

Elaboração e validação de questionário sobre o conhecimento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica entre profissionais da atenção primária

Elaboration and validation of a questionnaire on the knowledge of Chronic Obstructive Pulmonary Disease among primary care professionals

Erikson Custódio Alcântara^{*1}, Krislainy de Sousa Corrêa², Marcelo Fouad Rabahi^{1,3}.

1. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Goiânia – GO - Brasil.

2. Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Atenção à Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia – GO – Brasil.

3. Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, Anápolis – GO – Brasil.

Resumo

Objetivo: Elaborar e validar um questionário para avaliação do conhecimento sobre a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica para os profissionais da Atenção Primária. **Métodos:** Estudo metodológico com profissionais da Atenção Primária. Elaborou-se o questionário com 16 itens cujas respostas foram estruturadas utilizando a escala Likert. A construção do questionário contemplou diferentes aspectos da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: prevenção, diagnóstico, tratamento e monitoramento. Três itens passaram por reconstrução frásica antes de ser aplicado, por apresentar 57,1% de discordância entre os pesquisadores. Após adaptação frásica e validação semântica o questionário foi aplicado em 89 profissionais. O instrumento foi aplicado em dois momentos com intervalo de 15 a 20 dias. Avaliou-se a reprodutibilidade pelo Kappa e a confiabilidade pelo alfa de Cronbach. **Resultados:** Participaram do estudo 26 (29,5%) agentes comunitários, 10 (11,4%) médicos, 13 (14,8%) enfermeiros, 25 (28,4%) técnicos de enfermagem, 6 (6,8%) auxiliares de cirurgias-dentistas e 8 (9,1%) cirurgias-dentistas. Sobre o nível de escolaridade destaca-se: 48 (54,5%) possuíam ensino médio completo e 21 (23,9%) superior completo. O questionário apresentou confiabilidade com α Cronbach = 0,763 e reprodutibilidade na maioria dos itens (87,5%) de bom a excelente (Kappa: 0,61 – 0,88). **Conclusão:** O questionário foi elaborado conforme as recomendações do *Designing questionnaires and interviews*. E atendeu às propriedades psicométricas mostrando-se confiável e reprodutível na avaliação do conhecimento sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica entre profissionais da Atenção Primária.

Palavras-chave:

Estratégia Saúde da Família. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Inquéritos e Questionários. Atenção Primária à Saúde. Estudos de Validação.

Abstract

Objective: To develop and validate a questionnaire to assess awareness of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in primary care professionals. **Methods:** Methodological study with primary care professionals. It developed the questionnaire using the Likert scale. After semantic validation was applied on two occasions with an interval of 15 to 20 days. We evaluated the reproducibility by Kappa and reliability by Cronbach's alpha. **Results:** The construction of the questionnaire included different topics of Chronic Obstructive Pulmonary Disease prevention, diagnosis, treatment and monitoring distributed in 16 items. After phrase and semantic validation adjustments we applied the questionnaire in 89 professionals from primary health care, three items passed phrase reconstruction before being applied to present 57.14% of disagreement between the judges. The questionnaire presented reliability with Cronbach α = 0.763 and reproducibility on most items (87.5%) of good to excellent (Kappa: 0.61 to 0.88). **Conclusion:** The questionnaire has met the psychometric properties and was reliable and reproducible evaluation of knowledge of Chronic Obstructive Pulmonary Disease among primary care professionals.

Keyword:

Family Health Strategy. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Surveys and Questionnaires. Primary Health Care. Validation Studies.

*Correspondência para/ Correspondence to: eriksonalcantara@hotmail.com

Universidade Federal de Goiás. Rua: 235 c/ 1ª avenida, s/n. Setor Universitário, Goiânia – GO – Brasil, 74605-020.

INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias são responsáveis por mais de 7% da mortalidade global¹, dentre elas, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é a mais comum.^{1,2} A DPOC é uma enfermidade complexa, heterogênea e multifatorial, com grande impacto no sistema de saúde.^{3,4} No mundo, 65 milhões de pessoas tem DPOC, no Brasil estima-se 5 milhões.⁵ Postula-se que até 2030 será a terceira enfermidade respiratória mais frequente, com alta morbidade e gastos elevados para saúde.⁶

A principal porta de entrada no sistema de saúde pública dos pacientes com DPOC é a rede de Atenção Primária à saúde.^{7,8}

Acredita-se que a falta de conhecimento dos profissionais da Atenção Primária à saúde sobre DPOC contribui para má assistência, expondo os pacientes a isolamento social, desconhecimento de sinais e sintomas, falta de adesão ao tratamento, falta de autocuidado e aumento de comorbidades.⁹ Para reconhecer e assistir os pacientes com DPOC é preciso avaliar, e se necessário, aprimorar o conhecimento da equipe de Atenção Primária, que muitas vezes desconhecem a própria sigla DPOC.^{7,10}

Embora existam alguns instrumentos específicos para avaliar o impacto da DPOC no paciente¹¹⁻¹⁵, não são descritos na literatura instrumentos validados para medir o conhecimento de profissionais da Atenção Primária sobre DPOC.

O questionário tem a finalidade de identificar os pontos fracos no conhecimento dos profissionais da Atenção Primária a fim de fundamentar o planejamento de intervenções. Diante da diversidade e complexidade do tema DPOC, construímos itens de assuntos diversos para contemplar os diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidar na Atenção Primária, já que estes possuem diferentes graus de instrução.^{16,17} Para tanto, o presente estudo teve como escopo elaborar e validar um questionário para avaliar o conhecimento sobre a DPOC entre os profissionais da Atenção Primária à saúde.

