

PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

2017



FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2017
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017.
ISSN: 2183-0673

PALAVRAS-CHAVE:

Asma, DPOC, Espirometria, Doença Respiratória Crónica

EDITOR

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 500
Fax: 218 430 530
E-mail: geral@dgs.min-saude.pt
www.dgs.pt

AUTOR

Programa Nacional para as Doenças Respiratórias

PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

Diretor: Cristina Bárbara
Adjuntos: Elisabete Melo Gomes e Paula Simão
Equipa: Carla Andrade e Gonçalo Santos

Lisboa, julho, 2017

ÍNDICE

1. RESUMO EM LINGUAGEM CLARA SUMMARY IN PLAIN LANGUAGE	4
2. ESTADO DA SAÚDE EM 2016	5
3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM 2016	10
3.1. Vigilância Epidemiológica	10
3.2. Prevenção e Diagnóstico	10
3.3. Tratamento	10
3.4. Apoio à Sociedade Civil, Comunicação e Imagem	11
3.5. Cooperação e Relações Internacionais	11
4 ORIENTAÇÕES PROGRAMÁTICAS 2017-2020	12
4.1. Enquadramento	12
4.2. Visão	12
4.3. Missão	12
4.4. Metas de Saúde a 2020	12
4.5. Implementação	13
4.6. Monitorização	13
5. ATIVIDADES PARA 2017	14
5.1. Desígnios do Programa para 2017	14
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15



1. RESUMO EM LINGUAGEM CLARA

O que é este documento?

Este documento faz um ponto de situação sobre as doenças respiratórias em 2016.

O que consta do documento?

Um sumário das atividades feitas em 2016, uma previsão do que vai ser feito em 2017 e o que se prevê fazer até 2020.

Quais são as principais conclusões?

- Nos próximos anos se continuarmos a evoluir positivamente espera-se uma redução da mortalidade por doenças respiratórias, abaixo dos 70 anos, como é recomendado pela Organização Mundial de Saúde;
- Morre-se menos de doenças respiratórias antes dos 65 anos e morre-se mais depois dos 70 anos;
- Portugal é um dos países da Europa com menos internamentos por Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC);
- Os Médicos de Família fazem mais diagnósticos de Asma e de DPOC;
- A mortalidade e os internamentos por pneumonia antes dos 65 anos têm vindo a diminuir;
- O aumento das vendas de medicamentos para as doenças respiratórias mostra que estamos a tratar mais doentes e melhor;
- Em 2017/2018 pretende-se aumentar a capacidade dos médicos de família para diagnosticarem mais doentes com Asma e DPOC.

O que se quer atingir em 2020?

- Aumentar em 20% o número de diagnósticos de asma, em utentes dos centros de saúde, durante o período de 2017/2020;
- Duplicar o número de diagnósticos de DPOC, confirmados por espirometrias, em utentes dos Centros de Saúde, durante o período de 2017/2020;
- Reduzir em 10% o número de pessoas internadas por causas respiratórias que podem ser prevenidas ou tratadas nos centros de saúde, durante o período de 2014/2020.

1. SUMMARY IN PLAIN LANGUAGE

What is this document?

This document shows where we are regarding respiratory diseases in 2016.

What can I find in this document?

A summary of what we did in 2016, what we hope to do in 2017 and what we expect to do until 2020.

What are the main conclusions?

- The next few years if we continue to evolve positively we expect a reduction in mortality from respiratory diseases, below the age of 70, as recommended by the World Health Organization;
- Mortality from respiratory diseases before age 65 is decreasing and is increasing after age 70;
- Portugal is one of the European countries with the lowest hospitalizations for Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD);
- Family doctors do more diagnoses of Asthma and COPD;
- Mortality and hospitalizations for pneumonia before 65 years have been declining.
- The increase in sales of drugs for respiratory diseases shows that we are treating more patients and better;
- In 2017/2018 it is intended to increase the ability of family doctors to diagnose more patients with Asthma and COPD.

What do we aim for 2020?

- Increase the number of asthma diagnoses in health centers users by 20%, during the period 2017-2020;
- To double the number of diagnoses of COPD confirmed by spirometry in users of the health centers during the period 2017/2020;
- Reduce by 10% the number of people admitted to hospital for reasons that can be prevented or treated at health centers, during the period 2014/2020.



2. ESTADO DA SAÚDE EM 2016

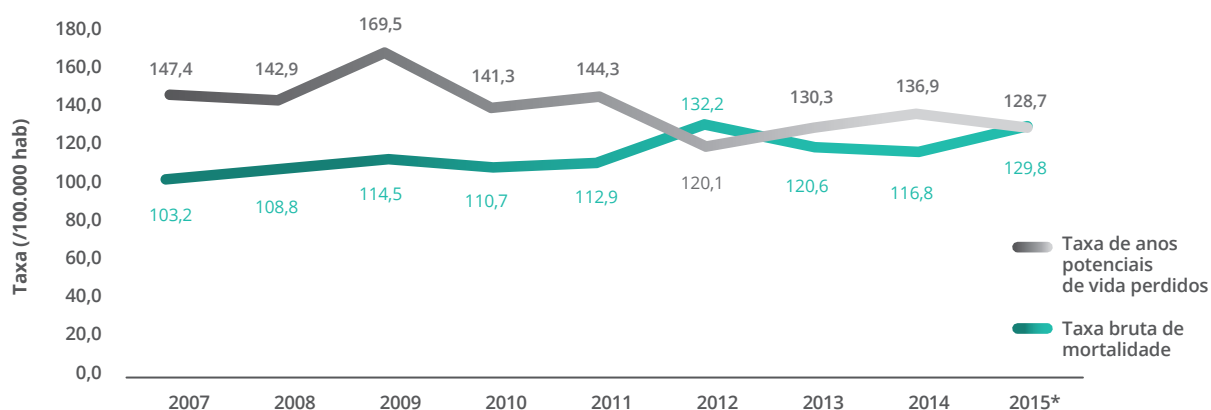
O aumento da esperança de vida tem um impacto importante na morbilidade e mortalidade das doenças respiratórias crónicas, sendo expectável o seu aumento nos próximos anos.(1,2)

Desde 1990, Portugal e a Irlanda são os países da União Europeia (EU) que apresentaram mais ganhos na esperança de vida aos 65 anos (mais de 4,5 anos) (1). Esta realidade constitui um desafio para o Serviço Nacional de Saúde, que deverá ser capaz de fazer face a estas alterações demográficas e epidemiológicas, mediante uma redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos de idade) e um aumento dos anos de vida saudáveis ou livres de incapacidade.

