapinho, pois é mais popular entre a população.

Finalizada esta fase e com a primeira versão do questionário adaptada culturalmente, foi feita a tradução retrógrada, analisada pelos pesquisadores e enviada ao autor, que sugeriu três alterações: à questão “a” do domínio relativo a falta de ar deveria ser trocado a palavra “impede” por “pode impossibilitar”; na questão “a” do domínio referente à catarro a palavra “eliminação” por “produção” e a questão “d” do domínio corticóides orais deveria alterar, “má digestão” por “desconforto abdominal”. Após estas alterações, caracterizou-se a versão final do questionário. Portanto, estava pronto para ser avaliada sua reprodutibilidade.

Este questionário é dividido em 13 domínios, constando de 5 questões cada, que variam de 0 a 5 pontos, sendo a pontuação 5 a que demonstra maior conhecimento. Os dados referentes às respostas na primeira visita - V1 e na segunda visita - V2, mostram que o domínio referente a exercícios e sintomas tiveram as maiores médias e o domínio que aborda o tema corticóides inalados apresentou a menor média (Tabela 2).

Tabela 2: Pontuação dos domínios e escore total das V1 e V2 do Questionário Bristol, realizado em 50 pacientes com DPOC.

Domínios	V1 (Média ± DP)	V2 (Média ± DP)
Epidemiologia	2,0 ± 1,09	2,2 ± 0,99
Etiologia	2,7 ± 1,03	3,5 ± 0,99
Sintomas	2,9 ± 1,14	2,7 ± 1,30
Falta de ar	2,2 ± 1,04	2,3 ± 1,05
Catarro	2,8 ± 1,20	2,8 ± 1,37
Infecções	1,8 ± 1,12	2,0 ± 1,24
Exercícios	3,2 ± 1,00	3,1 ± 1,00
Fumo	2,8 ± 0,84	2,5 ± 0,79
Vacinação	2,8 ± 1,13	2,7 ± 1,17
Broncodilatadores inalados	1,8 ± 1,25	2,0 ± 1,40
Antibióticos	2,2 ± 1,13	2,1 ± 1,13
Corticóides orais	1,6 ± 1,49	1,7 ± 1,61
Corticóides inalados	0,6 ± 0,72	0,8 ± 0,84
Escore Total	29,3 ± 7,51	30,4 ± 8,30

Fonte: Dados do estudo (2022).

O CCI das duas avaliações foi de 0,83. No entanto, quando se observa de forma isolada cada domínio, temos seis domínios com o CCI acima de 0,70, quatro entre 0,60 - 0,69 e três abaixo de 0,60. A pior e a melhor concordância foram alcançadas nos domínios referentes à etiologia e corticóides orais, respectivamente. (Tabela 3).

Tabela 3: Reprodutibilidade dos domínios e escore total do Questionário Bristol avaliado em 50 pacientes com DPOC.

Domínios	CCI	IC95%
Epidemiologia	0,70	0,48 - 0,83
Etiologia	0,49	0,10 - 0,71
Sintomas	0,54	0,19 - 0,74
Falta de ar	0,73	0,52 - 0,85
Catarro	0,67	0,42 - 0,81
Infecções	0,74	0,54 - 0,85
Exercícios	0,69	0,45 - 0,82
Fumo	0,53	0,17 - 0,73
Vacinação	0,66	0,40 - 0,80
Broncodilatadores inalados	0,70	0,47 - 0,83
Antibióticos	0,70	0,48 - 0,83
Corticóides orais	0,79	0,62 - 0,88
Corticóides inalados	0,65	0,4 - 0,80
Escore Total	0,83	0,70 - 0,90

Fonte: Dados do estudo (2022).

A educação tem sido parte integrante dos programas de reabilitação pulmonar, onde se procura ensinar aos pacientes aspectos da doença e como lidar com ela (Lacerda et al, 2020). No entanto, pouco são os trabalhos que avaliaram a aquisição de conhecimentos dos pacientes sobre DPOC.