MÉTODOS

Estudo metodológico, realizado no período de fevereiro e março de 2015. Sobre a seleção da amostra, foram atendidos os pré-requisitos descritos na literatura⁹, que recomenda um número de cinco a dez sujeitos por item proposto no questionário a ser validado. Os Centros de Saúde foram selecionados por possuírem uma população de profissionais com características semelhantes e por desenvolverem atividades acadêmicas em parceria com a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás no Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde). Dessa forma, a amostra total foi composta por 88 profissionais da Atenção Primária do Centro de Saúde da Família (CSF) do Parque Atheneu e Vila Finsocial na cidade de Goiânia, Brasil. Foram incluídos profissionais efetivos da equipe de ESF e excluídos aqueles que apresentassem deficiência visual que impossibilitasse a leitura do instrumento de avaliação. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás sob o número de protocolo: 857.082/2014.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram adotados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Elaboração do questionário

O primeiro passo na elaboração do questionário foi identificar as necessidades de informações sobre o que realmente o profissional da Atenção Primária conhece sobre a DPOC, dessa forma foram realizados encontros programados com a equipe de Atenção Primária.

A partir da delimitação do referencial teórico^{7, 10, 18-21} o questionário foi elaborado conforme as recomendações do *Designing questionnaires and interviews*.²²

O questionário foi agrupado em eixos temáticos: prevenção, diagnóstico, tratamento e monitoramento, seguindo as recomendações da

“Simplificação das orientações: os 10 mandamentos da DPOC”.¹⁷

O questionário foi estruturado em quatro partes: 1) orientações gerais para responder o questionário; 2) questões de identificação do participante; 3) tempo gasto para preencher o questionário e 4) 16 itens abordando diferentes aspectos da DPOC. As respostas dos 16 itens foram elaboradas utilizando a escala de opinião do tipo Likert, com cinco opções: 1 = discordo totalmente, 2 = discordo, 3 = indeciso, 4 = concordo, 5 = concordo totalmente.²³ Para cada item, o profissional escolheu apenas uma opção de resposta.

As respostas das questões de número 1, 4, 8, 9 e 16 foram invertidas, significando que a resposta correta correspondia ao menor número assinalado na escala Likert, consequentemente com o maior valor. A inversão tem a finalidade de evitar que os profissionais direcionassem suas respostas de forma tendenciosa sempre para a mesma opção da escala.²²

Em seguida, foi estruturada a composição de cálculo do instrumento. Para o cálculo do questionário e interpretação do mesmo dividiu-se em três fases (Anexo – 1).

Para cada opção assinalada na escala Likert foi atribuído um peso. A opção 1 e 2 da escala Likert são considerados como discordantes e a opção 4 e 5 foram consideradas concordantes. A opção 3 foi considerada “indiferente”, sendo o ponto neutro, equivalente aos casos em que os respondentes deixassem em branco.

Validação do questionário

A validação do questionário foi realizada por dois processos distintos, uma antes da aplicação do questionário e outra após.

Antes da aplicação do questionário foi realizada uma validação semântica, similar a estudos já publicados^{9,23}. Essa etapa visou identificar se havia incoerência e confusão nas assertivas, além de evitar que uma mesma assertiva pudesse apresentar dupla interpretação, o que poderia prejudicar as próximas etapas de validação do instrumento. A validação semântica é útil para que a linguagem utilizada no

questionário fique mais próxima à linguagem dos respondentes.

Consideramos sete juízes para validação semântica, que foram divididos em dois grupos. Por definição os juízes são profissionais especialistas com experiência no assunto em questão.²⁴ O primeiro grupo foi composto por dois especialistas em pneumologia e dois fisioterapeutas respiratórios com experiência clínica em saúde pública e ensino. Dessa forma conseguiriam sintetizar as demandas da temática DPOC para a saúde pública. O segundo grupo composto por um profissional da educação, que participou da revisão da linguagem, estrutura, correção gramatical e clareza das perguntas. E por duas enfermeiras atuantes na Atenção Primária, por apresentar características semelhantes à amostra.

Foi estabelecido que, caso houvesse mais de 50% de não entendimento para cada item, os mesmos seriam reconstruídos. Três itens passaram por reconstrução frásica, por apresentar 57,1% de discordância entre os pesquisadores.

Após elaboração, adaptação frásica, validação semântica e estruturação do cálculo do questionário, 89 profissionais da Atenção Primária à saúde responderam o questionário, um foi excluído por estar incompleto.

Para validar e testar a reprodutibilidade, o questionário foi aplicado em dois momentos (teste-reteste) com intervalo de 15 a 20 dias da primeira aplicação. Com base nos resultados iniciais foram necessárias adaptações em três itens. Após adaptações repetiu-se o teste-reteste.

O instrumento foi autoaplicável em uma sala de ambiente tranquilo, durante o horário de trabalho do profissional. O tempo utilizado para responder o questionário foi cronometrado nos dois momentos de aplicação.

Para avaliação da reprodutibilidade do instrumento foi utilizado o teste Kappa ponderado. Na avaliação dos resultados do teste Kappa foram considerados os critérios propostos por Landis e Koch, cujos valores de

concordância são: ruins ou fracos quando variarem de zero a 0,2, ligeiros entre 0,21 – 0,4, regulares ou moderados de 0,41 – 0,6, bons ou substanciais quando variarem de 0,61 – 0,8 e ótimos ou excelentes entre 0,81 – 1,0.²⁵ Também foi apresentado o intervalo de confiança de 95% para o teste Kappa.