A análise das taxas de mortalidade por doença respiratória (excluindo o cancro do pulmão e a tuberculose) evidencia uma redução da mortalidade prematura, sendo o aumento no número absoluto de mortes decorrente da mortalidade acima dos 65 anos.

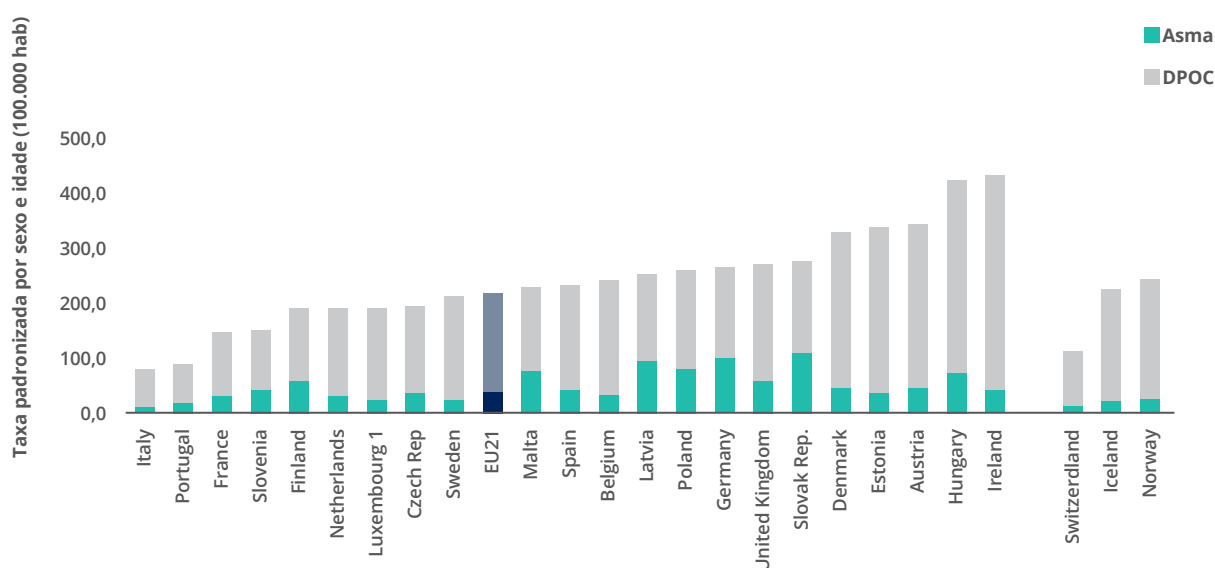
O facto de se constatar uma redução sustentada dos anos potenciais de vida perdidos, demonstra que a evolução da mortalidade por doenças respiratórias, se faz sobretudo à custa da mortalidade nos grupos etários mais elevados (Gráfico 1). A análise da tendência do peso relativo da mortalidade por sexo, aponta para uma equalização no número absoluto de óbitos entre os sexos, observada desde 2012 (Figura 1), sendo a média etária das mulheres falecidas, superior à dos homens.

GRÁFICO 1 EVOLUÇÕES DAS TAXAS DE MORTALIDADE E DE ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS POR DOENÇA RESPIRATÓRIA | 2007 - 2015



Nota: Doenças do aparelho respiratório (CID 10: j00-j99)
* Dados provisórios
Fonte: INE (2017)

GRÁFICO 2 INTERNAMENTOS POR ASMA OU DPOC EM ADULTOS | 2013*



Nota: * Ou anos posteriores
1. Média de três anos
Fonte: OECD Health Statistics 2016.

Asma e DPOC

Portugal integra, de acordo com o último relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), o grupo dos países com menor mortalidade por Asma e DPOC. (1,3) A análise da mortalidade padronizada por Asma demonstra que esta mortalidade ocorre sobretudo nas faixas etárias acima dos 65 anos com valores, em 2015, de 4,0/100.000 habitantes. A taxa de mortalidade padronizada abaixo de 65 anos é de 0,1/100.000 habitantes.

Relativamente aos internamentos por Asma, a sua análise evidencia uma estabilização desde 2011 (Tabela 1), contudo Portugal destaca-se por ser o país da OCDE, com menos internamentos sensíveis a cuidados de ambulatório por Asma

e por DPOC (Gráfico 2). Efetivamente estes internamentos são potencialmente evitáveis, com a adoção de medidas preventivas ou terapêuticas tomadas a nível dos Cuidados de Saúde Primários. Considera-se que as referidas medidas devem ser incentivadas por políticas de saúde dirigidas.

Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários o número de utentes ativos com o diagnóstico de Asma tem aumentado de forma sustentada, mostrando um incremento de 134% em 2016 comparativamente com 2011. (Gráfico 3)

No que se refere à taxa de mortalidade padronizada por DPOC verifica-se uma redução sustentada da mortalidade a partir dos 65 anos, com um decréscimo de 8,8%, em 2015 (100/100.000 habitantes) relativamente a 2009. A mortali-

