

PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

Desafios e Estratégias

2023



PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

Desafios e Estratégias

FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS.
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2023.
ISBN:

PALAVRAS-CHAVE: Doenças Respiratórias, Asma, DPOC, Pneumonia, Síndrome de Apneia do Sono.

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: Paula Simão, Elizabete Gomes

Equipa: Ana Cristina Portugal

Lisboa, dezembro, 2023

Índice

Sumário Executivo.....	5
Capítulo I.....	7
1. Enquadramento	8
2. Mortalidade por Doenças Respiratórias	9
3. Morbilidade Hospitalar por Doenças Respiratórias	20
4. Acesso aos Cuidados de Saúde Primários	24
5. Medicamentos ambulatoriais	30
6. Cuidados Respiratórios Domiciliários	33
Capítulo II.....	35
7. Monitorização	36
8. Prevenção e Diagnóstico.....	37
9. Tratamento	39
10. Comunicação e Literacia em Saúde.....	40
11. Relações Internacionais	41
Capítulo III	43
12. Metas da Saúde.....	44
a. VISÃO	44
b. MISSÃO	44
c. METAS OBJETIVOS	44
13. Desafios para o futuro	47
Referências bibliográficas	49

Índice de gráficos

Gráfico 1. Principais causas de mortalidade por país, (2021 ou mais próximo).

Gráfico 2. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doença respiratória, acima e abaixo dos 70 anos (2017-2021).

Gráfico 3. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por pneumonia, acima e abaixo dos 70 anos, (2017-2021).

Gráfico 4. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doença crónica das vias aéreas inferiores, acima e abaixo dos 70 anos (2017-2021).

Gráfico 5. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por asma acima e abaixo dos 70 anos (2017-2021).

Gráfico 6. Internamentos por asma ou DPOC em adultos na OCDE (2011 a 2022).

Gráfico 7. Taxa de internamento padronizada para idade e sexo /100 000 habitantes, em adultos, para asma e DPOC (2017-2022).

Gráfico 8. Internamentos <24 horas por Síndrome de Apneia do Sono, 2017 a 2022. (GDH ambulatório).

Gráfico 9. Evolução dos diagnósticos de asma e DPOC nos Cuidados de Saúde Primários.

Gráfico 10. Despesa com fármacos de ambulatório em 2022 (Milhões de Euros).

Gráfico 11. Evolução da despesa dos fármacos respiratórios no ambulatório em Milhões de Euros. (2017-2022).

Gráfico 12. Evolução no consumo de embalagens de salbutamol (2017-2022).

Gráfico 13. Evolução das prescrições eletrónicas de CRDs por utente (2017-2022).

Índice de tabelas

Tabela 1. Peso da mortalidade por doenças do aparelho respiratório no total de causas de morte, Portugal (2017 a 2021).

Tabela 2. Peso da mortalidade por doenças do aparelho respiratório no total de causas de morte, em Portugal em 2021.

Tabela 3. Indicadores de mortalidade por doenças do aparelho respiratório, Portugal (2017 a 2021).

Tabela 4. Indicadores de mortalidade por pneumonia em Portugal (2017 a 2021).

Tabela 5. Indicadores de mortalidade por doença crónica das vias aéreas inferiores (2017 a 2021).

Tabela 6. Indicadores de mortalidade por asma em Portugal (2017 a 2021).

Tabela 7. Indicadores de mortalidade por COVID-19 em Portugal (2020 e 2021).

Tabela 8- Internamentos pelas principais doenças respiratórias e por COVID-19 em Portugal (2017 a 2022).

Tabela 9. Evolução do número de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários com o diagnóstico de asma.

Tabela 10. Prevalência regional de asma nos utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários (2018 – 2022).

Tabela 11. Evolução do número de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários com o diagnóstico de DPOC (2012 - 2022).

Tabela 12. Prevalência regional de DPOC, nos utentes inscritos nos cuidados primários, em todas as faixas etárias (2018 - 2022).

Tabela 13. Evolução da proporção de utentes com DPOC, com registo de avaliação de FEV₁ (2015 - 2022).

Tabela 14. Proporção de utentes adultos com registos clínicos evidenciando a existência de asma, DPOC ou bronquite crónica, com registo do diagnóstico, na lista de problemas ativos (2019-2022).

Tabela 15. Evolução do número de embalagens vendidas de medicamentos ambulatoriais e dispositivos para o sistema respiratório (2017-2022).

Tabela 16. Evolução das prescrições eletrónicas de CRDs, por utente (2017-2022).

Sumário Executivo

A pandemia COVID-19 teve um impacto dramático na vida das pessoas na Europa e em todo o mundo, condicionando, em 2021, a redução de mais de um ano, na esperança de vida na União Europeia (EU), relativamente a 2019. Em 2020 Portugal diminuiu 0,8 anos na esperança de vida e em 2022, a esperança de vida fixou-se em 81,7 anos sendo um ano acima da média da EU e dois meses e meio abaixo do anterior valor pré pandémico.

Neste documento o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR) apresenta os números e sua análise referente à evolução das doenças respiratórias em Portugal, no período 2017-2022.

Em Portugal e na Europa, as doenças respiratórias constituíam, antes da pandemia COVID-19, a terceira principal causa de morte, a seguir às doenças cardiovasculares e às doenças oncológicas. No ano de 2021, a hierarquia das principais causas de morte, alterou-se passando a COVID-19 a ser a terceira principal causa de morte e as doenças respiratórias a quarta.

No nosso país, a análise da evolução dos indicadores de mortalidade para as doenças respiratórias (excluindo a Tuberculose e o Cancro do Pulmão), demonstra uma redução sustentada da mortalidade, no intervalo temporal de 2017 a 2021. Em 2021, o peso da mortalidade respiratória relativamente a todas as causas de morte foi de 8,2%.

No intervalo 2017-2021, assistiu-se a uma redução importante (-26,5%) na taxa de mortalidade padronizada por doenças respiratórias, sendo decorrente eminentemente da redução da taxa de mortalidade padronizada por pneumonias (-39%). A mortalidade respiratória atinge sobretudo as faixas etárias a partir dos 70 anos, em ambos os sexos. A mortalidade padronizada nas mulheres é sempre inferior à dos homens, para todas as patologias respiratórias à exceção da asma onde se observa um aumento no grupo dos 70+ anos (+17%). Apesar da evolução favorável da mortalidade respiratória durante a pandemia, poder ser explicada pelo desvio da mortalidade para a COVID-19, certamente também terão sido fatores importantes, as medidas de isolamento e etiqueta respiratória e a reduzida atividade viral para o vírus da gripe, a nível mundial. É, no entanto de realçar que antes da pandemia, a evolução da taxa de mortalidade padronizada, já vinha apresentando uma tendência evolutiva decrescente, sendo esse decréscimo maioritariamente atribuído à redução da mortalidade por pneumonias. Uma explicação para esta trajetória poderá dever-se a duas importantes políticas de saúde, designadamente a introdução da gratuitidade da vacinação contra a gripe para todas as pessoas com 65 ou mais anos, em 2012/2013 e a introdução da vacinação antipneumocócica no Plano Nacional de Vacinação, a partir do ano de 2015. Nos últimos anos, a cobertura vacinal registou um aumento sustentado, passando de 43 % em 2011, para 73 % em 2022.

No intervalo 2012-2022, verificou-se um decréscimo muito acentuado no número de internamentos pelas principais doenças respiratórias, com particular realce para a sua diminuição nos anos pandémicos de 2020-2021. No entanto, foram exceção os internamentos por fibrose pulmonar que aumentaram +40%. Relativamente aos internamentos por Asma e DPOC, Portugal destaca-se por ser o segundo país da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a seguir à Itália, com menos internamentos por estas condições.

A produção hospitalar relacionada com o Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) evidencia um aumento relevante dos episódios ambulatoriais para realização de exames diagnósticos/terapêuticos, até ao período pré pandémico (2019) a seguir ao qual se registou uma queda de 28% refletindo a redução drástica no acesso ao diagnóstico/terapêutica, imposto pelas medidas de saúde pública. Nos anos subsequentes já foram ultrapassados os valores pré pandémicos.

Apesar do impacto negativo da pandemia COVID-19 nas consultas presenciais nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), mesmo assim houve incrementos nos indicadores de monitorização com exceção das espirometrias efetuadas no contexto do diagnóstico e seguimento das pessoas com DPOC, por se ter aplicado a Orientação nº 12/2021 de 29/09/2021 “COVID-19: Provas de Função Respiratória”.

Foi evidente o impacto negativo que os indicadores de monitorização de asma e DPOC sofreram nas populações de utentes sem médico de família atribuído. A região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) foi a que apresentou a maior % de utentes sem médico de família atribuído (27%).

Os medicamentos pertencentes ao grupo farmacológico respiratório constituem o 5º grupo de fármacos com maior relevância no SNS. A análise dos dados revela um aumento da prescrição e utilização destes fármacos. O padrão de prescrição (número de embalagens dispensadas e grupo farmacoterapêutico) demonstra que estamos a tratar mais e melhor os doentes respiratórios crónicos.

A pandemia COVID-19 colocou em evidência, algumas fragilidades dos sistemas de saúde, tendo tido um impacto determinante, com diminuição da mortalidade e morbilidade respiratórias, que devem ser interpretadas com alguma reserva dado que poderão refletir, em grande medida, o impacto negativo da COVID-19 no acesso aos cuidados de saúde. Apesar de alguns indicadores de monitorização já terem retomado os níveis pré pandémicos, na verdade houve uma desaceleração dos resultados em saúde, representando um desafio futuro para o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Provou-se que para a resolução de ameaças e para o fortalecimento dos sistemas de saúde é necessário um multilateralismo eficaz e inclusivo, com ações coordenadas a nível nacional, europeu e global.

Capítulo I

Vigilância Epidemiológica

1. Enquadramento

A esperança de vida em Portugal aumentou significativamente nas duas décadas que antecederam a pandemia COVID-19 e a sua redução durante a pandemia foi menos acentuada do que a média da União Europeia (UE).^{1,2}

A esperança de vida em 2022, ficou em 81,7 anos sendo um ano acima da média da UE e dois meses e meio abaixo do anterior valor pré pandémico.³

A pandemia COVID-19 aumentou significativamente a pressão sobre os cuidados respiratórios hospitalares e ambulatoriais e limitou o acesso a alguns serviços. Os CSP foram substancialmente afetados quanto à sua acessibilidade, não só pelas restrições nos contactos e na mobilidade das pessoas, mas também por terem desviado a sua atividade assistencial para o atendimento a doentes com COVID-19. Em contrapartida, a pressão sobre o sistema de saúde acelerou a utilização dos recursos digitais, abrindo novas janelas de oportunidade para a prestação dos cuidados de saúde.

Até 2019, em Portugal e na Europa, as doenças respiratórias constituíam a terceira principal causa de morte. Após a pandemia esta hierarquia alterou-se passando a ocupar a quarta posição, a seguir às doenças cardiovasculares, às doenças oncológicas e à doença COVID-19.¹ Portugal integra o grupo de países com menos mortes por causas preveníveis e tratáveis² relativamente à média da UE.

A mortalidade prevenível, ou seja, a que está associada a fatores de risco, permanece baixa, devido essencialmente, ao decréscimo no número de fumadores que permanece abaixo da UE.^{2,3}

Nos últimos anos, em Portugal, a taxa de mortalidade por causas tratáveis tem permanecido, não só abaixo da média da UE, mas também tem diminuído a uma velocidade superior ao dobro da UE.³ Estes avanços são devidos sobretudo à redução da mortalidade por acidente vascular cerebral, doença isquémica cardíaca e pneumonia.

Na última década, Portugal tem mantido de forma consistente uma elevada cobertura vacinal contra a gripe, ultrapassando a média da UE, em cerca de um terço.³ À semelhança do que aconteceu noutros países, a emergência da COVID-19 aumentou o interesse na vacinação contra a gripe, nas populações de risco. A metodologia da vacinação de reforço para a COVID-19 em coadministração com a vacina contra a gripe contribuiu a elevação da taxa de cobertura vacinal (66% em 2021 e 73% em 2022).^{3,5}

Apesar de um grande desenvolvimento das Unidades de Saúde Familiar nos últimos anos, após o início da pandemia, começou a verificar-se, em Portugal uma dificuldade na fixação de médicos de família nos centros de saúde do SNS, o que associado a um elevado número de aposentações, coloca sérias restrições ao funcionamento dos CSP. A região de LVT é a mais afetada com mais de um quarto de utentes sem médico de família.³ Em contrapartida, na região Norte do país menos de 3% da população não tem médico de família atribuído.

