



*Assunto: Plano Nacional de Saúde 2011 – 2015*

## PROPOSTA PARA A ELABORAÇÃO DUM PLANO NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

### I – Enquadramento

A situação das Doenças Respiratórias em Portugal pode ser enquadrada tendo por base algumas das conclusões do Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR) de 2009:

1 – Os internamentos hospitalares por doença respiratória têm vindo a aumentar. Em 2008 foram internados 73.880 doentes com esse diagnóstico principal, o que significa um aumento de 14,8% em relação a 2003 e representou 19,7% dos internamentos médicos.

2 – Em 2006 morreram por doença respiratória 11.512 portugueses, constituindo a terceira causa de morte por doença.

3 – Entre 2000 e 2006 a mortalidade por doença respiratória aumentou 12,0%, ao passo que a mortalidade por doenças do aparelho circulatório diminuiu 19,5%.

4 – O tabaco é o principal responsável pelas doenças respiratórias: 85 a 90% dos cancros do pulmão e 85% das DPOC. Contribui ainda para o aparecimento de casos de asma e de pneumonias.

5 – A percentagem actual de fumadores entre os 25 e os 44 anos é de 45,7% dos homens e 17,5% das mulheres. Entre os 15 e os 24 anos fumam 25,0% dos homens e 10,5% das mulheres.

6 – Há apenas um pneumologista para 21283 habitantes, *ratio* inferior ao dos especialistas de Cardiologia, Pediatria e Medicina Interna.

7 – Em Serviços Hospitalares apenas 2,7% das camas de medicina estão adstritos a Serviços de Pneumologia e, igualmente, apenas 2,7% das Consultas Hospitalares foram de Pneumologia.

8 – A percentagem de população urbana exposta a poluição por partículas PM<sub>10</sub> é em Portugal (2007) de 30,4%, superior à média dos países da União Europeia (28,1%).

9 – A prevalência da tuberculose em Portugal é de 25, 3/100.000 habitantes, melhor do que a média da Região Europa da OMS, mas pior do que a média da União Europeia.

10 – Há regiões do país com incidência de casos de tuberculose preocupante. Há grupos populacionais com maior risco de contrair tuberculose: é o caso do VIH/SIDA (200 vezes mais), das pessoas socialmente marginalizadas e dos imigrantes de países de alta prevalência.



11 – A gripe sazonal atinge anualmente 700.000 a 1.000.000 de portugueses, causando um excesso de cerca de 350.000 consultas médicas, mais de 1 milhão de dias de baixa e entre 1.200 e 1.500 óbitos.

12- Estima-se que em 2008 tenham ocorrido em Portugal mais de 150.000 casos de pneumonia, sendo a sua mortalidade de 27,8/100.000 habitantes, das maiores da Europa ( média 15,7/100.000 habitantes).

13 – Em 2008 foram internados nos hospitais portugueses 50.890 doentes com o diagnóstico principal de pneumonia, mais 18,9% do que em 2003. Este aumento é constante desde 1994.

14 – A prevalência da DPOC em Portugal está subvalorizada mas será, no mínimo de 5,3% nos homens e 4,0% nas mulheres.

15 – Os internamentos por DPOC têm vindo a aumentar anualmente. Em 2008 foram internados com esse diagnóstico principal 9.301 doentes, constituindo a 2ª causa de internamento por doença respiratória. Há acentuadas variações regionais.

16 – Em Portugal a DPOC é responsável pela perda de 74.547 anos de vida ajustados por incapacidade.

17 – A DPOC é a 5ª causa de morte por doença em Portugal (2.68 óbitos em 2006).

18 – A Asma Brônquica atinge cerca de 1.000.000 de portugueses, embora esteja subdiagnosticada. Atinge todas as idades e, num estudo recente, verificou-se que a sua incidência, em indivíduos com mais de 65 anos era de 11,1% e a da rinite e 30%.

19 – Continuam a ser internados por ano cerca de 3.000 casos de asma, indicando que a doença está mal controlada, o que é corroborado pelo facto da mortalidade hospitalar, ainda que baixa, se manter estabilizada.

20 – Em 2006 morreram 3.599 portugueses com cancro do pulmão, o que significa uma aumento de 5,3% em relação a 2003.

21 – Em 2008 foram internados 6.870 doentes com cancro do pulmão, o que significa um aumento de 22% em relação a 2002.

22 – Aparentemente há um défice de técnicos de saúde nos Cuidados Primários: 81% dos enfermeiros e 70% dos médicos estão colocados no sector hospitalar.

