

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

ASSUNTO:	Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
PALAVRAS-CHAVE:	Doença pulmonar obstrutiva crónica
PARA:	Médicos do Sistema Nacional de Saúde
CONTACTOS:	Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de dezembro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite a seguinte

I – NORMA

1. O diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é feito na presença de:
 - a) sintomas respiratórios crónicos e progressivos (tosse, expectoração, dispneia, cansaço com atividade física e pieira);
 - b) exposição a fatores de risco (tabaco, poeiras e gases inalados);
 - c) alterações espirométricas considerando (relação FEV1/FVC^a inferior a 70% após broncodilatação).
2. Recomenda-se que a avaliação dos sintomas seja ativamente investigada, uma vez que os doentes tendem a desvalorizá-los ou por estarem ausentes em repouso ou por autolimitação da atividade física.
3. A espirometria é sempre realizada para diagnosticar obstrução ao fluxo aéreo em doentes com sintomas respiratórios.
4. O grau de redução do FEV1 determina a gravidade da doença (ver Anexo quadro I).
5. Os doentes com FEV1 inferior a 50% devem efetuar gasometria arterial.
6. Uma saturação de oxigénio (SatO₂) em repouso < 92% deve conduzir à realização de gasometria arterial.
7. A DPOC associa-se a múltiplas comorbilidades que contribuem para aumentar a gravidade da doença, pelo que devem ser ativamente investigadas.
8. As exacerbações agudas da DPOC estão associadas ao agravamento da doença, pelo que devem ser prevenidas e tratadas.
9. Pelo facto do principal fator de risco de DPOC ser a exposição prolongada ao fumo do tabaco (havendo no entanto outros, como sejam a exposição ambiental ou profissional) todos os fumadores devem:

^a FEV (volume expiratório forçado no 1º Segundo) e FVC (capacidade vital forçada)

- a) ser alvo de uma intervenção breve (sensibilização de alguns minutos) sobre a necessidade e vantagens da evicção tabágica. Esta é passível de ser efetuada por qualquer profissional de saúde;
 - b) ser referenciados a consulta de desabituação tabágica, se motivados para deixar de fumar.
10. Todos os indivíduos com DPOC devem fazer, anualmente, vacina da gripe (evidência A).
11. A vacina pneumocócica é recomendada em indivíduos com idade \geq a 65 anos ou com idade $<$ 65 anos se tiverem um FEV1 $<$ 40% (evidência B).
12. O tratamento farmacológico da DPOC efetua-se em doentes sintomáticos, segundo os estádios de gravidade^b, definidos pelo grau de redução do FEV1, com:
- a) estágio I ligeiro: broncodilatadores inalatórios de curta duração de ação, B2 agonistas (SABA) ou anticolinérgicos (SAMA) em SOS (evidência A);
 - b) estágio II moderado: broncodilatadores inalatórios de longa duração de ação, B2 agonistas (LABA) e anticolinérgicos (LAMA), em monoterapia e/ou em associação, de forma a controlar os sintomas (evidência A);
 - c) estágio III grave: broncodilatadores inalatórios de longa duração de ação, B2 agonistas (LABA) e anticolinérgicos (LAMA) em monoterapia e/ou em associação, adicionados a corticosteroides inalados (ICS) (evidência A)
 - d) estágio IV: pode haver necessidade de acrescentar às terapêuticas anteriores oxigenoterapia (evidência A)
13. A presença de sintomas não controlados de forma adequada ou a existência de exacerbações frequentes, com o tratamento farmacológico referido, pode modular a estratificação terapêutica, pelo que se propõe, nesses casos, o seguinte algoritmo de decisão (ver Anexo quadro II).
14. A opção terapêutica deverá obedecer a critérios de efetividade (o que implica que certas escolhas devam ser justificadas sempre que se considerem ser a melhor alternativa para o doente. Caso contrário, deve privilegiar-se a opção terapêutica de menor custo para igual eficácia, salvaguardando o cumprimento das orientações de boa prática clínica).
15. O tratamento das exacerbações agudas da DPOC deverá ser efetuado fazendo uso combinado de doses mais elevadas de broncodilatadores, nomeadamente de curta ação, para alívio mais rápido da dispneia. O uso de corticosteroides orais ou endovenosos (25 mg a 50 mg de prednisolona ou equivalente por dia entre 7 a 14 dias) é recomendado em doentes graves e muito graves. Os antibióticos são fundamentais no tratamento das exacerbações agudas da DPOC graves que cursam com purulência. No sentido de escolher o antibiótico mais adequado podemos dividir as exacerbações agudas da DPOC em simples ou complicadas (ver em Anexo quadro III).
16. Recomenda-se a prescrição de oxigenoterapia de longa duração nos doentes que têm hipoxemia grave em repouso (evidência A).