Foi utilizado o teste alfa de Cronbach, para estimar a confiabilidade do questionário, considerou-se a classificação do $\alpha \geq 0,70$.

Aplicação do teste alfa é para averiguar quais itens do questionário devem ser excluídos para aumentar a consistência interna do instrumento. Essa análise é baseada na correlação dos itens do questionário entre si e na correlação de cada item com o escore total do instrumento.²³ Foi considerado nível de significância quando o $p < 0,05$.

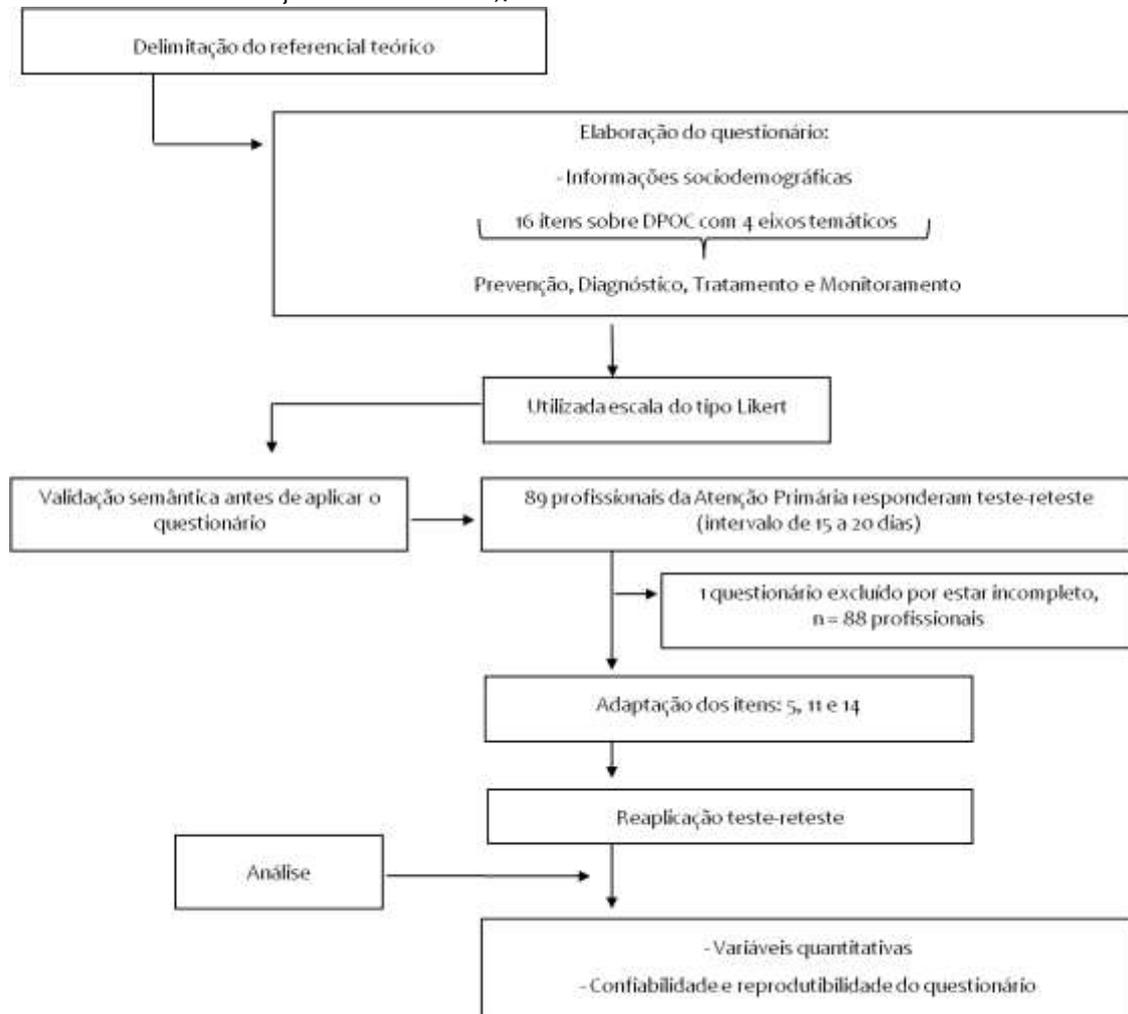


Figura 1 – Fluxograma do estudo.

RESULTADOS

Dos 88 profissionais, 69 (78,4%) eram do sexo feminino e 19 (21,6%) masculino, distribuídos nas seguintes áreas de atuação da Atenção Primária: 26 (29,5%) agentes comunitários, 25 (28,4%) técnicos de enfermagem, 13 (14,8%) enfermeiros,

10 (11,4%) médicos, 8 (9,1%) dentistas e 6 (6,8%) auxiliares de dentista.

Em relação ao nível de escolaridade, 5 (5,7%) tinham ensino médio incompleto, 48 (54,5%) ensino médio completo, 4 (4,5%) superior incompleto, 21 (23,9%) superior completo, 5 (5,7%) pós-graduação incompleta e 5 (5,7%) pós-graduação completa. A idade média foi de

38±11,3 anos. O tempo médio de aplicação do questionário foi de 6':38"±1':47".