Em sumula:

- a) – As doenças respiratórias são uma das principais causas de doença crónica, com forte impacto na morbilidade, mortalidade e qualidade de vida das populações.



- b) – Nos países desenvolvidos, como o nosso as infecções respiratórias são uma das principais causas de doença infecciosa. Doenças com a Gripe e a Pneumonia são muito frequentes, com grande impacto na morbilidade e mortalidade. A tuberculose é ainda um problema entre nós.
- c) – O cancro do pulmão é uma das principais causa de cancro em Portugal e a sua incidência mostra uma tendência crescente, sobretudo nas mulheres.

Todavia a maioria das doenças respiratórias são, em grande medida preveníveis, resultando de comportamentos inapropriados, como o fumo de tabaco, e de modificações da qualidade do ar que respiramos, em grande parte antropogénicas.

A prevenção é pois fulcral havendo necessidade imperiosa de criar mecanismos que conduzam à livre correcção de comportamentos e atitudes.

## II – Bases para a elaboração dum Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Respiratórias

As razões atrás expostas levam-nos a tomar posição no momento da elaboração dum Plano Nacional de Saúde 2011-2015, no qual pensamos dever caber um papel fulcral à prevenção e controle das doenças respiratórias.

Pensamos que as opiniões veiculadas, desde 2005, nos Relatórios Anuais do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias se enquadram nos objectivos definidos no modelo conceptual do Plano Nacional de Saúde 2011-2015, apresentado na reunião da Comissão de acompanhamento, de aprofundar temas como o combate às desigualdades em saúde, o aplanar das desigualdades de acesso aos cuidados de saúde, o desenvolvimento da cidadania em saúde, o estabelecimento de políticas saudáveis, a integração e a continuidade de cuidados, as políticas de recursos humanos e a mais larga aplicação das tecnologias de informação e comunicação.

Retomando essas ideias sublinharemos alguns aspectos que consideramos essenciais na definição dum *Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Respiratórias*, cuja necessidade consideramos evidente face à força dos números das doenças respiratórias em Portugal, referidos sinteticamente no “Enquadramento”.

Este Plano Nacional poderá englobar os actuais Programas Nacionais de Controle da Tuberculose, da Asma e da DPOC, os quais manterão as suas especificidades, mas se articularão entre si, tendo em atenção os **Temas Transversais** que adiante se definirão. Dessa forma se encontrarão sinergismos que conduzirão a melhores resultados em saúde, nas áreas a que dizem respeito.

Consideramos existirem **Quatro Temas Transversais** que constituem vectores com maior impacto nas doenças respiratórias, sobre os quais se deve alicerçar o Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Respiratórias (PNPCDR) e que são:



- 1 – Educação para a Saúde Respiratória
- 2 – Qualidade do Ar e Condições de Vida
- 3 – Luta contra o Tabagismo
- 4 – Equidade e universalidade no acesso aos cuidados de saúde respiratória

Podemos ainda apontar um 5º Tema, essencial para que as medidas tomadas possam ser eficazes: **Envolvimento da Sociedade Civil e Capacitação dos Doentes**, o qual deverá ser transversal aos quatro temas que deverão constituir os pilares do PNPCDR.

### 1 – Educação para a Saúde Respiratória

É um tema fulcral para todas as doenças respiratórias, quer na prevenção, quer no controle das doenças, sejam elas a asma, a DPOC, o cancro do pulmão ou as infecções respiratórias. A educação para a saúde terá como objectivos fundamentais a difusão de conhecimentos em toda a Sociedade nas áreas do **combate ao tabagismo**, da **preservação da qualidade do ar que respiramos**, da **prevenção das infecções** (vacinação, medidas de higiene) e da **capacitação dos doentes**, sobretudo os portadores de doenças crónicas, nos cuidados a terem no controle da sua doença.

Os programas de Educação para a Saúde deverão ter conteúdos apelativos, baseando-se na utilização de todos os meios de comunicação disponíveis, nomeadamente a imprensa, a rádio, a televisão, a *internet* e outros. Não obstante a importância que algumas campanhas ocasionais possam ter, deverão ter predominantemente uma programação continuada, que permita uma aprendizagem progressiva.