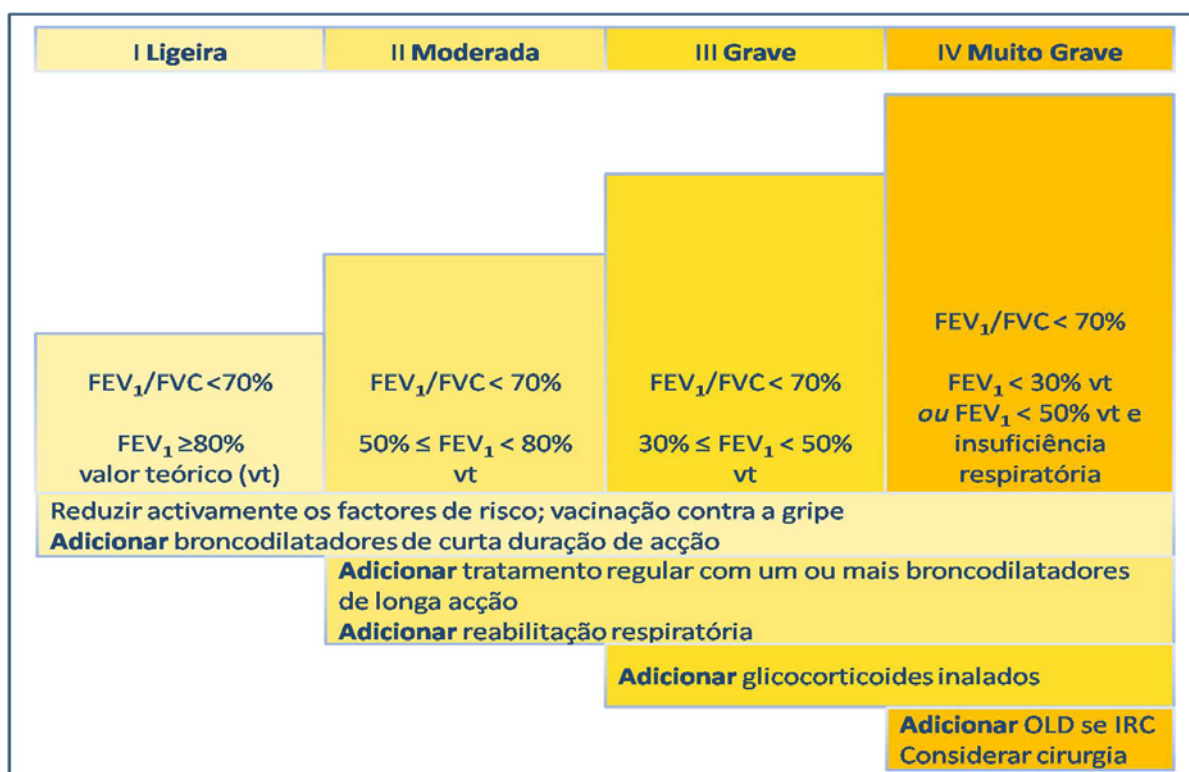
^b Ver Anexo Quadro I: Gravidade da DPOC de acordo com espirometria