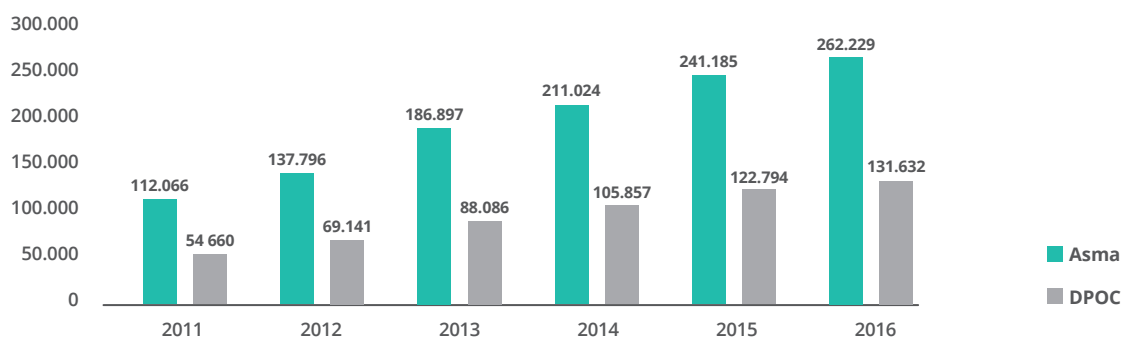
TABELA 1 INTERNAMENTOS POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS EM PORTUGAL CONTINENTAL | 2009 - 2016

LISTA	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
Asma Brônquica	2.781	2.913	2.685	3.034	2.790	2.946	2.817	2.728
DPOC	8.731	8.563	8.236	9.051	8.361	8.203	8.312	8.049
Pneumonias Bacterianas	42.073	42.405	43.226	43.110	41.620	42.105	42.914	40.519
Pneumonias Virais	424	307	364	312	368	433	391	398
Fibrose Pulmonar	2.339	2.946	3.175	3.329	3.638	3.828	3.918	4.092
Fibrose Quística	134	160	129	92	121	116	136	115
Hipertensão Pulmonar	352	360	351	288	282	246	288	182
Síndrome da Apneia do Sono	5.152	9.984	11.465	13.359	19.612	19.940	18.258	18.229

Nota: Dados provisórios

Fonte: GDH/ACSS 2017 (Produção hospitalar por doenças respiratórias, diagnóstico principal).

GRÁFICO 3 NÚMERO DE UTENTES INSCRITOS ATIVOS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS COM DIAGNÓSTICO DE ASMA E DE DPOC EM PORTUGAL CONTINENTE | 2011 - 2016



Fonte: SIM@SNS, junho 2017 (Indicadores de morbilidade 208 e 210).

dade padronizada abaixo dos 65 anos é baixa, com um valor de 1,3/100.000 habitantes e estável desde 2009.

Quanto aos internamentos por DPOC, a sua análise evidencia uma redução de 8% em 2016 comparativamente com 2011. (Tabela 1)

Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários o número de utentes ativos com o diagnóstico de DPOC tem aumentado de forma sustentada, verificando-se um incremento de 134% em 2016 relativamente a 2011. (Gráfico 3)

Verifica-se no entanto, que o número de utentes ativos com o diagnóstico de DPOC baseado na espirometria é ainda baixo, correspondendo em 2016, a 32,3% dos diagnósticos. As regiões do Alentejo e Algarve são as que reportam menor percentagem de diagnósticos baseados na espirometria, com valores de 17% e 12% (Figura 2), respetivamente.

No âmbito do Despacho n.º 6300/2016, de 12 de maio, foi desenvolvido, no terceiro trimestre de 2016, um projeto piloto, precisamente nas regiões do Alentejo e do Algarve, para a criação de uma rede própria de espirometria nos Cuidados de Saúde Primários.

Até maio de 2017, foram realizadas nos centros de saúde das regiões do Alentejo e Algarve, 1.232 espirometrias, tendo-se verificado uma boa adesão do corpo clínico à implementação do projeto.

Pneumonias

As pneumonias constituem a principal causa de mortalidade por doença respiratória em Portugal, colocando-nos como o país com a mais elevada taxa de mortalidade por pneumonias nos países da OCDE (1). Abaixo dos 65 anos é

de destacar a evidência de uma redução na taxa de mortalidade padronizada por pneumonia com uma redução de 23,5% (2009-2015). (Gráfico 4)

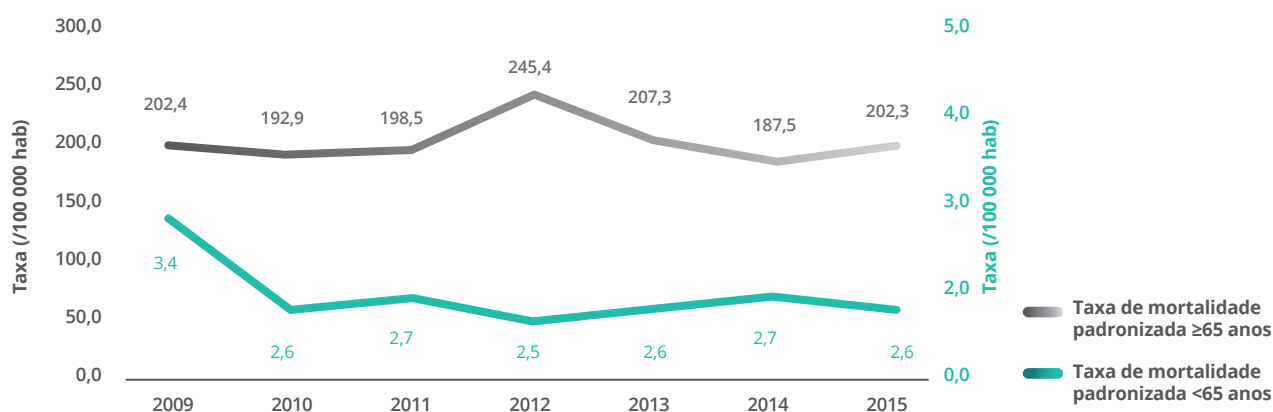
A análise dos internamentos por Pneumonia Bacteriana demonstra um decréscimo consistente no período entre 2011-2016. Apura-se uma redução de 4% em 2016 relativamente ao ano de 2011. (Tabela 1)

Num estudo elaborado sobre a evolução da morbilidade e mortalidade por pneumonias, efetuado em colaboração com a Faculdade de Medicina de Lisboa, num período de 15 anos (2000 a 2014 com recurso aos dados dos censos de 2002 e 2012), para 2001 e 2011, foram verificados índices de internamento por pneumonia adquirida na comunidade de 2,78 e 4,31 por 1.000 habitantes, correspondendo a um aumento de 55% neste indicador. Nesse intervalo de tempo identificou-se um conjunto de fatores associados ao episódio morte, como a idade avançada, o sexo masculino e o desemprego, para o período em análise.