Os programas de educação para a saúde deverão ser desenhados tendo em conta os diversos públicos alvo a que se destinam, nomeadamente:

- População Geral
- Escolas (alunos e professores de todos os graus de ensino)
- Grupos vulneráveis (preferencialmente através de intervenções no terreno)

Nesta área a *Fundação Portuguesa do Pulmão* iniciou já um Projecto, que desenvolverá em 2010 e 2011 e que consta sumariamente de:

- No seu *site* ([www.fundacaoportuguesadopulmao.org](http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org)) desenvolverá um Programa de Ensino dirigida à população em geral.
- Produzirá e colocará no seu *site* e em outros portais pequenos vídeos de informação/formação.
- Disponibilizará no seu *site* conteúdos específicos para o público escolar
- Divulgará “Conselhos de Saúde” na imprensa, nomeadamente a Regional, de forma regular.



- Em rastreios e outras acções de rua, disseminadas pelo país, difundirá informação sobre as doenças respiratórias.
- Colaborará com outras ONGs que trabalham directamente com grupos vulneráveis, dando-lhes apoio nas áreas da formação dos seus técnicos e da informação avalizada aos utentes.

Nos Programas de Educação para a Saúde deverão ser reforçadas acções visando a prevenção das infecções respiratórias, nomeadamente a tuberculose, a gripe e as pneumonias, doenças contagiosas nas quais a prática de medidas de higiene adequadas e a vacinação poderão diminuir o seu impacto, que é enorme como referimos no “Enquadramento”.

## 2 – Qualidade do Ar e Condições de Vida

Todas as medidas tendentes a garantir a qualidade do ar no interior e no exterior dos edifícios são essenciais para a diminuição do impacto das doenças respiratórias, nomeadamente a asma, a DPOC, o cancro do pulmão, mas também das infecções respiratórias, nomeadamente a gripe.

Quanto à qualidade do ar em Portugal, quer no interior, quer no exterior dos edifícios, para programação de medidas a tomar futuramente, recomenda-se a consulta ao Relatório do ONDR de 2008, disponível em [www.ondr.org](http://www.ondr.org).

Temos boa legislação que urge que seja cumprida. Para que tal seja alcançado é necessária a consciencialização de todos os cidadãos e, nessa área, a defesa da qualidade do ar que respiramos deve ser uma prioridade nos Programas de Prevenção e Controle das Doenças Respiratórias.

A qualidade do ar exterior tem vindo a melhorar em Portugal, mas os dados do *Eurostat* ainda apontam Portugal como sendo um dos países europeus com maior percentagem de população urbana exposta a poluição por partículas inaladas e existem zonas do país e dalgumas cidades com má qualidade do ar.

As populações, e particularmente os doentes respiratórios devem ser permanentemente informados da qualidade do ar que respiram, sendo de grande importância a articulação dos Serviços de Saúde com a Agência Portuguesa do Ambiente, na definição dos parâmetros a estudar (não esquecer os pólenes) e na ampla difusão dos resultados.

Das Conclusões do Relatório do ONDR de 2009 transcrevemos as seguintes extraídas do texto preparado pela Dr<sup>a</sup> Regina Vilão (Agência Portuguesa do Ambiente) e que consideramos como recomendações:

- *Face ao quadro nacional e internacional de políticas públicas de ambiente e desenvolvimento sustentável, é imperioso garantir a eficiência dos processos de recolha, processamento, avaliação e comunicação de informação sobre o desempenho ambiental e a sustentabilidade.*
- *As novas tecnologias de informação geográfica e a Internet permitirão no futuro portais de informação que possibilitarão a quem os consulta seleccionar a*



*informação que lhe interessa, sem que lhe seja imposta uma determinada configuração.*

Dados sobre a qualidade do ar interior são escassos, não obstante o facto dela ser de grande importância para a saúde respiratória. Como é sabido no ambiente interior existem poluentes lá produzido como partículas, pólenes, ácaros, monóxido e dióxido de carbono, ozono, compostos orgânicos voláteis, entre outros, todos eles agressivos para o pulmão. Existem também poluentes que vêm do ar exterior e que podem ser prejudiciais. Trabalhos recentes de investigação demonstram a presença de compostos com forte poder cancerígeno, originados no tráfego, em residências de não fumadores.

É pois necessário cumprir a legislação sobre a qualidade do ar interior. Para isso serão necessários sistemas de **monitorização da qualidade do ar interior nos locais de trabalho**, de avaliação do **impacto da qualidade do ar no interior das habitações** e de sensibilização do público para a necessidade de **protecção da qualidade do ar interior**.