17. São candidatos a um programa de reabilitação respiratória (evidência A):
- os doentes graves e muito graves ($FEV1 < 50\%$);
 - os doentes ligeiros e moderados ($FEV1 \geq 50\%$) com limitação da capacidade de exercício;
 - os doentes com internamento por exacerbação.
18. Deverão ser referenciados a serviço especializado doentes com:
- diagnóstico incerto / não estabelecido;
 - sintomas desproporcionados para o grau de obstrução;
 - início da doença antes dos 40 anos;
 - suspeita de défice de $\alpha 1$ antitripsina;
 - curso da doença rapidamente progressivo (declínio rápido do $FEV1$, dispneia progressiva, grave limitação funcional);
 - exacerbações graves e recorrentes apesar de tratamento otimizado;
 - DPOC grave ou muito grave ($FEV1 < 50\%$);
 - necessidade de oxigenoterapia de longa duração e/ou ventilação não invasiva;
 - indicação para programas de reabilitação respiratória;
 - suspeita de síndrome de apneia do sono associado;
 - necessidade de avaliação para cirurgia e transplante.
19. A ventilação não invasiva deve ser efetuada nos episódios agudos que cursam com insuficiência respiratória aguda hipercápnica (tipo II) (evidência A).
20. A presente Norma revoga a Circular Informativa nº 33/DSCS, de 19/11/2008, da Direção-Geral da Saúde.
21. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.

II – CRITÉRIOS

- A DPOC é uma doença progressiva que pode conduzir à insuficiência respiratória e morte. Todos os profissionais de saúde têm a responsabilidade de ajudar os doentes e seus cuidadores, no estabelecimento de um plano de cuidados que assista o doente durante toda a evolução da doença.
- O especialista de medicina geral e familiar tem um papel fundamental no diagnóstico precoce e seguimento do doente com DPOC.
- O diagnóstico precoce da DPOC e o seu tratamento adequado são imprescindíveis a uma abordagem correta. Permitem a melhoria dos sintomas, a diminuição das exacerbações, o atraso no declínio da função pulmonar, não devendo existir, ou reduzindo ao mínimo, as ações acessórias da terapêutica utilizada.

- d) A dispneia deve ser avaliada utilizando o questionário adaptado do *Medical Research Council* (ver questionário no Anexo).
- e) Não existe uma relação linear entre o número de anos de exposição ao tabaco e a DPOC. A exposição continuada, durante 30-40 anos, pode resultar em elevada probabilidade na existência de obstrução aérea e na presença de sintomas. Esta exposição ao fumo do tabaco deve ser quantificada e expressa em UMA (Unidades Maço Ano = nº cigarros fumados por dia / 20 x nº anos; por exemplo o consumo de 1 maço/dia durante 25 anos é igual a 25 UMA).
- f) Não há evidência que suporte a realização de rastreios em indivíduos assintomáticos.
- g) Em indivíduos com mais de 40 anos, com história de tabagismo, poder-se-á realizar uma espirometria, com o objetivo de efetuar um diagnóstico precoce.
- h) A presença de obstrução aérea não reversível ou parcialmente reversível após broncodilatador (FEV1/FVC < 70%) não é exclusivo da DPOC, pelo que devem ser excluídas outras patologias com sintomas respiratórios que o possam apresentar (asma, bronquiectasias, sequelas de tuberculose pulmonar, repercussão pulmonar da insuficiência cardíaca, entre outras).
- i) A gravidade da DPOC é caracterizada por critérios funcionais (ver quadro I no Anexo).
- j) Independentemente da gravidade funcional, são fatores de agravamento a existência de exacerbações frequentes e a presença de comorbilidades como:
 - i. afeções cardiovasculares;
 - ii. disfunção muscular periférica;
 - iii. cancro do pulmão;
 - iv. osteoporose e osteopenia;
 - v. ansiedade e depressão;
 - vi. síndrome metabólico.
- k) O tratamento da doença estável deve ser o adequado à gravidade e tem por objetivos: aliviar os sintomas, prevenir a progressão da doença, melhorar a capacidade de exercício, prevenir e tratar complicações e exacerbações e reduzir a mortalidade.
- l) Cada estágio de gravidade da DPOC, apresenta opções terapêuticas, que não têm eficácia e custos idênticos, embora possam ser consideradas alternativas válidas podendo o seu tratamento ser esquematizado de acordo seguinte quadro.