A avaliação da reprodutibilidade do questionário demonstrou que a maioria das questões (87,5%) obteve valores considerados de bom a excelente no teste Kappa ponderado.

O item 4, "O aconselhamento realizado em grupo não constitui uma ação em Atenção Primária à saúde para ajudar o paciente na fase crítica de abstinência do tabagismo" apresentou valor moderado de Kappa no teste reteste (0,41). O item 9, "o uso de oxigênio em pacientes com DPOC vai deixá-lo dependente?" também apresentou um Kappa no teste reteste moderado (0,60).

Na primeira análise do teste reteste os itens 5, 11 e 14 apresentaram valor de Kappa insatisfatório para reprodutibilidade (Kappa = 0,44 para o item 14 e zero para os itens 5 e 11 respectivamente), por sugestão dos profissionais da Atenção Primária, que responderam o questionário no primeiro momento, foram realizadas adaptações dos mesmos.

Após adaptações e reaplicação, o item 14 obteve valor de Kappa considerado bom (Kappa = 0,73). E os itens 5 e 11 que inicialmente não atingiram nível de reprodutibilidade, após adaptação atingiram Kappa = 0,76 e 0,70, respectivamente.

O alfa de Cronbach estimou quão os itens contribuem para confiabilidade do questionário.²³ O resultado revelou que o questionário apresentou consistência interna de 0,763.

Os demais itens apresentaram valores de concordância considerados de bom a excelente (Tabela 1).

DISCUSSÃO

O questionário foi elaborado conforme as recomendações do *Designing questionnaires and interviews*²² e mostrou-se reprodutível e confiável. Este é o primeiro questionário proposto para avaliar o conhecimento de profissionais da Atenção Primária à saúde sobre DPOC.

Após a validação do questionário, o instrumento adquiriu condições de ser aplicado em amostras maiores. Outros estudos metodológicos utilizando esse instrumento poderão surgir com a finalidade de analisar quantitativamente cada respondente ou grupos de respondentes e até compará-los.

Não identificamos na literatura nenhum questionário para avaliar o conhecimento do profissional da Atenção Primária na temática DPOC, e assim, relacionar com nosso estudo.

O estudo traz, de forma inédita, a possibilidade da utilização de um questionário específico em programas de educação continuada na mensuração do nível de conhecimento entre profissionais da Atenção Primária sobre DPOC, uma das principais causas de morbimortalidade entre as doenças crônicas não transmissíveis em todo o mundo.

Em uma primeira etapa, no momento da validação semântica, participaram sete juízes com experiência profissional em docência e prática de assistência a saúde. O estudo de delineamento metodológico de Júnior e Matsuda (2012)²⁴ destaca a importância da elaboração e validação de instrumentos de avaliação em pesquisa clínica. Desse modo os juízes contribuíram com o conhecimento teórico-prático e vivência da prática profissional.

Com relação ao tamanho da amostra, atendeu-se os pré-requisitos básicos descritos na literatura⁹, que recomenda um número de cinco a dez sujeitos por item proposto no questionário a ser validado.

O presente estudo encontrou respostas satisfatórias no teste e reteste do Questionário sobre o Conhecimento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica para Profissionais da Atenção Primária (QAP-DPOC).

Tabela 1 – Valores do Kappa Ponderado e Alfa de Cronbach para os 16 itens do Questionário de Conhecimento sobre DPOC na Atenção Primária (QAP-DPOC).

Item	Concordância	Kappa ponderado	IC 95%	Alfa de Cronbach
1. Ser fumante/ex-fumante não é fator de risco para DPOC.	80,0%	0,75	0,50-1,00	0,781
2. Os principais agentes causadores da DPOC é o tabagismo e fumaça de fogão a lenha.	75,6%	0,67	0,33-1,00	0,808
3. O aconselhamento de aproximadamente 3 a 10 minutos pode ajudar na cessação do tabagismo.	73,3%	0,71	0,54-0,87	0,794
4. O aconselhamento realizado em grupo não constitui uma ação em atenção primária de saúde para ajudar o paciente na fase crítica de abstinência do tabagismo.	75,6%	0,41	0,09-0,73	0,768
5. Revista e cartilhas são formas de orientar o paciente com DPOC sobre cuidados com sua saúde.	82,2%	0,76	0,46-1,00	0,781
6. Os sintomas da DPOC aparecem de forma lenta e progressiva.	82,2%	0,69	0,28-1,00	0,786
7. A tosse frequente é um sintoma da DPOC.	80,0%	0,73	0,28-1,00	0,790
8. As vacinas de gripe e pneumonia não reduzem o número de crises da DPOC.	80,0%	0,75	0,49-1,00	0,749
9. O uso de oxigênio em pacientes com DPOC vai deixá-lo dependente.	71,1%	0,60	0,19-1,00	0,768
10. A prática de exercício físico pode melhorar a autonomia e o desempenho físico e social de pacientes com DPOC.	81,8%	0,61	0,22-0,99	0,779
11. No tratamento da DPOC é importante falar dos mitos e preconceitos quanto ao uso de “bombinhas”, oxigênio e exercício físico?	80,0%	0,70	0,32-1,00	0,777
12. Esta é a sequência para utilizar a medicação inalatória: 1º) expire normalmente, 2º) coloque o dispositivo na boca, 3º) inspire profundamente, 4º) feche a boca e segure o ar nos pulmões por aproximadamente 10 segundos.	86,7%	0,76	0,37-1,00	0,773
13. O tratamento da DPOC inclui: tratamento farmacológico e não farmacológico, educação e orientações sobre vida saudável.	93,3%	0,86	0,71-1,00	0,777
14. O termo “contra referência” significa: unidade de saúde secundária ou terciária reencaminhar o paciente com DPOC ao nível primário de atenção à saúde com orientações sobre o diagnóstico e tratamento do paciente.	84,4%	0,73	0,38-1,00	0,781
15. Na orientação sobre exercício físico que a equipe oferece ao paciente com DPOC é importante apresentar a ele uma escala para gerenciar sua falta de ar.	84,4%	0,84	0,64-1,00	0,809
16. Todos os pacientes que recebem o diagnóstico de DPOC devem ser encaminhados para um médico pneumologista.	80,0%	0,88	0,87-0,98	0,854

Legenda de cores: Prevenção Diagnóstico Tratamento Monitoramento

A avaliação de reprodutibilidade do QAP-DPOC revelou que a maioria dos itens apresentou Kappa = 0,61 a 0,8 (bom) e 0,81 a 1,0 (excelente), nossos resultados são semelhantes ao estudo de Bonin et al., (2014)⁹ que construiu e validou um questionário para pacientes com insuficiência cardíaca.

Em nosso estudo o questionário apresentou reprodutibilidade satisfatória pelo teste Kappa, considerando os mesmos critérios adotados em três outros estudos.^{9,25,26} O estudo de Silva-Oliveira et al., (2014)²⁶ assemelha-se parcialmente às características do nosso estudo, por avaliar a reprodutibilidade do questionário através do teste Kappa com intervalo do teste e reteste de 14 dias e por adotar os critérios de Landis e Koch, o estudo concluiu que a reprodutibilidade investigada pelo teste Kappa apresenta resultados satisfatórios.

A avaliação da reprodutibilidade de um instrumento mensura a homogeneidade de duas ou mais medidas, é interpretado como a proporção da variabilidade total atribuída ao instrumento, não está associada ao acerto e erro das respostas corretas e incorretas de cada item, mas sim a capacidade do profissional assinalar a mesma resposta e/ou resposta similar em dois momentos diferentes, teste e reteste.²⁷

O questionário proposto em nosso estudo tem a finalidade de identificar os pontos fracos do conhecimento sobre DPOC dos profissionais da Atenção Primária, ressaltando a simplicidade dos itens para o perfil da população que se destina o instrumento.^{3,9,24}

Para Marin et al. (2016)¹⁷, o profissional da saúde deve manter o foco na simplificação das orientações e informações sobre DPOC, e nesse aspecto o nosso estudo assemelha-se aos “10 mandamentos da DPOC”.¹⁷

Três razões são apontadas na pesquisa de Marin et al. (2016)¹⁷ para simplificar o conhecimento da DPOC: primeiro, as doenças crônicas não transmissíveis, geralmente coexistem no mesmo paciente, portanto, o médico e demais profissionais da saúde devem reconhecer e tratar de forma ampla e simultânea doenças

diferentes; em segundo lugar os profissionais tem tempo limitado para cada ação em saúde e pouco tempo para refletir e comparar a própria prática com as orientações recomendadas na literatura, essa informação corrobora com o Departamento de Atenção Primária e Política Nacional de Atenção Básica⁸; por fim, as sociedades científicas incorporam alterações e atualizações em novas diretrizes, a consequência é a dificuldade na implementação das recomendações, por sua vez, ocorre defasagem entre as publicações das recomendações e sua aplicação na prática de assistência às diversas alterações clínicas do paciente com DPOC.

Foi buscando a simplificação que construímos os itens do QAP-DPOC, este sinaliza ao médico não especialista em pneumologia e aos demais profissionais da Atenção Primária a responsabilidade de fortalecer os pontos fracos do conhecimento sobre DPOC de forma não aprofundada, permitindo identificar e interpretar os problemas individuais de pacientes potencialmente portadores de DPOC na rede de Atenção Primária à saúde.¹⁷

A confiabilidade do questionário foi medida pela consistência interna dos itens do instrumento, correlaciona entre si e com o resultado geral. Encontramos resultados semelhantes do α em dois estudos que tiveram o objetivo de elaborar e validar questionários de conhecimento, $\alpha = 0,74$ ⁹ e $\alpha = 0,73$.¹³

A maioria dos respondentes possuía ensino médio completo e exercia a função de agente comunitário, o que sinaliza para que as avaliações do conhecimento tenham o cuidado de nivelar os níveis de complexidade. Esses dados corroboram com estudo de Gouvêa et al., (2015)¹⁶ e Negri et al., (2004)²⁸ que destacam a importância de medir o conhecimento dos integrantes da equipe de ESF, habitualmente composta por profissionais com grau de instrução e formação heterogênea e diversificada, necessitando de questionário de avaliação que atenda a esta especificidade.²⁸

Identificar as limitações e necessidades dos profissionais da Atenção Primária permite promover o nivelamento do conhecimento

sobre DPOC, a fim de oportunizar a equipe a prática de oferecer à população com DPOC a corresponsabilidade de preservar e promover condições de saúde. Dentre esses profissionais não podemos ignorar o papel do agente comunitário que possui um estreito relacionamento com o conjunto de crenças e conceitos da comunidade, muitos deles incompatíveis com o conhecimento científico.^{17,16}

A literatura^{10,17,18} sinaliza a importância de intervenções preventivas como o aconselhamento sobre o abandono do tabagismo, estratégias para ajudar a controlar a fissura e abstinência do tabaco em pacientes com DPOC. Também enfatiza a importância do aconselhamento, como ação preventiva na mudança do hábito de fumar para melhorar o curso da doença pulmonar.^{17,29,30} Apesar de ser uma recomendação, o item 4 que aborda essa ação em nosso questionário, apresentou reprodutibilidade moderada, suspeita-se que essa ação não seja um item valorizado e explorado pelos profissionais que participaram do estudo. O mesmo aconteceu para o item 9, “o uso de oxigênio em pacientes com DPOC vai deixá-lo dependente?”