### **Condições de Vida:**

É sabido que nas situações em que há grandes concentrações de população há maior produção de poluentes com impacto na qualidade do ar. Por outro lado esses grandes aglomerados potenciam o aparecimento de grupos mais vulneráveis, constituídos por imigrantes e pessoas com baixo rendimento, vivendo em casas insalubres e com numero excessivo de habitantes, determinando a má qualidade do ar interior e facilitando a transmissão de infecções. Todos esses factores contribuem para uma maior incidência de Asma e DPOC e esses grupos constituem nichos onde a tuberculose e outras infecções se acantonam, podendo facilmente expandir-se.

Nestes grupos mais vulneráveis a incidência de alcoolismo, toxicoddependência e VIH/Sida é maior, o que também se correlaciona com maior incidência de doenças respiratória, nomeadamente as infecciosas. Também o tabagismo tem maior incidência nestes grupos, facilitando o aparecimento de DPOC e Asma.

Qualidade do Ar e Condições de Vida correlacionam-se pois e são factores relevantes no aparecimento das doenças respiratórias, devendo constituir preocupações centrais dum Plano de Prevenção e Controle das Doenças Respiratórias.

Será fundamental que este Programa se articule com as entidades ligadas ao estudo da qualidade do ar, mas também com os Serviços Sociais de apoio aos mais desfavorecidos e com os Programas de Luta contra Sida e contra a toxicoddependência.

### **3 – Luta contra o Tabagismo**

O tabaco é o principal inimigo do pulmão, sendo responsável pela maior parte dos casos de DPOC e de Cancro do Pulmão. É também nefasto no que concerne à Asma e a Rinite e adjuvante nas infecções respiratórias.



Por isso a Luta contra o Tabagismo deve ser uma preocupação central de todos os Programas dirigidos à saúde respiratória e um Programa criado no âmbito do Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Respiratórias é um objectivo prioritário, devendo articular-se ou ser comum ao de outras áreas, como as doenças cardiovasculares, o cancro, etc.

A **Luta contra o Tabagismo** deve ter como objectivos:

- a) – **Evitar o início do vício**
- b) – **Proteger os não fumadores**
- c) – **Ajudar os fumadores a abandonarem o vício**

**a) – Evitar o início do vício**

A adição ao tabaco inicia-se, em geral na adolescência, ou no início da idade adulta. É pois nesses momentos que será necessário intervir, já que o vício, uma vez surgido é difícil de abandonar. Evitar o início do vício deverá assentar em :

- Programas de sensibilização dos pais para a necessidade e responsabilidade de informarem os filhos sobre os riscos do tabagismo e as vantagens de não fumar.
- Na Escola desenvolver Programas integrados nos currículos, em todos os níveis de escolaridade do 1º ao 12º anos, definindo níveis de informação/ensino em cada ano, de evidência da aprendizagem de conhecimentos e de capacidade de serem veículos de informação.
- Desenvolver Projectos específicos de sensibilização dos jovens entre os 16 e os 21 anos, não fumadores, sobre a vantagem de se não iniciarem no fumo de tabaco.

**b) – Proteger os não fumadores**

O fumo de tabaco é gravemente prejudicial par a saúde dos não fumadores, quer por agravar doenças respiratórias pré – existentes, como a asma, a rinite e a DPOC, quer ser indutor de doenças como a DPOC do Cancro do Pulmão. É pois uma obrigação da Sociedade e um dever de cidadania não expor os não fumadores ao fumo dos fumadores. Para isso é necessário:

- Assegurar o cumprimento da actual Lei d Tabaco, avaliar o seu impacto e estudar melhorias a introduzir.
- Promover campanhas de informação/responsabilização dos fumadores
- Pugar pela proibição total do fumo em lugares públicos fechados
- Promover campanhas junto dos fumadores para que não exponham familiares, sobretudo as crianças, e amigos ao fumo de tabaco, no interior das suas habitações.



**c) – Ajudar os fumadores a deixarem de fumar**

Para um fumador, deixar de fumar é uma decisão difícil, mas uma vez tomada é possível de alcançar. Tal objectivo poderá ser facilitado através de:

- Campanhas de sensibilização dos fumadores para as vantagens de deixarem de fumar e de encorajamento para que tomem essa decisão, passo fundamental para o êxito de qualquer programa de desabitação tabágica.
- Medidas legislativas de desencorajamento do consumo de tabaco, seja através de aumento de impostos, de imagens chocantes nos maços de tabaco ou da limitação dos locais onde é possível fumar.
- Desenvolvimento da rede de consultas de desabitação tabágica, tornando-as facilmente acessíveis.
- Sensibilização de todos os profissionais de saúde para a necessidade e vantagem da Intervenção Breve, na sensibilização dos fumadores para que abandonem o vício.
- Sendo o tabagismo considerado pela OMS como uma doença, dever-se-á considerar a importância da participação do Estado nos medicamentos, como incentivo à desabitação tabágica.

