

EDITORIAIS

Avaliação da DPOC no serviço primário de saúde: novas evidências fundamentam o uso do índice DOSE

Veja artigo associado de Rolink *et al.* *Prim Care Respir J* 2013; 22(2) na página 169

Josefin Sundh,¹ Scott Montgomery,²
Björn Ställberg,³ Karin Lisspers⁴

¹ Médico Consultor em Pneumologia, Departamento de Medicina Respiratória, Örebro University Hospital & School of Health and Medical Science, Örebro University, Örebro, Suécia.

² Professor de Epidemiologia Clínica, Departamento de Epidemiologia Clínica e Bioestatística, Örebro University Hospital & School of Health and Medical Science, Örebro University, Örebro, Suécia; e Unidade de Epidemiologia Clínica, Departamento de Medicina, Karolinska University Hospital, Karolinska Institute, Estocolmo, Suécia.

³ Professor Associado e Clínico Geral, Departamento de Saúde Pública e Ciências da Saúde, Medicina Familiar e Medicina Preventiva, Uppsala University, Suécia.

⁴ Pesquisador Associado e Clínico Geral, Departamento de Saúde Pública e Ciências da Saúde, Medicina Familiar e Medicina Preventiva, Uppsala University, Suécia.

*Correspondência: Dr Josefin Sundh, Department of Respiratory Medicine, Örebro University Hospital, School of Health and Medical Science, Örebro University, 701 85 Örebro, Sweden.
Tel: +46196025597, +46702349517, Fax: +46196021865.
E-mail: josefin.sundh@orebroll.se

Recentes modificações nas recomendações da GOLD enfatizam a importância da avaliação dos sintomas ou do estado de saúde, além da função pulmonar e da frequência das exacerbações, para se produzir uma visão mais abrangente do paciente com DPOC.¹ É, portanto, um difícil desafio encontrar uma maneira conveniente de avaliar a DPOC no serviço primário de saúde, onde a maioria dos pacientes com DPOC é atendida. Na verdade, a utilidade das novas categorias da GOLD no serviço primário de saúde tem sido debatida.²

O artigo de Rolink e colaboradores,³ publicado nesta edição do *PCRJ*, mostra que o índice DOSE, recentemente descrito, prediz alterações no estado de saúde medido por meio do Questionário de DPOC Clínica (CCQ). Esse achado aumenta o valor em potencial do índice DOSE, que já demonstrou sua utilidade clínica.

A escala MRC é um instrumento bem conhecido para estimativa do importante sintoma de dispneia decorrente de atividade física em pacientes com DPOC. Em um estudo de 2002, demonstrou-se que a escala MRC é mais efetiva em prever a mortalidade que a função pulmonar na DPOC.⁴ Contudo, a

complexidade multissistêmica da DPOC resultou na necessidade de instrumentos abrangentes que possam levar em conta diversos aspectos da doença. A expressão “estado de saúde” cobre não apenas os sintomas, mas a influência mais ampla da doença nas atividades cotidianas e no bem-estar.⁵ O Questionário Respiratório de St. George (SGRQ), um instrumento específico para a doença originalmente desenvolvido para avaliar o estado de saúde,⁶ é frequentemente utilizado em estudos clínicos como padrão-ouro para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em doenças respiratórias. Como a QVRS reflete o impacto geral de uma doença no bem-estar de um paciente, as expressões QVRS e estado de saúde estão muito estreitamente relacionadas e muitas vezes são utilizadas como sinônimos.

Entretanto, o SGRQ é um instrumento extensivo que pode exigir muito tempo para ser preenchido, tornando o seu uso inconveniente na prática clínica. Mais recentemente, instrumentos mais breves foram desenvolvidos. Em 2005, o CCQ foi introduzido como instrumento conveniente para medida do estado de saúde. Ele inclui dez itens sobre os sintomas, a disfunção emocional e as limitações à atividade física,⁷ mostra boa correlação com o SGRQ, com o Questionário de Doenças Respiratórias Crônicas (CRQ) e com o instrumento genérico Breve Formulário 36 (SF-36),^{7,8} e seu uso no serviço primário de saúde é exequível.⁹ Em 2009, foi desenvolvido o Teste de Avaliação da DPOC (CAT), que inclui oito itens sobre os sintomas, as atividades e outros impactos da DPOC no estado de saúde.¹⁰ Na atualização mais recente da GOLD, os escores do CAT e do CCQ são recomendados para avaliação clínica do estado de saúde em pacientes com DPOC.¹

No serviço primário de saúde, é clara a necessidade de instrumentos simples que possam produzir informações clinicamente relevantes sobre a doença da maneira mais eficiente possível. Jones e colaboradores desenvolveram o índice de Dispneia, Obstrução, Tabagismo e Exacerbações (DOSE), com o objetivo de combinar informações relevantes para o manejo clínico e a avaliação da gravidade da doença.¹¹ Outros instrumentos multidimensionais, como o índice BODE (IMC, Obstrução, Dispneia e Capacidade para Exercícios)¹² e o índice ADO (Idade, Dispneia e Obstrução),¹³ também têm a vantagem de refletir diversos aspectos da DPOC. Contudo, o índice BODE inclui o teste de Distância Caminhada em Seis Minutos para medida da capacidade para exercícios, o que limita a sua praticabilidade para uso no serviço primário de saúde. O índice DOSE inclui informações clinicamente relevantes e facilmente coletadas, além de possuir uma característica importante – vários dos seus componentes

mensuráveis podem ser modificados pelas intervenções, o que representa uma vantagem em comparação com o índice ADO.