Num outro estudo acerca dos fatores relacionados com a mortalidade por pneumonias, em colaboração com a Sociedade Portuguesa de Pneumologia, concluiu-se que a elevada incidência de hospitalizações por pneumonias, em Portugal, é um fenómeno que afeta sobretudo adultos de idade muito avançada (acima dos 75 anos). Tanto os internamentos, como a letalidade intra-hospitalar dependeram de fatores, como as comorbilidades, as infeções associadas aos cuidados de saúde e fatores relacionados com assimetrias regionais e interinstitucionais.

As flutuações nos internamentos e na mortalidade por doenças respiratórias, têm caráter sazonal adotando um padrão relacionado com o grau de atividade gripal e com a virulência da estirpe gripal. Por este motivo a taxa de cober-

GRÁFICO 4 EVOLUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE POR PNEUMONIAS EM PORTUGAL CONTINENTAL | 2009 - 2015



Nota: Pneumonias (CID 10: j12-j18)

Fonte: INE. Dados provisórios (2017)

tura vacinal é de importância maior na população a partir dos 65 anos. Portugal ainda apresenta uma taxa de cobertura vacinal inferior à média dos países da OCDE, tendo sido, em 2014 de 50,9% na população a partir dos 65 anos, apesar de em 2015, já ter sido de 60%, sendo inclusive a estimativa para 2016 superior a 60%.

Fibrose Pulmonar

A evolução da mortalidade por fibrose pulmonar demonstra um aumento da taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos, sendo o seu valor de 34,7/100 000 habitantes em 2015 correspondente a um aumento de 34% desde 2007.

Por outro lado, a mortalidade em idade <65 anos é bastante inferior apresentando discretas oscilações no período em análise. Correspondendo a 0,8/100 000 habitantes.

No que concerne aos internamentos, assiste-se desde 2011 a um incremento de 75% (Tabela 1, Figura 2).

Outras patologias Respiratórias

Relativamente às outras patologias respiratórias, a mortalidade é residual para a Fibrose Quística, Hipertensão Pulmonar e Síndrome de Apneia do Sono.

No que concerne aos internamentos, destaca-se o decréscimo de 48% nos internamentos por Hipertensão Pulmonar (Tabela 1).

Na caracterização da produção hospitalar relacionada com a Síndrome de Apneia do Sono, observa-se um aumento relevante até 2012 com subsequente estabilização e/ou diminuição.

Estes episódios são maioritariamente ambulatoriais (eletivos – 24h). A sua evolução evidencia um importante aumento da capacidade diagnóstica desta condição clínica no Serviço Nacional de Saúde até ao ano de 2014, altura a partir da qual se estabilizaram os referidos internamentos.

Medicamentos

A análise do consumo de fármacos respiratórios demonstra uma redução sustentada no consumo de broncodilatadores de curta ação como o salbutamol e com um aumento paralelo no consumo de broncodilatadores de longa ação e de corticosteroides inalados, apontando para melhores práticas de prescrição e maior número de doentes tratados.

