

Artigo Original

Avaliação da qualidade de vida pelo Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: validação de uma nova versão para o Brasil*

Using the Saint George's Respiratory Questionnaire to evaluate quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: validating a new version for use in Brazil

AQUILES CAMELIER¹, FERNANDA WARKEN ROSA², CHRISTINE SALMI²,
OLIVER AUGUSTO NASCIMENTO³, FÁBIO CARDOSO², JOSÉ ROBERTO JARDIM⁴

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar a aplicabilidade da versão modificada do Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória. Esta versão possui adaptação nas respostas de algumas perguntas com duplas negativas, substituindo as respostas "sim" e "não" por "concordo" e "não concordo", com o intuito de facilitar a compreensão destas questões, e o período de recordação de sintomas passando de um ano para três meses. **Métodos:** Foram avaliados 30 pacientes com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica, estáveis clinicamente. Foram aplicados o Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória e a sua versão modificada em duas situações, separadas por quinze dias. **Resultados:** Todos os indivíduos apresentaram alteração da qualidade de vida relacionada à saúde. A comparação de médias das pontuações dos domínios dos dois questionários mostrou maior alteração no domínio Sintomas do questionário original em relação a sua versão modificada. Os demais domínios e a pontuação total não apresentaram diferenças significativas. Todos os domínios apresentaram correlações significativas: Sintomas, $r = 0,71$ ($p < 0,001$); Atividade, $r = 0,75$ ($p < 0,001$); Impacto, $r = 0,73$ ($p < 0,001$) e Total $r = 0,86$ ($p < 0,001$). **Conclusão:** A versão do SGRQm possui propriedades de mensuração de qualidade de vida semelhantes à versão original, porém deve-se escolher qual o melhor tempo de recordação de sintomas a ser utilizado na avaliação.

Descritores: Doença pulmonar obstrutiva crônica; Qualidade de vida; Reprodutibilidade de resultados; Comparação transcultural; Questionários

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to evaluate the applicability of a modified version of the Saint George's Respiratory Questionnaire. The version evaluated elicits "agree" and "do not agree", rather than "yes" and "no", responses. The intention is to facilitate the comprehension of double-negative questions and to promote better recollection of symptoms by patients by shortening their symptom histories from 12 months to 3 months. **Methods:** A total of 30 clinically stable patients with chronic obstructive pulmonary disease were evaluated. The Saint George's Respiratory Questionnaire and the modified version of the same were administered 15 days apart. **Results:** All of the patients presented health-related alterations in their quality of life. Comparing mean scores between the two questionnaires, the greatest difference was seen in the Symptoms domain. No significant differences were found in any of the remaining domains or in the total scores. In a subsequent analysis, significant correlations between the two questionnaires were found in all domains: Symptoms ($r = 0.71$; $p < 0.001$); Activity ($r = 0.75$; $p < 0.001$); Impact ($r = 0.73$; $p < 0.001$) and Total ($r = 0.86$; $p < 0.001$). **Conclusion:** The modified version of the Saint George's Respiratory Questionnaire is as effective as the original in gauging quality of life. However, various symptoms recollection time frames should be investigated in order to determine which would be the best time frame to employ in the analysis.

Keywords: Pulmonary disease, chronic obstructive; Quality of life; Reproducibility of results; Cross-cultural comparison; Questionnaires

* Trabalho realizado no Centro de Reabilitação Pulmonar da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP) Brasil. Estudo parcialmente subsidiado pela CAPES, CNPq e FAPESP

1. Doutor em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP) Brasil.

2. Mestre em Reabilitação pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP) Brasil.

3. Vice-Diretor do Centro de Reabilitação Pulmonar da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP) Brasil.

4. Professor Adjunto-Doutor em Pneumologia da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP) Brasil.

Endereço para correspondência: Fernanda Warken Rosa. Rua Manoel Andrade, 201 apto. 401, Pituba - CEP 41810-815, Salvador, BA, Brasil. E-mail: aquilescamelier@yahoo.com.br

Recebido para publicação em 31/5/05. Aprovado, após revisão, em 6/8/05.

