

Programa Nacional para as Doenças Respiratórias

Orientações Programáticas

1 - Enquadramento

O Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR), diz respeito às atividades a desenvolver na DGS, desde 2012 a 2016, no âmbito do Despacho n.º 404/2012 do DR n.º 10 2.ª série de 13 de janeiro de 2012, perspetivando-se que venha a fazer parte do conjunto de instituições, organizações e agências aderentes à *Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases (GARD)*, aliança que recebe o patrocínio e o apoio técnico e administrativo da OMS.

As doenças respiratórias crónicas (DRC), são doenças crónicas das vias aéreas e outras estruturas dos pulmões.

Algumas das mais importantes sob o ponto de vista programático, pela sua elevada prevalência, são a:

- a) Asma;
- b) Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC);
- c) Síndrome de Apneia do Sono (SAS).

Existe também um conjunto de patologias que, não só pela necessidade de grande diferenciação e individualização na sua abordagem, mas também pela especificidade do tratamento, se revestem também de importância programática. Nesse grupo de patologias incluem-se a:

- a) Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP);
- b) Doenças do Interstício Pulmonar;
- c) Fibrose Quística (FQ).

No mundo, centenas de milhões de pessoas sofrem destas doenças, 300 milhões sofrem de Asma, 210 milhões sofrem de DPOC e 3 milhões têm outras doenças respiratórias crónicas. Em 2005, 250 000 pessoas morreram de Asma e 3 milhões de DPOC. Estima-se que em 2030 a DPOC se torne a 3.ª causa de morte em todo o mundo (*World Health Statistics*; Geneva, WHO, 2008).

Em Portugal, as doenças respiratórias continuam a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, com tendência clara para o aumento da sua prevalência, ao contrário do que acontece com outras patologias, nomeadamente as cardiovasculares.

O cenário atual de crise económica mundial é também promotor de um aumento das doenças respiratórias crónicas. Efetivamente, em quase todos os países, as pessoas mais pobres são as que maior risco correm de desenvolver doenças respiratórias crónicas. Além disso, são também o grupo mais atreito a morrer prematuramente devido a estas doenças.

As doenças respiratórias crónicas atingem cerca de 40% da população portuguesa, calculando-se uma prevalência de 10% para a asma, de 25% para a rinite e 14,2% para a DPOC em pessoas com mais de 40 anos.

A prevalência da asma é mais elevada na população infantil e juvenil, constituindo uma causa frequente de internamento hospitalar. De facto, sendo uma doença crónica frequente na criança e na população adulta, sabe-se que, em Portugal, a prevalência média da asma atingirá mais de 11,0% da população no grupo etário dos 6-7 anos, 11,8% no dos 13-14 anos e 5,2% no dos 20-44 anos, estimando-se que o número total de doentes com asma ativa possa ultrapassar os 600 000.

A prevalência de DPOC aumenta com a idade e com a carga tabágica, em ambos os géneros. Tem uma fraca expressão (2%) no grupo etário dos 40 aos 49 anos, sendo de 10,2% no grupo dos 50 aos 59 anos e atingindo o valor de 30,8% acima dos 70 anos. Nesta última faixa etária e no sexo masculino a prevalência de DPOC é muito elevada, atingindo valores de 47,2%.

Relativamente à prevalência do Síndrome de Apneia do Sono, apesar de não existir nenhum estudo epidemiológico português, estima-se que a sua prevalência nos adultos se aproxime dos 20%, se definido por um Índice de Apneia-Hipopneia (número de apneias e hipopneias por hora de sono) superior a cinco eventos por hora.

Em relação à mortalidade, em 2009 faleceram 104.964 portugueses, sendo 12.202 por doença respiratória (11,6%), dos quais 6.936 por Doenças Respiratórias Não Transmissíveis (56,84% dos óbitos por doença respiratória).

Analisando a evolução da mortalidade entre 2005 e 2009 parece haver uma tendência para a diminuição dos óbitos por Asma e DPOC, e um aumento da mortalidade por pneumonia e por cancro do aparelho respiratório. Constata-se também um aumento do número de internamentos por Fibrose Pulmonar.

O enorme impacto e sofrimento humano resultante das DRC foi reconhecido pela 53^a Assembleia Mundial da Saúde, que solicitou ao Diretor-Geral da OMS que persista em considerar-lhe prioridade no âmbito da prevenção e controlo das doenças não transmissíveis, com especial ênfase nos países em desenvolvimento e em outras populações carenciadas (WHA53.17, maio de 2000).

O Relatório da OMS *“Preventing Chronic Diseases, a vital investment”* (WHO, 2005) e a publicação *“Global Surveillance, Prevention and Control of Chronic Respiratory Diseases, a Comprehensive Approach”* (WHO, 2007) alertam mais ainda para o enorme impacto das DRC e enunciam os fatores de risco e os meios de prevenção e tratamento das mesmas.

A 60^a Assembleia Geral da Saúde, pressionou os estados membros a implementar e a aumentar o apoio às iniciativas globais que contribuam para atingir a meta de reduzir as mortes por doenças não transmissíveis em 2%/ano, nos próximos 10 anos (Resolução WHA 60.23, maio 2007). A resolução WHA 61.14 de maio de 2008 endossa o *“Action Plan for the Global Strategy for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases”*, que inclui as DRC no seu âmbito de ação.

No âmbito deste abrangente plano de ação destaca-se o plano de ação da GARD, que combina recursos financeiros e humanos dos seus parceiros para apoiar o trabalho da OMS no esforço do desenvolvimento e implementação do componente DRC, como parte integrante dos planos de ação para o combate às doenças não transmissíveis.

A *“Declaração Política sobre Prevenção e Controlo de Doenças Não Transmissíveis”*, de que foram signatários os estados membros da ONU na Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas, que decorreu a 19 e 20 de setembro de 2011, reconheceu o impacto significativo das doenças não transmissíveis, entre as quais as doenças respiratórias crónicas, como um problema global e urgente, e de onde resultou o consenso sobre a necessidade de adoção de ações concretas, com base em políticas públicas, para o combate a este tipo de doenças.

Em acréscimo, o Jornal Oficial da União Europeia de 2 de dezembro de 2011, refere as conclusões do Conselho da Europa, no que diz respeito às doenças respiratórias crónicas das crianças, que são as doenças não transmissíveis mais frequentes desta faixa etária, necessitando de cuidados de saúde adaptados. Recomenda, aos estados membros, um trabalho integrado na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, mediante a cooperação com as partes relevantes, especialmente as organizações de doentes e de profissionais de saúde.

O Programa Nacional para as Doenças Respiratórias e o respetivo Plano de Ação sistematizam a visão, objetivo geral, propósitos, objetivos estratégicos da DGS e dos parceiros, resultados esperados e atividades, de forma a conduzir os trabalhos a curto prazo num horizonte temporal de 2012-2013 e a médio prazo de 2012-2016 (este enquadramento temporal tem o objetivo de se sincronizar com o *WHO Action Plan for the Global Strategy for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*).

O PNDR tem como principal referencial estratégico a GARD (*Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases*), mais abrangente e integradora das patologias respiratórias crónicas, em termos estratégicos por excelência, mas considera também outros referenciais estratégicos e científicos internacionais específicos, nomeadamente:

- a) *GINA – Global Initiative for Asthma;*
- b) *GOLD – Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease;*
- c) *ARLA – Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma;*
- d) *Ga²Len – Global Allergy and Asthma European Network.*

A abordagem das doenças respiratórias crónicas proposta pela GARD foi sucessivamente adotada por uma série de países maioritariamente de médio ou baixo rendimento e também por mais de uma dezena de países de elevado rendimento.

Em Portugal têm sido estabelecidas parcerias entre programas e um conjunto de entidades do sistema de saúde, sociedades científicas e organizações da sociedade civil ligadas às DRC, tais como:

- a) Entidades do Sistema de Saúde (p. ex. ARS, Hospitais e Serviços de Pneumologia, Imunoalergologia e Pediatria, ACSS, Rede de Cuidados Continuados, Grupo Técnico de Acompanhamento dos Cuidados de Saúde Primários);
- b) Academia (p. ex. Faculdades de Medicina, Institutos Superiores de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, INSA, Universidade de Aveiro) e Agência Portuguesa do Ambiente;
- c) Sociedades Científicas (p. ex. Sociedade Portuguesa de Pneumologia, Sociedade Portuguesa de Pediatria, Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC), Associação Medicina do Sono, Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (SPORL), Sociedade Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (SPMGF), Associação de Médicos de Saúde Pública);

- d)* Ordens Profissionais (p. ex. Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Farmacêuticos);
- e)* Organizações da Sociedade Civil (p. ex. Observatório Nacional de Doenças Respiratórias (ONDR), Fundação Portuguesa do Pulmão (FPP), Associação Nacional de Tuberculose e Doenças Respiratórias (ANTDR), Associação Portuguesa de Asmáticos, Respira, Associação Chama Saúde).

2 – Objetivos

A Visão do PNDR, em linha com a da GARD, é um mundo em que todas as pessoas respirem livremente.

O PNDR tem como Valores, o respeito pela Pessoa com Doença Respiratória (suas Famílias e Cuidadores) e pelas necessidades destes Doentes, que são o centro deste Programa, e ainda a solidariedade social e o apoio científico que o PNDR pode prestar nos diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde, para minimizar o sofrimento causado pelas doenças respiratórias.

A Missão do PNDR está assente em três pilares fundamentais:

- a)* Conhecimento científico, partilha e desenvolvimento;
- b)* Missão técnico-normativa e garantia do compromisso político na implementação dos componentes técnicos do programa;
- c)* Agentes promotores de ativismo e mobilização social.

O objetivo geral do PNDR é a redução da carga das DRC a nível nacional, expressa da seguinte forma:

- a)* Promover a prevenção secundária e terciária, nomeadamente, mediante a elaboração de planos específicos em 100% das Regiões de Saúde;
- b)* Melhorar a acessibilidade dos Doentes Respiratórios à prestação de cuidados de saúde, nomeadamente, mediante a elaboração e implementação de uma rede de referência para as DRC;
- c)* Contribuir para a precocidade no diagnóstico, nomeadamente, aumentar em 30% acessibilidade às espirometrias nos Cuidados de Saúde Primários;
- d)* Otimizar a terapêutica, nomeadamente, reduzir em 30% a prescrição de aerossolterapia;

- e) Melhorar a eficiência do sistema de prescrição, nomeadamente, alargando em 50% a prescrição por via eletrónica, de cuidados respiratórios domiciliários;
- f) Reduzir em 10% a taxa de internamentos por DRC;
- g) Reduzir a morbilidade e a mortalidade, por doença respiratória, em 2%.

O modelo da GARD consiste no estabelecimento de uma rede de parcerias e alianças a nível nacional, sob a liderança da DGS de forma a, obter dados de prevalência das DRC e dos seus fatores de risco, a promover o envolvimento dos doentes e populações afetadas, a implementar as políticas para a promoção da saúde e prevenção das DRC e a implementar estratégias simples e não dispendiosas, para a gestão das DRC.

Para alcançar o seu propósito, o PNDR estabelece dois eixos de intervenção, cada um com dois objetivos estratégicos:

- a) Estabelecimento de parcerias em termos do ativismo e sensibilização, criando plataformas de discussão a nível nacional e regional;
- b) Apoio técnico que o PNDR dá e recebe nas áreas dos planos regionais e vigilância epidemiológica.

Para apoiar como plataformas de comunicação regrada entre a DGS e as ARS e para estabelecer e fortalecer as políticas nacionais e regionais na prevenção e controlo das DRC, em linha com as abordagens e métodos endossados pela OMS, é necessário delinear planos Nacionais e Regionais. Para suportar a monitorização das DRC e suas determinantes e avaliar os processos na implementação do PNDR, a nível nacional e regional, é necessário desenvolver a vigilância epidemiológica.

A qualidade constitui uma área estratégica de intervenção transversal a todo o PNDR, com o intuito de padronizar práticas e difundir conhecimentos sobre doenças respiratórias no âmbito da qualidade e segurança, relativos a Profissionais, Doentes e Cuidadores e equipamento técnico, tendo como base a evidência das melhores práticas e conhecimentos científicos, e como objetivo final uma melhor prestação de cuidados de saúde aos Doentes com Doenças Respiratórias, que se traduzam em ganhos em saúde.

3 - Estratégias

As áreas de intervenção por patologias específicas do PNDR, referem-se às anteriormente descritas como de maior prevalência no âmbito das DRC e eventualmente de maior gravidade, nomeadamente, a Asma, a DPOC e a SAS, e outras de menor prevalência, mas que requerem uma abordagem diferenciada, nomeadamente a HAP, as Doenças do

Interstício Pulmonar e a FQ. Em síntese, as patologias prioritárias de intervenção sob o ponto de vista programático são:

- a)* Asma;
- b)* Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC);
- c)* Síndrome de Apneia do Sono (SAS);
- d)* Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP);
- e)* Doenças do Interstício Pulmonar;
- f)* Fibrose Quística (FQ).

As áreas chave de intervenção transversal ao PNDR são as seguintes:

- a)* Patologias transversais a todo o PNDR (Alergias, onde se inclui a Rinite, e Infecções Respiratórias);
- b)* Pediatria;
- c)* Equipamento e Cuidados Respiratórios no Domicílio;
- d)* Ambiente;
- e)* Promoção de boas práticas da qualidade e segurança no âmbito do PNDR;
- f)* Vigilância epidemiológica, monitorização e análise de indicadores.

São intervenções estratégicas no âmbito do PNDR:

- a)* Constituição de grupos de peritos e consultores, com a existência de Coordenadores Científicos para as diferentes áreas de intervenção estratégica e constituição de uma Comissão Científica formada por peritos em nome individual, e de uma Comissão Consultiva, onde se incluem, organizações profissionais, instituições, sociedades científicas, associações, fundações, e outros constituintes da Sociedade Civil com interesse no combate às doenças respiratórias;
- b)* Constituição de uma rede de Coordenadores Regionais, com nomeação de um Coordenador por cada Região de Saúde;
- c)* Formação de alianças e parcerias para prevenção e controlo das DRC, nomeadamente, com os referenciais científicos e estratégicos do PNDR (GARD, GINA, GOLD e Ga²Len), com os outros Programas Nacionais e estruturas, instituições ou organizações com objetivos comuns;
- d)* Elaboração de mensagens de comunicação e sensibilização, com a Sociedade Civil (p. ex. Associações de Doentes), para divulgação e colaboração na implementação