FIGURA 1

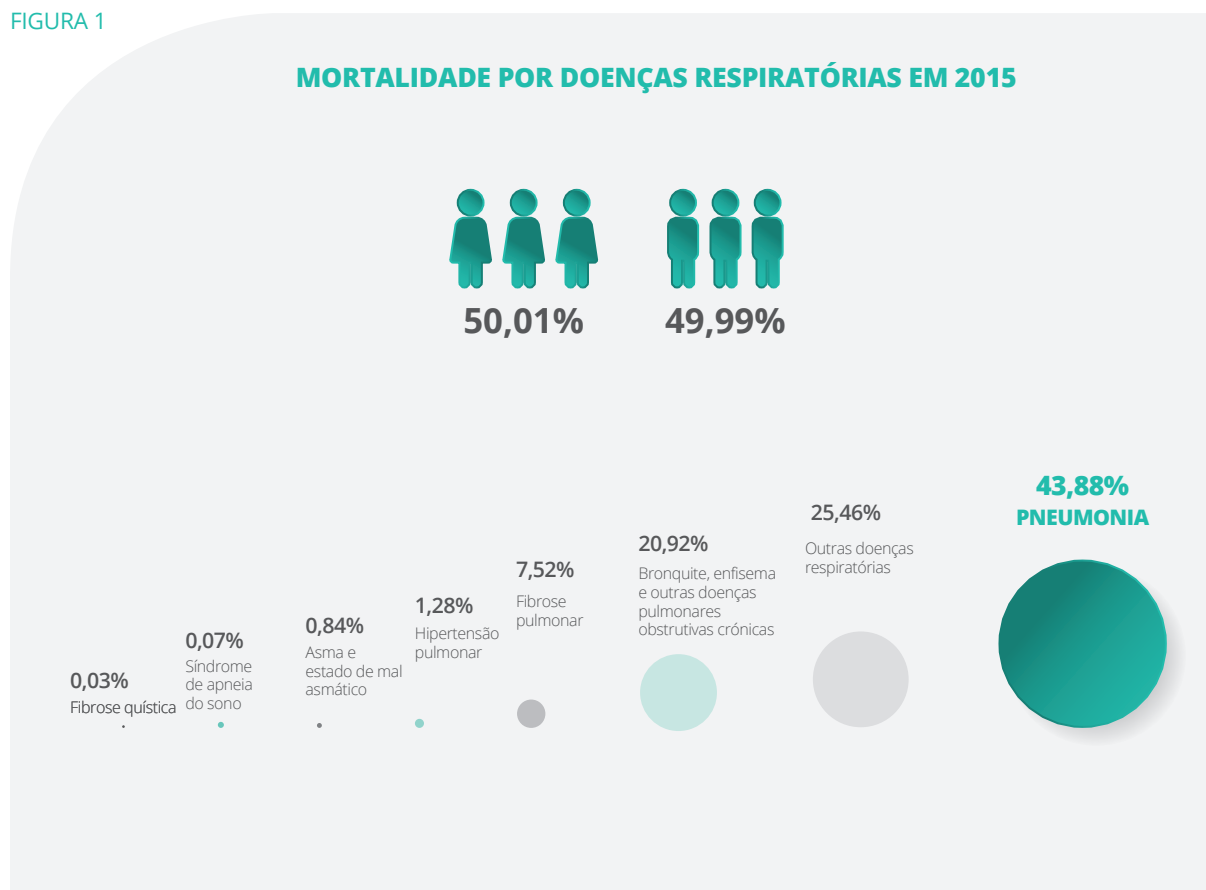
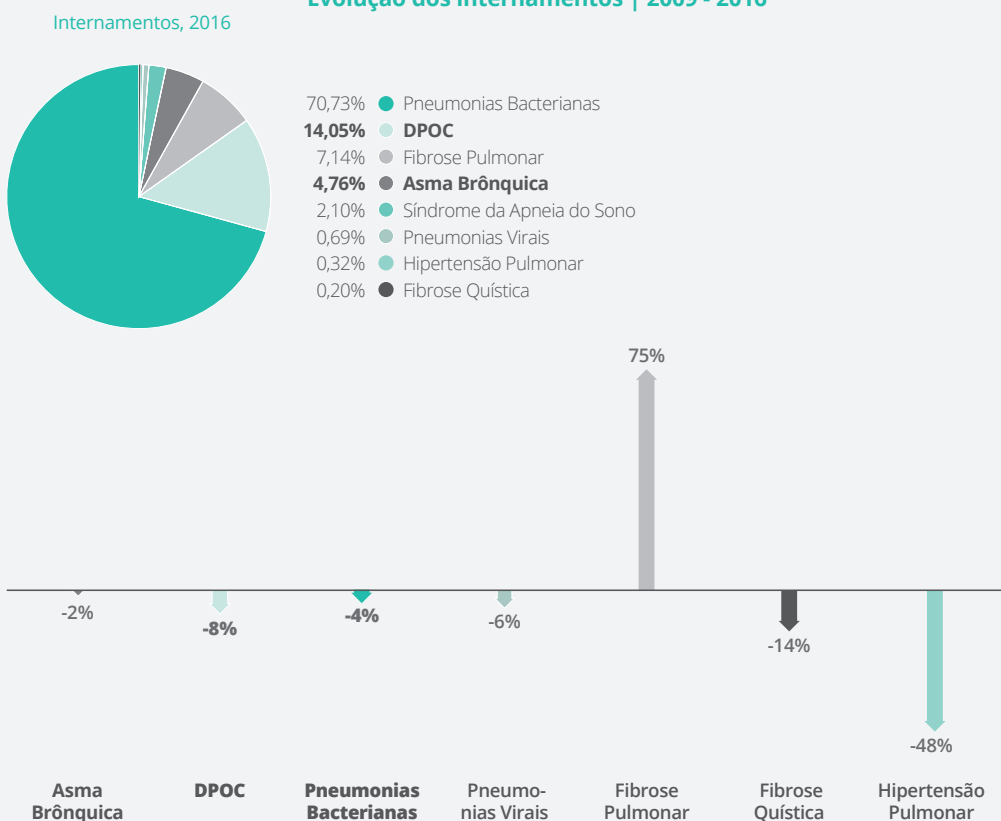


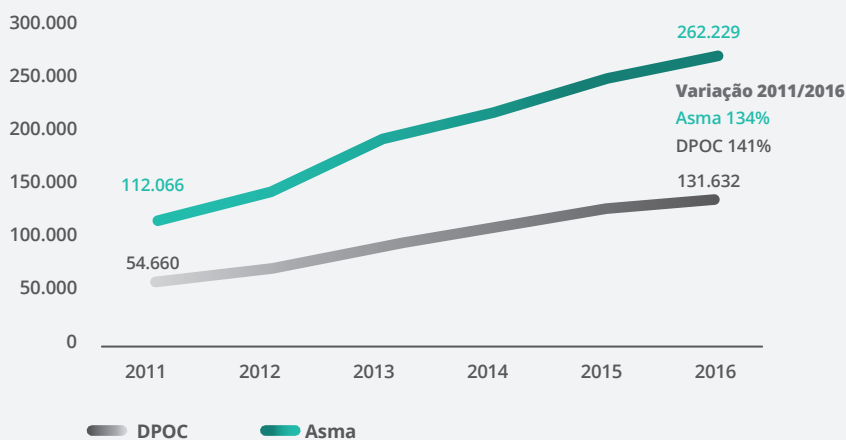
FIGURA 2

MORBILIDADE DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS EM 2016

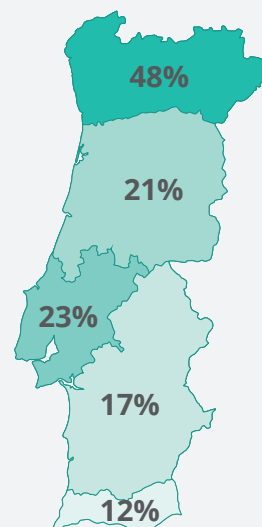
Evolução dos internamentos | 2009 - 2016



Evolução dos Diagnósticos de Asma e DPOC nos Cuidados de Saúde Primários



Proporção de Diagnósticos de DPOC por Espirometria nos Cuidados de Saúde Primários



3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM 2016

3.1. Vigilância Epidemiológica

Na publicação "A Saúde dos Portugueses", no capítulo dedicado ao Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR) encontram-se os principais indicadores referentes à monitorização das doenças respiratórias, excluindo a tuberculose e o cancro do pulmão incluídos nos respetivos Programas Prioritários. (4)

Sendo as pneumonias a principal causa de mortalidade respiratória em Portugal, foram efetuados dois estudos com o objetivo de caracterizar esta patologia e identificar os principais fatores relacionados com a mortalidade, sendo os resultados de um apresentados em Setembro e o outro publicado no último trimestre de 2017.