INTRODUÇÃO

Os sintomas crônicos da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), dispnéia, sibilância, tosse, produção de expectoração e intolerância ao exercício, associados à ansiedade e depressão, são os principais responsáveis pela alteração da relação entre saúde e qualidade de vida.⁽¹⁾ Entretanto, sabe-se que a gravidade dos sintomas nem sempre está diretamente relacionada com o grau de limitação ao fluxo aéreo ou com a oxigenação em repouso, motivo pelo qual houve um aumento do interesse no estudo da qualidade de vida em pacientes portadores de DPOC.⁽¹⁾

A qualidade de vida pode ser definida como a quantificação do impacto da doença nas atividades de vida diária e bem estar do paciente, de maneira formal e padronizada.⁽²⁾ Neste conceito está implícita a importância do papel dos questionários padronizados de qualidade de vida, que permitem a comparação objetiva, mediante pontuações com expressões numéricas absolutas ou percentuais, do impacto de intervenções utilizadas na DPOC.

Recomenda-se que sejam utilizados questionários de qualidade de vida adequadamente desenvolvidos e que possuam propriedades de mensuração documentadas adequadamente em literatura específica: responsividade ou capacidade de detectar mudanças frente a intervenções; poder discriminatório ou capacidade de classificar os pacientes com diferentes graus de qualidade de vida; valor de normalidade da pontuação; mínima diferença com importância clínica; reprodutibilidade e correlações com outras medidas tradicionalmente utilizadas na prática clínica.⁽³⁾ O conteúdo de cada questionário deve, inclusive, ser adaptado para a língua e cultura do país em que for utilizado, para que os resultados obtidos com a versão adaptada possam refletir os objetivos determinados por cada autor de questionário na ocasião do desenvolvimento dos mesmos em seus países de origem.⁽⁴⁾ Este processo é denominado validação, e visa a manter as propriedades de mensuração quando do momento de delineamento desses questionários.

O Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) foi validado para o Brasil em 2000⁽⁵⁾ e é específico para doenças obstrutivas. Entretanto, também tem sido utilizado

para avaliar a qualidade de vida em portadores de doenças pulmonares restritivas.⁽⁶⁻⁷⁾ No processo de desenvolvimento da versão do SGRQ em português (o original foi escrito em inglês britânico), foram encontrados obstáculos na construção de alguns enunciados e alternativas de resposta, principalmente com relação às questões que incluíam a dupla negativa, construção gramatical comum na língua inglesa que poderia dificultar a compreensão para brasileiros.⁽⁵⁾ Na prática clínica, as alternativas com dupla negativa podem contribuir para a dificuldade de compreensão do conteúdo do SGRQ em alguns pacientes. No processo de validação do SGRQ para a versão espanhola, esta limitação cultural também foi notada e seus autores optaram por uma validação menos conservadora e desenvolveram uma versão sem as frases de dupla negativa.⁽⁸⁾

Para o presente estudo foi criada uma nova versão do SGRQ, na qual as alternativas que tinham respostas do tipo “sim” e “não” foram modificadas para “concordo” e “não concordo”, com a finalidade de facilitar a compreensão do conteúdo das questões (principalmente as de dupla negativa) por parte dos pacientes. Além disto, o período de tempo de avaliação dos sintomas foi trocado de um ano (na versão original) para três meses (parte 1, questões 1 a 8), para que fosse focado um período de avaliação mais curto, mais adequado na avaliação de algumas intervenções de resultado mais rápido.⁽⁹⁾

Este estudo foi conduzido para se verificar se a versão modificada “concordo” e “não concordo” do SGRQ (SGRQm) mantém as mesmas propriedades de mensuração da versão original (SGRQ) já validada para o nosso país.

MÉTODOS

Foi prevista uma amostra de conveniência de 30 portadores de DPOC, provenientes do Ambulatório de DPOC do Centro de Reabilitação Pulmonar da Universidade Federal de São Paulo, no período de janeiro a setembro de 2002. Os critérios de inclusão foram: diagnóstico de DPOC, segundo o II Consenso Brasileiro de DPOC;⁽³⁾ estabilidade clínica durante o estudo e até 30 dias antes do início das avaliações, definida por verificação da estabilidade clínica e manutenção do tratamento em curso por meio de um questionário padroniza-

do de sintomas; variação $\leq 10\%$ do volume expiratório forçado no primeiro segundo entre as consultas, em ambos os sentidos; variação $\leq 2\%$ da saturação de oxigênio à oximetria de pulso entre as consultas, em ambos os sentidos. Foram considerados critérios de exclusão: pontuação do questionário Minimental⁽¹⁰⁾ para avaliação da capacidade cognitiva < 25 ; desejo de se retirar do estudo; presença de outras doenças pulmonares concomitantes; presença de co-morbidades graves ou fora de controle.