Em uma revisão da literatura ficou estabelecida a importância do conhecimento, adquiridos pelos pacientes como estratégia para uma melhor adesão do seu tratamento (Monninkhof et al, 2003).

No Brasil, não há nenhum instrumento específico para investigar o nível de conhecimento do paciente sobre a DPOC. Portanto, justifica-se o desenvolvimento deste trabalho no sentido de adaptar o referido questionário para sua utilização no Brasil.

A reprodutibilidade do questionário obteve um CCI total de 0,83, que é considerado como tendo muito boa reprodutibilidade. Isto quer dizer que se um paciente responde ao questionário uma segunda ou mais vezes é alta a probabilidade de ele responder do mesmo modo. Evidentemente que este é um resultado que reflete todos os domínios, podendo haver diferença de reprodutibilidade entre os diversos domínios.

Quando observados os resultados das respostas do questionário por domínios, percebemos que seis deles apresentam o CCI acima de 0,70, quatro entre 0,60 - 0,69 e três abaixo de 0,60 (Tabela 3). Ficou claro que os pacientes apresentam um conhecimento mais consistente no domínio sobre exercícios. Cremos que o maior conhecimento sobre exercícios se deve ao fato da divulgação constante sobre os resultados positivos da atividade física. Nos últimos anos tem havido uma massificação quanto à necessidade de praticar atividades físicas, inclusive com ênfase na mídia.

Um bom exemplo é o Programa "Agita São Paulo", que desde o seu lançamento em dezembro de 1996 até os dias atuais, vem trabalhando com intuito de promover o aumento do nível de atividade física, incrementando o conhecimento dos benefícios de um estilo de vida ativa da população e aumentando o envolvimento desta (Programa Agita São Paulo, 2022).

Iniciativas como a Frente Parlamentar em Defesa da Atividade Física - FPDAF criada em 2012 com a finalidade de defender as iniciativas, as ações e todo o trabalho que vá ao encontro das aspirações da sociedade no tocante a uma política eficiente, que garanta o direito à população de amplo acesso à prática da atividade física, esta prática tem se tornado uma ação contínua (Frente Parlamentar em Defesa da Atividade Física, 2022). Assim como o surgimento do Programa Academia da Saúde (PAS), que é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado, que integra a da rede de Atenção Primária à Saúde em espaços públicos como espaços de inclusão, de participação e de lazer que adota uma concepção ampliada de saúde e estabelece como ponto de partida o reconhecimento do impacto social, econômico, político e cultural sobre a saúde (Programa Academia da Saúde, 2022)

O estudo feito por Lottermann et al (2017) verificou os efeitos de diferentes programas de exercício físico sobre a saúde física, mental e qualidade de vida de indivíduos com DPOC, corroborando a importância de incorporar ao tratamento convencional do DPOC um programa regular de exercícios físicos, tendo por base o desenvolvimento dos componentes da aptidão física relacionada à saúde: capacidade aeróbia, força e resistência muscular, flexibilidade e composição corporal.

No mesmo estudo, Lottermann et al (2017), conclui que o programa de treinamento pode ser individual; entretanto, quando realizado em grupo, pode aumentar ainda mais a motivação e impactar os aspectos psicossociais de indivíduos com DPOC.

No estudo de Chen et al (2008) em portadores de DPOC, os autores sugerem a elaboração de ações para que o paciente adquira conhecimentos para a descoberta de seus limites físicos. Acredita-se que esta diferença ocorra porque os pacientes crônicos com acompanhamento por profissionais de saúde conhecem mais a importância da atividade física, já que habitualmente estes profissionais estimulam a prática destas atividades, como fator primordial para melhora da qualidade de vida.