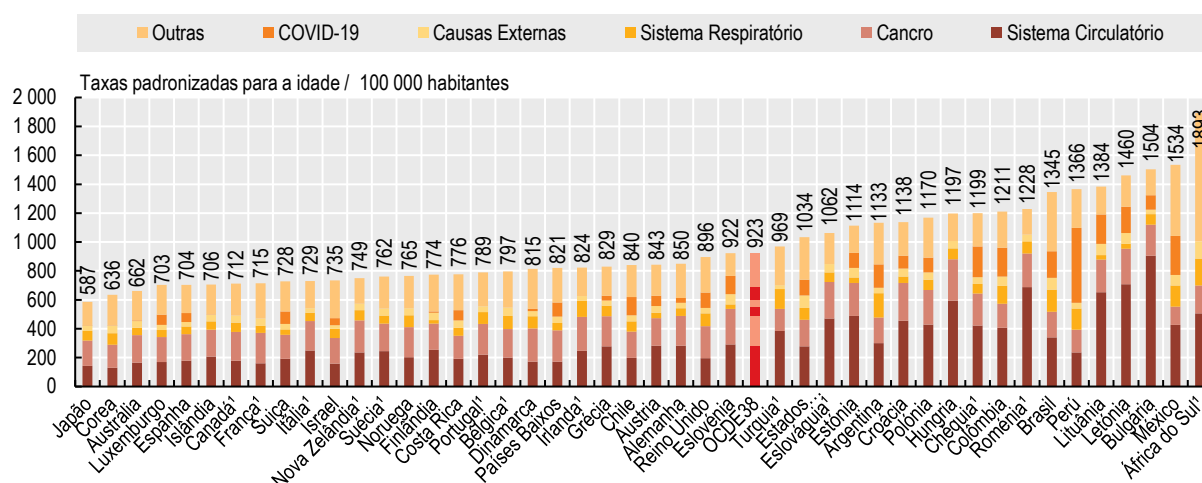
2. Mortalidade por Doenças Respiratórias

A mortalidade por doenças respiratórias em Portugal, no ano 2021, representou a quarta principal causa de morte.¹

Comparativamente com os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento (OCDE), apesar da mortalidade pelas principais causas de morte, em Portugal ser muito inferior à média da OCDE, a taxa padronizada de mortalidade respiratória foi de 82/100 000 habitantes, ainda assim superior à média da OCDE que foi de 67/100 000 habitantes, (Gráfico 1), ocorrendo esta diferença, em grande parte, devido a uma maior mortalidade por pneumonias.²

Na última década, as taxas de mortalidade tratável, em Portugal, não só permaneceram abaixo das médias da UE, como também decresceram a uma velocidade superior ao dobro da média da UE. Esta evolução deveu-se sobretudo, à redução da mortalidade por acidente vascular cerebral, doença cardíaca isquémica e pneumonia.³

Gráfico 1. Principais causas de mortalidade por país, (2021 ou mais próximo).²



Nota: As causas externas de morte incluem os acidentes, os suicídios e os homicídios entre outras.

Em Portugal, em 2021, quanto às principais causas de morte verificou-se uma alteração importante relativamente ao ano anterior, pois a doença COVID-19 deixou de ser a segunda principal causa de morte e passou a ocupar a terceira posição.

A doença COVID-19 provocando, neste ano, 12 986 óbitos, representou 10,4% do total de óbitos ocorridos em todo o país.¹

A hierarquia das principais causas de morte, no ano de 2021, correspondeu em primeiro lugar às doenças do aparelho circulatório (25,9%), seguindo-se as neoplasias (22,1%), a COVID-19 (10,4%) e em quarta posição às doenças do aparelho respiratório (8,2%), que, em 2019, tinham constituído a terceira principal causa de morte.¹

A análise da evolução dos indicadores de mortalidade para as doenças respiratórias (excluindo a Tuberculose e o Cancro do Pulmão), demonstra uma redução sustentada no número de óbitos, no intervalo temporal de 2017 a 2021 (Tabela 1).

Em 2021, as doenças do aparelho respiratório causaram 10 273 óbitos, menos 8,8% do que no ano anterior e, em simultâneo, verificou-se uma redução da sua representação no total de óbitos, que, de 9,1%, em 2020, passaram para 8,2% em 2021 (Tabela 1).

A análise da evolução do peso da mortalidade por doenças do aparelho respiratório demonstrou um decréscimo de 3,5 pontos percentuais, relativamente a 2017. Neste grupo, destacaram-se as mortes provocadas por pneumonia, com 3765 óbitos, que representaram 3,0% da mortalidade ocorrida em 2021 (3,5% em 2020 e 4,2% em 2019), e uma diminuição de 13,6% óbitos em relação ao ano anterior.

Tabela 1. Peso da mortalidade por doenças do aparelho respiratório no total de causas de morte, Portugal (2017 a 2021).

	2017	2018	2019	2020	2021
Óbitos por todas as causas de morte (n.º)	109 758	113 051	111 834	123 396	124 841
Óbitos por doenças do aparelho respiratório (n.º)	12 803	13 276	12 218	11 243	10 273
Proporção de óbitos por doenças do aparelho respiratório (%)	11,7	11,7	10,9	9,1	8,2
Óbitos por Pneumonias (n.º)	5 615	5 750	4 690	4 351	3 756
Óbitos por Doença Crónica Vias Aéreas Inferiores (n.º)	2 809	3 047	2 816	2 656	2 444
Óbitos por Asma (n.º)	126	141	176	159	157

Fonte: Causas de Morte INE ¹

Sob o ponto de vista relativo e comparativamente às três principais causas de morte, as doenças respiratórias afetam eminentemente a população dos idosos, apresentando a mais elevada idade média (83 anos) à data do óbito. Em 2021, as mortes por doença respiratória atingiram de forma mais significativa os homens, com uma relação de 111,4 homens por cada 100 mulheres (Tabela 2). Excluindo a COVID-19, as doenças do aparelho respiratório foram as que, menor impacto, tiveram sobre a média de anos potenciais de vida perdidos, face a uma maior mortalidade na população idosa.

Tabela 2. Peso da mortalidade por doenças do aparelho respiratório no total de causas de morte, em Portugal em 2021.

Ano 2021	Óbitos	% do total	Idade Média ao óbito	Média de anos potenciais de vida perdidos	Relação de Masculinidade (por 100 mulheres)
Total de óbitos	125 223	100	79	12,2	101
Doenças do aparelho circulatório	32 452	25,9	81,8	10,7	80,2
Cancro	27644	22,1	73,6	10,6	141,8
Doença COVID-19	12 986	10,4	80,5	9,3	114
Doenças do aparelho respiratório	10 273	8,2	83	10	111,4

Fonte: Causas de Morte INE. ¹ Códigos CID 10 - Todas as causas de morte: A00-Y89

Quando se analisa a taxa padronizada de mortalidade respiratória, verifica-se que a mortalidade afeta maioritariamente a população acima dos 70 anos e o sexo masculino (Tabela 3, Gráfico 2).

No período 2017 a 2021, verifica-se uma diminuição de 20% no número de óbitos por doença respiratória. É também evidente um decréscimo sustentado da taxa de mortalidade padronizada ao longo do tempo, apresentando variações entre -15% e -29%. Os maiores decréscimos ocorreram no sexo feminino e no grupo dos 70+ anos (Tabela 3). As mulheres apresentaram taxas de mortalidade padronizadas cerca de 50% inferiores às dos homens. De referir que a análise da taxa de mortalidade padronizada, já vinha a apresentar uma tendência evolutiva decrescente, mesmo antes da pandemia (Tabela 3), no período entre 2017 e 2019. A desagregação das diferentes causas de mortalidade respiratória, que de seguida, se apresenta, irá evidenciar, como fator principal a diminuição da mortalidade por pneumonias.

Tabela 3. Indicadores de mortalidade por doenças do aparelho respiratório, Portugal (2017 a 2021).

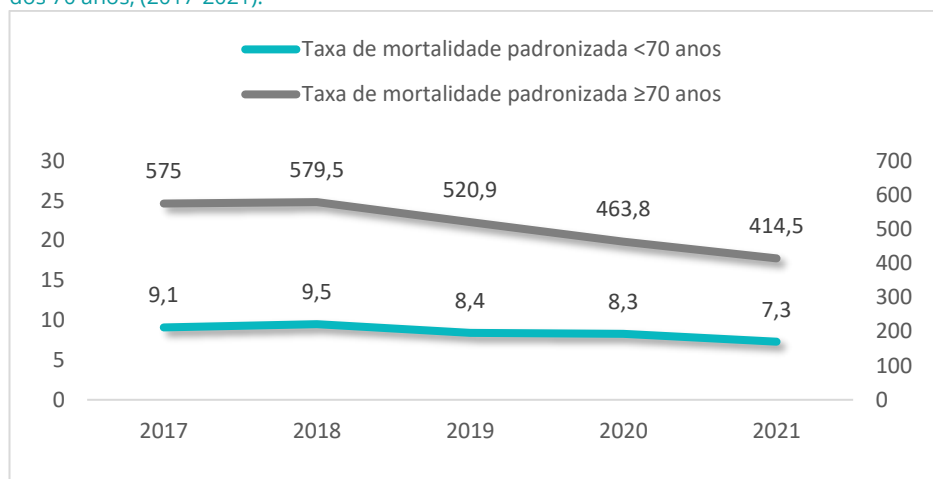
Ambos os sexos	2017	2018	2019	2020	2021	%Var 17/21
Número de óbitos	12 803	13 276	12 218	11 243	10 255	-20
Taxa de mortalidade padronizada	48,7	49,4	44,3	40,2	35,8	-26,5
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	9,1	9,5	8,4	8,3	7,3	-20
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	575,0	579,5	520,9	463,8	414,5	-28
Homens						
Número de óbitos	6 524	6 855	6 252	5 872	5 405	-17
Taxa de mortalidade padronizada	68,0	70,1	62,1	56,5	50,6	-26
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	13,4	14,9	13,3	12,7	11,4	-15
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	793,5	803,6	711,1	638,4	570,4	-28
Mulheres						
Número de óbitos	6 279	6 421	5 966	5 371	4 850	-23
Taxa de mortalidade padronizada	35,9	35,4	31,9	28,9	25,5	-29
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	5,2	4,8	4,1	4,5	3,7	-29
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	443,1	442,3	401,1	352,9	315,8	-29

Legenda: Taxas: por 100 000 habitantes.

Códigos CID 10: Doenças do aparelho respiratório: J00-J99.

Fonte: Taxas calculadas por DSIA/DGS com base em dados do INE (Óbitos por causas de morte e estimativas da população residente, 2023)

Gráfico 2. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doença respiratória, acima e abaixo dos 70 anos, (2017-2021).



Legenda: Taxas: por 100 000 habitantes.

Códigos CID 10: Doenças do aparelho respiratório: J00-J99.

Fonte: Taxas calculadas por DSIA/DGS com base em dados do INE (Óbitos por causas de morte e estimativas da população residente, 2023)

2.1. Mortalidade por Pneumonia

A análise da mortalidade por pneumonia, no período de 2017 a 2021, coloca em evidência um decréscimo de 33% no número absoluto de óbitos e nas taxas de mortalidade padronizadas, que apresentaram variações entre -29% e -43%, no período em análise (Tabela 4, Gráfico 3). Conforme referido no período pré-pandémico já se vinha a esboçar uma tendência decrescente, na taxa de mortalidade padronizada por pneumonia.

O número de óbitos nos homens é um pouco superior (6,7%) ao das mulheres, contudo as suas taxas de mortalidade padronizada para a idade são cerca do dobro das reportadas para as mulheres (Tabela 4).

Tabela 4. Indicadores de mortalidade por pneumonia em Portugal (2017 a 2021).

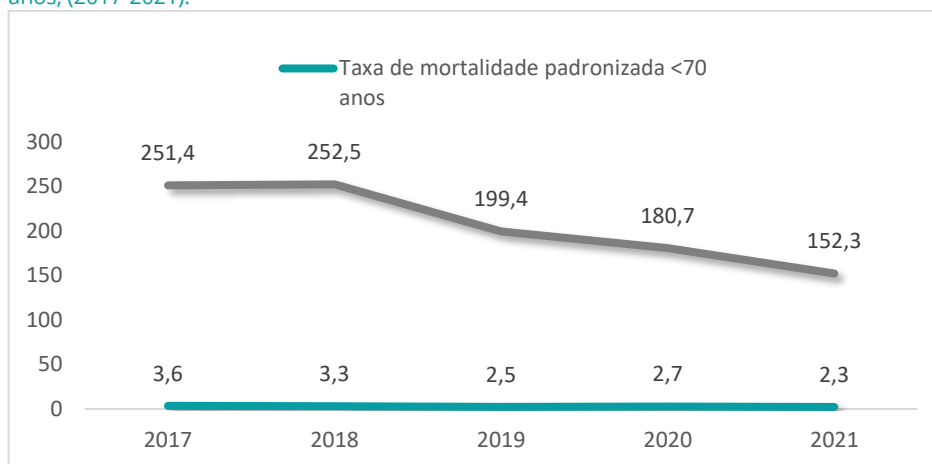
Ambos os sexos	2017	2018	2019	2020	2021	%Var (17/21)
Número total de óbitos	5 615	5 750	4 690	4 351	3 756	-33
Taxa de mortalidade padronizada	20,9	20,7	16,3	15,1	12,8	-39
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	3,6	3,3	2,5	2,7	2,3	-36
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	251,4	252,5	199,4	180,7	152,3	-39
Homens						
Número de óbitos	2 710	2 918	2 356	2 303	1 934	-29
Taxa de mortalidade padronizada	28,1	29,4	22,7	21,7	17,8	-37
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	5,2	5,3	3,9	4,0	3,5	-33
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	331,2	350,0	273,0	256,3	208,0	-37
Mulheres						
Número de óbitos	2 905	2 832	2 334	2 048	1 822	-37
Taxa de mortalidade padronizada	16,2	15,1	12,0	10,8	9,4	-42
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	2,1	1,5	1,3	1,5	1,2	-43
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	204,1	194,6	155,1	134,9	118,3	-42

Legenda: Taxas: por 100 000 habitantes

Códigos CID 10: Doenças do aparelho respiratório: J12-J18

Fonte: Taxas calculadas por DSIA/DGS com base em dados do INE (Óbitos por causas de morte e Estimativas da população residente, 2023)

Gráfico 3. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por pneumonia, acima e abaixo dos 70 anos, (2017-2021).



Legenda: Taxas: por 100 000 habitantes.