Os pacientes foram avaliados em duas visitas ao ambulatório, separadas por um intervalo de tempo de quinze dias. Uma variação de dois dias em ambos os sentidos foi tolerada para a reavaliação. As seguintes avaliações foram realizadas em todas as visitas: espirometria (Koko PFT System), conforme a padronização da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; oximetria de pulso (*Healthdyne Technologies* - modelo 920m), com o paciente respirando ar ambiente e em repouso; questionário padronizado de estabilidade clínica; questionário Minimental para avaliação da capacidade cognitiva. O índice de massa corpórea (IMC) foi obtido pela razão entre peso (kg) e altura (m^2). Este índice foi empregado para diagnóstico nutricional e foi considerada desnutrição quando o seu valor era inferior a $22 \text{ kg}/m^2$, eutrofismo quando estava entre 22 e $27 \text{ kg}/m^2$, e sobrepeso quando era superior a $27 \text{ kg}/m^2$.⁽¹¹⁾

Uma das versões foi aplicada em cada visita: a versão original (SGRQ), validada anteriormente, contendo as respostas "sim" e "não" e a versão modificada (SGRQm), que continha as alternativas "concordo" e "não concordo" (Anexo 1). Uma versão era aplicada na primeira visita e a versão restante, na visita subsequente. A ordem de aplicação do SGRQ foi definida previamente por sorteio simples para que não houvesse escolha por parte do paciente ou do entrevistador. Os questionários foram aplicados em um ambiente tranquilo, isolado, com o paciente respondendo às questões sozinho. Para os pacientes analfabetos era realizada a leitura em voz alta das questões e alternativas de respostas pelo entrevistador, mas não eram permitidas interpretações. Os tempos para resposta das duas versões dos questionários foram cronometrados.

Em todos os pacientes foi obtido o termo de consentimento informado livre e esclarecido. O protocolo foi aprovado pelo comitê de ética e pes-

quisa da universidade.

As variáveis foram expressas em média + desvio-padrão. Todas as variáveis contínuas foram analisadas para verificação da distribuição de normalidade, conforme o teste de Kolmogorov-Smirnov. Testes não paramétricos foram utilizados nas variáveis de distribuição anormal. O intervalo de confiança de 95% foi construído para se avaliar as diferenças das médias entre as duas versões do questionário. O teste de Wilcoxon foi utilizado para comparação de duas médias, nas variáveis de distribuição normal. O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para se medir a associação entre duas variáveis minimamente ordinais. O nível de significação estatística adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Trinta e seis portadores de DPOC foram avaliados para entrada no protocolo da pesquisa. Destes, 3 foram excluídos do estudo por exacerbação da doença, 2 porque não retornaram na segunda visita e 1 paciente porque apresentou pontuação do questionário Minimental menor que 24, resultando em uma amostra composta de 30 pacientes que completaram o estudo.

Dos 30 portadores de DPOC, 10 pacientes eram do sexo feminino (33,3%). A idade média foi de $64,3 \pm 7,5$ anos. O IMC apresentou variação entre 16 e $33,6 \text{ kg}/m^2$, com média de $25,6 \pm 4,1 \text{ kg}/m^2$, sendo 3 pacientes (10%) considerados desnutridos (IMC de $22 \text{ kg}/m^2$), 13 (43,3%) eutróficos (IMC de 22 a $27 \text{ kg}/m^2$) e 14 pacientes (46,6%) obesos (IMC de $27 \text{ kg}/m^2$). Todos os pacientes eram ex-tabagistas e tinham, em média, $58,6 \pm 38,4$ anos-maço de exposição ao tabaco.