O outro domínio com boa média de respostas foi o de sintomas. Entende-se que este bom nível de resposta se deva ao fato que sintomas é algo que eles conhecem bem, pois os vivenciam constantemente, pois estes interferem de forma intensa na qualidade vida nos portadores de DPOC. Este aspecto foi observado num estudo que analisou os comportamentos de auto-gestão de pacientes com DPOC, em Taiwan. O estudo avaliou a necessidade que estes possuam visando gerenciar de forma eficaz suas vidas. Dentre os itens citados pelos pacientes, estava o tratamento dos sintomas, pois estes são reconhecidos como uma limitação à qualidade de vida dos portadores desta doença (Chen et al, 2008).

Entretanto, os domínios que tratam sobre o uso de corticóides orais e inalados apresentaram os piores resultados, refletindo o desconhecimento sobre os medicamentos utilizados. Este fato é constatado em um estudo que avaliou o conhecimento da DPOC, onde o pior nível de conhecimento foi encontrado nos domínios broncodilatador e corticoide inalado (Souza et al, 2020). Outro estudo avaliou o impacto do ensino da técnica inalatória no controle clínico e funcional de pacientes com asma e DPOC, observou-se que a maior parte dos pacientes erra na utilização da técnica (Maricoto et al, 2016). Portanto, percebe-se que há um baixo nível de compreensão sobre o tratamento farmacológico.

Galeffos e Bakke constataram que a educação dos pacientes pode mudar os hábitos do uso de medicamentos, reduzindo a quantidade de β -2-agonista de curta duração inalada, que são intensamente utilizados entre os pacientes com DPOC. No entanto, a utilização dos corticóides inalados parece não ser afetada pela educação (Galeffos & Bakke, 1999).

Em um estudo randomizado e controlado de um programa de educação estruturado para pacientes com DPOC de intensidade de leve a moderada e com idade média de 63 anos, Worth e Dhein concluíram que o grupo participante do programa de educação obteve melhora no autocontrole com a utilização correta da medicação durante as exacerbações (n = 46) comparado com o grupo controle (n = 34) (Worth, H & Dhein, Y. 2004).

O domínio relativo à etiologia desta doença obteve o menor CCI, que foi de 0,49, mostrando que não houve uma concordância ideal entre as respostas da primeira e segunda visita. Acredita-se que por desconhecer os mecanismos que levam a doença, as respostas foram assinaladas de forma aleatória nas duas ocasiões da aplicação do questionário.

O domínio que trata do tema corticóides orais foi o que obteve a maior concordância, apesar do baixo conhecimento verificado neste domínio, mostrando que não houve mudanças consideráveis entre as respostas dadas nas duas entrevistas. Entende-se que o conhecimento que os pacientes têm sobre a medicação é errado, pois o escore foi baixo, mas eles foram concordantes, pois é fácil se lembrar do uso de um determinado medicamento.

Portanto, pela avaliação do escore total da reprodutibilidade do Questionário Bristol, fica claro que ele apresenta uma excelente reprodutibilidade, tornando-se, pois, um instrumento adequado para ser usado no Brasil. No entanto, analisando os domínios de formas isoladas, há variações quanto a estes valores, mas, todos apresentam concordância de regular a boa.

Este estudo nos permite concluir que a adaptação cultural do Questionário Bristol para a língua portuguesa foi bastante adequada, pois os pacientes tiveram um bom entendimento das perguntas. Em acréscimo, o valor do CCI de 0,83 mostra que ele é reprodutível, tornando assim mais fácil a mensuração do conhecimento destes pacientes e facilitando o processo de educação.

4. Conclusão

Podemos concluir que o questionário Bristol é reprodutível, de fácil entendimento e necessita um tempo curto para sua aplicação e que pode ser aplicado em pacientes com DPOC no Brasil.

Com sua validação, novos estudos devem ser realizados com objetivo de traçar estratégias de educação para este grupo de pacientes, carentes ainda de programas educacionais uniformes, o que poderá ajudar no autocuidado no tocante às condições clínicas.