Códigos CID 10: Doenças do aparelho respiratório: J12-J18

Fonte: Taxas calculadas por DSIA/DGS com base em dados do INE (Óbitos por causas de morte e estimativas da população residente, 2023)

2.2. Mortalidade por Doença Crónica das Vias Aéreas Inferiores

No período entre 2017-2021 constata-se uma redução de 13% no número de óbitos por doenças crónicas das vias aéreas inferiores (Tabela 5). A variação das taxas de mortalidade padronizadas variou entre 0% e -25%. No período pré pandémico de 2017 a 2019, constatou-se uma tendência decrescente na taxa de mortalidade padronizada, se bem que muito discreta.

A mortalidade afeta mais acentuadamente o sexo masculino e as faixas etárias a partir dos 70+ anos. O decréscimo das taxas padronizadas de mortalidade observa-se sobretudo no grupo dos 70+ anos. Neste grupo, as mulheres apresentam valores de taxa de mortalidade padronizada cerca de 3 vezes inferior à dos homens (Tabela 5, Gráfico 4).

Tabela 5. Indicadores de mortalidade por doença crónica das vias aéreas inferiores (2017 a 2021).

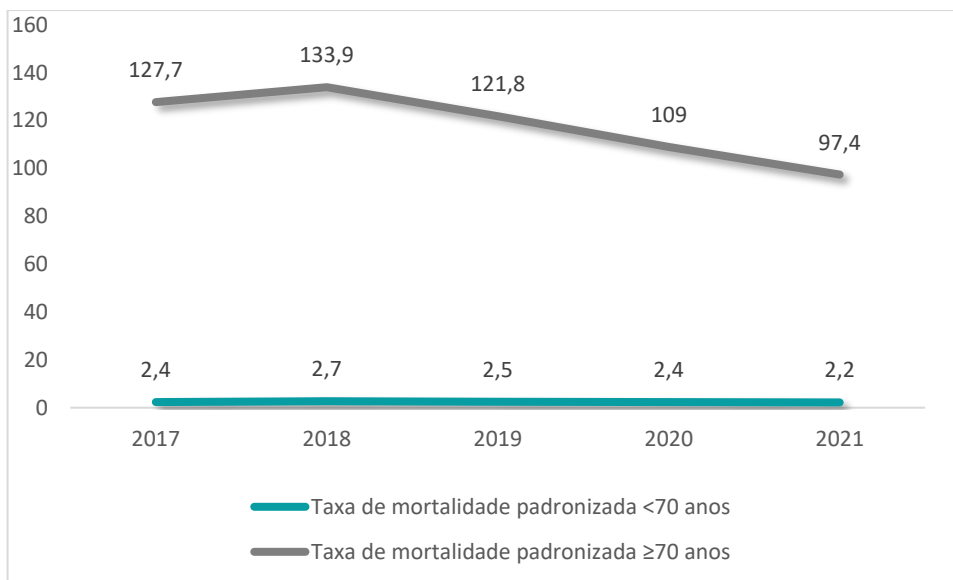
Ambos os sexos	2017	2018	2019	2020	2021	%Var (17/21)
Número de óbitos	2 809	3 047	2 816	2 656	2 444	-13
Taxa de mortalidade padronizada	11,1	11,9	10,9	9,9	8,9	-20
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	2,4	2,7	2,5	2,4	2,2	-8
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	127,7	133,9	121,8	109,0	97,4	-24
Homens						
Número de óbitos	1 728	1 883	1 726	1 624	1 522	-12
Taxa de mortalidade padronizada	18,3	19,6	17,6	15,8	14,3	-22
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	3,8	4,7	4,3	4,0	3,6	-5
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	210,1	217,7	194,7	173,2	156,7	-25
Mulheres						
Número de óbitos	1 081	1 164	1 090	1 032	922	-14,7
Taxa de mortalidade padronizada	6,4	6,6	6,1	5,6	5,1	-20
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	1,1	1,0	1,0	1,0	1,1	0
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	77,5	81,3	74,8	67,2	59,0	-24

Legenda: Taxas: por 100 000 habitantes.

Códigos CID 10: Doenças crónicas das vias aéreas inferiores: J40-J44

Fonte: Taxas calculadas por DSIA/DGS com base em dados do INE (Óbitos por causas de morte e estimativas da população residente, 2023)

Gráfico 4. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doença crónica das vias aéreas inferiores, acima e abaixo dos 70 anos (2017-2021).



Legenda: Taxas: por 100 000 habitantes.

Códigos CID 10: Doenças crónicas das vias aéreas inferiores: J40-J44

Fonte: Taxas calculadas por DSIA/DGS com base em dados do INE (Óbitos por causas de morte e estimativas da população residente, 2023)

2.3. Mortalidade por Asma

Apesar do número de óbitos por asma ser reduzido, a sua análise, no período de 2017-2021, denota um aumento progressivo de 25% no número de óbitos, que se contabilizaram em 157 no ano de 2021. Estes óbitos ocorreram sobretudo no sexo feminino e nas faixas etárias acima dos 70 anos (Tabela 6, Gráfico 5).

Tabela 6. Indicadores de mortalidade por asma em Portugal (2017 a 2021).

Ambos os sexos	2017	2018	2019	2020	2021	%Var (17/21)
Número de óbitos	126	141	176	159	157	+25
Taxa de mortalidade padronizada	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6	0
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	5,0	5,6	7,1	6,6	5,7	+14
Homens						
Número de óbitos	48	40	49	53	54	+12,5
Taxa de mortalidade padronizada	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6	0
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	5,0	3,2	5,1	5,7	5,3	+6
Mulheres						
Número de óbitos	78	101	127	106	103	+32
Taxa de mortalidade padronizada	0,6	0,6	0,8	0,6	0,7	+17
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	0,3	0,2	0,2	0,1	0,3	0
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	4,9	7,0	8,2	7,2	5,9	+20

Legenda: Taxas: por 100 000 habitantes.

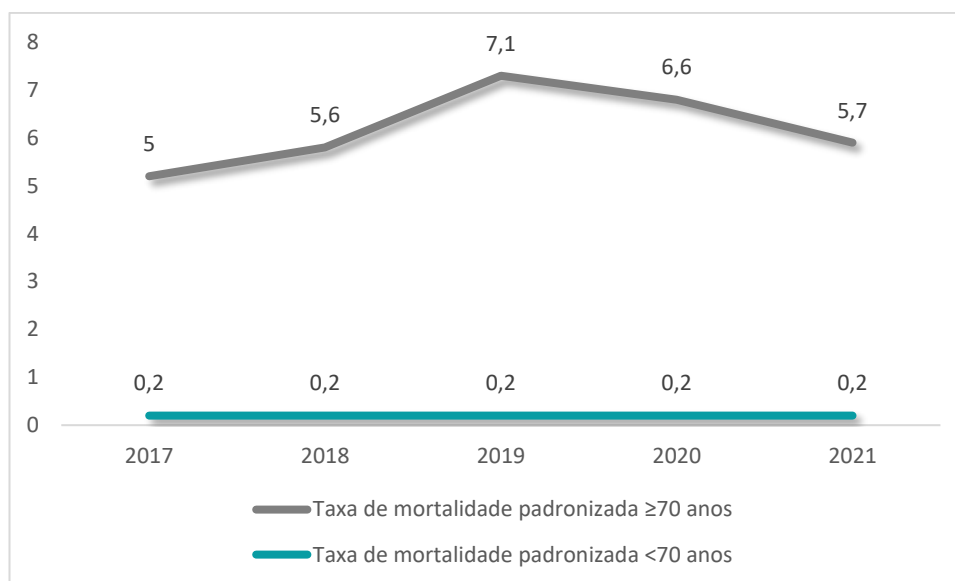
Códigos CID 10: Asma: J45-J46.

Fonte: Taxas calculadas por DSIA/DGS com base em dados do INE (Óbitos por causas de morte e estimativas da população residente, 2023)

A taxa de mortalidade padronizada por asma, foi sempre superior no sexo feminino, ao contrário do observado nas outras patologias respiratórias.

A evolução da taxa de mortalidade padronizada por asma, no grupo abaixo dos 70 anos, evidencia uma estabilidade epidemiológica, no período em análise (Tabela 6, Gráfico 5). Pelo contrário no grupo a partir dos 70 anos, observa-se um aumento até 2019.

Gráfico 5. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por asma acima e abaixo dos 70 anos, (2017-2021).



Legenda: Taxas: por 100 000 habitantes.

Códigos CID 10: asma: J45-J46

Fonte: Taxas calculadas por DSIA/DGS com base em dados do INE (Óbitos por causas de morte e estimativas da população residente, 2023)

2.4. Mortalidade por COVID-19

A doença COVID-19 foi a terceira principal causa de morte em 2021 (Tabela 2).

Em 2021, ocorreram em Portugal 12 986 mortes causadas pela doença COVID-19, representando 10,4% do total dos óbitos ocorridos no país. Destes, 12 952 foram de residentes em Portugal e 34 de residentes no estrangeiro. Estes resultados têm em conta as mortes em que a causa básica de morte, ou seja, a doença que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram à morte, foi a COVID-19 (Tabela 7).

Nas mortes por COVID-19, a relação de masculinidade nos residentes em Portugal foi de 114 óbitos masculinos para cada 100 óbitos femininos, e a idade média ao óbito foi de 80,5 anos, mais elevada para as mulheres (82,5 anos) do que para os homens (78,8 anos).¹

A distribuição mensal dos óbitos por COVID-19 em 2021 evidenciou que mais de 80% das mortes causadas por esta doença (81,3%) ocorreram no primeiro trimestre de 2021, com o registo de 10 559 óbitos. Destacaram-se ainda as mortes por COVID-19 ocorridas em agosto (3,1%) e dezembro (4,4%).¹

Tabela 7. Indicadores de mortalidade por COVID-19 em Portugal (2020 e 2021).

	2020	2021
Ambos os sexos		
Número de óbitos	7 107	12 952
Taxa de mortalidade padronizada	26,8	50,2
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	6,7	15,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	292,9	511,5
Sexo masculino		
Número de óbitos	3 710	6 899
Taxa de mortalidade padronizada	36,7	68,7
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	9,8	22,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	393,0	682,9
Sexo feminino		
Número de óbitos	3 397	6 053
Taxa de mortalidade padronizada	19,6	36,4
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	4,0	9,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	227,2	396,4

Legenda: Taxas: por 100 000 habitantes.

Códigos CID 10: U071-U072.

Fonte: Taxas calculadas por DSIA/DGS com base em dados do INE (Óbitos por causas de morte e estimativas da população residente, 2023)

2.5. Análise da evolução da mortalidade respiratória

Em 2020, o risco de contrair COVID-19, provocou alterações significativas na morbidade e mortalidade a nível mundial. De acordo com o definido pela OMS, a Doença por COVID-19, foi considerada na classificação CID-10, como uma entidade clínica separada, das doenças respiratórias, apesar de muitas das suas manifestações serem respiratórias.

No ano 2021, com base no número de óbitos atribuíveis a doenças respiratórias constatou-se uma redução de 16% na mortalidade respiratória relativamente a 2019. Admite-se que esta evolução se relacione eminentemente com o impacto da mortalidade por doença COVID-19, na hierarquia das principais causas de mortalidade.

No período de 2017 a 2021, assistiu-se a uma redução importante (-26,5%) da taxa padronizada de mortalidade por doenças respiratórias, sendo decorrente sobretudo da redução da taxa de mortalidade padronizada por pneumonias (-39%) (Tabela 4). De notar que antes de 2019 já se vinha a constatar um decréscimo na mortalidade respiratória, atribuído sobretudo, à diminuição da mortalidade por pneumonias.

A explicação para esta aparente evolução favorável da mortalidade respiratória, não pode ser interpretada meramente como decorrente de uma melhor qualidade na prestação de cuidados, uma vez que deve ter-se também em conta o impacto da pandemia associado a

medidas de isolamento e etiqueta respiratória e a uma concomitante menor atividade epidémica dos vírus da gripe.

É, porém, importante destacar que, ainda antes do período pandémico se vinha a observar um decréscimo na mortalidade respiratória, particularmente evidente acima dos 70 anos.

A título explicativo desta tendência é de referir a implementação de duas importantes medidas, como a gratuitidade da vacinação contra a gripe para todas as pessoas com 65 ou mais anos, a partir de 2012/2013 e a introdução da vacinação antipneumocócica no Plano Nacional de Vacinação no ano de 2015, com definição de grupos de risco no adulto, para a indicação de gratuitidade.

Existe evidência científica que demonstra que a vacinação contra a gripe se associa a uma redução significativa de todas as causas de mortalidade, mesmo na população ultra idosa, frágil e com multimorbilidades, suportando, portanto, a otimização destas medidas, ao nível local, regional e nacional.⁴

Em Portugal, os níveis de imunização contra a gripe sazonal em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos encontravam-se entre os mais elevados na UE antes da pandemia, apesar da administração da vacina não ser obrigatória. Nos últimos anos, a cobertura da vacina contra a gripe no grupo de 65 ou mais anos registou um aumento constante, passando de 43 % em 2011, para 66,2 em 2021² e para 73 % em 2022.⁵ Esta percentagem é muito superior à média dos países da OCDE, que foi de cerca de 40 %, nos anos antes da pandemia e é de 55% em 2021 e 73% em 2022.^{2,5} Apesar de um progresso notável, mesmo assim, a nossa taxa de cobertura vacinal contra a gripe, permanece abaixo da meta de 75% fixada pela OMS, que se estima atingir na época 2023-2024.² Estes resultados positivos estão, em parte, associados à facilidade de acesso a cuidados médicos, dado que a vacina da gripe é gratuita para grupos de risco e está facilmente disponível nas unidades locais dos CSP. São grupos elegíveis para vacinação gratuita, pessoas com 65 ou mais anos, grávidas, residentes em estruturas residenciais para idosos e utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados, tendo em 2023 o limiar da gratuitidade passado para os 60 anos e ter sido associado à administração conjunta com a vacina contra a COVID-19.

No que se refere à vacinação antipneumocócica, desde que a OMS recomendou a introdução da vacina pneumocócica conjugada tem havido uma evidência crescente de redução da doença pneumocócica, não só nas crianças, mas também noutros subgrupos da população, que não tenham sido alvo de vacinação. Trata-se de uma proteção indireta baseada na redução do número de portadores dos serotipos das vacinas, implicando a consequente redução na transmissão da doença, mesmo em grupos não vacinados.^{6,7}

Relativamente ao risco de mortalidade por pneumonias, um estudo efetuado em Portugal, no âmbito do PNDR, referente ao ano de 2015, identificou a doença renal crónica, o cancro do pulmão, a doença metastática, as demências, a cardiopatia isquémica e a doença cerebrovascular, como grupos clínicos com aumento significativo do risco de mortalidade por pneumonia, elegendo-os, assim, para configurar alvos prioritários de vacinação antipneumocócica e contra a gripe.⁸ Neste estudo, os doentes com DPOC e Diabetes não

apresentaram risco acrescido, podendo inferir-se que estas pessoas, em Portugal, já beneficiam de medidas com caráter preventivo, ao nível dos CSP, contrastando com os resultados de outras séries internacionais.^{7,8}

Recomendações

É recomendável manter a meta de se atingir o alvo nacional de uma cobertura de 75% para vacinação contra a gripe, em pessoas com 65 ou mais anos e nos grupos de risco com doenças crónicas.

A diminuir assimetrias regionais devem estabelecer-se, quer a nível regional, quer a nível local, objetivos com metas de contratualização nos CSP, designadamente quanto à cobertura vacinal contra a gripe, nos diversos grupos de risco.

As patologias identificadas como tendo um aumento do risco de mortalidade por pneumonia, devem ser, particularmente visadas, nestas medidas preventivas, a cargo dos CSP.

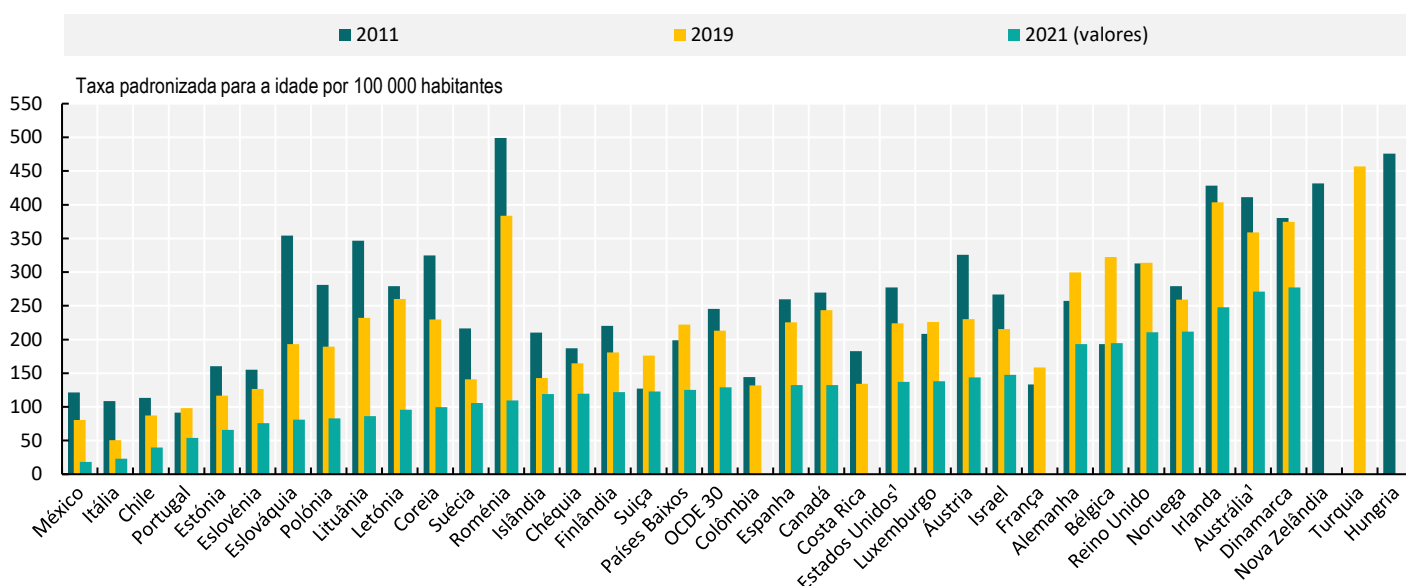
3. Morbilidade Hospitalar por Doenças Respiratórias

Relativamente a internamentos por doenças respiratórias, Portugal destaca-se por ser o quarto país da OCDE, com menos internamentos sensíveis a cuidados de ambulatorio, por asma e DPOC, a seguir ao México, Itália e Chile (Gráfico 6), apresentando, em 2021, uma taxa padronizada de 54/100 000 habitantes. A sua evolução tem sido muito significativa no sentido de um decréscimo de 41%, passando de 94/100 000 em 2011, para 54/100 000 em 2021.

Da análise do Gráfico 6, infere-se que, antes da pandemia, entre 2011 e 2019, praticamente todos os países da OCDE diminuíram, em cerca de 13%, as hospitalizações por asma e DPOC. Durante a pandemia, constatou-se um decréscimo mais acentuado, admitindo-se que muito provavelmente este valor reflete com grande probabilidade a redução do acesso aos hospitais durante o período pandémico.²

Os internamentos por asma e DPOC são considerados, potencialmente evitáveis mediante a adoção de medidas preventivas ou terapêuticas instituídas nos CSP. Pressupõe-se que com as iniciativas de promoção da saúde ao nível destes cuidados, um diagnóstico atempado da doença, um tratamento precoce, uma apropriada gestão da doença crónica, será possível evitar as exacerbações de doenças como a asma e a DPOC, e consequentemente evitar a hospitalização.

Gráfico 6. Internamentos por asma ou DPOC em adultos na OCDE, 2011 a 2022.²



Fonte: OECD Health Statistics 2023²

3.1 Evolução dos internamentos por doenças respiratórias

Na Tabela 8, discrimina-se a evolução dos internamentos nacionais em 2022, referentes às principais patologias respiratórias, com as respetivas variações relativamente a 2017.

Tabela 8- Internamentos pelas principais doenças respiratórias e por COVID-19 em Portugal (2017 a 2022).

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	% Var 17/22
Pneumonias (nº)	41442	42503	39236	29507	23270	27220	-34
DPOC (nº)	8493	9775	9150	5719	5154	6338	-25
Fibrose Pulmonar (nº)	4323	4504	5126	4967	6049	6057	+40
Asma (nº)	2432	2344	2174	1470	1550	1853	-23
Hipertensão Pulmonar (nº)	200	245	243	160	190	175	-12,5
Fibrose Quística (nº)	128	137	114	82	76	35	-73
COVID-19 (nº)				22608	35812	23687	-

Fonte: BIMH - *Business Intelligence* para a Morbilidade Hospitalar, da SPMS/ACSS (dados extraídos a 14/12/2023) Códigos ICD10-CM: (J12-J18); (J418; J42; J439-J441; J448); (J60-J70; J841; J848; J849); (J45); (I270; I272; I279); (E84); (U071; U099).

Na análise da evolução dos internamentos pelas principais patologias respiratórias verificou-se uma redução acentuada, que variou entre valores de -73%, na fibrose quística e de -12,5% na hipertensão pulmonar. Em contraciclo os internamentos por fibrose pulmonar registaram um aumento de 40%. Este aumento dos internamentos na fibrose pulmonar poderá indicar, não só alguma gravidade das suas exacerbações, mas também algum défice de oferta de estruturas ambulatoriais que previnam as idas à urgência e os internamentos, como os hospitais de dia.

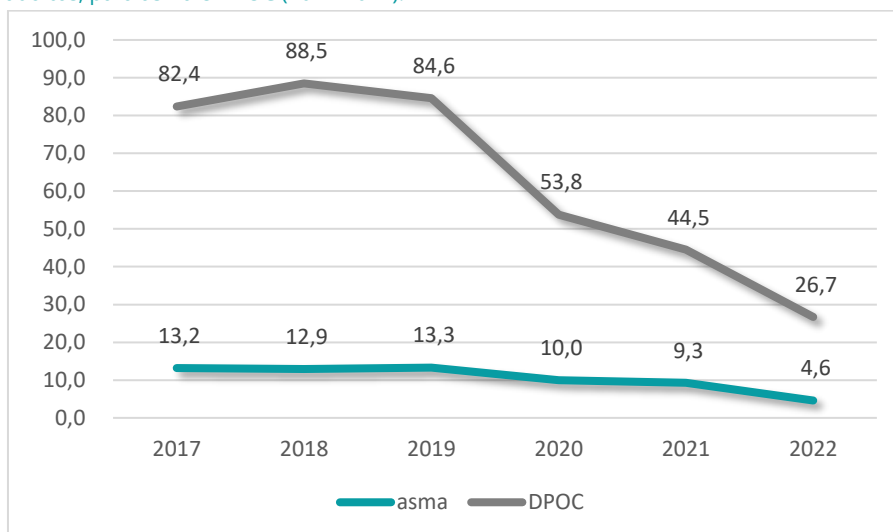
A redução dos internamentos por doença respiratória deve ser interpretada maioritariamente, como o reflexo de uma diminuição do acesso aos cuidados hospitalares provocados pela pandemia, apesar de poder assumir-se algum efeito das medidas de isolamento, distanciamento e etiqueta respiratória e da reduzida atividade gripal registada a nível mundial.

Em 2022, voltou a verificar-se um aumento no número de internamentos respiratórios, à exceção do ocorrido na hipertensão pulmonar e na fibrose quística (Tabela 8).

Relativamente aos internamentos por COVID-19, o seu pico registou-se em 2021, contudo em 2022, os níveis ainda se mantiveram elevados.

No Gráfico 7, referente à evolução da taxa padronizada de internamentos por asma e DPOC, no período 2017-2022, verifica-se um decréscimo brusco e acentuado a partir de 2020, sobretudo nos internamentos por DPOC, não tendo havido ainda, em 2022, inflexão desta tendência.

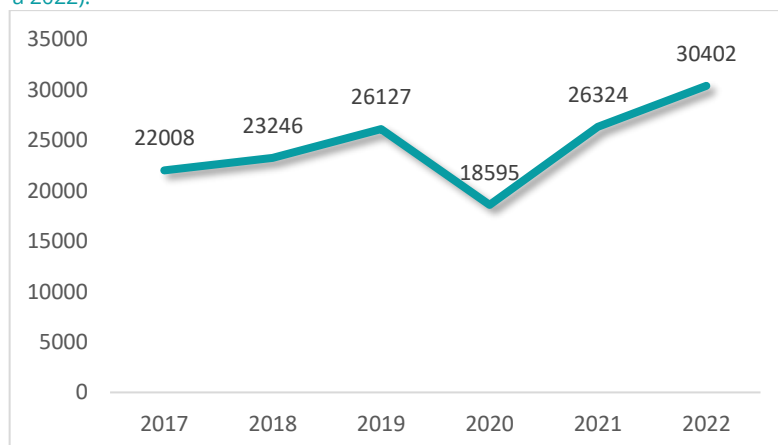
Gráfico 7. Taxa de internamento padronizada para idade e sexo /100 000 habitantes, em adultos, para asma e DPOC (2017-2022).



Fonte: OECD. *Health Statistics*, 2023. Data extracted on 26 Dec 2023.

Relativamente à caracterização da produção hospitalar relacionada com a Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), (Gráfico 8) observa-se, até 2019, um aumento relevante dos episódios ambulatoriais, ou internamentos inferiores a 24 horas, para realização de estudos do sono, refletindo assim, a capacidade diagnóstica para esta condição clínica, no SNS. Com a pandemia houve uma queda abrupta (-28%), relacionada com a redução do acesso aos serviços ambulatoriais decorrente das medidas pandémicas. No ano seguinte começou a verificar-se um aumento progressivo, tendo, a partir de 2021, já sido ultrapassados os valores pré-pandémicos.

Gráfico 8. Internamentos <de 24 horas por Síndrome de Apneia do Sono, (2017 a 2022).



Fonte: BIMH - *Business Intelligence* para a Morbilidade Hospitalar, da SPMS/ACSS (dados extraídos a 14/12/2023). Códigos ICD10-CM: G473. Códigos ICD10-CM: G473.

Recomendações

A fim de manter o decréscimo nos internamentos ambulatoriais sensíveis de asma e DPOC, é fundamental, continuar a reforçar as medidas de informação à população, para a sensibilização da vacinação antigripal.

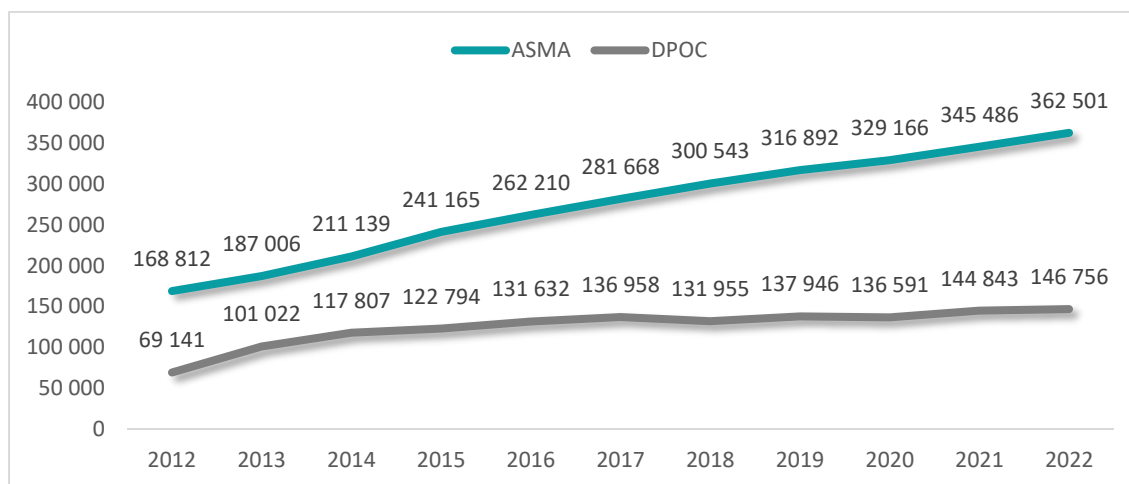
Será de continuar a monitorizar os indicadores de boas práticas nos CSP com o objetivo de atingir o alvo nacional de uma cobertura superior a 75% para a vacinação contra a gripe, em pessoas com 65 ou mais anos e grupos de risco. Deve igualmente ser reforçada a promoção da vacinação antipneumocócica nos grupos de risco.

4. Acesso aos Cuidados de Saúde Primários

Os CSP são frequentemente o primeiro ponto de contato das pessoas com o sistema de saúde e têm como objetivo a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento precoces e a referência aos cuidados hospitalares, apenas quando apropriado. A asma e a DPOC, pela sua maior prevalência, são as duas patologias respiratórias que exigem maior intervenção dos CSP, no que se refere ao diagnóstico precoce e tratamento adequados, refletindo-se este desempenho na redução de internamentos sensíveis a medidas de ambulatório. Como referido, Portugal destaca-se por ser o país, ao nível da UE, o país com menores taxas de internamento por asma e DPOC, a seguir à Itália (Gráfico 6).

A maior sensibilização dos médicos de medicina geral e familiar para a asma e DPOC fica bem expressa pela análise da evolução dos registos eletrónicos nacionais destas condições clínicas (Gráfico 9). Os indicadores do número de diagnóstico não devem ser interpretados como uma prevalência (número de pessoas que vivem com asma ou DPOC), o número de diagnóstico reflete o registo destas patologias em cuidados primários de saúde. Verifica-se que a proporção de diagnósticos com asma ou DPOC em relação à população é ainda inferior à prevalência estimada em estudos de base populacional. Este facto reflete uma componente de não registo e eventual subdiagnóstico.

Gráfico 9. Evolução dos diagnósticos de asma e DPOC nos Cuidados de Saúde Primários.



Fonte: SIM@SNS. Dados extraídos a 05/03/2023.

4.1 Asma

Conforme se constata na Tabela 9, no período entre 2012 e 2022, registou-se, a nível nacional um aumento de 115% no número de utentes inscritos nos CSP, com o diagnóstico de asma. No último ano, verificou-se, relativamente ao período homólogo, um aumento nacional de 4,9% nos diagnósticos de asma nos CSP. Este aumento ocorreu em todas as regiões de saúde, sendo o Algarve, a região onde foi mais elevado (6,1%).

Tabela 9. Evolução do número de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários com o diagnóstico de asma.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Var. 2022 /2021
ARS Norte	68 895	78 409	87 639	96 245	103 274	110 166	116 308	122 326	126 785	133 839	140 942	5,3%
ARS Centro	30 910	32 606	37 229	41 305	45 954	50 744	55 521	58 508	61 478	64 285	67 762	5,4%
ARS LVT	55 124	60 403	68 682	84 179	91 603	97 945	104 418	110 557	114 391	119 474	124 577	4,3%
ARS Alentejo	8 959	9 962	11 053	11 933	12 619	13 317	13 918	14 336	14 897	15 496	16 068	3,7%
ARS Algarve	4 924	5 626	6 536	7 503	8 760	9 496	10 378	11 165	11 615	12 392	13 152	6,1%
Total	168 812	187 006	211 139	241 165	262 210	281 668	300 543	316 892	329 166	345 486	362 501	4,9%

LVT: Lisboa e Vale do Tejo, MF: Médico de Família

Fonte: SIM@SNS. Dados extraídos a 05/03/2023. BI MORB.208.01 FL: Proporção de utentes com "Asma".

A análise do número de diagnósticos é transversal a todas as regiões (Tabela 10). Porém, verifica-se que o seu valor no continente (3,4%) é ainda muito inferior ao valor de 6,8% correspondente à estimativa da prevalência de asma em Portugal. Verifica-se também que a proporção do número de diagnósticos nos CSP decresce do Norte para o Sul do país, sendo este um dado consistentemente observado nos últimos 10 anos.

Tabela 10. Prevalência regional de asma nos utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários (2018 – 2022)

	2018	2019	2020	2021	2022	Var. 2022/2021	2022	2022
							com MF	sem MF
ARS Norte	3,0%	3,1%	3,3%	3,5%	3,7%	0,2	3,8%	2,8%
ARS Centro	2,9%	3,1%	3,1%	3,5%	3,7%	0,2	3,8%	2,7%
ARS LVT	2,8%	2,9%	3,1%	3,1%	3,2%	0	3,7%	1,9%
ARS Alentejo	2,6%	2,7%	2,9%	3,0%	3,1%	0,1	3,2%	2,6%
ARS Algarve	2,0%	2,2%	2,3%	2,4%	2,5%	0,1	2,7%	1,5%
Total	2,8%	3,0%	3,2%	3,3%	3,4%	0,1	3,7%	2,1%

LVT: Lisboa e Vale do Tejo, MF: Médico de Família

Fonte: SIM@SNS. Dados extraídos a 05/03/2023. BI MORB.208.01 FL: Proporção de utentes com "Asma".

Quando se analisa o comportamento da proporção de diagnósticos de asma nos CSP, consoante os utentes têm ou não médico de família atribuído (Tabela 10), verifica-se que a capacidade diagnóstica fica francamente diminuída nos grupos de utentes sem médico de família. Verifica-se que, de uma prevalência de asma de 3,7% nos utentes com médico atribuído, se passa para uma prevalência de 2,1% nos utentes sem médico de família, expondo claramente a vulnerabilidade deste último grupo, para o acesso ao diagnóstico de asma, ao nível dos CSP. A região do país com maior volume de doentes sem médico de família é a região de LVT, onde cerca de 27% dos utentes não têm médico de família, contrastando com apenas 2,8%, na região Norte.

4.2 DPOC

Relativamente à DPOC, no intervalo de dez anos entre 2012 e 2022, verificou-se um aumento de 112% nos diagnósticos de DPOC (Tabela 11) o que poderá refletir, o aumento da acessibilidade à espirometria internalizada nos CSP, no referido período. De notar, contudo, que devido às restrições pandémicas, as recomendações foram no sentido da suspensão de todas manobras geradoras de aerossolização, pelo que o recurso à espirometria esteve restrito apenas a situações clínicas prioritárias. Consequentemente em 2020 foram registados, a nível nacional, valores inferiores aos do ano anterior. A partir de 2021, a recuperação tem sido lenta, com um discreto incremento no número de diagnósticos de DPOC nos CSP, correspondendo em 2022, a uma variação nacional de +1,3% relativamente ao período homólogo. Na região de LVT registou-se uma estabilização.

Tabela 11. Evolução do número de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários com o diagnóstico de DPOC (2012 - 2022).

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Var. 2022/2021
ARS Norte	38 599	44 400	52 583	52 666	54 355	55 402	53 731	55 207	54 594	57 562	57 875	0,5%
ARS Centro	7 150	16 947	21 421	21 597	23 627	24 565	24 252	23 865	23 285	23 605	24 709	4,7%
ARS LVT	18 263	31 413	34 350	38 740	42 852	45 595	42 905	47 127	46 961	51 029	51 024	0%
ARS Alentejo	3 488	5 919	6 734	6 733	7 159	7 306	7 061	7 088	7 015	7 457	7 697	3,2%
ARS Algarve	1 641	2 343	2 719	3 058	3 639	4 090	4 006	4 659	4 736	5 190	5 451	0,1%
Total	69 141	101 022	117 807	122 794	131 632	136 958	131 955	137 946	136 591	144 843	146 756	1,3%

LVT: Lisboa e Vale do Tejo
Fonte: SIM@SNS. Dados extraídos a 05/03/2023

A análise da proporção de diagnósticos regional de DPOC nos utentes inscritos nos CSP (Tabela 12) não apresentou alterações significativas no último triénio, estando muito aquém (1,4%) da prevalência conhecida para a DPOC em Portugal, que é de 14,2% para as faixas etárias > 40 anos.

Esta estabilização, com valores de prevalência muito inferiores aos esperados, aponta para a necessidade futura de aumentar o acesso à espirometria nos CSP. Esta acessibilidade tendo já deixado de estar condicionada pelas limitações pandémicas, ainda assim, não deixa de ser afetada pela cobertura de médicos de família, de técnicos de cardiopneumologia e de espirómetros, em cada um dos ACES.

À semelhança do verificado na Asma, os valores da proporção de diagnósticos de DPOC (Tabela 12) são superiores nos utentes com médico de família, relativamente aos que não têm médico atribuído. A região de LVT é, conforme referido, onde essa desigualdade é mais pronunciada.

Tabela 12. Prevalência regional de DPOC, nos utentes inscritos nos cuidados primários, em todas as faixas etárias (2018 - 2022).

2018	2019	2020	2021	2022	Var.	2022	2022
------	------	------	------	------	------	------	------

						2022/2021	com MF	sem MF
ARS Norte	1,4%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	0%	1,5%	1,2%
ARS Centro	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%	0%	1,3%	0,9%
ARS LVT	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%	0%	1,4%	0,9%
ARS Alentejo	1,4%	1,4%	1,4%	1,5%	1,5%	0%	1,5%	1,6%
ARS Algarve	0,9%	1,0%	0,9%	1,0%	1,0%	0%	1,1%	0,8%
Total	1,3%	1,3%	1,3%	1,4%	1,4%	0%	1,4%	1,0%

LVT: Lisboa e Vale do Tejo, MF: Médico de Família

Fonte: SIM@SNS. Dados extraídos a 05/03/2023. BI MORB.2010.01 FL: Proporção de utentes com "DPOC".

No que se refere à capacidade de obtenção de um diagnóstico definitivo de DPOC baseado numa espirometria, existe um indicador que reflete esta boa prática e que corresponde à proporção de utentes com o diagnóstico de DPOC e realização de uma espirometria nos últimos 3 anos (Tabela 13).

Tabela 13. Evolução da proporção de utentes com DPOC, com registo de avaliação de FEV₁ (2015 - 2022).

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Var. 2022/2021	2022 com MF	2022 sem MF
ARS Norte	41,8%	48,0%	53,8%	59,1%	62,7%	55,6%	52,6%	57,1%	4,5%	57,4%	41,2%
ARS Centro	19,2%	21,1%	24,7%	30,4%	37,1%	34,4%	30,9%	32,5%	1,6%	33,3%	23,4%
ARS LVT	22,1%	22,9%	28,1%	37,6%	43,7%	39,5%	31,6%	34,6%	3,0%	39,2%	14,6%
ARS Alentejo	15,6%	16,6%	19,4%	25,6%	32,1%	29,0%	22,0%	19,1%	-2,9%	19,9%	15,3%
ARS Algarve	10,7%	12,3%	24,1%	32,9%	38,5%	32,2%	27,3%	30,4%	3,1%	33,7%	13,6%
Total	29,4%	32,3%	37,3%	44,1%	49,4%	44,2%	39,2%	42,3%	3,1%	45,0%	17,9%

LVT: Lisboa e Vale do Tejo, MF: Médico de Família

Fonte: SIM@SNS. Dados extraídos a 05/03/2023. BI 2013.049.01 FL: Proporção de utentes c/ DPOC, c/ FEV₁ em 3 anos

Até 2019, verificou-se um aumento progressivo deste indicador de gestão da doença, refletindo uma maior acessibilidade à espirometria internalizada nos CSP. Até 2022, porém, ainda não foi possível retornar aos valores pré pandémicos.

Nos dois primeiros anos de pandemia, o recurso às espirometrias foi, conforme referido condicionado por razões de saúde pública relacionadas com a elevada carga de aerossolização decorrente das manobras de expiração forçada, inerentes à execução da técnica. Foram seguidas, a nível nacional, as recomendações da Orientação n.º 12/2021 de 29/09/2021 "COVID-19: Provas de Função Respiratória", reservando a execução das espirometrias a situações excecionais. Como consequência houve um decréscimo sustentado neste indicador. Em 2022, a evolução epidemiológica nacional permitiu uma evolução progressiva no sentido de levantar as restrições impostas por razões de carácter pandémico.

A lista de problemas do utente é uma componente fundamental do processo clínico eletrónico, pois proporciona uma visão integrada, do estado de saúde passado e presente.

Um indicador que fornece informação acerca da gestão da doença respiratória é o que corresponde à proporção de adultos com registos clínicos evidenciando a existência de asma, DPOC ou Bronquite, com registo do referido diagnóstico, na lista de problemas ativos, relativamente ao universo de utentes que tenham realizado uma consulta presencial nos últimos 12 meses e/ou a quem tenha sido prescrita medicação para a doença obstrutiva das vias aéreas.

A evolução deste indicador está representada na Tabela 14 e, conforme se constata, assistiu-se a uma evolução positiva, apontando para uma melhor gestão da asma e da DPOC, ao longo do tempo. Não obstante, em 2022, constatou-se ainda a existência a nível nacional, de 15,2% de doentes com asma, DOPC ou Bronquite Crónica, em que estas patologias não foram notificadas como problemas ativos dos utentes, apesar de terem ocorrido consultas ou prescrições médicas inerentes (Tabela 14). É possível que algumas destas prescrições tenham sido episódicas durante a realização de uma consulta de recurso, no caso de utentes sem médico de família atribuído e que, nesse caso, a consulta e/ou prescrição decorressem de uma exacerbação, não dando lugar a um plano de prestação de cuidados de continuidade. Assim, fica evidente que o esforço para aumentar a cobertura nacional de atribuição de médico de família deve ser uma prioridade no SNS, com repercussões imediatas na gestão da doença crónica respiratória.

Tabela 14. Proporção de utentes adultos com registos clínicos evidenciando a existência de asma, DPOC ou bronquite crónica, com registo do diagnóstico, na lista de problemas ativos (2019 - 2022)

	2019	2020	2021	2022	Var. 2021/2020
ARS Norte	76,0%	78,7%	83,7%	84,5%	0,8%
ARS Centro	76,6%	79,2%	82,6%	85,0%	2,4%
ARS LVT	77,7%	80,3%	84,2%	85,6%	1,4%
ARS Alentejo	73,3%	77,9%	82,5%	83,4%	0,9%
ARS Algarve	80,1%	81,8%	86,4%	86,7%	0,3%
Total	76,7%	79,4%	83,7%	84,8%	1,1%

LVT: Lisboa e Vale do Tejo

Fonte: SIM@SNS. Dados extraídos a 05/03/2023. BI 2017.380.01 FL.

4.3 Análise dos resultados atingidos

Entre 2020 e 2022 no que concerne a indicadores de monitorização dos CSP, constatou-se uma desaceleração dos progressos observados, desde 2012, particularmente no que se refere à acessibilidade ao diagnóstico das duas principais doenças respiratórias crónicas. Quanto ao diagnóstico de DPOC baseado na espirometria verificou-se um decréscimo, decorrente da aplicação da Orientação nº 12/2021 de 29/09/2021 “COVID-19: Provas de Função Respiratória”, que tendencialmente irá normalizar. A inexistência de médico de família atribuído contribuiu muito para a existência de desigualdades na oferta e no acesso de cuidados.

Recomendações

Apesar do impacto negativo da pandemia COVID-19 nas consultas presenciais nos CSP, observaram-se melhorias na maior parte dos indicadores respiratórios à exceção do relacionado com a realização de espirometrias necessárias ao diagnóstico de DPOC.

É recomendável que continue a ser incentivado o acesso às espirometrias internalizadas nos centros de saúde, devendo para tal os mesmos ter recursos adequados em técnicos de cardiopneumologia e ser apetrechados com espirómetros de acordo com as necessidades de cada Agrupamento dos Centros de Saúde.

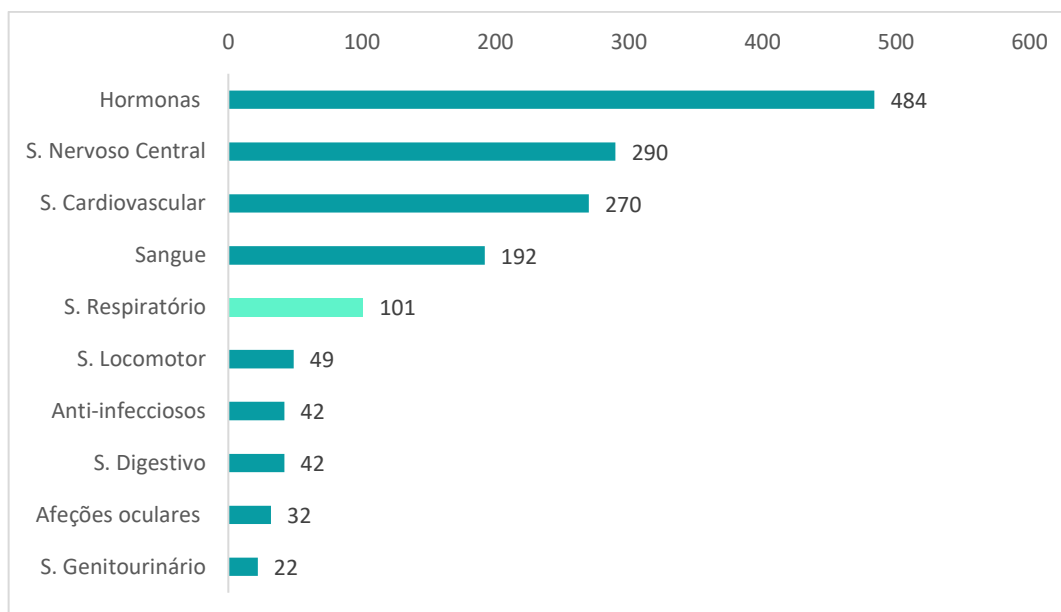
Medidas que visem atrair e fixar médicos de medicina geral e familiar nos CSP, são essenciais, particularmente na região de LVT.

5. Medicamentos ambulatórios

5.1. Medicamentos ambulatórios

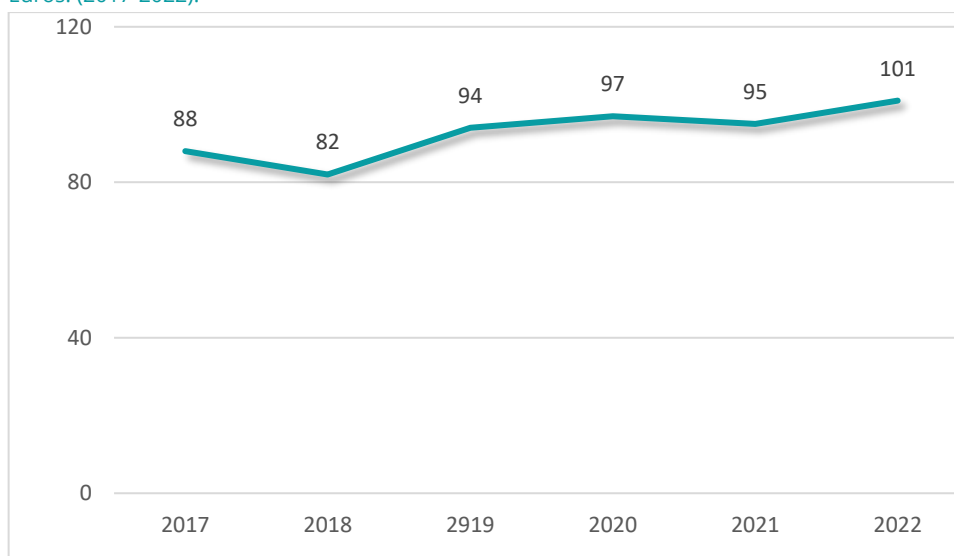
Os medicamentos pertencentes ao grupo farmacológico respiratório constituem o 5º grupo de fármacos que mais encargos colocam sobre o SNS, com o valor de 101 milhões em 2022 (Gráfico 18). Estes encargos, com este grupo farmacológico têm vindo a aumentar de uma forma sustentada desde 2017 (Gráficos 10 e 11).

Gráfico 10. Despesa com fármacos de ambulatório em 2022 (Milhões de Euros).



Fonte: Infarmed 2023.

Gráfico 11. Evolução da despesa dos fármacos respiratórios no ambulatório em Milhões de Euros. (2017-2022).



Fonte: Infarmed 2023.

A análise dos dados revela que o aumento sustentado da despesa decorre do aumento do consumo de fármacos respiratórios, refletindo um aumento da prescrição e utilização destes fármacos (Tabela 15).

Quanto à análise da utilização destes medicamentos por subclasse terapêutica (Tabela 15), verifica-se que a subclasse dos “agonistas beta adrenérgicos” (CFT 5.1.1) é atualmente a mais prescrita, seguida dos “anti inflamatórios” (CFT 5.1.3) e dos “Outros antiasmáticos e broncodilatadores” (CFT 5.1.6), na qual estão incluídas as associações fixas de antiasmáticos e broncodilatadores.

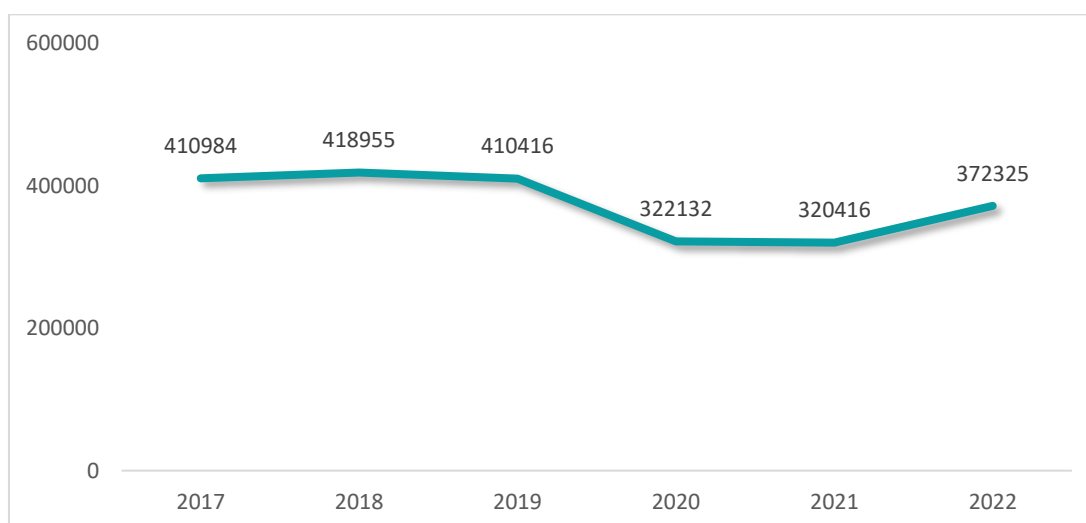
Tabela 15. Evolução do número de embalagens vendidas de medicamentos ambulatoriais e dispositivos para o sistema respiratório (2017-2022).

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Agonistas beta adrenergicos (CFT 5.1.1)	766049	732815	683202	571163	2146255	2342496
Salbutamol (CFT 5.1.1)	470896	410984	418955	410416	320416	372325
Anticolinérgicos (CFT 5.1.2)	747320	607290	583385	556455	441164	404519
Anti-inflamatórios (CFT 5.1.3.1)	986942	347698	345155	300481	291654	319083
Antileucotrienos (CFT 5.1.3.2)	895671	1047625	1127738	1182377	1151321	1215686
Outros Antiasmáticos (CFT 5.1.6)	1041778	1530308	1719167	1920557	2096776	537131
Câmaras expansoras		10183	42820	57666	64216	91835

Fonte: CCMSNS (Centro de Controlo e Monitorização do SNS), 2023

É de assinalar, como indicador positivo a diminuição progressiva desde 2017 (-10%), nas vendas de embalagens de salbutamol (Gráfico 12). Esta observação, reflete uma redução do recurso a fármacos de resgate utilizados, para alívio, em SOS, constituindo um indicador indireto, mas robusto, de um maior controlo da doença asmática.

Gráfico 12. Evolução no consumo de embalagens de salbutamol (2017-2022).



Fonte: CCMSNS (Centro de Controlo e Monitorização do SNS), 2023.

O padrão de prescrição da medicação respiratória (número de embalagens dispensadas e grupo farmacoterapêutico (Tabela 16), bem como a prescrição dos seus dispositivos evidencia que estamos a tratar mais e melhor os doentes respiratórios crónicos.

Os medicamentos antiasmáticos estão sujeitos a um regime de comparticipação especial, dado que são comparticipados em 69% (escalão B). Todavia se considerarmos que em 2022, a despesa média, a cargo do doente, por cada embalagem adquirida foi um pouco superior a 8 Euros, inferimos que a dimensão deste encargo poderá afetar adversamente a adesão à terapêutica. Este peso torna-se mais relevante, nas faixas etárias mais avançadas (acima dos 70 anos) onde a probabilidade de multimorbilidade é elevada, implicando polimedicação geradora de uma taxa de esforço elevada, para fazer face à despesa mensal com medicamentos.

Recomendações

Devido à elevada taxa de esforço relacionada com a parcela inerente ao copagamento dos fármacos antiasmáticos é recomendável a avaliação da capacidade de acesso aos antiasmáticos, no momento da sua prescrição. Sempre que existam indícios de doença não controlada, como por exemplo o recurso aos serviços de urgência e/ou internamentos, deve ser considerada a identificação de eventual vulnerabilidade económica responsável pela incapacidade de acesso à medicação, de modo, a mediante intervenção social, se mitigar a situação.

6. Cuidados Respiratórios Domiciliários

Um dos objetivos do PNDR consiste na melhoria da qualidade da prescrição e da utilização de Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRDs). Desde 2014, a prescrição destas terapêuticas é feita mediante prescrição eletrónica, permitindo uma monitorização apertada dos CRDs a nível nacional, regional e local.

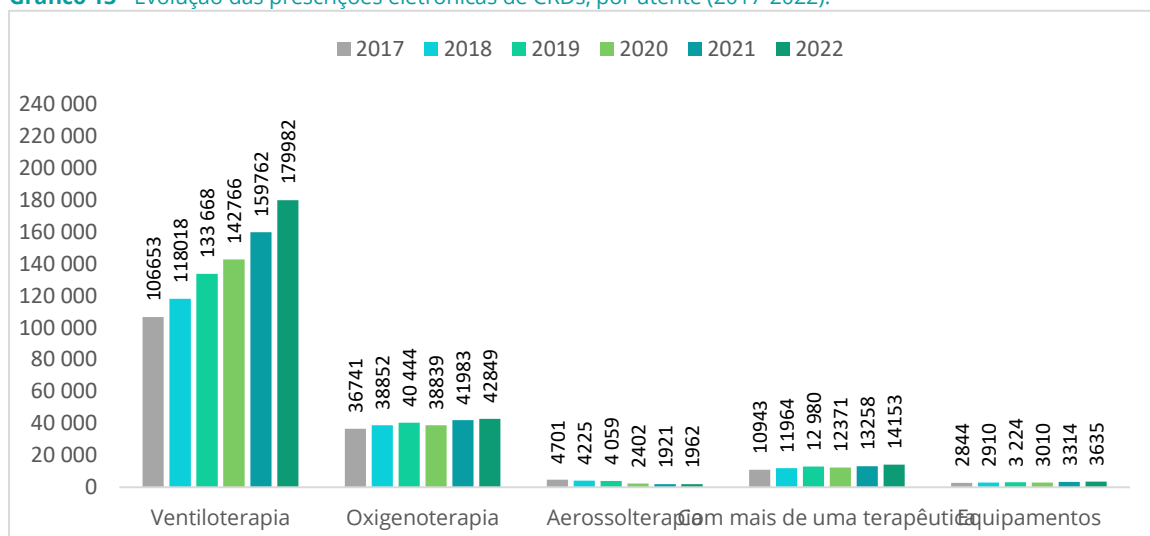
A Tabela 17 e o Gráfico 13 apresenta a evolução da prescrição eletrónica médica para os CRDs entre 2017 e 2022, por modalidade terapêutica. Constata-se, neste intervalo temporal, um aumento do número de utentes aos quais foram prescritos tratamentos de CRDs, à exceção da Aerossolterapia, onde se observa uma evolução no sentido do decréscimo. Este último dado é representativo de boa prática clínica uma vez que se pretende que esta modalidade terapêutica seja substituída por inaloterapia pressurizada associada a câmara expansora. As câmaras expansoras encontram-se disponíveis para prescrição no SNS através da aplicação PEM – Prescrição Eletrónica Médica, desde 23 de julho de 2017 e apresentam uma evolução inversa à da Aerossolterapia (Tabela 16). Cada utente tem acesso a uma câmara expansora/ano, sujeita a comparticipação. A Portaria nº 246/2015, de 14 de agosto, veio estabelecer o regime de comparticipação do Estado no preço das Câmaras Expansoras, destinadas a beneficiários do SNS. Estes dispositivos médicos passaram a ser comparticipados em 80% do Preço de Venda ao Público (PVP) até um máximo de 28 Euros. Conforme indicado na referida portaria, apenas é comparticipada uma Câmara Expansora por utente, por ano.

Tabela 16 Evolução das prescrições eletrónicas de CRDs, por utente (2017-2022).

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Varição 2022/2021
Ventiloterapia	106653	118018	133668	142766	159762	179982	12,7%
Oxigenoterapia	36741	38852	40444	38839	41983	42849	2,1%
Aerossolterapia	4701	4225	4059	2402	1921	1962	2,1%
Mais de uma terapêutica	10943	11964	12980	12371	13258	14153	6,8%
Equipamentos	2844	2910	3224	3010	3314	3635	9,7%
Câmara expansoras	10183	42820	57666	43060	64216	91835	43,0%

Fonte: SPMS 2023

Gráfico 13 - Evolução das prescrições eletrónicas de CRDs, por utente (2017-2022).



Fonte: SPMS 2023

A análise da evolução da prescrição de CRDs (Tabela 17) demonstra um aumento sustentado ao longo dos últimos 6 anos, não apresentando evidência de impacto negativo provocado pela pandemia COVID19 conforme observado noutras condições clínicas. A modalidade terapêutica mais prescrita foi a Ventiloterapia e nesta modalidade registou-se um aumento de 12,7% no último ano. Nesta modalidade as prescrições são maioritariamente prescrições únicas, apurando-se, para as mesmas uma cota de 92% após a dedução dos doentes com mais do que uma terapêutica. Este resultado aponta para que sejam as Síndromes de Apneia Obstrutiva do Sono e de Obesidade Hipoventilação, as principais condições clínicas alvo desta modalidade terapêutica.

Capítulo II

Atividades Desenvolvidas em 2017-2023

7. Monitorização

O PNDR baseia as suas opções estratégicas na vigilância de resultados em saúde como a mortalidade e a morbilidade, a nível nacional e regional e indicadores de monitorização de acesso, de efetividade e eficiência dos CSP.

Neste âmbito discriminam-se, as seguintes atividades:

- Em 2017, foi elaborada a publicação “Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2017” que também teve apresentação pública.
- Em junho de 2018, foi elaborado o documento de monitorização de indicadores na área das Doenças Respiratórias denominado “Programa Nacional para as Doenças Respiratórias: Desafios e Estratégias”. O documento foi concluído e enviado para publicação e teve apresentação pública via Facebook Live.
- Em dezembro de 2018, foi concluído e enviado para publicação o Relatório de Análise das Práticas Nacionais de Cuidados Respiratórios Domiciliários, 2018.
- Em 2019, foi construído um *dashboard interno* para as Doenças Respiratórias, passando a ser possível aceder a vários indicadores de morbilidade e mortalidade, dos CSP e de consumo terapêutico, tanto a nível nacional, como regional, como dos próprios agrupamentos de centros de saúde.
- Em 2020, foram publicados em revistas internacionais, com *peer review*, duas análises do PNDR referentes à evolução epidemiológica da mortalidade das Pneumonias em Portugal:
 - i. *Pneumonia mortality, comorbidities matter?* Hespanhol V, Bárbara C. Pulmonology. 2020; May-Jun;26(3):123-129. doi: 10.1016/j.pulmoe.2019.10.003. Epub 2019 Nov 29.
 - ii. *Factors associated with in-hospital mortality from community-acquired pneumonia in Portugal: 2000–2014.* Ezequiel Pessoa, Cristina Bárbara, Laura Viegas, Andreia Costa, Matilde Rosa, Paulo Nogueira. BMC Pulm Med. 2020; 20: 18. Published online 2020 Jan 21. doi: 10.1186/s12890-019-1045-x (aceite para publicação em dezembro de 2019).
- Em 2022, foi efetuado o relatório PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS. Desafios e Estratégias 2022.
- No período de 2017 a 2023 o PNDR colaborou na elaboração dos relatórios anuais de “Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas” editado pela ACSS e onde se descreve a evolução da monitorização da acessibilidade ao diagnóstico precoce de asma e de DPOC nos CSP.

8. 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 implementadas pelo Programa Nacional de Vacinação designadamente no que se refere à vacinação contra a gripe e antipneumocócica.

Destacamos como medidas muito impactantes na morbilidade e mortalidade respiratórias a gratuitidade da vacinação contra a gripe a partir dos 65 anos e em grupos de risco onde se incluem as principais doenças respiratórias crónicas. Em 2023, a extensão da gratuitidade da vacinação contra a gripe aos 60 anos e a sua administração concomitante com a vacinação COVID19, representou uma mais-valia, no sentido de potenciar a cobertura vacinal.

Foram criados indicadores de monitorização nos CSP, sendo que alguns deles têm carácter contratualização.

Destacamos também a atualização, em 2021, Norma 011/2015 referente a vacinação contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*) para adultos pertencentes a grupo de risco. Nesta atualização estabeleceu-se o alargamento da gratuitidade, para ambas as vacinas, ou seja, a vacina conjugada contra infeções por *S. pneumoniae* de 13 serotipos (Pn13) e a vacina polissacárida contra infeções por *S. pneumoniae* de 23 serotipos (Pn23), para pessoas com critérios de insuficiência respiratória crónica.

Em dezembro de 2023, foi concluído o Projeto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia: AI4Life - (DSAIPA/DS/0054/2019): *Artificial intelligence as an instrument for the reduction of infant and youth mortality: understanding its determinants and predicting outcomes*. Este projeto resultou de uma parceria entre a DGS, o Instituto Superior Técnico e as Faculdades de Medicina de Lisboa e a NOVA Medical School. Teve como objetivo principal, mediante a utilização de inteligência artificial com base na *Big Data* das bases de dados públicas e administrativas estabelecer modelos preditivos para o futuro, de modo a habilitar os decisores em saúde a antecipar as melhores medidas de saúde pública, tornando mais robusto o Sistema Nacional de Saúde e visando a redução da mortalidade prematura abaixo dos 18 anos. Teve como resultado principal a produção de um *dashboard* interno de mortalidade infantil.

No sentido de acautelar a transmissão do SARS-CoV-2 em partículas de aerossóis, foi publicada a ORIENTAÇÃO N.º 12/2021 de 29/9/21. COVID-19: Provas de Função Respiratória.

Estas medidas preventivas tiveram o impacto de provocar uma redução significativa no número de espirometrias efetuadas nos CSP. ¹⁰

Foi elaborado e enviado um questionário a todas as instituições hospitalares com o objetivo de fazer o levantamento da capacidade instalada para a Reabilitação Respiratória Hospitalar. Em 2022, a análise dos dados demonstrou que esta foi uma área altamente afetada pela Pandemia COVID-19, tendo havido encerramento de serviços, que em 2023, ainda não estão estavam funcionantes. Confirmou-se a redução da capacidade instalada relativamente ao período pré pandemia e inclusive comparativamente com o último levantamento de 2014.

Foi efetuada a proposta de um projeto piloto, para implementar a internalização de poligrafias nos CSP, na Região de Lisboa e Vale do Tejo, funcionando em rede e com integração dos CSP e o hospital de referência. Com este projeto pretende-se reduzir a pressão diagnóstica de Síndrome de Apneia do Sono (SAOS) nos hospitais, reduzindo entre 30-40% as referências de utentes dos CSP para a Consulta de Patologia do Sono hospitalar. O objetivo deste projeto piloto é estabelecer o diagnóstico precoce e o tratamento do SAOS nos CSP, mediante o suporte proporcionado por uma Unidade Virtual de Sono de localização hospitalar, com o recurso a uma plataforma eletrónica de integração, entre a Unidade Virtual de Sono Hospitalar e os CSP. Este projeto, obteve financiamento Europeu e entrou em funcionamento em setembro de 2022, no ACES Lisboa Norte e no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

9. Tratamento

Com o objetivo de promover as boas práticas na área das doenças respiratórias foram publicadas:

- i. A ORIENTAÇÃO N.º 012/2021 COVID19: Provas de Função Respiratória.¹¹
- ii. A NORMA CLÍNICA N.º 005/2019 de 26/08/2019: Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica no Adulto;¹²
- iii. A ORIENTAÇÃO N.º 014/2019, de 07/08/2019: Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários;¹³
- iv. A ORIENTAÇÃO N.º 020/2020, de 03/04/2020. COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO Cuidados de Reabilitação e Respiratórios Domiciliários.¹⁴
- v. A NORMA CLÍNICA N.º 021/2011 atualizada a 02/02/2023: Cuidados Respiratórios Domiciliários: Aerossolterapia por Sistemas de Nebulização. ¹⁵

Em 2021, o INFARMED foi notificado com um Aviso de Segurança da de uma empresa e respetiva intenção de substituir/reparar, alguns modelos de ventiladores e dispositivos de pressão positiva nas vias aéreas (PAP), na sequência da identificação de um problema de segurança relacionado com a espuma utilizada nestes dispositivos médicos, para efeitos de atenuação do som. Para o efeito, foi criada uma comissão de acompanhamento, com representatividade do PNDR, com o objetivo de conceber a metodologia e acelerar a referida substituição. O referido processo de substituição foi concluído, em 2023.

10. Comunicação e Literacia em Saúde

Em 2021, no âmbito da colaboração internacional e da integração do GARD Portugal no PNDR, foi efetuado um *webinar* nos países da CPLP intitulado: COVID-19. Esta iniciativa teve como consequência o desenho de um programa de literacia em saúde respiratória, a implementar a partir de 2022.

Em 2022, foram realizadas as Jornadas sobre Literacia em Saúde Respiratória, coorganizadas pelo PNDR/DGS, a Escola Nacional de Saúde Pública/NOVA e a GARD-Portugal/Universidade da Beira Interior (UBIAir e CICS). O seu objetivo foi promover a análise e discussão de múltiplos aspetos de literacia em saúde respiratória e, acima de tudo, constituir um primeiro passo na definição de uma estratégia integrada para o aumento da literacia em saúde respiratória em Portugal, com uma abordagem nacional, transdisciplinar, com indicadores mensuráveis.

Em 2022, no âmbito das 8^{as} Jornadas do GRESP, o PNDR apresentou o tema: "Sistemas de informação e indicadores nos cuidados respiratórios".

Em 2022, no âmbito do Dia Nacional do Não Fumador, o PNDR em colaboração com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo efetuou uma ação de comunicação e mobilização social, intitulada "Impacto do Tabaco na Saúde", que teve lugar na Assembleia Geral da República.

Em 2022, no âmbito do 38^a Congresso da Sociedade de Pneumologia, o PNDR apresentou o tema: A Direção Geral da Saúde e os Desafios da Saúde Respiratória em Portugal.

11. Relações Internacionais

O PNDR tem tido a preocupação de promover a sua representatividade internacional. Para o efeito, tem-se feito representar nas reuniões da *Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases* (GARD), através da GARD Portugal que é parte integrante do PNDR. É de realçar que a GARD tem o patrocínio da OMS Geneve, e abrange mais de 70 organizações governamentais e não-governamentais de mais de 30 países de todo o mundo. O seu objetivo é aumentar a perceção do real impacto das doenças respiratórias, em termos mundiais, e promover colaborações internacionais para a sua prevenção e controlo.

A GARD tem sido pioneira na perceção da relevância de aspetos climáticos e ambientais quanto às doenças respiratórias crónicas. Neste contexto, várias reuniões têm refletido essas preocupações, tendo a representação Portuguesa do PNDR sido assegurada pelo coordenador vigente do GARD Portugal (Dr. Rosado Pinto até 2018 e Prof. Doutor Taborda Barata subsequentemente).

O PNDR esteve representado nas seguintes reuniões internacionais:

- i. *GARD Executive Committee and Planning Group meeting*. O PNDR foi representado pelo Prof Rosado Pinto, que apresentou dados de Portugal, Geneva, Switzerland, 30-31 January 2017.
- ii. *11th GARD General Meeting, Brussels*, na qual Portugal foi distinguido com menção honrosa pela apresentação sob a forma de *poster* das principais medidas do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias da Direção-Geral da Saúde e seus resultados. Os resultados desta reunião foram objeto da seguinte publicação: Bousquet, J., Mohammad, Y., Bedbrook, A., To, T., McGihon, R., Bárbara, C., ... & Punturieri, A. (2018). *Country activities of Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD): focus presentations at the 11th GARD General Meeting, Brussels*. *Journal of Thoracic Disease*, 10(12), 7064.
- iii. *12th GARD General Assembly Meeting* em Helsínquia. O PNDR apresentou a comunicação: *Portuguese National Programme for Respiratory Diseases: 2016-2020 strategy*, Helsínquia 2018.
- iv. Reunião de Vilnius, Lituânia, em 2018, sobre prevenção e abordagem da Doença Respiratória Crónica (DRC). Dela resultou a *Declaração de Vilnius*, onde Portugal é apontado como uma das referências no campo da prevenção e tratamento das DRC.

- v. *13th GARD General Assembly Meeting*, que teve lugar em outubro, Pequim, China, 2019 e na qual o impacto da poluição sobre as DRC foi amplamente apresentado, analisado e discutido, e da qual resultou a *Declaração de Pequim*. Nesta reunião o PNDR apresentou a comunicação: *Prevention and control of asthma and COPD in Portugal (2011-2018)* da autoria de Luís Taborda-Barata, José Rosado-Pinto, Elisabete Melo-Gomes, Cristina Bárbara.
- vi. *“Europe that Protects: Safeguarding Our Planet, Safeguarding Our Health”*, realizada em Helsínquia, em dezembro 2019, da qual resultou a *Declaração de Helsínquia*.
- vii. *“Hungarian Health System: Fostering International Collaboration and Best Practices in Respiratory Care”*, no âmbito do projeto APW Hungria - CC951075, realizada em Lisboa, 2023

Recomendações

A vigilância epidemiológica com recurso às bases de dados nacionais e um conjunto de indicadores selecionados e incluídos no *Dashboard* das Doenças Respiratórias tem sido essencial, sendo espectável a evolução dos mesmos.

A realização das espirometrias nos CSP, devem ser retomadas para o ritmo pré-existente à pandemia com apetrechamento de todos os ACES com espirómetros. Os Serviços de Reabilitação Respiratória foram dos mais afetados pela pandemia, ao nível hospitalar, mas devem rapidamente retomar os padrões anteriores e evoluir no sentido de aumentar a acessibilidade, aos doentes graves e complexos, adotando novas formas emergentes como a telereabilitação e telemonitorização de doentes complexos.

Devem de ser implementadas novas formas de introdução da Reabilitação Respiratória, nos CSP em integração com os Cuidados Hospitalares.

Estas recomendações poderão ter uma plena aplicação no novo modelo funcional do Serviço Nacional de Saúde, onde as Unidades Locais de Saúde permitirão uma essencial integração de cuidados.

Capítulo III

ORIENTAÇÕES PROGRAMÁTICAS 2020-2023

12. Metas da Saúde

O PNDR pretende promover a abordagem das doenças respiratórias crónicas, de uma forma abrangente, em linha com os principais referenciais estratégicos e científicos internacionais, em particular com o modelo da GARD (*Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases*). A GARD (www.who.int/respiratory/gard) é uma aliança voluntária de organizações nacionais e internacionais, criada em 2006 sob a égide da OMS.

a. VISÃO

A visão do PNDR é a de vivermos *num mundo em que todas as pessoas respirem livremente*.

b. MISSÃO

O PNDR, em alinhamento com o Plano Nacional de Saúde, pretende 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, no acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis, não deixando ninguém de fora. A sua missão visa o aumento dos anos de vida saudáveis ou livres de incapacidade, para o doente respiratório crónico, associada a uma redução na mortalidade prematura.

c. METAS OBJETIVOS

Para além da redução da mortalidade prematura e da redução dos internamentos por doença respiratória crónica o PNDR, para o ano 2022 estabeleceu as seguintes metas:

- A. Promover a vigilância epidemiológica e os registos na área das doenças respiratórias;
- B. Aumentar em 20% o número de diagnósticos de asma efetuados a utentes dos Cuidados de Saúde Primários (a partir de 2020);
- C. Aumentar em 20% o número de utentes com o diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) confirmado por espirometria, nos Cuidados de Saúde Primários (a partir de 2020);
- D. Reduzir em 10 pontos percentuais o número de internamentos ambulatorio-sensíveis por Doença Respiratória Crónica, designadamente por asma e DPOC (2018-2022).
- E. Reduzir a mortalidade prematura

Foram estabelecidos os seguintes objetivos para cada uma das metas:

METAS	Objetivo
A	01. Manutenção da atualização periódica do <i>dashboard</i> das doenças respiratórias
B	02. Aumentar o diagnóstico precoce de asma nos Cuidados de Saúde Primários
C	03. Aumentar o diagnóstico precoce de DPOC nos Cuidados de Saúde Primários, mediante aumento da acessibilidade à espirometria
D	04. Melhorar a prestação de cuidados e promover as boas práticas na área das doenças respiratórias 05. Melhorar a literacia em Saúde, no que respeita às doenças respiratórias e hábitos de vida saudáveis 06. Constituir alianças com parceiros internacionais
E	07. Reduzir a mortalidade prematura abaixo dos 75 anos

Relativamente às metas propostas, apenas foram atingidos os indicadores para as metas (D) correspondentes ao indicador 380 e à redução dos internamentos por asma e DPOC. Contudo face ao impacto já referido da pandemia, dificilmente poderemos assumir que este resultado reflete uma evidência de melhoria do acesso aos cuidados de saúde, só dendo possível a sua interpretação *a posteriori*.

METAS	Indicador	Valor Base	Valor 2022 (objetivo)	Grau de cumprimento
A	Ind.1. Atualização do <i>dashboard</i> das doenças respiratórias,	Sim (2020)	sim	100%
B	Ind.2. Nº de utentes inscritos com o diagnóstico de asma nos CSP no ano	329166 (2020)	363501 (396000)	Não atingido
B	Ind.3. Proporção de utentes com o diagnóstico de asma nos CSP no ano, (indicador 208)	3,2 (2020)	3,4 (3,5)	Não atingido
C	Ind.4. Proporção de utentes com DPOC, com pelo menos um registo de avaliação de FEV ₁ nos últimos 3 anos (indicador 49)	44,2 (2020)	42,3 (53)	Não atingido
D	Ind.5. Proporção de utentes adultos com registos clínicos evidenciando a existência de asma, DPOC ou bronquite crónica, com registo de diagnóstico na lista de problemas (indicador 380)	79,4 (2020)	85 (85)	100%
D	Ind.6. Nº de diagnósticos de saída (admissão hospitalar) por asma como diagnóstico principal	2.344 (2018)	1853 (2124)	121%
D	Ind.7. Nº de diagnósticos de saída (admissão hospitalar) por DPOC como diagnóstico principal	9775 (2018)	6338 (8878)	135%
E	Ind.8. Taxa de mortalidade padronizada, por doenças do aparelho respiratório, abaixo dos 75 anos, (/100 000)	17,6 (2019)	16,4 (2030)	-

13. Desafios para o futuro

O PNDR em alinhamento com o Plano Nacional de Saúde. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s,¹⁶ terá como suporte os 5 grandes desígnios de Portugal:

1. Reduzir as desigualdades;
2. Promover o desenvolvimento de comportamentos, culturas e comunidades saudáveis;
3. Minimizar as consequências das alterações climáticas e outros determinantes ambientais na saúde;
4. Reduzir de um modo integrado a carga das doenças transmissíveis e das não transmissíveis;
5. Manter sob controlo os problemas de saúde atualmente já controlados.

Até 2030, terá como objetivo diminuir em 30% a mortalidade prematura abaixo dos 75 anos (desde 2015), de modo a atingir uma taxa de mortalidade padronizada, por doenças do aparelho respiratório, abaixo de 75 anos inferior a 16,4 /100 000 habitantes.

As estratégias a implementar, com metas ajustáveis à sua monitorização, são as seguintes:

Investir na promoção e proteção da saúde

- Promoção da literacia em saúde respiratória
- Apoiar a promoção da atividade física e alimentação saudável
- Apoiar a prevenção e mitigação de consumos de risco (início de consumos de tabaco, álcool e substâncias psicoativas ilícitas, incluindo a diminuição do acesso a estas substâncias)
- Vigilância epidemiológica de riscos ambientais

Incluir mediante cobertura universal de saúde

- Detecção precoce da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, da asma e do SAOS nos CSP.
- Prevenção de complicações ou agudização de doença crónica (e.g. prevenção das infeções respiratórias nos doentes respiratórios crónicos; programas de reabilitação respiratória)

Inovar

- Desenvolvimento de uma cultura de transição digital, centrada no cidadão e inserida no Plano de Recuperação e Resiliência.

Implementar

- Desenvolvimento / ajuste contínuo de planos, com base prospetiva, a fim de adaptar de forma célere estratégias de intervenção para “novas” necessidades de saúde.

As equipas respiratórias hospitalares e as de medicina geral e familiar nos CSP, desempenharam um papel fundamental na resposta à COVID-19, em Portugal. Nesse âmbito foram implementados novos métodos de trabalho para garantir a eficácia da resposta e a segurança de todos os doentes, representando melhorias evidentes que devem ser mantidas e disseminadas mesmo depois de ultrapassada a pandemia.

Apesar da pandemia COVID-19 ter colocado em evidência, algumas fragilidades dos sistemas de saúde, provou que para a resolução de ameaças e o fortalecimento dos sistemas de saúde é necessário um multilateralismo eficaz e inclusivo com ações coordenadas a nível nacional, europeu e global.

Referências bibliográficas

1. INE, Óbitos por causas de morte (2021). https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_bdc_tree&contexto=bd&selTab=tab2
2. OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
3. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Portugal: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels
4. Walzer P, Estève C, Barben J, Menu D, Cuenot C, Manckoundia P, Putot A. Impact of Influenza Vaccination on Mortality in the Oldest Old: A Propensity Score-Matched Cohort Study. *Vaccines (Basel)*. 2020 Jul 3;8(3):356. doi: 10.3390/vaccines8030356.
5. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Relatório de Resposta Sazonal em Saúde - Vigilância e Monitorização. Relatório n.º 2. Lisboa: dezembro, 2022, <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-n-2-da-resposta-sazonal-em-saude-vigilancia-e-monitorizacao-pdf.aspx>
6. Kislaya I, Rodrigues AP, Sousa-Uva M, Gómez V, Gonçalves P, Froes F, et al. (2019) Indirect effect of 7-valent and 13-valent pneumococcal conjugated vaccines on pneumococcal pneumonia hospitalizations in elderly. *PLoS ONE* 14(1): e0209428. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209428>
7. Shiri T, Datta S, Madan J, Tsertsvadze A, Royle P, Keeling MJ, et al. Indirect effects of childhood pneumococcal conjugate vaccination on invasive pneumococcal disease: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Heal* 2017;5: e51–e59.
8. Hespanhol, Venceslau, and Bárbara, Cristina. Pneumonia mortality, comorbidities matter? *Pulmonology* 26.3 (2020): 123-129.
9. YU, Yan et al. Pneumonia Is Associated with Increased Mortality in Hospitalized COPD Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Respiration*, v. 100, n. 1, p. 64-76, 2021.
10. Sa-Sousa, A., Morais-Almeida, M., Azevedo, L.F. et al. Prevalence of asthma in Portugal - The Portuguese National Asthma Survey. *Clin Transl Allergy* 2, 15 (2012). <https://doi.org/10.1186/2045-7022-2-15>
11. Orientação n.º 012/2021 de 29/09/2021. COVID-19: Provas de Função Respiratória. 2021, <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas.aspx?cachecontrol=1672266002030>
12. Norma n.º 5 /2019 de 26/08/2019. Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica no Adulto. 2019, <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/08/diagnosticotratamento-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-adulto-2019.pdf>
13. Orientação n.º 14/2019. Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários. 2019, <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142019-de-07082019.aspx>
14. ORIENTAÇÃO N.º 020/2020, de 03/04/2020. COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO Cuidados de Reabilitação e Respiratórios Domiciliários. 2020, <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-ecirculares-informativas/orientacao-n-0202020-de-03042020-pdf.aspx>
15. Norma n.º 021/2011 de 28/09/2011, atualizada a 02/02/2023 - Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Aerosolterapia por Sistemas de Nebulização. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas.aspx?cachecontrol=1703800127120>
16. Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Ministério da Saúde. Disponível em: Plano Nacional de Saúde – Plano Nacional de Saúde (dgs.pt)



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