A cognição dos pacientes foi avaliada pelo questionário Minimental, sendo que a mínima pontuação apresentada foi de 25 pontos, alcançada por 2 pacientes (6,6%). A média de pontos no Minimental alcançada foi igual a $28 \pm 1,6$ pontos. Cinco pacientes não sabiam ler (16,6%) e, para eles, os questionários foram lidos pelos entrevistadores do estudo.

Os 30 pacientes preencheram os critérios de estabilidade clínica durante toda a pesquisa, conforme a aplicação do questionário de sintomas, e análise do comportamento da espirometria e da oximetria de pulso (Tabela 1).

O tratamento medicamentoso manteve-se sem

TABELA 1

Características de função pulmonar e SpO₂ dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica que responderam aos questionários do Hospital de Saint George na Doença Respiratória nas versões “sim” e “não”, e “concordo” e “não concordo” no intervalo de quinze dias (estabilidade clínica e funcional)

Variável	1ª Visita	2ª Visita	p
SpO ₂ (%)	93,7 ± 2,7	93,6 ± 2,2	0,9
VEF ₁ (%)	51,8 ± 20,3	51,1 ± 20,8	0,48
CVF (%)	83,0 ± 20,3	80,1 ± 18,0	0,09
VEF ₁ /CVF	12,4 ± 12,4	12,5 ± 12,5	0,31

SpO₂: saturação de oxigênio à oximetria de pulso; VEF₁: volume expiratório forçado no primeiro segundo; CVF: capacidade vital forçada.

alterações para todos os pacientes no intervalo de quinze dias entre as aplicações dos questionários.

Em relação à gravidade da DPOC, segundo a classificação da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 3 pacientes foram classificados como grau I ou leve (10%), 11 como grau II (37%), 13 como grau III ou grave (43%) e 3 pacientes foram classificados como muito grave ou grau IV (10%). Apenas 2 pacientes apresentaram saturação de oxigênio à oximetria de pulso ≤ 88% em repouso e em ar ambiente, e foram classificados como hipoxêmicos.

Os valores de média e desvio padrão da pontuação e tempo médio de resposta das duas versões do SGRQ, expressos em percentual, estão dispostos na Tabela 2. Os tempos de resposta variaram, na versão original do SGRQ, entre 9'10" e 24'10", e na versão SGRQm, entre 9'20" e 30'20".

Toda a amostra estudada apresentava alguma alteração do estado de saúde (valores normais são inferiores a 10%).

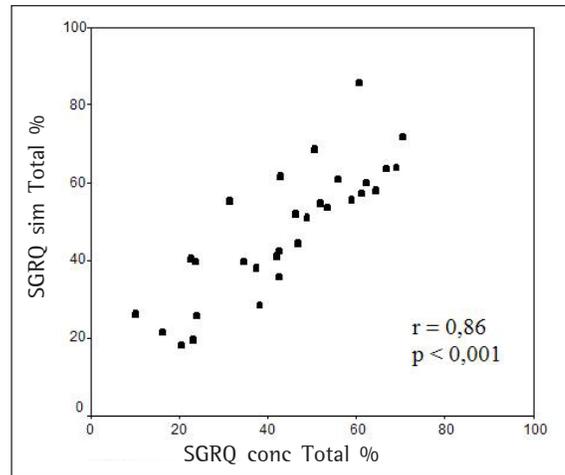


Figura 1 - Gráfico de dispersão entre a pontuação total dos dois questionários SGRQ nos 30 pacientes portadores de DPOC

O coeficiente de correlação de Spearman (r) foi utilizado para avaliar a força de associação entre os dois questionários, pois se assumiu que os dois questionários representavam diferentes avaliações. Todos os domínios apresentaram correlações significativas: Sintomas com r = 0,71 (p < 0,001); Atividade com r = 0,75 (p < 0,001); Impacto com r = 0,73 (p < 0,001); e Total com r = 0,86 (p < 0,001). O gráfico de dispersão da pontuação total entre o SGRQ e o SGRQm é mostrado na Figura 1.