Foi também elaborado um Relatório de análise dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) com oferta de espirometria realizada nos Cuidados de Saúde Primários, em integração com a pneumologia hospitalar, concluindo-se que a espirometria internalizada nos Cuidados de Saúde Primários existia em 31% dos ACES. (5)

3.2. Prevenção e Diagnóstico

A prevenção primária das doenças respiratórias crónicas está sobretudo dependente de medidas implementadas a nível do programa prioritário de Prevenção e Controlo do Tabagismo e de medidas de controlo de qualidade do ar, não dependentes diretamente do PNDR.

Não obstante, importa referir que no âmbito do Despacho n.º 6300/2016, de 12 de maio, foi estabelecido um importante objetivo no âmbito da prevenção da DPOC. Determinou-se a existência de pelo menos uma consulta de apoio intensivo à cessação tabágica em cada agrupamento de centros de saúde. Esta medida, a par com o Despacho n.º 14202-A/2016, de 25 de novembro, que, entre outras medidas, reforça a necessidade de aumentar o acesso a consultas de cessação tabágica e determina a comparticipação dos medicamentos antitabágicos sujeitos a receita médica, cuja implementação ocorreu de forma inovadora em 2017, terão certamente um enorme impacto na prevalência futura das doenças respiratórias em Portugal.

Na área da prevenção secundária relacionada com o diagnóstico precoce das doenças respiratórias crónicas considera-se fundamental reduzir os internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório, relacionados com o diagnóstico precoce e tratamento adequado da Asma e da DPOC.

No que concerne à Asma o PNDR esteve envolvido na elaboração do Processo Assistencial Integrado da Asma na Criança e no Adulto (6). Os indicadores de monitorização são o número de diagnósticos de Asma nos utentes ativos dos Cuidados de Saúde Primários e o número de internamentos anuais por esta patologia.

Quanto à DPOC foi publicado o Despacho n.º 6300/2016, de 12 de maio, onde se determina que as Administrações Regionais de Saúde (ARS) devem assegurar, em todos os ACES, a existência de acesso a espirometria e a tratamentos de reabilitação respiratória.

Com o objetivo de modelar a nível nacional este tipo de prática foram implementados dois projetos piloto na ARS do Alentejo e na ARS do Algarve, criando uma rede de espirometria nos Cuidados de Saúde Primários, em articulação com a Pneumologia Hospitalar. O início da implementação no terreno de ambos os projetos ocorreu em outubro e dezembro de 2016, respetivamente. (7)

Os resultados até agora existentes representam um enorme avanço na acessibilidade à espirometria de uma forma internalizada, tanto na ARS do Algarve, como na do Alentejo.

No âmbito do projeto, até maio de 2017, foram realizadas 1.232 espirometrias nos centros de saúde das referidas regiões.

Com este projeto pretende-se atingir uma meta de 2.000 a 2.500 espirometrias/ano/técnico no primeiro ano, após uma primeira fase de arranque de seis meses. Este número poderá evoluir para cerca de 3.500 espirometrias/ano/técnico, no segundo ano.

Como procedimento da qualidade, para apoiar a implementação de uma Rede Nacional de Espirometria, foi publicada a Orientação n.º 05/2016: Especificações técnicas para a realização de espirometrias com qualidade em adultos, nos Cuidados de Saúde Primários. (8)

Foi também publicada a 3ª edição dos "Critérios da Qualidade para a realização de espirometrias em adultos". (9)

3.3. Tratamento

Foi revista, atualizada e publicada, em 28/11/2016, a Orientação n.º 022/2014: Seguimento nos Cuidados de Saúde Primários de doentes com Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono sob terapêutica com pressão positiva contínua. (10)

O PNDR colaborou ativamente com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) na implementação das boas práticas de prescrição de Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD) através da sua prescrição eletrónica.

Foi publicado o relatório de análise das práticas nacionais de prescrição eletrónica de CRD. A percentagem de Prescrição Eletrónica de CRD, no SNS (11), realizada em 2016, foi de 99%, de acordo com o centro de conferência de faturas da Administração Central do Sistema de Saúde.

3.4. Apoio à Sociedade Civil, Comunicação e Imagem

No dia mundial da DPOC, em 16 de novembro de 2016, publicou-se no âmbito de material de divulgação destinado à população, o documento: "Aprenda a viver com a DPOC". (12)

3.5. Cooperação e Relações Internacionais

Foram iniciados os trabalhos, em colaboração com o Pro-

grama Nacional de Saúde Escolar, para realizar em Portugal o inquérito internacional da *Global Asthma Network* (GAN) de modo a continuar o estudo *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC) (terminado em 2012), visando conhecer a prevalência e gravidade da asma, rinite e eczema na população escolar, dos 6-7 anos e dos 13-14 anos.

O PNDR colaborou na elaboração do *The Global Alliance against chronic Respiratory Diseases interim report 2016* (GARD) publicado no site *WHO GARD*, Genève.

O PNDR esteve presente em várias reuniões internacionais, sendo de destacar a assembleia anual da *European Academy of Allergology and Clinical Immunology* sobre *The importance of GARD in allergic diseases*; a reunião do Conselho Consultivo do Instituto de Higiene e Medicina Tropical sobre a Aliança *WHO GARD*; e a 45ª Reunião do *Groupe Allergologistes de Langue Latines* sobre a Aliança *OMS GARD*.

Nota: o documento integral referente ao Relatório de atividades 2016 está disponível em www.dgs.pt.



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde



Programa Nacional
para as Doenças Respiratórias

4 ORIENTAÇÕES PROGRAMÁTICAS 2017-2020

4.1. Enquadramento

Em Portugal, as doenças respiratórias, em particular as Doenças Respiratórias Crónicas, continuam a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, com tendência clara para o aumento da sua prevalência.

O PNDR dá continuidade à visão estabelecida no Plano Nacional de Saúde e no anterior Programa de 2012-2016, visando maximizar os ganhos em saúde do doente respiratório crónico, através da integração de esforços sustentados em todos os setores da sociedade e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e no acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis.