O item 15 do questionário, “Na orientação sobre exercício físico que a equipe oferece ao paciente com DPOC é importante apresentar a ele uma escala para gerenciar sua falta de ar”, apresentou Kappa = 0,84 (excelente) importante para indicar ao profissional a necessidade de uma escala para gerenciar a falta de ar desses pacientes durante suas atividades de vida diária, esse item é parcialmente abordado no instrumento COPD Assessment Test¹⁵. Por esse motivo julgamos que perguntas dessa natureza permite ao profissional explorar a promoção em saúde com pacientes no contexto do tratamento não farmacológico e monitorização da sua falta de ar. Esse item corrobora com o estudo de Jones et al., (2016)³⁰ que alerta para necessidade de gerenciar a falta de ar de pacientes com DPOC durante o exercício físico.

Outro item com excelente reprodutibilidade refere-se ao conhecimento de que nem todos os pacientes que recebem o diagnóstico de DPOC

devem ser encaminhados para um médico pneumologista, muitos profissionais da Atenção Primária apresentavam dúvidas se devem ou não encaminhar esses pacientes a um especialista. Perguntas dessa natureza são úteis para indicar ao profissional da Atenção Primária que, nem todos os pacientes com diagnóstico de DPOC necessitam ser encaminhados a um especialista, já que o número de especialistas é insuficiente para atender 5 milhões de pacientes com DPOC⁸, dessa forma as ações de aconselhamento²⁹, cuidados farmacológicos e não farmacológicos devem ser iniciados e reforçados por todos profissionais da Atenção Primária, evitando sobrecarga de outras unidades de saúde.

Por oportuno nosso estudo está em consonância com as recomendações: “Os 10 mandamentos da DPOC”¹⁷: prevenir e combater o tabagismo, investigar a suspeita clínica de dispneia e tosse, busca ativa para o diagnóstico, vacinação, prática de exercício físico, uso correto de inaladores e acompanhamento da DPOC, estes agrupados em quatro eixos temáticos: prevenção, diagnóstico, tratamento e monitoramento.

Acreditamos ser apropriado imitar a simplicidade do Antigo Testamento Bíblico que tem sido tão útil a humanidade há milhares de anos, a aplicação de um questionário simples, fácil, atraente e prático para investigar o conhecimento da DPOC em sua enorme variabilidade¹⁷, permitindo ao profissional da Atenção Primária fortalecer seus pontos fracos e promover melhor assistência à população.

Durante o processo de elaboração desse estudo encontramos algumas dificuldades, a principal foi elaborar um questionário para uma população heterogênea quanto ao nível de instrução. O ideal seria um instrumento direcionado para os grupos com nível de conhecimento homogêneo. Entretanto, a realidade da Atenção Primária no Brasil e outros países com características sociais e econômicas semelhantes nos motivou a elaborar um questionário para todos os atores envolvidos na atenção integral ao paciente com DPOC, assim teríamos uma aplicabilidade mais abrangente.

O questionário foi elaborado conforme as recomendações do *Designing questionnaires and interviews*. E o instrumento denominado “Questionário de conhecimento sobre a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica na Atenção Primária (QAP-DPOC)” atendeu às propriedades psicométricas e mostrou-se confiável e reprodutível.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

Forma de citar este artigo: Alcântara EC, Corrêa KS, Rabahi MF. Rev. Elaboração e validação de questionário sobre o conhecimento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica entre profissionais da atenção primária. Rev. Educ. Saúde 2017; 5 (2): 6-18.

Anexo 1 - QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (QAP-DPOC)

Orientações gerais para responder o questionário:

- Responda às questões a seguir com base no seu conhecimento científico sobre DPOC, o questionário é composto por 16 itens.
- Os itens foram construídos para avaliar o seu conhecimento científico sobre DPOC.
- Para cada item, o profissional escolhe apenas uma opção de resposta, ao assinalar você estará manifestando o seu grau de concordância com o item.
- Leia com atenção cada item e responda o mais honestamente possível. Mesmo não tendo certeza sobre a resposta, assinale a que você achar mais apropriada.
- Por exemplo: O profissional que se dedica a assar carnes colocadas sobre o calor de brasas ou sobre chamas de fogo pode desenvolver DPOC.