DISCUSSÃO

A versão modificada do SGRQ, com perguntas a respeito da recordação de sintomas referentes a três meses ao invés de um ano (como na versão original previamente validada no Brasil),⁽⁵⁾ e com respostas do tipo “concordo” e “não concordo”

TABELA 2

Valores de média e desvio-padrão do tempo de respostas das pontuações (%) das duas versões do SGRQ

Domínios e tempo de resposta	Média ± SD		Diferenças das médias		p
	SGRQ	SGRQm	SGRQ - SGRQm	IC 95%	
Sintomas (%)	53,9 ± 20,1	44,1 ± 21,2	9,8 ± 15,86	4,4 - 16,4	0,02
Atividades (%)	59,2 ± 19,1	60,7 ± 21,6	-1,4 ± 12,47	-6,3 - 3,4	0,83
Impacto (%)	39,5 ± 20,0	34,5 ± 17,7	5,0 ± 13,72	-0,4 - 10,2	0,17
Total (%)	47,9 ± 16,7	44,0 ± 16,9	3,85 ± 9,6	0,2 - 7,6	0,18
Tempo (min e seg)	14'84" ± 3'51"	13'24" ± 4'10"	-	-	0,41

SGRQ: Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória; SGRQm: Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória na versão modificada.

para facilitar a compreensão das perguntas de dupla negativa da versão original, apresentou propriedades semelhantes de mensuração da qualidade de vida na amostra estudada, composta de portadores de DPOC moderados e graves. As correlações dos domínios Sintomas, Atividade, Impacto e Total de sintomas são estatisticamente significativas e semelhantes aos valores de reprodutibilidade encontrados no estudo original de validação (que avaliou versões iguais em duas visitas).⁽⁵⁾ Este resultado pode ser valorizado pelo fato de este estudo ter aplicado o mesmo método de recrutamento de pacientes e de análise do estudo original de validação do SGRQ para o Brasil. Entretanto, por ter sido realizado no mesmo centro, pode conferir alguma limitação no que se refere à aplicabilidade dos resultados e conclusões em outras populações. O tempo de aplicação das duas versões foi semelhante, o que evidencia indiretamente que a compreensão dos enunciados foi também semelhante. Este estudo pode implicar, portanto, uma mudança de opção da versão do SGRQ a ser escolhida, tanto no ambiente de pesquisa, quanto nos serviços de assistência que utilizam este questionário, já que a mensuração da qualidade de vida tem sido também utilizada fora do ambiente acadêmico.

A amostra de pacientes tinha boa cognição, conforme evidenciado pelos questionários do Minimental. Como eram pacientes referidos para um centro de atendimento terciário, tratavam-se de portadores de DPOC moderada e grave, e já com alteração da qualidade de vida, conforme evidenciado nos dados descritivos de função pulmonar e de qualidade de vida. Não foi possível avaliar isoladamente as correlações dos questionários aplicados a pacientes analfabetos, pois a amostra não tinha poder suficiente para este objetivo (apenas cinco pacientes). Este aspecto também já havia sido analisado nas validações prévias de questionários específicos para doença pulmonar obstrutiva no Brasil.^(5,12)

Neste estudo evidenciou-se que as médias das pontuações dos domínios Total, Atividade e Impacto não foram estatisticamente significativas nas duas versões do SGRQ. Como um critério a ser utilizado é a mínima diferença clinicamente importante, que no SGRQ é de quatro pontos,⁽¹³⁾ foi calculado o intervalo de confiança de 95% da diferença entre as médias de cada versão do SGRQ. O intervalo de confiança de 95% ultrapassou o limiar

de diferença clínica nestes três domínios, revelando a alta variabilidade destes questionários. É importante salientar que nenhuma intervenção entre as duas avaliações foi realizada. Recomenda-se, portanto, a utilização dos estudos de validação para cálculo do número mínimo de amostra necessário no emprego desta medida de avaliação. Neste estudo, como as duas versões foram assumidas como diferentes, não se pode sugerir um número mínimo para detectar a diferença de quatro pontos. A modificação dos tipos de resposta de “sim” e “não” para “concordo” e “não concordo” não induziu modificações nas propriedades de mensuração da qualidade de vida.

