

mos cerca de 200 pacientes utilizando diferentes espaçadores. Esperamos, com isso, responder algumas das dúvidas aqui levantadas, pois uma meia verdade pode ser uma mentira inteira. A impressão clínica e a experiência pessoal certamente são válidas para se formar uma hipótese, mas não são substitutas de dados objetivos obtidos através de estudos clínicos bem elaborados. A hipótese é passível de teste, mas até ser testada não deve ser encarada como fato.

Wilson Rocha Filho

Coordenador do Serviço de Alergia e Pneumologia Pediátrica, Hospital Felício Rocho e Centro Geral de Pediatria, Belo Horizonte, MG

Referências

1. Rocha Filho W, Noronha VX, Senna SN, Simal CJ, Mendonça WB. Avaliação da idade e do volume do espaçador na deposição pulmonar de aerossóis. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:387-90.
2. Rubim JA, Simal CJ, Lasmar LM, Camargos PA. Deposição pulmonar de radioaerossol e desempenho clínico verificado com espaçador desenvolvido no Brasil. *J Pediatr (Rio J)*. 2000;76:434-42.

Comparação das estimativas de prevalência de asma em Recife

Prezado editor,

Gostaríamos de fazer alguns comentários sobre a metodologia relacionada ao artigo de Britto et al.¹ publicado recentemente no *Jornal de Pediatria*.

Um dos objetivos deste estudo foi avaliar a acurácia diagnóstica da prevalência anual de sibilância como um indicador de asma. Para isso, os autores compararam as respostas de duas perguntas diferentes: pergunta 2 (P2) do módulo principal de asma do questionário ISAAC - "Você teve sibilância nos últimos 12 meses?" e a pergunta 6 (P6) - "Você teve asma alguma vez na vida?". Na falta de um padrão-ouro, tem sido sugerido que os resultados obtidos com a administração de um questionário para avaliar os sinais e sintomas de asma sejam comparados com um diagnóstico documentado de asma feito por médicos em um mesmo paciente². Em nossa opinião, as informações obtidas através da P6 não podem ser consideradas equivalentes ao histórico de asma diagnosticada por um médico (exame e diagnóstico clínico feito por um profissional da saúde), tendo em vista que as respostas dos participantes a essa pergunta serão determinadas pelo seu próprio entendimento do termo "asma" e não por uma medida objetiva da presença da doença. Portanto, os dados descritos no texto parecem apenas representar a concordância entre as respostas a duas perguntas separadas e não a validação da P2. A validação dessa pergunta requereria a comparação das respostas à P2 com resultados de um teste objetivo (ex: teste de função pulmonar), ou de um exame clínico realizado por um médico, ou informações documentadas a respeito de um diagnóstico anterior de asma a partir dos prontuários médicos².

O segundo problema metodológico está relacionado ao uso do termo "cansaço" (cujo equivalente em inglês seria *feeling breathless* ou *short of breath*) usado como tradução para o termo *wheeze*. Embora o grupo de pesquisa ISAAC tenha sugerido que se poderia pedir às crianças asmáticas e aos seus pais para descreverem os padrões de respiração durante um ataque de asma³, achamos que a tradução do termo *wheeze* como cansaço usado nesse estudo pode não ser adequado. Primeiro, o termo *wheeze* incluso no módulo principal do questionário ISAAC corresponde aos termos "sibilos", "piado" ou "chiado" no português do Brasil. Por outro lado, o termo cansaço (*short of breath*) tem um significado mais amplo e, no contexto brasileiro, é normalmente associado a várias condições clínicas além da asma. Em segundo lugar, a versão em inglês do questionário usado na fase I do ISAAC apenas incluía os termos *wheeze*, *cough* e *asthma* (e não *breathless* ou *short of breath*)⁴. O termo *breathless* ou *short of breath* só foi introduzido mais tarde na versão em inglês da fase II do questionário ISAAC (module *Wheeze and Breathlessness Supplementary Questionnaire*)³. É importante observar que o termo "cansaço" também não apareceu na versão brasileira do questionário a ser usada na fase I do ISAAC no Brasil⁵. Finalmente, outras três versões em inglês de questionários usados para avaliar as doenças respiratórias empregaram os termos *wheeze*, *breathless* e *short of breath* em perguntas separadas ou como *shortness of breath with wheezing* (IUATLD, ATS e MRC)². Foi demonstrado que as perguntas que utilizam os termos *breathless* e *short of breath* possuem menor especificidade na identificação adequada da asma em comparação com perguntas que empregaram o termo *wheeze*². Aceitando o uso do termo cansaço como tradução para *wheeze*, Britto et al. talvez tenham obtido estimativas de prevalência mais altas do que as pesquisas baseadas nos questionários que não incluíram esse termo, diminuindo a comparabilidade dos resultados do presente estudo. Além disso, não está claro se o termo cansaço foi usado na pesquisa realizada em 1994-1995⁶ ou apenas na pesquisa de 2000, e a interpretação dos achados desse estudo comparativo será difícil se o termo não foi utilizado. Em conclusão, gostaríamos de sugerir que futuras pesquisas desse tipo utilizem questionários padrões (ex: ISAAC) sem modificações a fim de preservar a comparabilidade dos resultados entre países e ao longo do tempo. Se modificações são julgadas necessárias, elas devem ser incorporadas como perguntas adicionais, permitindo análises separadas, conforme recomendado nos livros especializados⁶.

Sérgio Souza da Cunha

Médico, Doutor. Projeto Fatores de risco para asma e Alergia em Salvador, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA
E-mail: cunhass@ufba.br

Mar Pujades-Rodríguez

Médico, Mestre pela Faculdade de Ciências da Saúde Comunitária, Universidade de Nottingham, Reino Unido
E-mail: mcxmdmp@nottingham.ac.uk

Referências

1. Britto MC, Bezerra PG, Brito RC, Rego JC, Burity EF, Alves JG. Asma em escolares do Recife - comparação de prevalências: 1994-95 e 2002 (Asthma in schoolchildren from Recife, Brazil, Prevalence comparison: 1994-95 and 2002). *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:391-400.

2. Tennant S, Szuster F. Nationwide monitoring and surveillance question development: Asthma. Working Paper Series No. 2. Public Health Information Development Unit, Adelaide; 2003. Available from: <http://www.publichealth.gov.au/>
3. ISAAC Study Group [homepage on the Internet]. Auckland: ISAAC Study Group; [updated 2004 Nov 30; cited 2005 Jan 18]. Guidelines for the Translation of Questionnaires; [about 2 screens]. Available from: <http://isaac.auckland.ac.nz/PhaseOne/Translation/TransFrame.html>
4. Asher MI, Keil U, Anderson HR, Beasley R, Crane J, Martinez F, et al. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): rationale and methods. *Eur Respir J.* 1995;8:483-91.
5. Sole D, Naspitz CK. Epidemiologia da asma: Estudo ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood). *Rev Bras Alergia Imunopatol.* 1998;21:38-45.
6. Britto MC, Bezerra PG, Ferreira OS, Maranhao IC, Trigueiro GA. Asthma prevalence in schoolchildren in a city in north-east Brazil. *Ann Trop Paediatr.* 2000;20:95-100.
7. Armstrong BK, White E, Saracci R. The design of questionnaires. In: Armstrong BK, White E, Saracci R. Principles of exposure measurement in epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 1992. p. 137-170.

Resposta do autor

Prezado Editor,

Antes de fazer qualquer consideração a respeito dos comentários dos Drs. Cunha e Rodriguez, é válido salientar que a asma é uma afecção cuja definição é vaga e inaccurada^{1,2}, sendo observações a esse respeito sujeitas a uma larga margem de erro.

Com relação a se testar a acurácia da sibilância nos últimos 12 meses com a presença de asma referida alguma vez na vida, é certo que a compreensão do termo "asma" é variável entre populações diversas, ou mesmo entre indivíduos de uma mesma população. É opinião dos Drs. Cunha e Rodriguez que a presença de asma referida seja menos acurada do que uma "medida objetiva" da presença de doença. No meu conhecimento, as únicas medidas objetivas universalmente aceitas para o diagnóstico de asma são os

testes de função pulmonar. Segundo uma revisão sistemática da literatura³, os testes de função pulmonar são menos acurados que o questionário isolado para a determinação de prevalência da doença. Desta forma, a menos que essa evidência científica seja contestada com outra de boa qualidade, acredito que, embora a presença de asma referida não seja o padrão ideal de referência para se testar a acurácia de sibilância nos últimos 12 meses, ela é aceitável.

No que diz respeito a utilizar os termos "cansaço ou chiado" para representar o termo da língua inglesa *wheezing*, que, ao pé da letra, significa apenas "chiado", embora não tivéssemos testado a validação e a reprodutibilidade da associação dos termos, a prática diária com crianças asmáticas e suas famílias em nosso meio nos mostra que o termo é muitas vezes utilizado por estes significando sibilância. De forma similar, no estado de Minas Gerais, é comum referir-se a sibilância como "chieira", e não "chiado". Assim, me parece válido, embora de forma um tanto subjetiva, o acréscimo do termo "cansaço", para os questionários aplicados em nossa região.

Murilo C. A. de Britto

Doutor em Saúde Pública. Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), Recife, PE
E-mail: murilo.britto@bol.com.br

Referências

1. National Institute of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention. NHLBI/WHO workshop report. Bethesda: National Heart, Lung and Blood Institute. National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services; 2002.
2. Warner JO, Naspitz CK, Cropp GJ. Third international pediatric consensus statement on the management of childhood asthma. *Pediatr Pulmonol.* 1998;25:1-17.
3. Pekkanen J, Pearce N. Defining asthma in epidemiological studies. *Eur Respir J.* 1999;14:951-7.