- m) A terapêutica combinada com ICS e LABA é mais eficaz do que a administração dos fármacos em separado.
- n) Não se recomenda o tratamento a longo prazo com corticosteroides sistémicos (evidência A).
- o) Antibióticos só estão recomendados no tratamento das exacerbações infecciosas.
- p) Não se recomenda a administração regular de mucolíticos e antitússicos.
- q) O recurso a programas educacionais de auto gestão efetuados individualmente no domicílio ou em grupo nos centros de saúde, devem ser implementados associados à reabilitação respiratória.
- r) Todos os doentes com DPOC devem ser encorajados a manter uma vida ativa. Os programas educacionais e de auto gestão devem ser incentivados, nomeadamente na vertente da correta utilização dos inaladores.
- s) Recomenda-se a prescrição de Oxigenoterapia de Longa Duração a doentes estáveis, com otimização terapêutica, que tenham efetuado cessação tabágica e que apresentem em repouso $PaO_2 \leq 55$ mm Hg ou doentes com PaO_2 entre 55-60 mm Hg, com *cor pulmonale* crónico ou hipertensão arterial pulmonar e/ou poliglobúlia (hematócrito $>55\%$).
- t) As exacerbações agudas da DPOC caracterizam-se pela modificação das características habituais e aumento da dispneia, da tosse e da produção de expectoração, levando a um aumento da medicação habitual e/ou a necessidade de medicação suplementar. Cerca de

metade das exacerbações agudas da DPOC são de etiologia infecciosa. Outras causas incluem insuficiência cardíaca congestiva, exposição a alérgenos e irritantes e tromboembolismo.

- u) As estratégias para prevenir as exacerbações agudas da DPOC são, entre outras:
 - i. cessação tabágica;
 - ii. vacinação (anualmente para a gripe; considerar a pneumocócica);
 - iii. uso regular de broncodilatadores de longa ação (LABA ou LAMA);
 - iv. uso regular de terapêutica de associação ICS/LABA em doentes graves ou muito graves com >1 exacerbações agudas da DPOC/ano);
 - v. reabilitação respiratória;
 - vi. auto gestão da doença.
- v) O diagnóstico e avaliação das exacerbações agudas da DPOC devem ser efetuados com base numa história clínica e exame físico cuidadoso. Eventualmente poderá ser necessário recorrer a meios complementares de diagnóstico e terapêutica.
- w) Os doentes muito graves com grave obstrução ao fluxo aéreo ($FEV1 < 30\%$), mau *status* funcional (MRC 4 a 5 do questionário em Anexo) ou nutricional ($IMC < 19 \text{ Kg/m}^2$), presença de hipertensão pulmonar e com exacerbações graves e recorrentes que requerem hospitalização, apresentam um elevado risco de morte durante as exacerbações. Estes doentes beneficiam de acompanhamento por profissionais com experiência em cuidados paliativos, nomeadamente no alívio da dispneia refractária terminal.

III – AVALIAÇÃO

- a) A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional.
- b) A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- c) A efetividade da implementação da presente Norma e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- d) A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde e da Administração Central do Sistema de Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- e) A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores, que constam nos bilhetes de identidade que se encontram em anexo e dela fazem parte integrante:
 - i. Percentagem de pessoas inscritas com diagnóstico de DPOC;
 - ii. Valor da prescrição de agonistas adregêncios beta-2 seletivos por doente inscrito com diagnóstico de DPOC;

- iii. Valor da prescrição de glucocorticoides inaladas por doente inscrito com diagnóstico de DPOC;
- iv. Valor da prescrição de broncodilatadores por doente inscrito com diagnóstico de DPOC;
- v. Percentagem de pessoas com diagnóstico de DPOC com prescrição de oxigenoterapia;
- vi. Percentagem de pessoas com agudização de DPOC face ao total de doentes com diagnóstico de DPOC.