Habitualmente, os critérios de estabilidade clínica para a DPOC envolvem espirometria e história clínica,⁽¹⁴⁾ ambos avaliados neste estudo. Um período de um mês sem exacerbações foi planejado para se excluir possíveis interferências nas pontuações a serem avaliadas.⁽¹⁵⁾ Atualmente, sabe-se que outras medidas, como a capacidade inspiratória, têm maior correlação com os sintomas da DPOC, principalmente a dispnéia, que é um dos principais determinantes da alteração da qualidade de vida.⁽¹⁶⁾ Sabe-se que os sintomas da DPOC são os maiores determinantes da alteração da qualidade de vida e freqüentemente constituem o principal motivo para a procura do serviço de saúde, pois os portadores de DPOC leves são oligossintomáticos.⁽¹⁷⁾ Assumindo a presença de estabilidade clínica, entretanto, percebemos que houve uma variabilidade significativa no domínio Sintomas e o intervalo de confiança de 95% da diferença das médias de pontuações entre as duas versões esteve acima de quatro pontos percentuais, levando à conclusão de que os dois questionários avaliaram distintamente este aspecto da qualidade de vida. Como o tempo de recordação entre as duas versões variou de um ano para três meses, conclui-se que esta parte do questionário se modificou, realmente, do ponto de vista estatístico e clínico. Faz-se a recomendação, portanto, de que, a depender do objetivo de cada pesquisa, se faça a opção entre a recordação de três meses ou de um ano, o que for mais adequado para o pesquisador.

Conclui-se, portanto, que a versão do SGRQm possui propriedades semelhantes de mensuração da qualidade de vida em portadores de DPOC moderada e grave. Deve-se escolher, entretanto, qual o melhor tempo de recordação de sintomas a ser utilizado em cada pesquisa.

Anexo 1 - Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória modificada para três meses (SGRQm)

Antes de preencher o questionário:

Assinale com um "x" a resposta que descreve melhor seu estado de saúde:

Muito bom () 1 Bom () 2 Moderado () 3 Mau () 4 Muito Mau () 5

PARTE 1

Nas perguntas abaixo, assinale aquela que melhor identifica seus problemas respiratórios nos últimos 3 meses.

Obs.: Assinale um só quadrado para cada pergunta.

Durante os últimos 3 meses:	maioria dos dias da semana	vários dias na semana	alguns dias no mês	só com infecções respiratórias	nunca
1. tosse					
2. tive catarro					
3. tive falta de ar					
4. tive "chiado no peito"					

5. Durante os últimos 3 meses, quantas crises graves de problemas respiratórios você teve:

Mais de 3	3	2	1	Nenhuma
-----------	---	---	---	---------

6. Quanto tempo durou a pior destas crises ? (Passe para a pergunta 7 se não teve crises graves)

1 semana ou mais	3 ou mais dias	1 ou 2 dias	menos de 1 dia
------------------	----------------	-------------	----------------

7. Durante os últimos 3 meses, em uma semana considerada como habitual, quantos dias bons (com poucos problemas respiratórios) você teve:

Nenhum dia	1 ou 2 dias	3 ou 4 dias	quase todos os dias 1	Todos os dias
------------	-------------	-------------	-----------------------	---------------

8. Se você tem " chiado no peito", ele é pior de manhã?

Não 0	Sim 1
-------	-------

PARTE 2

Seção 1

Assinale 1 só quadrado para descrever a sua doença respiratória:

É o meu maior problema	causa-me muitos problemas	causa-me alguns problemas	não me causa nenhum problema
------------------------	---------------------------	---------------------------	------------------------------

Se você já teve um trabalho pago, assinale um dos quadrados: (passe para a seção 2, se você não trabalha)

Minha doença respiratória obrigou-me a parar de trabalhar
Minha doença respiratória interfere (ou interferiu) com o meu trabalho normal ou já me obrigou a mudar de trabalho
Minha doença respiratória não afeta (ou não afetou) o meu trabalho

Seção 2

As repostas abaixo referem-se às atividades que normalmente lhe têm provocado falta de ar nos últimos dias. Assinale com um "x" cada questão abaixo, indicando a resposta "concordo" ou "não concordo", de acordo com o seu caso:

Sentado/a ou deitado/a	Concordo	Não concordo
Tomando banho ou vestindo	Concordo	Não concordo
Caminhando dentro de casa	Concordo	Não concordo
Caminhando em terreno plano	Concordo	Não concordo
Subindo um lance de escada	Concordo	Não concordo
Subindo ladeiras	Concordo	Não concordo
Praticando esportes ou jogos que impliquem esforço físico	Concordo	Não concordo