Referências

- Chen, K. H., et al. (2008). Self-management behaviours for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *J Adv Nurs*, 64(6), 595-604.
- Dawson, B., & Trapp, R. G. (2004). Basic and Clinical Biostatistics. *McGraw-Hill Professional*
- Ferrer., et al. (1996). Validity and reliability of the St Georg's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the spanish example. *Eur Respir J*, 9(6), 1160.
- Filho., et al. (2011). Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian-Portuguese version of the Duke Anticoagulation Satisfaction Scale. *J Clin Nurs*, 21(17-18), 2509-2517.
- Folstein., et al. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res*, 12, 189-198.
- Fortes., et al. (2019). Check list para tradução e Adaptação Transcultural de questionários em saúde. *Caderno Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27 (2), 202-209
- Frente Parlamentar em Defesa da Atividade Física. <http://www.fpdatividadefisica.com.br>.
- Gallefos, F., & Bakke, P. S. (1999). Quality of life assessment after patient education in a randomized controlled study on asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*, 159(3), 812.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Report 2021. <http://goldcopd.org>.
- Institute for Work & Health. (2007). Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures [Internet]. Toronto: American Academy of Orthopaedic Surgeons. [cited 2013 May 25]. <http://www.dash.iwh.on.ca/system/files/X-CulturalAdaptation..>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability. *Research Journal of chiropractic medicine*, 15(2), 155-163.
- Lacerda., et al. (2020). Educação em saúde para indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Revista Vozes dos Vales*, 17.
- Lottermann, P. C., Sousa, C. A., & Liz, C. M. (2017). Programas de exercício físico para pessoas com dpoc: uma revisão sistemática. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, 21(1), 65-75.
- Maricoto, T., et al. (2016) Educational interventions to improve inhaler techniques and their impact on asthma and COPD control: a pilot effectiveness-implementation trial. *J Bras Pneumol*, 42(6), 440.
- Monninkhof, E. M., et al. (2003). Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, 58(5), 394.
- Moraes., et al. (2020). Tradução, adaptação cultural e validação do questionário de avaliação sintomática do lipedema (QuASIL). *J. Vasc. Bras*, 9.
- Programa Academia da Saúde. Disponível no Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (saude.gov.br).
- Programa Agita São Paulo. Citado em 22 de julho de 2022. <https://celafiscs.org.br/programa-agita-sao-paulo>.
- Santos., et al. (2022). Physiotherapy approach in the lung rehabilitation of COPD patients: an integrative review. *Research, Society and Development*, 11(10).
- Sigurgeirsdottir., et al. (2019). COPD patients' experiences, self-reported needs, and needs-driven strategies to cope with self-management. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, (14), 1033-1043.
- Souza H. V. P., et al. (2020). Conhecimento sobre doença pulmonar obstrutiva crônica em pacientes de diferentes níveis de atividade física. *Rev. Eletr. Enferm*, 22, 576-37.
- Stewart, D. G., et al. (2001). Benefits of an inpatient pulmonary rehabilitation program: a prospective analysis. *Arch Phys Med Rehabil*, 82(3), 347.
- Stoilkova., et al. (2013). Educational programmes in COPD management interventions: a systematic review. *Respir Med*, 107(11), 1637.
- Tougaard, L., et al. (1992). Economic benefits of teaching patients with chronic obstructive pulmonary disease about their illness. *Lacent*, 20(8808), 1517.
- Walker., et al. (2020). The benefits and challenges of providing patient education digitally. *Rheumatology*, 59, 3591-3592.
- White, R., et al. (2006). Bristol COPD Knowledge Questionnaire (BCKQ): testing what we teach patients about COPD. *Chron Respir Dis*, 3(3), 123.
- Worth, H., & Dhein, Y. (2004). Does patient education modify behaviour in the management of COPD? *Patient Educ Couns*, 52(3), 267.