IV – FUNDAMENTAÇÃO

- a) A prevalência da DPOC em Portugal atinge valores de 14.2% nos indivíduos adultos com mais de 40 anos de idade, segundo estudo efetuado numa amostragem representativa da população da área metropolitana de Lisboa, integrado num estudo mundial (BOLD). Por outro lado, segundo dados publicados pela Direção-Geral da Saúde, o número de internamentos por DPOC entre 2000 e 2008, aumentou cerca de 20%, tendo o custo por doente aumentado 16% ultrapassando o custo total dos internamentos os 25 milhões de euros, o que equivale a um aumento de 39.2%.
- b) De referir que de acordo com estudo de 2006 efetuado em doentes internados, o custo médio anual de um doente com DPOC muito grave atinge os mais de 8.000 euros, enquanto os estádios menos graves variam os cerca de 2.000 euros e os 4.000 euros.
- c) Por outro lado, as exacerbações da DPOC estão associadas ao agravamento da doença, acelerando o declínio da função respiratória e aumentando a mortalidade.
- d) É possível concluir que a perspetiva de controlo e tratamento desta afeção permitiria, não só a melhoria da qualidade de vida dos doentes e famílias, como a maior racionalização dos elevados custos envolvidos.

V- APOIO CIENTÍFICO

- a) António Bugalho de Almeida (coordenação científica), Anabela Coelho (coordenação executiva), Fernando Menezes, João Cardoso, João Carlos Winck e Paula Simão.
- b) A presente Norma foi visada pela Presidência da Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas.
- c) A versão de teste da presente Norma vai ser submetida à audição das sociedades científicas
- d) A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, ao abrigo de protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.
- e) Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- f) Durante o período de audição só serão aceites comentários inscritos em formulário próprio disponível no site desta Direção-Geral, acompanhados das respetivas declarações de interesse.

BIBLIOGRAFIA

COPD Prevalence in Portugal. The Burden of Obstructive Lung Disease Study (BOLD). C. Bárbara, J. Cardoso, P. Simão. et al, Abstract 1741 Eur Respirat Congress 2010. www.ersnet.org

Diagnosis and Management of Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Clinical Practice Guideline Update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society Ann Intern Med. 2011; 155: 179-191

Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) – normas de Boas Práticas na Cessaçã Tabágica - Circular informativa nº 51/DSPCD de 28/12/09. www.dgs.pt

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) – update 2010. www.goldcopd.org

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Clinical Guidelines update 101. www.nice.org.uk

Orientaçã técnica sobre exacerbações da doençã pulmonar obstrutiva crnica (DPOC) – Circular informativa nº34/DSCS de 19/11/08. www.dgs.pt

Orientaçã técnica sobre o diagnóstico e controlo da doençã pulmonar obstrutiva crnica (DPOC) – Circular informativa nº 9 / DSPCS de 27/02/07. www.dgs.pt

Orientaçã técnica sobre o diagnóstico e controlo da doençã pulmonar obstrutiva crnica (DPOC) – Circular informativa nº 9 / DSPCS de 27/02/07. www.dgs.pt

Orientaçã técnica sobre reabilitaçã respiratória na doençã pulmonar obstrutiva crnica (DPOC) – Circular informativa nº 40/DSPCD de 27/10/09. www.dgs.pt

Prescriçã de cuidados respiratórios domiciliários (Proposta de Atualizaçã da Circular Normativa N 06/DSPCS da Direçã-Geral da Saúde). www.dgs.pt

Programa Nacional de Prevençã e Controlo da Doençã Pulmonar Obstrutiva Crnica. www.dgs.pt.

Reis Neuza, Cardoso J., Pereira J. Impacto do programa da DPOC na qualidade de vida no Hospital de Santa Marta, dissertaçã de mestrado, Escola Nacional de Saude Publica, Lisboa, 2007.