- 1) Ser fumante/ex-fumante não é fator de risco para DPOC.¹⁰
- 2) Os principais agentes causadores da DPOC são o tabagismo e fumaça de fogão a lenha.¹⁰
- 3) O aconselhamento de aproximadamente 3 a 10 minutos pode ajudar na cessação do tabagismo.¹⁰
- 4) O aconselhamento realizado em grupo não constitui uma ação em Atenção Primária à saúde para ajudar o paciente na fase crítica de abstinência do tabagismo.¹⁰
- 5) Revista e cartilhas são formas de orientar o paciente com DPOC sobre cuidados com sua saúde.⁷
- 6) Os sintomas da DPOC aparecem de forma lenta e progressiva.¹⁸
- 7) A tosse frequente é um sintoma da DPOC.¹⁸
- 8) As vacinas de gripe e pneumonia não reduzem o número de crises da DPOC.¹⁸
- 9) O uso de oxigênio em pacientes com DPOC vai deixá-lo dependente.¹⁸

- 10) A prática de exercício físico pode melhorar a autonomia e o desempenho físico e social de pacientes com DPOC.¹⁸
- 11) No tratamento da DPOC é importante falar dos mitos e preconceitos quanto ao uso de “bombinhas”, oxigênio e exercício físico?¹⁸
- 12) Esta é a sequência para utilizar a medicação inalatória: 1º) expire normalmente, 2º) coloque o dispositivo na boca, 3º) inspire profundamente, 4º) feche a boca e segure o ar nos pulmões por aproximadamente 10 segundos.²⁰
- 13) O tratamento da DPOC inclui: tratamento farmacológico e não farmacológico, educação e orientações sobre vida saudável.¹⁸
- 14) O termo “contra referência” significa: unidade de saúde secundária ou terciária reencaminhar o paciente com DPOC ao nível primário de atenção à saúde com orientações sobre o diagnóstico e tratamento do paciente.⁷
- 15) Na orientação sobre exercício físico que a equipe oferece ao paciente com DPOC é importante apresentar a ele uma escala para gerenciar sua falta de ar.¹⁹
- 16) Todos os pacientes que recebem o diagnóstico de DPOC devem ser encaminhados para um médico pneumologista.⁷

CÁLCULO E INTERPRETAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Para calcular e interpretar os resultados de cada questionário considerou-se uma abordagem quantitativa por meio da escala Likert. Esta é composta de 5 opções a fim de medir o grau de concordância ou discordância.

O cálculo do questionário e interpretação do mesmo dividiu-se em 3 fases:

Fase I – representa a distribuição dos itens do questionário de acordo com a resposta esperada para cada questão e o peso considerado para cada opção assinalada. Na fase I, o avaliador identificará a pontuação máxima que cada respondente poderá atingir, quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição das pontuações de acordo com o peso das respostas esperadas para os 16 itens do questionário.

ITENS	RESPOSTA ESPERADA PARA CADA ITEM	PESO DE CADA OPÇÃO
2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14 e 15	Opção 5	<p>Para cada item a opção 5 da escala Likert tem peso = 5 (nota máxima).</p> <ul style="list-style-type: none"> • A opção nº 1 tem peso 1 • A opção nº 2 tem peso 2 • A opção nº 3 tem peso 3 • A opção nº 4 tem peso 4 • A opção nº 5 tem peso 5 <p>Pontuação máxima para o conjunto dos onze itens = 55 pontos.</p>
1, 4, 8, 9 e 16	Opção 1	<ul style="list-style-type: none"> • A opção nº 1 tem peso 5 • A opção nº 2 tem peso 4 • A opção nº 3 tem peso 3 • A opção nº 4 tem peso 2 • A opção nº 5 tem peso 1 <p>Pontuação máxima para o conjunto dos cinco itens = 25 pontos.</p>
Score total do questionário = 80 pontos		

Fase II – nesta fase há orientações de como conduzir o cálculo do questionário. É descrito a forma de chegar à pontuação mínima e máxima (16 = mínimo e 80 = máximo).

Nesta fase é necessário atribuir para cada item do instrumento o valor de peso considerado na fase I. Lembre-se: quando o participante assinalar a opção 5 da escala Likert nas questões de número 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, e 15, o peso para cada um desses itens é igual a 5 (valor máximo).

Quando o participante assinalar a opção 1 da escala Likert nas questões de número 1, 4, 8, 9 e 16, o peso para cada um desses itens é igual a 5 (valor máximo).

Após atribuir a cada item o valor de peso, o próximo passo é somar os pesos dos 16 itens do questionário, assim o avaliador encontrará a pontuação máxima do respondente.

A pontuação do questionário poderá variar de 16 a 80, onde 16 = pior desempenho do conhecimento e 80 = melhor desempenho do conhecimento.

Por meio da pontuação é possível identificar e acompanhar o desempenho do conhecimento de cada membro da equipe de Atenção Primária à saúde.

Fase III – na última fase encontra-se a classificação do desempenho do conhecimento, esta classificação demonstra o grau de concordância de cada respondente com as respostas consideradas corretas para o questionário.

Com a finalidade de atribuir o grau de concordância às respostas da escala Likert, usa-se a classificação do conhecimento, segundo os intervalos de pontuação do questionário.