Seção 3

Mais algumas perguntas sobre a sua tosse e a sua falta de ar nos últimos dias. Assinale com um "x" cada pergunta abaixo, indicando a resposta "concordo" ou "não concordo", de acordo com seu caso:

Minha tosse causa-me dor	Concordo	Não concordo
Minha tosse me cansa	Concordo	Não concordo
Tenho falta de ar quando falo	Concordo	Não concordo
Tenho falta de ar quando me inclino para a frente	Concordo	Não concordo
Minha tosse ou falta de ar perturba o meu sono	Concordo	Não concordo
Fico exausto/a com facilidade	Concordo	Não concordo

Seção 4

Perguntas sobre outros efeitos causados pela sua doença respiratória nos últimos dias. Assinale com um "x" cada questão abaixo, indicando a resposta "concordo" ou "não concordo", de acordo com seu caso:

Minha tosse ou falta de ar me deixam envergonhado/a em público	Concordo	Não concordo
Minha doença respiratória é inconveniente para a minha família, amigos ou vizinhos	Concordo	Não concordo
Tenho medo, ou mesmo pânico quando não consigo respirar	Concordo	Não concordo
Sinto que a minha doença respiratória escapa ao meu controle	Concordo	Não concordo
Eu não espero nenhuma melhora da minha doença respiratória	Concordo	Não concordo
Minha doença me debilitou fisicamente, o que faz com que eu precise da ajuda de alguém	Concordo	Não concordo
Fazer exercício é arriscado para mim	Concordo	Não concordo
Tudo o que eu faço parece ser um esforço muito grande	Concordo	Não concordo

Seção 5

Perguntas sobre sua medicação. Caso não tenha medicação, passe para a seção 6. Assinale com um "x" cada pergunta abaixo, indicando a resposta "concordo" ou "não concordo", de acordo com seu caso:

minha medicação não está me ajudando muito	Concordo	Não concordo
fico envergonhado/a ao tomar medicamentos em público	Concordo	Não concordo
minha medicação me provoca efeitos colaterais desagradáveis	Concordo	Não concordo
minha medicação interfere muito com o meu dia-a-dia	Concordo	Não concordo

Seção 6

As perguntas seguintes se referem às atividades que podem ser afetadas pela sua doença respiratória. Assinale com um "x" cada pergunta abaixo, indicando a resposta "concordo", se pelo menos uma parte da frase se aplica ao seu caso; se não, assinale "não concordo".

Levo muito tempo para me lavar ou me vestir	Concordo	Não concordo
Demoro muito tempo ou não consigo tomar banho de chuveiro ou na banheira	Concordo	Não concordo
Ando mais devagar que as outras pessoas, ou tenho que parar para descansar	Concordo	Não concordo
Demoro muito tempo para realizar as tarefas como o trabalho de casa, ou tenho que parar para descansar	Concordo	Não concordo
Quando subo um lance de escada, vou muito devagar, ou tenho que parar para descansar	Concordo	Não concordo
Se estou apressado/a ou caminho mais depressa, tenho que parar para descansar ou ir mais devagar	Concordo	Não concordo
Por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldade para desenvolver atividades como: subir ladeiras, carregar objetos subindo escadas, dançar	Concordo	Não concordo
Por causa da minha doença respiratória tenho dificuldades para desenvolver atividades como: carregar grandes pesos, fazer "cooper", andar rápido (8km/h) ou nadar	Concordo	Não concordo
Por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldade para desenvolver atividades como: trabalho manual pesado, correr, nadar rápido, ou praticar esportes muito cansativos	Concordo	Não concordo

Seção 7

Nós gostaríamos de saber como sua doença respiratória habitualmente afeta seu dia a dia.