**4 – Equidade e Universalidade de Acesso aos Cuidados Respiratórios**

É um tema que se relaciona directamente com algumas linhas que o Plano Nacional de Saúde 2011 – 2015 pretende aprofundar, nomeadamente as desigualdades em saúde, a qualidade dos cuidados de saúde, a integração e continuidade de cuidados e os recursos humanos.

As Conclusões do Relatório do ONDR de 2009 referem que o número de pneumologistas, e certamente o de alergologistas, de enfermeiros e de outros técnicos de saúde, bem como o número de camas em serviços/Unidades de Pneumologia, parecem ser claramente insuficientes face o número de doentes respiratórios que ocorrem aos Hospitais portugueses. Ainda mais gritante é o desfasamento entre o número de consultas hospitalares das especialidades relacionadas com as doenças respiratórias – que devem ser o local preferencial de referência do doentes – e o número de doentes respiratórios.

É certo que os doentes respiratórios devem ser tratados não só pelos Pneumologistas e Alergologistas como por outras especialidades, nomeadamente a Medicina Interna e a Pediatria e muito particularmente a Medicina Geral Familiar, cujos especialistas devem constituir a porta e entrada do Sistema.

Contudo os Serviços de Pneumologia e de Alergologia devem ser o local privilegiado de referência dos doentes respiratórios e centros de difusão de conhecimentos especializados, pelo que a sua dimensão deve ser reavaliada.





Para garantia da Equidade e Universalidade do Acesso aos cuidados de Saúde respiratória, continuamos a considerar ser necessária a criação duma **Rede e Cuidados de Saúde Integrados**, já abordada com algum desenvolvimento nos Relatórios do ONDR de 2005 e 2006 consultáveis em [www.ondr.org](http://www.ondr.org). Deles transcrevemos alguns parágrafos:

*Tendo em consideração que os doentes respiratórios entram no sistema de cuidados de saúde, tanto nos níveis primários como diferenciado, como nos cuidados continuados e de reabilitação, deverá ser estabelecida, a nível das ARS, uma articulação em rede entre todos os parceiros intervenientes na prestação de cuidados, que permita uma fácil acessibilidade aos níveis mais adequados qualquer que seja o ponto de entrada, e deverá ser promovida a fluidez de circulação na rede, tendo como objectivo a prestação dos cuidados mais adequados, em tempo útil.*

*Esta rede integrará os Serviços Hospitalares (nomeadamente de Pneumologia e Alergologia e subsidiariamente de Pediatria, Medicina Interna e outros), os Centros de Saúde e os Centros de Diagnóstico Pneumológico, articulando-se com os CATs e os Serviços de Diagnóstico e Tratamento da SIDA.*

*Estas doenças são frequentemente doenças crónicas que atingem cidadãos com diversos graus de dependência, ou induzem essa dependência, pelo que será fulcral a articulação com a Rede de Cuidados de Saúde Continuados Integrada.*

*A Rede deverá ainda privilegiar, pelas mesmas razões, a articulação integrada com as áreas sociais e as organizações governamentais e não governamentais que, no terreno, apoiam grupos de risco como os tóxico – dependentes, os sem abrigo os portadores de VIH/SIDA e ainda com os Serviços Prisionais.*

*Claro que o papel doutros técnicos – enfermeiro, psicólogo, cinesiterapeuta, assistente social – é também fulcral e todos deverão ser olhados como parceiros imprescindíveis ao funcionamento eficaz da rede.*

A criação desta rede deverá basear-se na **reorganização e melhor articulação dos recursos disponíveis**, com reforços pontuais, por forma a otimizar o desempenho de todos os parceiros.

É essencial haver uma **comunicação fácil** entre os elementos da rede por forma a facilitar a formação/informação dos diversos elos e a circulação/referenciação dos doentes, para o que será fundamental o recurso às novas tecnologias de informação.

A rede deverá **facilitar o acesso dos doentes aos diversos níveis de cuidados**, desenvolvendo aspectos como os da teleconsulta, da marcação de consultas e exames por via electrónica, entre outros.

