

EDITORIAIS

Utilidade do teste de avaliação da DPOC (CAT) no serviço primário de saúde

Veja artigo relacionado, de autoria de Gruffydd-Jones *et al.*, *Prim Care Respir J* 2013; 22(1) página 37

*Arnulf Langhammer,¹ Rupert Jones²

- 1 Professor do Centro de Pesquisas HUNT, Departamento de Saúde Pública e Clínica Geral, Norwegian University of Science and Technology, Levanger, Noruega.
- 2 Bolsista de Pesquisa Clínica, Plymouth University Peninsula School of Medicine and Dentistry, Plymouth, Reino Unido.

*Correspondência: Professor Arnulf Langhammer, HUNT Research Centre, Department of Public Health and General Practice, Norwegian University of Science and Technology, Forskningsveien 2, 7600 Levanger, Norway.
Tel: +47 74075187 Fax: +47 74141255.
E-mail: arnulf.langhammer@ntnu.no

O manejo ideal da DPOC pode melhorar o prognóstico e reduzir o impacto da doença na qualidade de vida e no estado de saúde dos pacientes. Para essa finalidade, é necessário avaliar múltiplas dimensões da doença.

Recomendações de diretrizes prévias são frequentemente baseadas em evidências limitadas da efetividade terapêutica e estudos escassos sobre a viabilidade de se incorporar recomendações para o atendimento primário em saúde. A avaliação da gravidade da DPOC baseava-se somente no grau de obstrução brônquica, apesar da fraca correlação entre parâmetros da função pulmonar e os sintomas e limitações percebidos.¹ Contudo, as atuais diretrizes recomendam a avaliação de desfechos focados no paciente, que podem ser medidos por meio de vários parâmetros de saúde validados, desde o simples grau de dispnéia medido pelo questionário do Conselho de Pesquisas Médicas (MRC) do Reino Unido, com apenas uma questão, até o Questionário Respiratório de St. George (SGRQ), bem mais complexo.

A maior dificuldade é como incorporar desfechos relacionados ao paciente à prática clínica primária de rotina. Uma solução tem sido usar medidas da gravidade da doença que incluam a função pulmonar e o estado de saúde. O índice BODE (sigla correspondente às iniciais em inglês do índice de massa corporal, obstrução, dispnéia e exercícios) utiliza o escore MRC como medida do estado de saúde, que já provou ser um instrumento robusto para a medida da gravidade da doença e do seu prognóstico,² mas não é amplamente usado na prática de rotina. As últimas diretrizes da GOLD³ sugerem que os pacientes sejam divididos em quatro categorias, com base nos sintomas atuais [avaliados por meio do MRC ou do teste de avaliação da DPOC (CAT)], na porcentagem do valor previsto do VEF₁ e no número de exacerbações. Entretanto, esse sistema enfrentou

objeções significativas, pois não foi elaborado nem validado estatisticamente, seu uso é complexo e pode não ser adequado para o serviço primário de saúde.⁴

Instrumentos válidos e confiáveis para avaliação do estado de saúde de pacientes com DPOC são benéficos para estudos comparativos entre populações e como medida das alterações de curto e longo prazos, talvez especialmente por parte das autoridades de saúde, pesquisadores e empresas farmacêuticas. Questões fundamentais persistem, contudo, quanto à melhora da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente, à contribuição para a melhora da evolução do paciente ou à viabilidade do uso desses instrumentos na prática clínica geral de rotina.

Um dos objetivos durante o desenvolvimento do CAT foi melhorar a comunicação entre os pacientes com DPOC e o clínico, permitindo assim uma compreensão comum da gravidade e do impacto da doença.³ Não é fácil determinar esses dados, mas nesse sentido Gruffydd-Jones *et al.* relatam no PCRJ um estudo controlado e randomizado muito interessante sobre a utilidade do CAT nas consultas em serviços primários de saúde.⁵ Seis pacientes com DPOC padronizados (representados por atores treinados) consultaram 165 médicos generalistas de seis países europeus, cobrindo um espectro variado de níveis de gravidade da DPOC e comorbidades. Os médicos foram randomizados para observar os pacientes em consultas gravadas em vídeo, com ou sem o preenchimento do CAT. Atribuíram-se escores aos médicos de acordo com sua capacidade de identificar e abordar: A) questões relevantes para os pacientes e B) dez questões padronizadas sobre a DPOC, além de escores relacionados à sua compreensão do caso e seu desempenho geral nas consultas de dez minutos. Os médicos com acesso ao CAT preenchido obtiveram com maior frequência "revisões de alta qualidade" sobre os itens incluídos no subescore B da DPOC, mas não foi observada diferença entre os dois grupos quanto às questões relacionadas ao tabagismo e às exacerbações, ou a sintomas não relacionados à DPOC (subescore A), comorbidades ou outras medidas de qualidade da consulta. Portanto, o CAT auxiliou na avaliação de problemas ligados à DPOC pelo médico generalista, mas não na detecção de sintomas não relacionados à DPOC ou de comorbidades. Há, é claro, limitações em estudos padronizados como esse, mas os autores merecem crédito por realizar um estudo tão engenhoso e importante.