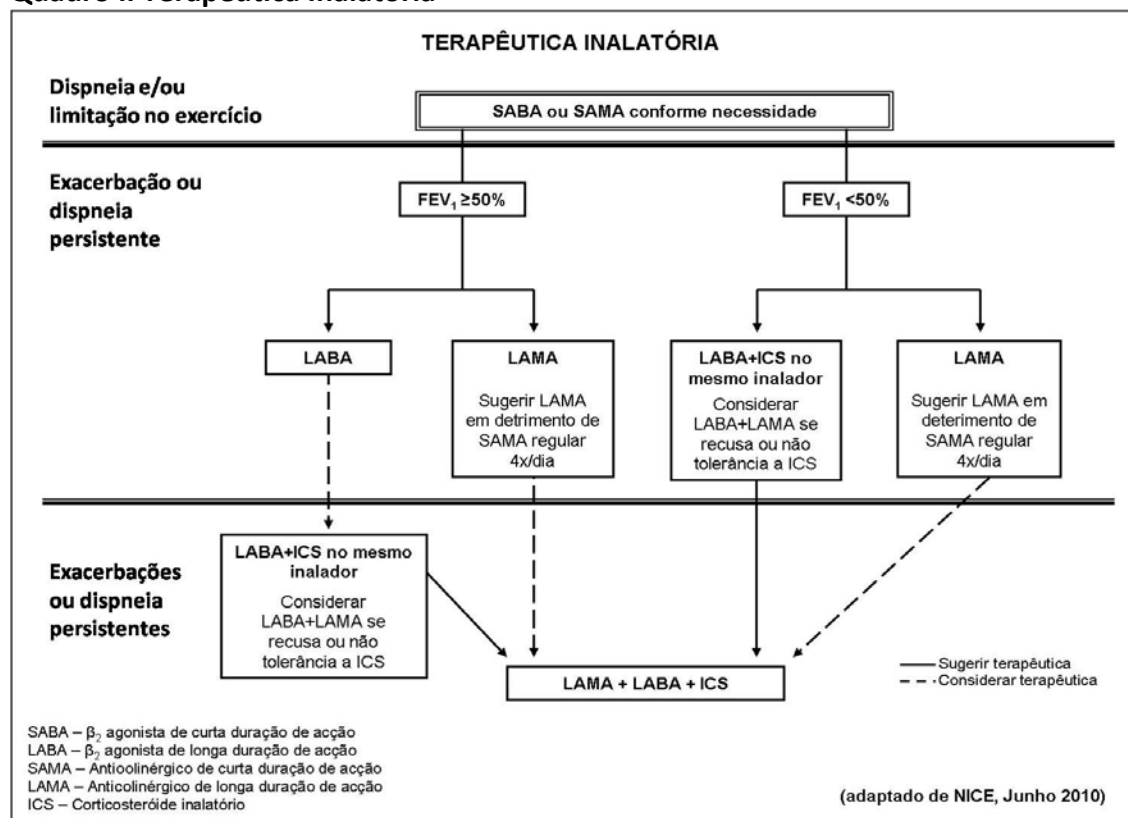
Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXOS

Quadro I Gravidade da DPOC de acordo com espirometria

Pós broncodilatação	Pós broncodilatação
FEV ₁ / FVC < 0.7	Estadio 1 – Ligeiro FEV ₁ ≥ 80%
	Estadio 2 – Moderado FEV ₁ < 80% e ≥ 50%
	Estadio 3 – Grave FEV ₁ < 50% e ≥ 30%
	Estadio 4 – Muito Grave FEV ₁ < 30% ou FEV ₁ < 50% com insuficiência respiratória crónica (IRC)