Pontuação do questionário	Classificação
16 – 31	Fraco
32 – 47	Moderado
48 – 63	Forte
64 – 80	Muito forte

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: OPS; 2011. 92p.
2. Stelmach R, Neto AC, Fonseca ACCF, Ponte EV, Alves G, Araujo-Costa IN, et al. Programas e centros de atenção a asmáticos no Brasil; uma oficina de trabalho: revisitando e explicitando conceitos. J Bras Pneumol. 2015a;41(1):3-15.
3. Silva PNC, Jardim JR, Souza GMC, Hyland ME, Nascimento OA. Cultural adaptation and reproducibility of the Breathing Problems Questionnaire for use in patients with COPD in Brazil. J Bras Pneumol. 2012a;38(3):339-45. Erratum in: J Bras Pneumol. 2012a;38(4):538.
4. Alcântara EC, Rabahi MF. Tendência temporal da epidemia do tabagismo no Brasil. Rev Med Minas Gerais. 2015;25(1):140-42.
5. World Health Organization - WHO. Burden of COPD. Genebra; 2016.
6. Pérez-Padilha R, Stelmach R, Soto-Quiroz M, Cruz AA. Combate a doenças respiratórias: esforços divididos levam ao enfraquecimento. J Bras Pneumol. 2014;40(3):207-10.
7. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia – SBPT. DPOC e Saúde Pública: Atendendo as Necessidades dos Pacientes; 2012. p.1-17. [citado em 2016 abr 12]. Disponível em: http://www.sbpt.org.br/downloads/arquivos/COM_DPOC/Relatorio_final_DPOC_Saude_Publica_2012_SBPT.pdf .

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 105p.
9. Bonin CDB, Santos RZ, Ghisi GLM, Vieira AM, Amboni R, Benetti M. Construção e validação do questionário de conhecimento para pacientes com insuficiência cardíaca. *Arq Bras Cardiol.* 2014;102(4):364-73.
10. Jardim JR, Oliveira JA, Nascimento O, Netto AP, Cukier A, Sandrini A et al. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia - SBPT. II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). *J Bras Pneumol* 2004; 30 (Suppl 5):S1-42.
11. Guyatt GH, Berman LB, Townsend M, Pugsley SO, Chambers LW. A measure of quality of life for clinical trials in chronic lung disease. *Thorax.* 1987;42(10):773-78.
12. 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.
13. White R, Walker P, Roberts S, Kalisky S, White P. Bristol COPD knowledge questionnaire (BCKQ): testing what we teach patients about COPD. *Chron Respir Dis.* 2006;3:123-31.
14. Quirk FH, Jones PW. Repeatability of two new short airways questionnaires. *Proceedings of the British Thoracic Society.* *Thorax.* 1994;49(10):1075-79.
15. Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen WH, Kline Leidy N. Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J.* 2009;34(3):648-54.
16. Gouvêa GR, Silva MAV, Pereira AC, Mialhe FL, Cortellazzi KL, Guerra LM. Avaliação do conhecimento em saúde bucal de agentes comunitários de saúde vinculados à estratégia saúde da família. *Cien Saude Colet.* 2015;20(4):1185-97.
17. Marin JM, Cote C, Casanova C, Pinto-Plata V, Oca MM, Divo MJ et al. Simplificando lãs guias: lós 10 mandamentos de la EPOC. *Arch Bronconeumol.* 2016;42(4):179-80.
18. Global Initiative for chronic obstructive lung disease – GOLD, 2015 (on line). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD: 2015 update. [citado 22 jun. 2016] Disponível em: http://www.goldcopd.it/materiale/2015/GOLD_R_eport_2015.pdf .
19. Camargo LACR, Pereira CA. Dispneia em DPOC: além da escala modified medical research council. *J Bras Pneumol.* 2010;36(5):571-78.
20. Souza MLM, Meneghini AC, Ferraz E, Vianna EO, Borges MC. Técnica e compreensão do uso dos dispositivos inalatórios em pacientes com asma ou DPOC. *J Bras Pneumol.* 2009;35(9):824-31.
21. Queiroz MCCAM, Moreira MAC, Rabahi MF. Subdiagnóstico de DPOC na Atenção Primária em Aparecida de Goiânia, Goiás. *J Bras Pneumol.* 2012;38(6):692-99.
22. Cummings SR, Hulley SB. Designing questionnaires and interviews. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Designing clinical research*, 3 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer Health; 2007. P241-55.
23. Silva PR, Araújo ESNN, Caldeira AMA, Carvalho GS. Construção e validação de questionário para análise de concepções bioéticas. *Rev Bioét.* 2012b;20(3):490-501.
24. Júnior JAB, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(5):751-57.
25. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;33(1):159-74.
26. Silva-Oliveira F, Ferreira EF, Mattos FF, Ribeiro MTF, Cota LOM, Vale MP et al. Adaptação transcultural e reprodutibilidade de questionário para avaliação de conhecimento e atitude de profissionais de saúde frente a casos

de abuso físico infantil. Cien Saude Colet. 2014;19(3):917-29.

27. Laureano GHC, Torman VBL, Castro SMJ. Coeficiente de correlação intraclasse: comparação entre métodos de estimação clássica e bayesianos [Monografia na internet]. Porto Alegre (Brasil): Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Matemática - Departamento de Estatística; 2011 [citado 25 jul. 2016]. 52p. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/36714/000818152.pdf?sequence=1>

28. Negri LSA, Ruy GF, Collodetti JB, Pinto LF, Soranz DR. Aplicação de um instrumento para detecção precoce de previsibilidade de agravos na população idosa. Cien Saude Colet. 2004;9(4):1033-46.

29. Stelmach R, Fernandes FLA, Carvalho-Pinto RM, Athanazio RA, Rached SZ, Prado GF et al. Comparação entre medidas objetivas do tabagismo e tabagismo autodeclarado em pacientes com asma ou DPOC: será que nossos pacientes dizem a verdade? J Bras Pneumol. 2015b;41(2):124-32.

30. Jones PW, Watz H, Wouters EF, Cazzola M. COPD: the patient perspective. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2016;11:13-20.