Já se demonstrou previamente que o índice DOSE prediz o risco de exacerbações, internações hospitalares, falência respiratória e mortalidade.^{11,14,15} Rolink e colaboradores agora mostram que o índice DOSE também é capaz de prever alterações no estado de saúde, medido por meio do CCQ.³ Em um estudo envolvendo 209 pacientes, dos quais 54% eram atendidos no serviço primário, o escore acima de 4 no índice DOSE constituiu um fator preditivo estatisticamente significativo de piora clinicamente significativa no escore do CCQ ao longo de um período de seguimento de dois anos. A estratificação por nível de atendimento revelou que o instrumento foi mais preditivo entre os pacientes dos serviços primários de saúde. Essa associação não havia sido demonstrada previamente em um estudo prospectivo. É interessante observar que a comparação com a porcentagem do VEF₁ previsto mostrou que o componente de função pulmonar somente não foi significativamente associada à alteração no CCQ ou ao encaminhamento para o serviço secundário de saúde. O estudo foi bem desenhado, com vantagens como os dados de função pulmonar de todos os pacientes – o que nem sempre é possível em pesquisas clínicas sobre a DPOC – e um modelo estatístico que examina o grau de alteração durante o seguimento, levando-se em conta os valores iniciais.

Esses resultados enfatizam a utilidade clínica do índice DOSE no serviço primário de saúde. Nós concordamos plenamente com as observações dos autores sobre a importância de futuras pesquisas concentrarem-se na prevenção da deterioração do estado de saúde em indivíduos de alto risco.

A avaliação da DPOC deve incluir medidas clinicamente relevantes que possam ser influenciadas pela intervenção, e também informações sobre o risco da futura deterioração do estado de saúde e da mortalidade. O presente estudo de Rolink *et al.*³ acrescenta importantes evidências de que o índice DOSE prediz alterações no estado de saúde. O índice DOSE parece combinar todos os requisitos e é de fácil aplicação. O seu uso no manejo clínico de pacientes com DPOC é muito atraente, particularmente nos serviços primários de saúde.

Conflitos de interesses: Os autores declaram não possuir conflitos de interesses em relação a este artigo. BS é editor associado da *PCRJ*, mas não participou da revisão editorial ou da decisão de publicar o artigo. JS, SM e KL não possuem conflitos de interesses em relação a este artigo.

Artigo comissionado; sem revisão externa por pares; aceito em 7/05/2013; publicado *on-line* em 24/05/2013.

© 2013 Primary Care Respiratory Society UK. Todos os direitos reservados.
<http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2013.00050>
Prim Care Respir J 2013; 22(2): 142-143

Referências

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD 2001 [updated 2013; cited 2013 25th March]; Available from: <http://www.goldcopd.com>.
2. Jones R, Price D, Chavannes N, *et al.* GOLD COPD categories are not fit for purpose in primary care. *Lancet Respir Med* 2013;**1**(1):e17.
3. Rolink M, van Dijk W, van den Haak-Rongen S, Pieters W, Schermer T, van den Bemt L. Using the DOSE index to predict changes in health status of patients with COPD: a prospective cohort study. *Prim Care Respir J* 2013;**22**(2):169-74. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2013.00033>
4. Nishimura K, Izumi T, Tsukino M, Oga T. Dyspnea is a better predictor of 5-year survival than airway obstruction in patients with COPD. *Chest* 2002;**121**(5):1434-40. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.121.5.1434>
5. Curtis JR, Martin DP, Martin TR. Patient-assessed health outcomes in chronic lung disease: what are they, how do they help us, and where do we go from here? *Am J Respir Crit Care Med* 1997;**156**(4 Pt 1):1032-9. <http://dx.doi.org/10.1164/ajrccm.156.4.97-02011>
6. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM, Littlejohns P. A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation. The St. George's Respiratory Questionnaire. *Am Rev Respir Dis* 1992;**145**(6):1321-7. <http://dx.doi.org/10.1164/ajrccm/145.6.1321>
7. van der Molen T, Willemsse BW, Schokker S, ten Hacken NH, Postma DS, Juniper EF. Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire. *Health Qual Life Outcomes* 2003;**1**:13. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-1-13>
8. Reda AA, Kotz D, Kocks JW, Wesseling G, van Schayck CP. Reliability and validity of the clinical COPD questionnaire and chronic respiratory questionnaire. *Respir Med* 2010;**104**(11):1675-82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2010.04.023>
9. Kocks JW, Asjeee GM, Tsiglianni IG, Kerstjens HA, van der Molen T. Functional status measurement in COPD: a review of available methods and their feasibility in primary care. *Prim Care Respir J* 2011;**20**(3):269-75. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2011.00031>
10. Jones PW, Harding G, Berry P, *et al.* 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>
11. Jones RC, Donaldson GC, Chavannes NH, *et al.* Derivation and validation of a composite index of severity in chronic obstructive pulmonary disease: the DOSE Index. *Am J Respir Crit Care Med* 2009;**180**(12):1189-95. <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.200902-0271OC>
12. Celli BR, Cote CG, Marin JM, *et al.* The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2004;**350**(10):1005-12. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa021322>
13. Puhan MA, Garcia-Aymerich J, Frey M, *et al.* Expansion of the prognostic assessment of patients with chronic obstructive pulmonary disease: the updated BODE index and the ADO index. *Lancet* 2009;**374**(9691):704-11. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61301-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61301-5)
14. Oga T, Tsukino M, Hajiro T, Ikeda A, Nishimura K. Predictive properties of different multidimensional staging systems in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2011;**6**:521-6. <http://dx.doi.org/10.2147/COPD.S24420>
15. Sundh J, Janson C, Lisspers K, Stallberg B, Montgomery S. The Dyspnoea, Obstruction, Smoking, Exacerbation (DOSE) index is predictive of mortality in COPD. *Prim Care Respir J* 2012;**21**(3):295-301. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2012.00054>