Quadro II Terapêutica Inalatória



Quadro III

Grupo	Situação clínica	Sintomas e fatores de risco	Patógenos prováveis	1ª escolha
Exacerbações Agudas Simples	Sem fatores de risco	Aumento da purulência e dispneia	<i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i>	Amoxicilina+Ácido Clavulânico Cefalosporina de 2ª, 3ª G doxiciclina, macrolidos
Exacerbações Agudas Complicadas	Com fatores de risco	Os anteriores mais um dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ FEV1 < 50% do previsto ▪ ≥ 4 exacerbações agudas/ ano ▪ Doença Cardíaca Isquémica em oxigenoterapia de longa duração ▪ Uso crónico de esteroides orais 	<i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Klebsiella</i> e outros Gram-negativos Possibilidade de resistência aos <i>betalactâmicos</i> <i>Pseudomonas</i>	Fluoroquinolonas betalactâmico/inibidor beta-lactamases

QUESTIONÁRIO DE DISPNEIA

(adaptado do *Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire*)

Nome:..... Data: / /

Assinale com uma cruz (assim X), o quadrado (•) correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.

GRAU 1

Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso.

“Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso”. •

GRAU 2

Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado.

“Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado”. •

GRAU 3

Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal.

“Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal”. •

GRAU 4

Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos.

“Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos”. •

GRAU 5

Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.

“Estou sem fôlego para sair de casa”. •

BILHETES DE IDENTIDADE

Designação	Percentagem de pessoas inscritas com diagnóstico de DPOC		
Tipo de Indicador	QUALIDADE TÉCNICA/ EFECTIVIDADE	Entidade Gestora	ACES
Tipo de falha		Período aplicável	Ano
Objectivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do Indicador	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico		
Frequência de monitorização	Anual	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES/ ARS	Fórmula	A/ B x 100
		Output	Percentagem de utentes
Prazo Entrega Reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de Referência	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Critérios de inclusão	Numerador: - Denominador - Ter este diagnóstico sinalizado como activo na sua lista de problemas (classificação ICPC = R95) no período em análise Denominador: - Ter inscrição no ACES no período em análise		
Observações			
Factor crítico	A qualidade do indicador depende do registo do diagnóstico no sistema de informação		

Variáveis	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Número de pessoas inscritas com diagnóstico de DPOC	SI USF/UCSP	Nº de inscritos
B - Denominador	Número de pessoas inscritas	SI USF/UCSP	Nº de inscritos

Designação	Valor da prescrição de agonistas adregêncios beta-2 selectivos por doente inscrito com diagnóstico de DPOC		
Tipo de Indicador	EFICIÊNCIA	Entidade Gestora	ACES
Tipo de falha		Período aplicável	Ano
Objectivo	Monitorizar o valor prescrito e aplicar a Norma da DGS		
Descrição do Indicador	Indicador que exprime o valor de prescrição de agonistas adregêncios beta-2 selectivos		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	€
Responsável pela monitorização	ACES/ ARS	Fórmula	A/ B
		Output	Valor da prescrição por doente
Prazo Entrega Reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de Referência	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Crítérios de inclusão	Numerador: - Denominador; - Valor das prescrições (PVP) de agonistas adregêncios beta-2 selectivos (grupo farmacoterapêutico 5.1.1.) (PVP) no intervalo de tempo em análise Denominador: - Ter inscrição no ACES no período em análise - Ter diagnóstico de DPOC (R95)		
Observações			
Factor crítico			

Variáveis	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Valor das prescrições de agonistas adregêncios beta-2 selectivos (PVP)	SI USF/UCSP	€
B - Denominador	Número de inscritos com diagnóstico de DPOC	SI USF/UCSP	Nº de inscritos

Designação	Valor da prescrição de glucocorticóides inaladas por doente inscrito com diagnóstico de DPOC		
Tipo de Indicador	EFICIÊNCIA	Entidade Gestora	ACES
Tipo de falha		Período aplicável	Ano
Objectivo	Monitorizar o valor prescrito e aplicar a Norma da DGS		
Descrição do Indicador	Indicador que exprime o valor de prescrição glucocorticóides inaladas		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	€
Responsável pela monitorização	ACES/ ARS	Fórmula	A/ B
		Output	Valor da prescrição por doente
Prazo Entrega Reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de Referência	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Crítérios de inclusão	Numerador: - Denominador; - Valor das prescrições (PVP) de glucocorticóides inaladas (grupo farmacoterapêutico 5.1.3.1.) (PVP) no intervalo de tempo em análise Denominador: - Ter inscrição no ACES no período em análise - Ter diagnóstico de DPOC (R95)		
Observações			
Factor crítico			