O propósito do PNDR é reativar a abordagem programática de combate às Doenças Respiratórias Crónicas, de forma abrangente, em linha com os principais referenciais estratégicos e científicos internacionais, em particular com o modelo da GARD. A GARD (www.who.int/respiratory/gard) é uma aliança voluntária de organizações nacionais e internacionais, criada em 2006 sob a égide da OMS, que agrega sinergias no combate às DRC e a que Portugal aderiu em 2007.

Os principais objetivos estratégicos de intervenção do PNDR são:

1. Promover a vigilância epidemiológica das Doenças Respiratórias Crónicas;
2. Desencadear e desenvolver estratégias de gestão e controlo das Doenças Respiratórias Crónicas em todas as regiões do país, encorajando a implementação de medidas de prevenção das Doenças Respiratórias Crónicas;

3. Promover a divulgação de estratégias que reduzam o impacto na saúde das Doenças Respiratórias Crónicas;

4. Colaborar com parceiros internacionais para o combate às doenças respiratórias;

5. Promover a literacia em Saúde, no que diz respeito às doenças respiratórias e hábitos de vida saudáveis.

4.2. Visão

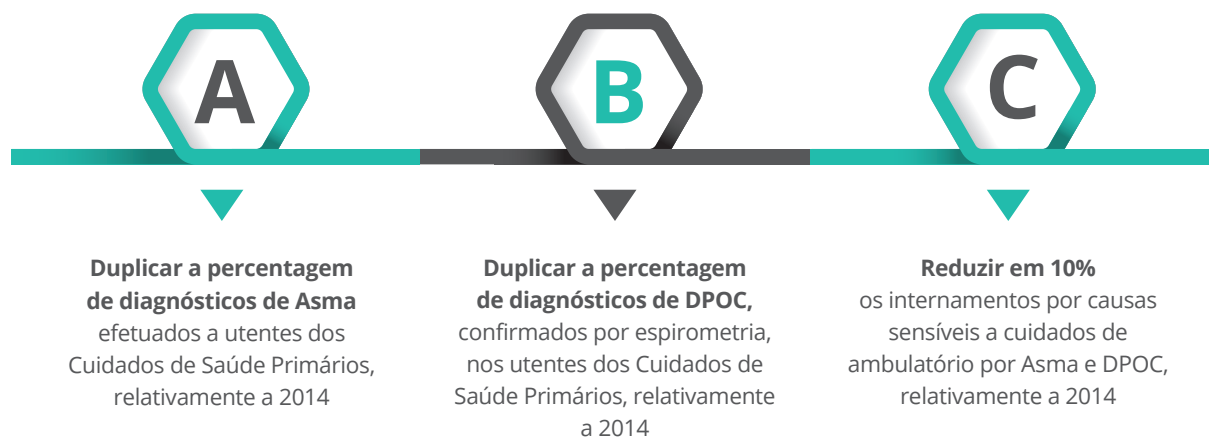
Vivermos num mundo em que todas as pessoas respirem livremente.

4.3. Missão

Divulgar e promover condições de melhoria para os doentes com doença respiratória e cuja ação assenta em três pilares fundamentais:

- Promoção do ativismo, comunicação e mobilização social, visando o aumento da literacia da saúde e da doença respiratória;
- Desenvolvimento e disseminação do conhecimento científico;
- Missão técnico-normativa com garantia do compromisso político na implementação dos componentes técnicos do programa.

4.4. Metas de Saúde a 2020



4.5. Implementação

METAS 2020	OBJETIVOS
A	1. Promover a vigilância epidemiológica e os registos na área das doenças respiratórias
B	2. Aumentar o diagnóstico precoce de DPOC nos Cuidados de Saúde Primários, aumentando a acessibilidade à espirometria
	3. Melhorar a prestação de cuidados e promover as boas práticas na área das doenças respiratórias
C	4. Constituir alianças com parceiros internacionais
	5. Melhorar a literacia em Saúde, no que respeita às doenças respiratórias e hábitos de vida saudáveis

4.6. Monitorização

METAS 2020	INDICADOR	VALOR BASE	FONTE / OBS.
A	Ind.1. Nº de utentes inscritos com o diagnóstico de Asma nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) no ano, sobre total de utentes inscritos nos CSP nesse ano, vezes 100	2,1 (2014)	ACSS/SIM@SNS/DGS
B	Ind.2. Nº de diagnósticos de DPOC efetuados por espirometria no ano, sobre total de utentes com o diagnóstico provável de DPOC inscritos nos CSP nesse ano, vezes 100	9,3 (2014)	ACSS/SIM@SNS/DGS
C	Ind.3. Nº de diagnósticos de saída (admissão hospitalar) por asma como diagnóstico principal	2.943 (2014)	ACSS/GDH/DGS
	Ind.4. Nº de diagnósticos de saída (admissão hospitalar) por DPOC como diagnóstico principal	8.131 (2014)	ACSS/GDH/DGS

Nota: o documento integral das Orientações Programáticas 2017 está disponível em www.dgs.pt.

5. ATIVIDADES PARA 2017

Vigilância Epidemiológica

- Publicar o relatório anual sobre vigilância epidemiológica das doenças respiratórias em Portugal e monitorização dos indicadores de saúde;
- Concluir o estudo de vigilância epidemiológica, acerca de fatores de mortalidade das pneumonias, em colaboração com a SPP.

Prevenção e Diagnóstico

- Elaborar relatório do Projeto Piloto de Implementação de uma Rede de Espirometria nas ARS do Alentejo e do Algarve;
- Monitorizar os locais nos Cuidados de Saúde Primários onde existe implementada uma rede de espirometria, em articulação com a Pneumologia Hospitalar;
- Monitorizar a capacidade instalada nacional para diagnóstico e tratamento de doentes com doença difusa do interstício, a nível hospitalar;
- Em estreita colaboração com a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) integrar o registo desta atividade internalizada das espirometrias, no SClínico (desde a prescrição à disponibilização dos resultados) e criar as condições para que o mesmo possa acontecer nas restantes aplicações de registo da atividade clínica implementadas no SNS;

- Apoiar a disseminação do projeto pelas várias regiões, sendo que para o efeito, o PNDR tem, em estreita colaboração com a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), desenvolvido um conjunto de indicadores que permitam a incorporação desta atividade na contratualização dos cuidados de saúde primários.