O questionário clínico da DPOC (CCQ) foi desenvolvido em 2003 e contém 10 itens, com três domínios (sintomas, estado funcional e estado mental).⁶ Já foi bem validado e amplamente utilizado em pesquisas e na prática clínica. O CAT foi desenvolvido depois,⁷ e foi elaborado especificamente para ser rápido e fácil de utilizar. Identificaram-se itens "candidatos" referentes aos sintomas diários, às limitações de atividades e outras manifestações da doença, mas, para manter as boas propriedades

psicométricas, os 21 itens do esboço inicial foram reduzidos a oito, e não a quatro ou cinco como se esperava.⁷ Os oito itens do CAT cobrem tosse, secreção mucosa, opressão torácica, dispneia ao subir ladeiras/escadas, limitação de atividades domésticas, confiança para sair de casa, sono e disposição. As boas propriedades psicométricas do CAT foram confirmadas, em comparação com outras medidas como o SGRQ, o Escore Hospitalar de Ansiedade e Depressão, o CCQ e diferentes testes de caminhada. O CAT é uma medida confiável da gravidade geral da DPOC, na perspectiva do paciente, não depende dos idiomas testados,^{7,8} possui excelente consistência interna, alta concordância entre medidas repetidas na fase estável da doença,^{7,9} boas propriedades discriminativas entre a fase estável e a exacerbação, mesmo entre diferentes intensidades de exacerbação e também antes ou depois da reabilitação pulmonar.¹⁰⁻¹³

Comparando o CAT a outros questionários, Ringbaek *et al.* reportaram tempos médios para o preenchimento do SGRQ, do CAT e do CCQ de 578, 107 e 134 segundos, respectivamente,¹³ embora tenhamos considerado esses tempos um tanto otimistas, em comparação com nossa experiência própria. As porcentagens de pacientes que necessitaram de auxílio para responder às questões foram de 87%, 54% e 36% para o SGRQ, o CAT e o CCQ, respectivamente, com proporções mais altas entre os pacientes com baixo nível educacional.

Tsiligianni *et al.*, em uma comparação entre o CAT e o CCQ em pacientes com DPOC na fase estável, confirmaram as boas propriedades psicométricas dos dois instrumentos e concluíram que os estes devem ser fáceis e confiáveis para serem utilizados em estudos clínicos e na prática clínica diária.⁹ Entretanto, o estudo incluiu poucos pacientes com DPOC grave, houve cerca de 10% de falhas no seguimento e, como em outros estudos,^{6,7} os pacientes de mais de 80 anos e aqueles com significativas comorbidades foram excluídos.

Considerando-se todos esses fatores, recentemente o Grupo Internacional de Cuidados Respiratórios Primários (IPCRG) publicou um "Guia para o usuário de instrumentos de avaliação do bem-estar na DPOC",¹⁴ no qual o CCQ e o CAT foram considerados os dois melhores escores para utilização na prática clínica diária: ambos são práticos, fáceis de usar e é possível preenchê-los em dois minutos. Os avaliadores eram membros ativos do IPCRG com interesse especial em doenças respiratórias e, portanto, podem não representar necessariamente a maioria dos clínicos gerais. É interessante observar que, em um estudo envolvendo cinco países europeus, Jones *et al.* observaram que os clínicos gerais graduaram a gravidade clínica da DPOC com sucesso sem tais instrumentos, com maior poder discriminativo para avaliação da gravidade do que o estadiamento baseado no VEF₁.¹⁵

Apesar desses instrumentos e recomendações, realizar essas tarefas na prática clínica de rotina requer incentivo e organização. No Reino Unido, a escala de dispneia MRC é agora amplamente utilizada, pois os clínicos gerais são pagos para incluí-la nas revisões anuais de DPOC. Sem incentivos correspondentes, o CAT ou o CCQ terão uso limitado nas consultas regulares.