Os actuais **Programas Nacionais** (Tuberculose, Asma e DPOC) devem articular-se entre si e constituírem o eixo em torno do qual se estruturará a *Rede Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Respiratórias*. Sem dúvida que esses Programas têm conseguido bons resultados e contribuído para focalizar a atenção dos diversos parceiros nas doenças respiratórias. É necessário contudo melhorar os sistemas de monitorização e avaliação em tempo útil, melhorar a articulação entre si e com áreas afins e criar sinergismos com as áreas



sociais, do trabalho e do sistema judicial. Será ainda fundamental desenvolver a articulação dos Especialistas que integram os Planos com as áreas da saúde Pública e da medicina Preventiva

O funcionamento da Rede deverá assentar na criação dum **Sistema de Informação Integrado das Doenças Respiratórias** de âmbito nacional, mas reflectindo as desigualdades geográficas e sociais presentes a nível regional, cujas bases foram apontadas por *Madalena Teles de Araújo* no Relatório do ONDR de 2006 e que se transcrevem, em síntese:

*O sistema de informação deverá permitir a análise de indicadores pré – estabelecidos de vários grupos: epidemiológicos, demográficos, ambientais, de utilização de recursos de saúde e económicos. Deverá para tal promover e padronizar a recolha, análise e disseminação dos dados, por forma a que estes sejam abrangentes, comparáveis, fiáveis e actualizados. Deverá ainda contextualizar os dados transformando-os em informação . O sistema disseminará, portanto, a evidência necessária para tomar decisões a nível nacional e a nível regional.*

*As tecnologias de informação e comunicação facilitarão a comunicação ao longo da rede de intervenientes, desde a recolha, transmissão e análise de dados até à sua disseminação.*

*O sistema de informação integrado das doenças respiratórias permitirá nomeadamente conhecer, a nível regional, quais as necessidades das populações, e a procura de cuidados de saúde, monitorizar a acessibilidade, a equidade, a efectividade, a eficiência, a qualidade e os ganhos em saúde e promover a participação dos cidadãos e das comunidades.*

Como ponto de partida a Fundação Portuguesa do Pulmão propõe-se promover em 2010 e 2011 um **Inquérito Nacional de Base Populacional de Caracterização da Saúde Respiratória em Portugal**, uma vez que temos ainda enormes lacunas no conhecimento real dessa situação, estando-se no momento a desenhar a estrutura desse Projecto.

### **III – Envolvimento da Sociedade Civil e Capacitação dos Doentes**

É hoje geralmente aceite que a promoção da saúde duma população é uma responsabilidade não só dos governos e dos técnicos de saúde, mas muito especialmente de cada cidadão, pois que da sua acção, individual e colectiva, depende o êxito das medidas preventivas e de controle da doença. É também a eles que compete, em última análise determinar a locação de fundos. Organizados, grupos de cidadãos poderão ter um papel fulcral no êxito das políticas de saúde e deverão ser capazes de intervir junto dos poderes instituídos na chamada da atenção para os problemas que forem detectados. A sua acção será ainda da maior importância na intervenção junto dos grupos mais vulneráveis.

Por outro lado os sistemas de saúde devem ter como centro o doente, para o qual existem e em torno dos quais se devem organizar. Mas o doente, sobretudo o doente crónico, deve ser capacitado para exercer a sua missão de controlar a evolução da sua própria doença.

Como já referimos as doenças respiratórias são em grande parte resultantes de comportamentos de risco, individuais (fumo de tabaco) ou colectivos( poluição do ar que respiramos). Doenças crónicas como a Asma



e a DPOC são o paradigma das doenças em que o controle pelo doente é fundamental para melhoria da qualidade de vida dos doentes. A maioria das doenças infecciosas respiratórias transmitem-se pelo ar, fazendo com que a educação dos cidadãos e dos doentes seja fundamental para a minimização do seu impacto.

Estes aspectos deverão ser tidos em conta na elaboração de todos os Programas e projectos que integrem o PNPCDR, os quais deverão ser desenhados por forma a envolverem a Sociedade Civil e a promoverem a educação para a saúde respiratória de cidadãos e doentes.

*Este documento traduz um consenso da Fundação Portuguesa do Pulmão, tendo sido aprovado em Conselho de Administração, com o parecer favorável do Conselho Científico.*

*Este documento obteve também o parecer favorável da Sociedade Portuguesa de Pneumologia e da Associação Respira, conforme documentos anexos.*

*Lisboa, 25 de Janeiro de 2010*

*O Presidente ,*

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'A. Teles de Araújo', is positioned in the lower-left area of the page.

*Dr. A. Teles de Araújo*