Tratamento

- Elaborar orientação técnica com especificações sobre a implementação da Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários;
- Colaborar na implementação da prescrição eletrónica de câmaras expansoras, em harmonia com a Portaria nº 246/2015, de 14 de agosto;
- Elaborar relatório de análise das práticas de prescrição eletrónica de Cuidados Respiratórios Domiciliários.

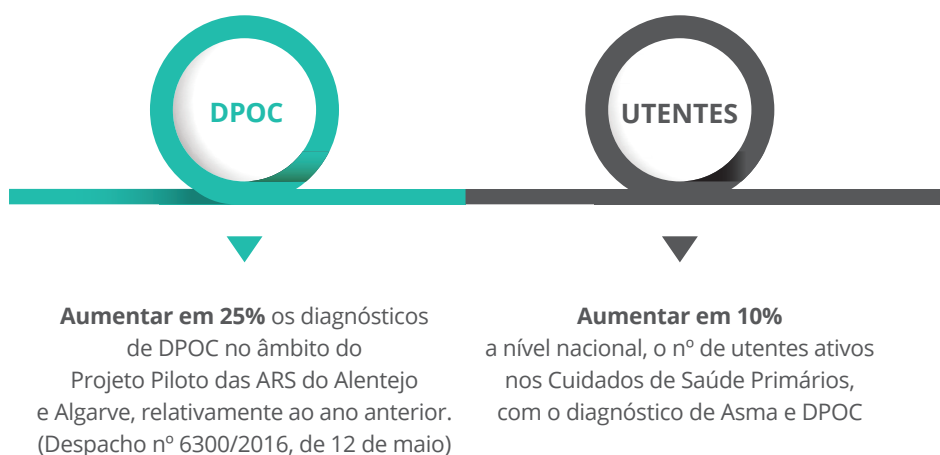
Apoio à Sociedade Civil

- Elaborar material de divulgação à população referente à prática do exercício físico e da reabilitação respiratória.

Cooperação e Relações Internacionais

- Participar nas iniciativas internacionais da GARD;
- Colaborar no inquérito internacional da *Global Asthma Network*.

5.1. Desígnios do Programa para 2017



Nota: o documento integral referente ao Plano de Atividades 2017 está disponível em www.dgs.pt.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en
2. OECD (2015), *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015 – Raising Standards*, OECD Publishing, Paris.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>
3. Eurostat (2016), *Causes of Death Statistics – People Over 65*, Eurostat Statistics Explained, European Commission, Luxembourg, May.
<http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/13480.pdf>
4. Direção-Geral da Saúde. A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015. Direção-Geral da Saúde.2016.
<https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015.aspx>
5. Cristina Bárbara, Ana Cristina Portugal, Elisabete Gomes. Relatório de análise dos ACES com oferta de espirometria realizada nos Cuidados de Saúde Primários, em integração com a pneumologia hospitalar. Direção-Geral da Saúde. 2016.
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/analise-dos-aces-com-oferta-de-espirometria-realizada-nos-cuidados-de-saude-primarios-em-integracao-com-a-pneumologia-hospitalar-em-2016.aspx>
6. Ana Maria Arrobas, Elisabete Ribeiro Amaral, Helena Falcão, João Vaz Ramires, Teresa Bandeira, Cristina Bárbara. Processo Assistencial Integrado da Asma na criança e no Adulto. Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade. 2017.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0092017-de-05072017.aspx>
7. Cristina Bárbara, Elisabete Gomes. Projeto piloto para formação de rede de espirometria nos cuidados de Saúde Primários em articulação com a pneumologia hospitalar. Direção-Geral da Saúde.2016.
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/projeto-piloto-para-formacao-de-rede-de-espirometria-nos-cuidados-de-saude-primarios-em-articulacao-com-a-pneumologia-hospitalar.aspx>
8. Ana Sofia Oliveira, Cristina Bárbara, João Cardoso, Hermínia Brites, Inês Gonçalves, Miguel Guimarães, Paula Simão e Rui Costa. Orientação nº 05/2016 de 28/09/2016. Especificações técnicas para a realização de espirometrias com qualidade em adultos, nos Cuidados de Saúde Primários. Direção-Geral da Saúde.2016.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0052016-de-28092016.aspx>
9. Hermínia Brites Dias, Ana Sofia Oliveira, Cristina Bárbara, João Cardoso, Elisabete Melo Gomes. Critérios da Qualidade para a realização de espirometrias em adultos. Direção-Geral da Saúde.2016.
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-de-efetividade-de-uma-rede-de-espirometria-no-diagnostico-da-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-nos-cuidados-de-saude-primarios1.aspx>
10. Dyna Torrado, José Romero, Joaquim Moita, Cristina Bárbara, Paula Pinto, Paula Simão. Orientação nº 022/2014 de 30/12/2014 atualizada a 28/11/2016. Seguimento nos Cuidados de Saúde Primários de doentes com Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono sob terapêutica com pressão positiva contínua. Direção-Geral da Saúde.2016.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222014-de-30122014.aspx>
11. Cristina Bárbara, Elsa Soares Jara, Elisabete Melo Gomes, Cristina Bárbara, Nilton Nascimento, António Alexandre. Relatório de análise das práticas nacionais de prescrição eletrónica de Cuidados Respiratórios Domiciliários, 2016. Direção-Geral da Saúde. 2016.
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-de-analise-das-praticas-nacionais-de-prescricao-eletronica-de-cuidados-respiratorios-domiciliarios-2016.aspx>
12. Paula Teresa Almeida, Paula Simão, Pedro Matos Silva, Alexandra Vaz Fernandes, Dulce Senra. Aprenda a viver com a DPOC. Divulgado pela Direção-Geral da Saúde. 2016
<https://www.dgs.pt/em-destaque/dia-mundial-da-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-16-de-novembro.aspx>



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa - Portugal
Tel.: +351 218 430 500
Fax: +351 218 430 530
E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt