

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA




DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE
DIVISÃO DE DOENÇAS GENÉTICAS, CRÓNICAS E GERIÁTRICAS

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

LISBOA, 2005



PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas
Programa nacional de prevenção e controlo da doença pulmonar obstrutiva crónica. – Lisboa: DGS, 2005.
– 20 p.

ISBN 972-675-125-X

Pneumonias obstrutivas – prevenção e controlo / Pneumonias obstrutivas – classificação / Pneumonias obstrutivas – diagnóstico / Pneumonias obstrutivas – reabilitação / Pneumonias obstrutivas – terapia / Plano nacional de saúde / Planos e programas de saúde / Portugal

Programa aprovado por despacho ministerial de 2 de Fevereiro de 2005

Elaborado por

Cristina Bárbara
Filomena Ramos
Manuela Almeida
Maria João Marques Gomes

Coordenação Científica

António Segorbe Luis

Coordenação Técnica

Alexandre Diniz

Editor

Direcção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 LISBOA
<http://www.dgs.pt>
dgsaude@dgsaude.min-saude.pt

Capa e Ilustração

Vitor Alves

Suporte Informático

Luciano Chastre

Impressão

Europress, Lda.

Tiragem

25 000

Depósito Legal

241587/06

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
CONTEXTO	5
PRINCÍPIOS ORIENTADORES	7
Definição de DPOC	7
Diagnóstico de DPOC	8
Classificação de gravidade da DPOC	8
Controlo do tabagismo	9
Melhoria do diagnóstico de DPOC	10
Melhoria do acompanhamento do doente com DPOC	10
Melhoria do controlo do doente com DPOC	11
Melhoria do acesso à reabilitação	13
Melhoria do acesso à oxigenoterapia de longa duração	13
Reestruturação da rede de cuidados ao doente com DPOC	13
OBJECTIVOS	14
POPULAÇÃO-ALVO	14
HORIZONTE TEMPORAL	15
ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	15
ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO	17
ESTRATÉGIAS DE RECOLHA E ANÁLISE DE INFORMAÇÃO	18
CRONOGRAMA	19
ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO	20

INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbilidade crónica, de perda de qualidade de vida e de mortalidade, estando previsto o seu aumento nas próximas décadas.

A DPOC é, ainda, responsável por uma elevada frequência de consultas médicas e de serviços de urgência, assim como por um significativo número de internamentos hospitalares, frequentemente prolongados, além de contribuir para o consumo de fármacos e de oxigenoterapia e ventiloterapia domiciliárias de longa duração.

Tais factos colocam a DPOC como um dos problemas de saúde pública de maior magnitude, sendo previsível que constitua uma das principais causas de morte no termo das primeiras décadas do Século XXI.

Perante o exposto, torna-se imperiosa uma intervenção de saúde pública de âmbito nacional, planeada e especificamente dirigida ao combate à DPOC.

Na verdade, verifica-se uma tendência para o aumento significativo, a médio e longo prazo, da perda de funcionalidade da população activa e dos custos directos, decorrentes da DPOC, que urge contrariar, uma vez que se prevêem mais agudizações e internamentos hospitalares, maior volume de prescrição de fármacos, assim como mais actos de reabilitação e de oxigenoterapia e ventilação não invasiva domiciliárias.

Por todas estas razões, o Ministério da Saúde entendeu necessário e urgente elaborar e implementar, em cumprimento do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, o presente Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.

Pretende este Programa uma abordagem abrangente dos serviços prestadores de cuidados de saúde junto da população em risco ou já portadora da doença, promovendo o seu diagnóstico precoce e adequados tratamento e reabilitação, em complementaridade com as acções desenvolvidas pelo Programa de Intervenção Integrada Sobre Factores Determinantes da Saúde Relacionados Com os Estilos de

Vida, pelo Conselho de Prevenção do Tabagismo e intercepção com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde.

O investimento a fazer no âmbito do presente Programa, não apenas na actuação preventiva primária mas, essencialmente, nas prevenções secundária e terciária, impõe um apelo especial à congregação de esforços de todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, no sentido de obter, de forma mais rápida, evidentes ganhos em saúde respiratória e qualidade de vida.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica aplicar-se-á, fundamentalmente, através do desenvolvimento, no espaço geográfico das Administrações Regionais de Saúde, de estratégias de intervenção, de formação e de recolha e análise de informação.

A Direcção-Geral da Saúde desenvolverá, a nível nacional, instrumentos técnicos de suporte e ajuda à implementação do Programa, os quais deverão sofrer replicação e adequação regional e local, através das adaptações que as características particulares, em cada local, aconselharem.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, que agora se apresenta com carácter técnico-normativo, inspira-se no Projecto GOLD – *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*, da Organização Mundial de Saúde e *US – National Heart, Lung and Blood Institute*, e conta com o aval científico da Sociedade Portuguesa de Pneumologia.

CONTEXTO

A DPOC, cuja prevalência em Portugal, nos adultos activos, se estima em cerca de 5,3% da população, caracteriza-se por causar limitação ventilatória geralmente progressiva e com reduzida reversibilidade, estando a sua génese associada a uma resposta inflamatória anómala dos pulmões à inalação de partículas ou gases nocivos. A DPOC evolui por exacerbações, cuja frequência aumenta com a gravidade da doença.

A prevalência da DPOC aumenta com a idade, sendo mais elevada no sexo masculino, embora esteja a aumentar nas mulheres, decorrendo do aumento da prevalência de tabagismo no sexo feminino. De facto, o tabagismo, para além de ser a principal causa de DPOC, continua a contribuir para a elevada prevalência da doença em Portugal.

A DPOC causa, assim, incapacidade, com acentuado impacte negativo na qualidade de vida dos doentes e nos seus meios familiar, profissional e social. O Banco Mundial estima que a DPOC seja responsável por mais de 29 milhões de anos de incapacidade (DALY's)¹ e por um milhão de anos de vida perdidos em todo o mundo.

A DPOC, como causa de incapacidade, ocupava internacionalmente o 12.º lugar em 1990, prevendo-se que venha a ocupar o 5.º lugar no ano de 2020, imediatamente a seguir à doença isquémica cardíaca, à depressão *major*, aos acidentes de viação e à doença cérebro-vascular. Na verdade, estima-se que pelo menos 10% da população mundial com mais de 40 anos de idade possa ter DPOC, isto é, que a doença seja três vezes mais frequente do que se estima actualmente.

Por outro lado, os custos directos em Portugal decorrentes da DPOC, num período de 5 anos e em matéria de internamentos hospitalares, aumentaram significativamente, assim como a taxa de letalidade intra-hospitalar. Ou seja, num intervalo de apenas 5 anos, o número de internamentos por DPOC, em Portugal, aumentou 5%, tendo crescido os seus custos de uma forma desproporcionada, já que representam um acréscimo de 10%.

Quadro I – Custos com Internamentos Hospitalares por DPOC (1998-2002)

	N.º de Internamentos	N.º de Dias de Internamento	Letalidade Intra-hospitalar (% Internamentos)	Custos
1998	12 342	107 786	5,5 %	23 992 371 €
2002	12 974	120 694	6,4 %	27 668 761 €

Fonte: Base de dados dos GDH

¹ DALY's – *disability-adjusted life-years* – soma de anos de vida perdidos devido a mortalidade prematura e o número de anos vividos com a deficiência, ajustados à gravidade da incapacidade.

Os custos com oxigenoterapia domiciliária duplicaram, no continente português, no mesmo período de tempo.

Quadro II – Custos com Oxigenoterapia Domiciliária (1998-2002)

	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve	Total Continental
1998	11 673 808 €	4 150 103 €	6 586 162 €	394 723 €	69 352 €	22 874 148 €
2002	22 564 739 €	10 114 753 €	11 728 635 €	2 027 229 €	683 889 €	47 119 245 €

Fonte: Administrações Regionais de Saúde

O aumento acelerado dos custos com oxigenoterapia domiciliária, apesar da estabilidade do custo individual do tratamento, reflecte, acima de tudo, um aumento significativo no número de doentes a efectuar esta modalidade terapêutica.

O tabagismo é, como se referiu, o principal factor de risco da DPOC, estando presente em mais de 90% dos casos.

A realidade do nosso País referente ao tabagismo sugere que a DPOC deva ser considerada como um problema de saúde pública com tendência de agravamento no futuro, se considerarmos a estimativa, consensual e universalmente aceite, de que pelo menos 20% dos fumadores virão a desenvolver limitação ventilatória obstrutiva com tendência progressiva.

PRINCÍPIOS ORIENTADORES

DEFINIÇÃO DE DPOC

Definições variáveis e imprecisas de DPOC têm contribuído quer para a dificuldade de quantificação da sua morbidade e mortalidade, quer para o seu diagnóstico tardio.

No âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica entende-se por DPOC o estado patológico caracterizado por uma limitação do débito aéreo que não é totalmente reversível. A limitação ventilatória é, geralmente, progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anómala dos pulmões à inalação de partículas ou gases nocivos.

DIAGNÓSTICO DE DPOC

O diagnóstico de DPOC deve ser considerado em todos os doentes que apresentem tosse ou produção de expectoração frequentes, ou dispneia, ou história de exposição a factores de risco para a doença.

O diagnóstico exige a realização de espirometria, a fim de confirmar a presença de limitação obstrutiva do fluxo aéreo. Esta limitação ventilatória não é completamente reversível após administração de um broncodilatador.

Considera-se que existe obstrução brônquica e, portanto, DPOC, quando após a administração de um broncodilatador a relação FEV_1^2/FVC^3 é menor do que 70%.

Os doentes que sofrem de tosse crónica e de produção de expectoração e têm história de exposição a factores de risco, devem ser examinados para avaliação da limitação das vias aéreas, mesmo na ausência de dispneia.

A espirometria é, assim, fundamental no diagnóstico e na avaliação da DPOC, por ser o meio mais objectivo, padronizado e facilmente reprodutível de medir o grau de obstrução das vias aéreas.

CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DA DPOC

A classificação da DPOC baseada na espirometria provou ser útil para inferir o estado de saúde do doente, a utilização de recursos de cuidados de saúde, o risco de exacerbações e o prognóstico da doença.

As alterações patológicas pulmonares conduzem a alterações fisiológicas que são características da DPOC, como hipersecreção de muco, disfunção ciliar, limitação do débito aéreo, hiperinsuflação pulmonar, anomalias das trocas gasosas, hipertensão pulmonar e *cor pulmonale*. As alterações referidas desenvolvem-se, geralmente, por ordem no processo de evolução da doença. Ou seja, a gravidade da DPOC é classificada em quatro estádios:

Estádio 0: Risco de DPOC

Caracteriza-se por tosse crónica e produção de expectoração, em indivíduos expostos à inalação de partículas ou gases nocivos. A função pulmonar, avaliada através de espirometria, é normal.

² FEV₁ – Volume Expiratório Máximo no 1.º segundo.
³ FVC – Capacidade Vital Forçada.

Estádio I: DPOC Ligeira

Caracteriza-se por limitação ligeira do débito aéreo e, em regra mas nem sempre, acompanha-se de sintomas. A espirometria revela uma relação $FEV_1/FVC < 70\%$ e um $FEV_1 \geq 80\%$ do predito.

Estádio II: DPOC Moderada

Caracteriza-se por agravamento da limitação ventilatória e, geralmente, por progressão de sintomas, desenvolvendo-se dispneia em situação de esforço. A espirometria revela uma relação $FEV_1/FVC < 70\%$ e um $FEV_1 < 80\%$ do predito, mas $\geq 50\%$.

Estádio III: DPOC Grave

Caracteriza-se por uma limitação ventilatória mais grave. A repetição de exacerbações tem impacto negativo na qualidade de vida do doente e requer controlo apropriado, podendo colocar a vida em risco. A espirometria revela uma relação $FEV_1/FVC < 70\%$ e um $FEV_1 < 50\%$ do predito, mas $\geq 30\%$.

Estádio IV: DPOC Muito Grave

Caracteriza-se por limitação ventilatória muito grave, frequentemente associada a insuficiência respiratória crónica ou falência do coração direito. A espirometria revela uma relação $FEV_1/FVC < 70\%$ e um $FEV_1 < 30\%$ do predito ou, então, sendo maior que este valor desde que exista insuficiência respiratória associada.

CONTROLO DO TABAGISMO

Há evidência científica de que a cessação tabágica é a única medida que contraria, efectivamente, a evolução da DPOC e a que tem melhor relação custo/benefício.

Reconhece-se que muitos dos actuais fumadores estão dispostos a abandonar o uso do tabaco se tiverem apoio e que o tratamento da dependência do tabaco é considerado como a regra de ouro das terapêuticas preventivas.

É obrigação dos serviços de saúde providenciar, nos níveis primário e secundário de cuidados, a criação de consultas de desabituação tabágica. Estas devem ser planeadas a nível regional, com o objectivo de promover ajuda específica para deixar de fumar, de forma a tornar equitativa a sua acessibilidade no território nacional.

As intervenções curtas de rotina, de informação e educação do fumador, que têm uma baixa taxa de sucesso, devem ser associadas às intervenções diferenciadas, com uma taxa de sucesso significativamente superior, em consultas de desabitação tabágica. Estas incluem, entre outras medidas, terapêutica farmacológica específica.

MELHORIA DO DIAGNÓSTICO DE DPOC

Quanto mais precoce for o diagnóstico de DPOC, mais possibilidades haverá de se retardar a evolução natural da doença.

A espirometria é o exame que permite fazer o diagnóstico de DPOC, sendo que este deve ser realizado o mais precocemente possível.

A realização de espirometria permite, ainda, avaliar a gravidade da doença e orientar a adequada prescrição médica. Cria, além disso, a oportunidade de adoção de medidas para o controlo de sintomas e prevenção de exacerbações, com redução de idas à consulta, de internamentos hospitalares e de absentismo laboral, associadas à redução da qualidade de vida do doente.

É imprescindível generalizar, a nível dos cuidados de saúde primários, a utilização da espirometria simples, sendo indispensável que as administrações regionais de saúde planeiem e providenciem a dotação, por grupos de centros de saúde, de equipamento específico e pessoal habilitado para o efeito. A avaliação funcional respiratória mais detalhada deverá ser realizada a nível hospitalar.

MELHORIA DO ACOMPANHAMENTO DO DOENTE COM DPOC

O acompanhamento periódico do doente com DPOC é fundamental para retardar a progressiva perda de funcionalidade decorrente da evolução da doença.

Atendendo a que a DPOC é uma doença de evolução prolongada, é de prever que a função pulmonar dos doentes venha a deteriorar-se com o tempo.

Os doentes que se encontram nos estádios 0 a II, da Classificação de Gravidade da DPOC, devem ser seguidos, periodicamente, nos cuidados de saúde primários, de forma a poderem obter-se ganhos de saúde a longo prazo.

Os doentes que se encontram nos estádios III e IV requerem uma articulação periódica entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, de forma a poderem obter-se ganhos de saúde e racionalização de cuidados, com redução de custos directos e indirectos.

Os doentes com DPOC devem estar classificados, nos centros de saúde, como pertencendo a um grupo vulnerável que, de acordo com o seu estágio de gravidade, requer convocação para vigilância médica periódica.

Devem ser criados mecanismos locais de monitorização domiciliária dos doentes com DPOC classificada no estágio IV.

MELHORIA DO CONTROLO DO DOENTE COM DPOC

A abordagem global do controlo da DPOC caracteriza-se pelo faseamento do tratamento, dependendo este do estágio de gravidade da doença.

A estratégia de controlo da DPOC deve basear-se numa avaliação individualizada da evicção tabágica, da gravidade da doença e da resposta à terapêutica instituída.

A gravidade da DPOC é determinada pelos sintomas e pelo grau de limitação ventilatória, assim como por outros factores, como o estado nutricional, a frequência e a gravidade das exacerbações, a presença de insuficiência respiratória, a existência de *cor pulmonale* ou de outras complicações e comorbilidades.

O tratamento da DPOC está directamente dependente da vontade e da capacitação do doente para aplicar o controlo recomendado. Por esta razão, é fundamental a educação terapêutica do doente com DPOC, de forma a poder melhorar as suas competências e capacidade para lidar com a evolução da doença.

A educação terapêutica do doente para a monitorização da DPOC deve ser ministrada nos vários enquadramentos dos diferentes níveis de cuidados de saúde, quer em consulta, quer em cuidados domiciliários, quer em programas de reabilitação e deve ser, sempre, adaptada às necessidades e ao ambiente em que vive o doente.

O processo de educação terapêutica deve ser interactivo, prático, com objectivos fáceis de cumprir e adaptado às competências intelectuais e sociais do doente,

devendo incluir temas como cessação tabágica, noções elementares sobre a DPOC e aspectos específicos do tratamento.

O processo de educação terapêutica deve, ainda, promover a aquisição de competências para o auto-controlo da DPOC, como auto-ajuda para minimizar a dispneia e como actuar em caso de exacerbação.

O acompanhamento dos doentes com DPOC deve incluir a discussão de novos sintomas ou de sintomas que tenham agravado.

Deve realizar-se espirometria sempre que se registar aumento substancial de sintomas ou ocorrência de uma complicação.

Para se adaptar a terapêutica, de forma adequada, à evolução da DPOC, o acompanhamento do doente deve incluir a discussão do regime terapêutico. Deve, igualmente, avaliar-se a frequência, gravidade e causas prováveis das exacerbações, assim como registar-se as hospitalizações delas decorrentes.

É através da intervenção no estádios 0 e I que está provado poderem vir a obter-se ganhos de saúde mais substanciais.

Os doentes que se encontram nos estádios II e III, requerem uma articulação periódica e sem hiatos entre os cuidados de saúde primários e secundários, de forma a poderem obter-se ganhos de saúde de curto e médio prazo e racionalização de custos directos e indirectos.

A farmacoterapia para a DPOC deve ser usada, unicamente, para reduzir os sintomas e as complicações da doença, não existindo evidência de que altere o inexorável declínio, a longo prazo, da função respiratória.

Os medicamentos broncodilatadores devem ser os eleitos para o controlo sintomático da DPOC.

O tratamento prolongado do doente com DPOC, com glicocorticóides inalados, está particularmente indicado nos estádios III e IV, por reduzir a incidência de exacerbações.

MELHORIA DO ACESSO À REABILITAÇÃO

Existe evidência científica de que os doentes com DPOC beneficiam de programas de exercício físico, os quais melhoram os sintomas de dispneia e reduzem o grau de fadiga.

Atendendo a que há possibilidade de intervenção no sentido de melhorar a qualidade de vida destes doentes, devem ser, progressivamente, criadas condições de alargamento da acessibilidade do doente com DPOC a cuidados de reabilitação, segundo critérios de referenciação entre unidades de saúde, a definir no âmbito geográfico de cada Administração Regional de Saúde.

Considera-se fundamental a articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde.

MELHORIA DO ACESSO À OXIGENOTERAPIA DE LONGA DURAÇÃO

A oxigenoterapia de longa duração é a segunda medida, a seguir à cessação tabágica, que contraria a evolução natural da DPOC.

Existe evidência científica de que a administração a longo prazo de oxigénio, mais de 15 horas por dia, a doentes com insuficiência respiratória crónica, lhes faz aumentar a sobrevivência.

REESTRUTURAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS AO DOENTE COM DPOC

A criação de condições que permitam a aplicação do princípio da continuidade de cuidados entre níveis e tipos de cuidados de saúde é fundamental para se conseguir reduzir as complicações da DPOC, melhorar a funcionalidade do doente e alcançar ganhos em saúde.

Por esta razão, torna-se indispensável a definição de uma rede nacional de referenciação para a área da pneumologia.

OBJECTIVOS

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica visa, como objectivos gerais:

1. Inverter a tendência do crescimento da prevalência de DPOC.
2. Melhorar o estado de saúde e a funcionalidade do doente com DPOC.

Considera-se fundamental que o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica atinja, no entanto, os seguintes objectivos específicos:

1. Reduzir os episódios de internamento hospitalar por DPOC.
2. Reduzir o recurso à urgência hospitalar por agudização ou complicações da DPOC.
3. Racionalizar a prescrição e consumo dos meios terapêuticos a utilizar na DPOC.
4. Contrariar a tendência evolutiva da DPOC, nos diversos estádios da doença.
5. Reduzir a mortalidade por DPOC.

POPULAÇÃO-ALVO

Deve considerar-se como população-alvo a atingir pela acção do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica a população, de ambos os sexos, com DPOC confirmada.

Deve, ainda, considerar-se como população de risco acrescido a que apresente as seguintes características:

1. Idade \geq 40 anos, com história de tabagismo superior a 10 anos.
2. Actividade profissional de risco respiratório comprovado, com exposição a poeiras e a produtos químicos.
3. Tosse ou expectoração crónicas ou dispneia de esforço.
4. Deficiência de alfa1-antitripsina.

HORIZONTE TEMPORAL

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica abrange, em respeito pelo Plano Nacional de Saúde, o horizonte temporal que decorre até 2010, sem prejuízo de eventuais correcções, que avaliações intercalares do desenvolvimento do mesmo venham a aconselhar.

O desenvolvimento do Programa decorrerá em duas fases:

- a) Fase de implementação, correspondente ao período que decorrerá até final de 2007.
- b) Fase de consolidação, correspondente ao período que decorrerá de 2008 até 2010.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

As estratégias de intervenção compreendem as acções de natureza organizativa e de melhoria das práticas profissionais, que visam não apenas a melhoria de todo o processo de identificação e acompanhamento da população de risco acrescido, mas, também, do diagnóstico, tratamento, recuperação e controlo dos doentes com DPOC, como, ainda, a melhoria dos resultados obtidos, quantificados em termos de ganhos de saúde.

A prevenção primária e a redução do risco, o rastreio oportunístico e a detecção precoce, realizadas com a intervenção dos cuidados de saúde primários, constituem medidas indispensáveis para a redução das taxas de incidência e morbidade da DPOC.

Para atingir os objectivos do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica consideram-se como principais estratégias de intervenção, as seguintes:

E1

Criação e desenvolvimento de consultas antitabágicas.

E2

Elaboração e divulgação de normas de boas práticas na abordagem antibiótica.

E3

Elaboração e divulgação de normas de boas práticas no diagnóstico de DPOC.

E4

Proposta de generalização, a nível dos cuidados de saúde primários, da utilização da espirometria simples, a ser realizada, de modo sistemático e anualmente, nas populações alvo e de risco acrescido definidas no presente Programa.

E5

Elaboração e divulgação de normas de boas práticas no acompanhamento, em cuidados de saúde primários, do doente com DPOC nos estádios 0 a 2 da Classificação de Gravidade.

E6

Elaboração e divulgação de normas de boas práticas no acompanhamento, com base na complementaridade entre cuidados primários de saúde e cuidados hospitalares, do doente com DPOC nos estádios III e IV da Classificação de Gravidade.

E7

Elaboração e divulgação de norma técnica sobre monitorização domiciliária dos doentes com DPOC no estágio IV da Classificação de Gravidade.

E8

Elaboração e divulgação de normas de boas práticas em educação terapêutica, para o auto-controlo, do doente com DPOC.

E9

Elaboração e divulgação de norma técnica sobre acesso, do doente com DPOC, a cuidados de reabilitação.

E10

Proposta de criação de registo nacional de doentes insuficientes respiratórios.

E11

Proposta de criação de comissão de racionalização do acesso à oxigenoterapia domiciliária e monitorização da sua utilização.

E12

Elaboração e divulgação de rede de referenciação em pneumologia.

ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO

As estratégias de formação compreendem as acções de natureza informativa dirigidas à população, quer geral, quer de grupos específicos, que visam a sua maior habilitação e capacitação para a gestão da DPOC. Compreendem, ainda, as acções formativas e orientações normativas, destinadas aos profissionais de saúde, a fim de promoverem a melhoria da sua prática na abordagem da DPOC.

Para atingir os objectivos do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica consideram-se como principais estratégias de formação, as seguintes:

E13

Promoção, junto da Comissão Nacional do Internato Médico e das administrações hospitalares, da adequação do número de vagas do Internato Complementar de Pneumologia às necessidades não satisfeitas em matéria de cuidados respiratórios diferenciados.

E14

Promoção da formação em pneumologia no Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar.

E15

Elaboração e divulgação de instrumentos pedagógicos a serem utilizados em actividades de formação, destinados aos profissionais de saúde, sobre diagnóstico e tratamento da DPOC.

E16

Promoção e realização de acções formativas sobre prática da espirometria e ventilo-terapia.

E17

Promoção e realização de acções formativas sobre organização e prática numa consulta antitabágica.

E18

Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para a divulgação, junto da população geral e de grupos específicos, de informação sobre:

- a) prevenção da DPOC;
- b) educação para o controlo da DPOC.

ESTRATÉGIAS DE RECOLHA E ANÁLISE DE INFORMAÇÃO

As estratégias de colheita e análise de informação compreendem as acções que visam melhorar o conhecimento epidemiológico da DPOC, assim como obter informação sobre o seu impacto na funcionalidade das pessoas por ela atingidas.

Para atingir os objectivos do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica consideram-se como principais estratégias de colheita e análise de informação, as seguintes:

E19

Desenvolver parcerias intersectoriais com vista à criação de um observatório para a DPOC, que englobe sistemas de colheita de informação que permitam a obtenção e análise de dados sobre a prevalência e incidência da DPOC, assim como sobre as incapacidades e absentismo laboral causados por esta doença ou pelas suas complicações.

E20

Desenvolver parcerias intersectoriais que promovam a qualidade da investigação básica e clínica na DPOC.

E21

Monitorizar os ganhos de saúde resultantes da acção do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.

CRONOGRAMA

Estratégia	2005 Trimestres				2006 Trimestres				2007 Trimestres				2008 Trimestres				2009 Trimestres			
	1.º	2.º	3.º	4.º	1.º	2.º	3.º	4.º	1.º	2.º	3.º	4.º	1.º	2.º	3.º	4.º	1.º	2.º	3.º	4.º
E1																				
E2																				
E3																				
E4																				
E5																				
E6																				
E7																				
E8																				
E9																				
E10																				
E11																				
E12																				
E13																				
E14																				
E15																				
E16																				
E17																				
E18																				
E19																				
E20																				
E21																				

ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A coordenação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, assim como o acompanhamento da sua execução e avaliação anual, é da responsabilidade da Direcção-Geral da Saúde, através de uma Comissão Nacional de Coordenação a criar por Despacho do Ministro da Saúde.

A monitorização periódica dos ganhos de saúde, obtidos com a acção do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, é efectuada com base nos seguintes indicadores diferenciados por sexo e idade:

1. Prevalência do tabagismo.
2. Prevalência de DPOC.
3. Prevalência de DPOC no estágio III.
4. Prevalência de DPOC no estágio IV.
5. Incidência de doentes com DPOC a efectuarem oxigenoterapia domiciliária.
6. N.º de episódios de internamento hospitalar por DPOC.
7. Taxa de absentismo laboral por DPOC.
8. Taxa de mortalidade por DPOC.