Assinale com um “x” a resposta “concordo” ou “não concordo”:

(Não se esqueça que “concordo” só se aplica ao seu caso quando não puder fazer esta atividade devido à sua doença respiratória)

Não sou capaz de praticar esportes ou jogos que impliquem esforço físico	Concordo	Não concordo
Não sou capaz de sair de casa para me divertir	Concordo	Não concordo
Não sou capaz de sair de casa para fazer compras	Concordo	Não concordo
Não sou capaz de fazer o trabalho de casa	Concordo	Não concordo
Não sou capaz de sair da cama ou da cadeira	Concordo	Não concordo

A lista seguinte descreve uma série de outras atividades que o seu problema respiratório pode impedir você de realizar (Você não tem que assinalar nenhuma das atividades, pretendemos apenas lembrá-lo/la das atividades que podem ser afetadas pela sua falta de ar).

Dar passeios a pé ou passear com o seu cachorro
Fazer o trabalho doméstico ou jardinagem
Ter relações sexuais
Ir à igreja, bar ou a locais de diversão
Sair com mau tempo ou permanecer em locais com fumaça de cigarro
Visitar a família e os amigos ou brincar com as crianças
Por favor, escreva qualquer outra atividade importante que sua doença respiratória pode impedir você de fazer. _____

Assinale com “x” somente a resposta que melhor define a forma como você é afetado/a pela sua doença respiratória:

Não me impede de fazer nenhuma das coisas que eu gostaria de fazer	(0)
Me impede de fazer uma ou duas coisas que eu gostaria de fazer	(1)
Me impede de fazer a maioria das coisas que eu gostaria de fazer	(2)
Me impede de fazer tudo o que eu gostaria de fazer	(3)

REFERÊNCIAS

1. Jones PW. Health status measurement in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 2001;56(11):880-7.
2. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM. The St George's Respiratory Questionnaire. *Respir Med*. 1991;85 Suppl B: 25-31; discussion 33-7.
3. II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). *J Bras Pneumol*. 2004;30 supl 1: S1-S56.
4. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417-32. Comment in: *J Clin Epidemiol*. 1994;47(12):1465-6.
5. Sousa TC, Jardim JR, Jones P. Validação do Questionário do Hospital de Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. *J Pneumol*. 2000;26(3):119-28.
6. Chang JA, Curtis JR, Patrick DL, Raghu G. Assessment of health-related quality of life in patients with interstitial lung disease. *Chest*. 1999;116(5):1175-82. Comment in: *Chest*. 2000;118(1):275.
7. Cox CE, Donohue JF, Brown CD, Kataria YP, Judson MA. Health-related quality of life of persons with sarcoidosis. *Chest*. 2004;125(3):997-1004.
8. Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monso E, Marrades R, et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *Eur Respir J*. 1996;9(6):1160-6.
9. Barr JT, Schumacher GE, Freeman S, LeMoine M, Bakst AW, Jones PW. American translation, modification, and validation of the St. George's Respiratory Questionnaire. *Clin Ther*. 2000;22(9):1121-45.
10. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. [The mini-mental state examination in a general population: impact of educational status]. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1-7. Portuguese.
11. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994; 21(1):55-67.
12. Camelier A, Rosa FW, Jones PW, Jardim JR. Brazilian version of airways questionnaire 20: a reproducibility study and

- correlations in patients with COPD. *Respir Med.* 2005;99(5):602-8.
13. Schunemann HJ, Griffith L, Jaeschke R, Goldstein R, Stubbings D, Guyatt GH. Evaluation of the minimal important difference for the feeling thermometer and the St. George's Respiratory Questionnaire in patients with chronic airflow obstruction. *J Clin Epidemiol.* 2003;56(12):1170-6.
 14. Burge S, Wedzicha JA. COPD exacerbations: definitions and classifications. *Eur Respir J Suppl.* 2003;41:46s-53s.
 15. Spencer S, Jones PW; GLOBE Study Group. Time course of recovery of health status following an infective exacerbation of chronic bronchitis. *Thorax.* 2003; 58(7):589-93.
 16. Hajiro T, Nishimura K, Tsukino M, Ikeda A, Oga T. Stages of disease severity and factors that affect the health status of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med.* 2000;94(9):841-6.
 17. Lindberg A, Bjerg-Backlund A, Ronmark E, Larsson LG, Lundback B. Prevalence and underdiagnosis of COPD by disease severity and the attributable fraction of smoking. Report from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. *Respir Med.* 2006;100(2):264-72.