Variáveis	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Valor das prescrições de glucocorticóides inaladas (PVP)	SI USF/UCSP	€
B - Denominador	Número de inscritos com diagnóstico de DPOC	SI USF/UCSP	Nº de inscritos

Designação	Valor da prescrição de broncodilatadores por doente inscrito com diagnóstico de DPOC		
Tipo de Indicador	EFICIÊNCIA	Entidade Gestora	ACES
Tipo de falha		Período aplicável	Ano
Objectivo	Monitorizar o valor prescrito e aplicar a Norma da DGS		
Descrição do Indicador	Indicador que exprime o valor de prescrição broncodilatadores		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	€
Responsável pela monitorização	ACES/ ARS	Fórmula	A/ B
		Output	Valor da prescrição por doente
Prazo Entrega Reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de Referência	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Crítérios de inclusão	Numerador: - Denominador; - Valor das prescrições (PVP) de broncodilatadores (grupo farmacoterapêutico 5.1.) (PVP) no intervalo de tempo em análise Denominador: - Ter inscrição no ACES no período em análise - Ter diagnóstico de DPOC (R95)		
Observações			
Factor crítico			

Variáveis	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Valor das prescrições de broncodilatadores (PVP)	SI USF/UCSP	€
B - Denominador	Número de inscritos com diagnóstico de DPOC	SI USF/UCSP	Nº de inscritos

Designação	Percentagem de pessoas com diagnóstico de DPOC com prescrição de oxigenoterapia		
Tipo de Indicador	QUALIDADE TÉCNICA/ EFECTIVIDADE	Entidade Gestora	ACES
Tipo de falha		Período aplicável	Ano
Objectivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do Indicador	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico		
Frequência de monitorização	Anual	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES/ ARS	Fórmula	A/ B x 100
		Output	Percentagem de utentes
Prazo Entrega Reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de Referência	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Crítérios de inclusão	Numerador: - Denominador - Ter prescrição de oxigenoterapia Denominador: - Ter inscrição no ACES no período em análise - Ter diagnóstico de DPOC (R95)		
Observações			
Factor crítico	A qualidade do indicador depende do registo do diagnóstico no sistema de informação e da prescrição electrónica de exames		

Variáveis	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Número de inscritos com diagnóstico de DPOC, com prescrição de oxigenoterapia	SI USF/UCSP	Nº de inscritos
B - Denominador	Número de inscritos com diagnóstico de DPOC	SI USF/UCSP	Nº de inscritos

Designação	Percentagem de pessoas com agudização de DPOC face ao total de doentes com diagnóstico de DPOC		
Tipo de Indicador	QUALIDADE TÉCNICA/ EFECTIVIDADE	Entidade Gestora	ACES
Tipo de falha		Período aplicável	Ano
Objectivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do Indicador	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico		
Frequência de monitorização	Anual	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES/ ARS	Fórmula	A / B x 100
		Output	Percentagem de utentes
Prazo Entrega Reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de Referência	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Critérios de inclusão	Numerador: - Ter este diagnóstico sinalizado como activo na sua lista de problemas (classificação ICPC = R74) no período em análise Denominador: - Ter este diagnóstico sinalizado como activo na sua lista de problemas (classificação ICPC = R95) no período em análise - Ter inscrição no ACES no período em análise		
Observações			
Factor crítico	A qualidade do indicador depende do registo do diagnóstico no sistema de informação		

Variáveis	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Número de pessoas inscritas com agudização de DPOC	SI USF/UCSP	Nº de inscritos
B - Denominador	Número de pessoas inscritas com diagnóstico de DPOC	SI USF/UCSP	Nº de inscritos