O CAT e o CCQ são instrumentos úteis para avaliação da experiência de pacientes com DPOC. Ainda não está claro se a implantação desses instrumentos proporcionará um benefício além daquele proporcionado pelo MRC ou uma avaliação ordi-

nária da gravidade clínica da doença, em uma consulta holística centrada no paciente.¹⁵

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse em relação a este artigo. AL é Editor Associado da PCRJ, mas não participou da revisão editorial nem da decisão de publicar o artigo.

Artigo comissionado; não submetido à revisão externa por pares; aceito em 09/02/2013; publicado on-line em 21/02/2013

© 2013 Primary Care Respiratory Society UK. Todos os direitos reservados.

<http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2013.00022>

Prim Care Respir J 2013; 22(1): 8-9

Referências

1. Tsiligianni I, Kocks J, Tzanakis N, Siafakas N, van der Molen T. Factors that influence disease-specific quality of life or health status in patients with COPD: a review and meta-analysis of Pearson correlations. *Prim Care Respir J* 2011;**20**(3):257-68. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2011.00029>
2. Marin JM, Cote CG, Diaz O, *et al.* Prognostic assessment in COPD: health related quality of life and the BODE index. *Respir Med* 2011;**105**(6):916-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2011.01.007>
3. From the Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 2011. Available <http://www.goldcopd.org/>.
4. Jones RP, Chavannes N, van der Molen T, Thomas, M, Tsiligianni, I, Williams S. GOLD COPD categories are not fit for purpose in primary care. *Lancet Respir Med* 2013; in press
5. Gruffydd-Jones K, Marsden HC, Holmes S, *et al.* Utility of COPD Assessment Test (CAT) in primary care consultations: a randomised controlled study. *Prim Care Respir J* 2013;**22**(1):37-43. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2013.00001>
6. van der Molen T, Willemse BW, Schokker S, ten Hacken NH, Postma DS, Juniper EF. Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire. *Health and quality of life outcomes* 2003;**1**:13. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-1-13>
7. 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. <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00102509>
8. Kwon N, Amin M, Hui DS, *et al.* Validity of the Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test (CAT) Translated into Local Languages for Asian Patients. *Chest* 2012;
9. Tsiligianni IG, van der Molen T, Moraitaki D, *et al.* Assessing health status in COPD. A head-to-head comparison between the COPD assessment test (CAT) and the clinical COPD questionnaire (CCQ). *BMC Pulm Med* 2012;**12**:20. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2466-12-20>
10. Dodd JW, Marns PL, Clark AL, *et al.* The COPD Assessment Test (CAT): short- and medium-term response to pulmonary rehabilitation. *COPD* 2012;**9**(4):390-4.
11. Jones PW, Harding G, Wiklund I, *et al.* Tests of the responsiveness of the COPD assessment test following acute exacerbation and pulmonary rehabilitation. *Chest* 2012;**142**(1):134-40. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.11-0309>
12. Mackay AJ, Donaldson GC, Patel AR, Jones PW, Hurst JR, Wedzicha JA. Usefulness of the Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test to evaluate severity of COPD exacerbations. *Am J Resp Crit Care Med* 2012;**185**(11):1218-24. <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.201110-1843OC>
13. Ringbaek T, Martinez G, Lange P. A comparison of the assessment of quality of life with CAT, CCQ, and SGRQ in COPD patients participating in pulmonary rehabilitation. *COPD* 2012;**9**(1):12-5. <http://dx.doi.org/10.3109/15412555.2011.630248>
14. Cave A, Tsiligianni I, Chavannes N, Correia de Sousa J, Yaman H. IPCRG Users' Guide to COPD "Wellness" Tools. International Primary Care Respiratory Group. 2010. www.theipcrj.org/resources/resources_copd.php
15. Jones PW, Brusselle G, Dal Negro RW, *et al.* Patient-centred assessment of COPD in primary care: experience from a cross-sectional study of health-related quality of life in Europe. *Prim Care Respir J* 2012;**21**(3):329-36. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2012.00065>