- do PNDR e estimular a adoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente, em nutrição e atividade física;
- e) Apoiar a organização do Dia Mundial da DPOC, Dia Mundial da Asma, Dia Mundial da Alergia, Dia Mundial da Voz, Dia Mundial da Espirometria e explorar a criação do Dia Mundial das Doenças Respiratórias;
 - f) Identificar Embaixadores de Boa Vontade para as DRC;
 - g) Promoção do reconhecimento da importância das DRC e do envolvimento de todos os setores da saúde no seu combate, incluindo os setores público e privado;
 - h) Levantamento e sistematização das fontes e circuitos de informação existentes e recolha e organização da informação epidemiológica nacional e internacional, com base na integração dos dados das diversas fontes, de forma a suportar futuras revisões estratégicas ou do plano de ação;
 - i) Recolha de dados através de uma plataforma de comunicação para avaliar a prevenção e controlo das DRC, incluindo um sistema de informação eletrónico com resultados disponíveis;
 - j) Identificação dos fatores determinantes e de custo/efetividade, assim como, a identificação dos hiatos de conhecimento e de intervenção e a promoção da investigação, prioritariamente na vertente operacional;
 - k) Preparação e divulgação, no *website* do PNDR, da informação e evidências mais recentes relativas aos principais fatores determinantes das DRC, assim como do impacto das intervenções, de acordo com o “Estado de Arte”, através da consulta a painéis de peritos;
 - l) Definição de caso das principais DRC, fatores de risco, critérios de diagnóstico e exames complementares de diagnóstico com a melhor indicação;
 - m) Elaboração da listagem e priorização de intervenções custo/benefício para as DRC e elaboração de um plano nacional de recursos;
 - n) Definição e publicação de orientações para as principais DRC em linha com o *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*;
 - o) Definição dos requisitos da qualidade e segurança, para infraestruturas, ambiente, equipamentos e processos, no âmbito das doenças respiratórias;
 - p) Definição dos objetivos a atingir para a Qualidade de Vida dos Doentes com Doenças Respiratórias Crónicas;
 - q) Elaboração de fluxogramas do processo de prestação de cuidados de saúde e interligação entre os diferentes níveis de cuidados (primários, hospitalares,

continuados e domiciliários), para cada doença, com indicação do cronograma assistencial recomendável;

- r) Identificação dos riscos e propostas para minimização do erro;
- s) Definição das competências profissionais, formação e treino necessários, para as intervenções na prestação de cuidados de saúde aos Doentes com doenças respiratórias;
- t) Contribuição para a educação do Doente e Cuidadores e para o desenvolvimento do *empowerment* da Pessoa com Doença Respiratória, através da divulgação de informação e de ferramentas de apoio à decisão do Doente;
- u) Concertação de ações com organizações do ambiente, nomeadamente, na disponibilização de recomendações de saúde com base nos indicadores IQAR (Índice da Qualidade do AR);
- v) Concretização de iniciativas na área da prevenção (evicção do tabaco, redução da poluição em espaços interiores, redução da exposição ocupacional) e fortalecimento do programa de controlo das DRC, baseado no PAL (*WHO Practical Approach to Lung Diseases*) e na Gestão Integrada da Doença nos Adultos e Adolescentes (*WHO Integrated Management of Adult and Adolescent Illness*);
- w) Desenvolver e divulgar orientações técnicas de fácil consulta, para Profissionais, em particular nos Cuidados de Saúde Primários;
- x) Garantia de definição do sistema de aquisição e distribuição de fármacos e dispositivos técnicos para a gestão das DRC;
- y) Definição do modelo do dispositivo de interface hospital/ambulatório para Doentes graves;
- z) Apoiar os Doentes, Familiares e Comunidades afetadas por DRC, na acessibilidade e equidade para a obtenção de meios de combate às DRC, nomeadamente, no acesso à informação e na obtenção de fármacos essenciais e dispositivos médicos.

4 - Monitorização

- a) Número de Entidades Parceiras existentes;
- b) Existência de um plano de ação bienal, Nacional e por Regiões, contemplando iniciativas para a prevenção e controlo das DRC;
- c) Número de documentos de orientação técnica específica, para as principais DRC;
- d) Número de ARS que apresentam um plano instalado de aquisição e doação de fármacos e dispositivos técnicos de qualidade e acessíveis, nos Cuidados de Saúde

Primários, nomeadamente, no enquadramento da Rede Nacional para os Cuidados Integrados;

- e)* Número de documentos escritos e divulgados, dirigidos a Profissionais, no âmbito da qualidade e segurança das doenças respiratórias;
- f)* Número de documentos escritos e divulgados, dirigidos a Doentes e Cuidadores, no âmbito da qualidade e segurança das doenças respiratórias;
- g)* Número de documentos escritos e divulgados, que visem a qualidade e segurança do equipamento técnico e da medicação, no âmbito das doenças respiratórias;
- l)* Avaliação de indicadores de processo e de impacto, através da análise dos dados disponibilizados em relatório anual de progresso e através de auditorias.