



Alto Comissariado
da Saúde



Plano Nacional de Saúde
2011-2016

Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir

Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016

Autores:

Luís Silva Miguel

Centro de Investigação Sobre Economia Portuguesa, Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade Técnica de Lisboa

Armando Brito de Sá

Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

**Ministério da Saúde
Alto Comissariado da Saúde**

Lisboa, Novembro de 2010

Conteúdo

PARTE I - CONTEXTO E EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	3
1. Enquadramento	4
2. A Evolução da Reforma	5
PARTE II - DESENVOLVIMENTO DOS CSP DURANTE O PERÍODO 2011-2016.....	9
1. Estratégias e Metas decorrentes da Reforma dos CSP	10
2. Áreas Específicas de Intervenção em CSP durante o Período 2011-2016.....	12
2.1. Reforço da prestação de cuidados primários no combate ao tabagismo	12
2.2. Contribuição dos CSP para a melhoria dos comportamentos alimentares	17
2.3. Reforço da saúde mental nos CSP.....	23
2.4. Contribuição dos CSP para o controle das infecções sexualmente transmissíveis.....	27
2.5. Saúde oral no contexto dos CSP.....	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

PARTE I

CONTEXTO E EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

1. Enquadramento

É hoje relativamente pacífico que os sistemas de saúde assentes numa estrutura sólida de cuidados de saúde primários (CSP) são mais custo-efectivos, apresentam maior equidade e resultam em melhores níveis de saúde e satisfação das populações (Biscaia e col., 2008).

O aparecimento dos CSP em Portugal, enquanto rede prestadora de cuidados de saúde, tem origem na reforma do sistema de saúde e da assistência delineada por Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio e Baltazar Rebelo de Sousa em 1971, antes da Declaração de Alma Ata, de 1978, e da constituição do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português em 1979.

O sucesso da implementação dos cuidados de saúde primários em Portugal é claro e com evidentes ganhos em saúde. Biscaia e col. (2008), por exemplo, comparam a evolução de Portugal com outros sete países da OCDE (Bélgica, Reino Unido, Estados Unidos da América, Grécia, Espanha, Irlanda e Suécia). A evolução, entre 1960 e 2002, de indicadores como a esperança de vida à nascença, as taxas de mortalidade infantil, neonatal e perinatal, ou os anos de vida potencial perdidos ilustram de forma clara os ganhos que se conseguiram alcançar neste período.

A cobertura generalizada do território nacional pelos CSP é conseguida após a criação do SNS em 1979. No entanto, o modelo de gestão e organização da prestação de cuidados, com a excessiva centralização nas Sub-Regiões e nas Administrações Regionais de Saúde, a crescente desproporção entre recursos humanos existentes nos cuidados de saúde primários e nos cuidados secundários e um sistema remuneratório sem incentivos para premiar e estimular os melhores desempenhos, conduziram a uma deterioração da capacidade de prestação de cuidados e a uma crescente desmotivação dos profissionais.

Esta desmotivação conduziu a várias experiências de organização e de remuneração (Miguel, 2010) que se vieram a traduzir na reforma dos cuidados de saúde primários que se iniciou formalmente em 2005. É consensual que os resultados da reforma têm sido positivos, com um aumento da acessibilidade e da satisfação quer de profissionais quer de utentes (GCR CSP, 2009; Santos e col., 2007). Adicionalmente, o tipo de contratualização implementado permite perspectivar que se continue a fazer mais e melhor em áreas já desenvolvidas no âmbito dos CSP.

No entanto, a adesão à reforma não tem sido uniforme ao longo da país, criando alguma desigualdade nos cuidados de saúde disponibilizados aos cidadãos.

Consequentemente, este é um dos desafios que se colocam e para o qual se devem encontrar respostas durante o período de vigência do próximo Plano Nacional de Saúde.

Por outro lado, os CSP, bem como o próprio SNS, apresentam lacunas na provisão de cuidados em algumas áreas específicas. Nesta análise propomos cinco áreas que julgamos poderem e deverem ser objecto de investimento até 2016 no âmbito dos cuidados de saúde primários. A sua inclusão deve ser encarada como um acréscimo na provisão de serviços e não concorrer com os cuidados já actualmente prestados.

Finalmente, este documento não deve ser encarado de forma isolada. Pelo contrário, deve ser visto como mais um contributo, em paralelo com os fornecidos pelo Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (GCRCS), e sob a liderança das unidades governamentais no âmbito dos CSP, nomeadamente as Coordenações Nacional e Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários.

2. A Evolução da Reforma

A prestação de CSP em Portugal sofreu uma profunda reforma nos últimos anos. A Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) implementou tendências inovadoras em termos de organização e de remuneração que se vinham testando desde 1996 com os Projectos Alfa e, posteriormente, com o Regime Remuneratório Experimental (MCSP, 2006). Esta reforma abrange a reorganização local dos cuidados, com especial ênfase nas recentemente criadas Unidades de Saúde Familiar (USF) e na reorganização dos Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), com o conseqüente desaparecimento da estrutura intermédia constituída pelas Sub-Regiões de Saúde.

Deve ser salientada a estrutura dos ACES, que incluem, além das USF e de órgãos específicos dirigidos à gestão e decisão, uma série de estruturas funcionais: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Assentando embora na tríade clássica de profissionais dos CSP – médicos, enfermeiros e pessoal administrativo – os ACES, levados ao seu limite, deverão vir a englobar a intervenção de uma significativa rede multiprofissional, tanto directamente sob a sua alçada como através de contratualização específica.

Trabalhando com populações cuja dimensão (50.000 a 200.000 pessoas) permite abordagens epidemiológicas estruturadas e economias de escala relevantes, os ACES encontram-se numa fase ainda muito inicial do seu desenvolvimento (GCR CSP, 2010). O mesmo Grupo Consultivo Para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários identifica várias áreas que necessitam de desenvolvimento, nomeadamente a gestão clínica, os instrumentos de apoio à reforma, os modelos de contratualização, os sistemas de informação e a articulação com os hospitais. Num documento mais recente, o próprio Ministério da Saúde elenca uma série de medidas conducentes ao desenvolvimento e evolução do modelo, designado como Etapa II da reforma dos Cuidados de saúde Primários (Ministério da Saúde, 2010).

As USF foram a face mais visível da reforma dos CSP, entre outros factores devido à possibilidade de alargamento da cobertura populacional. Em 8 de Novembro de 2010 encontravam-se em actividade 258 USF, havendo mais dezanove aprovadas e a aguardar abertura e ainda 95 em diferentes fases de avaliação. Segundo os dados da MCSP estas USF resultam num ganho de cobertura de 398.944 pessoas.

Em termos geográficos, a implantação das USF tem evoluído a duas velocidades, com maior desenvolvimento nas regiões do litoral em relação ao interior do país. O Quadro 1 permite perceber o impacto da reforma em cada uma das regiões de saúde.

Quadro 1 – Distribuição de USF e Profissionais por Região de Saúde

	USF		Médicos	Enfermeiros	Administrativos	Total
	N	%				
Alentejo	8	3,1	62	64	53	179
Algarve	9	3,5	62	64	58	184
Centro	28	10,9	192	195	152	539
Lisboa e Vale do Tejo	83	32,2	623	619	497	1739
Norte	130	50,4	887	904	705	2496
Total	258	100	1826	1846	1465	5137

O Quadro 1, contudo, não permite uma análise clara da situação, dado que não incorpora informação sobre a situação anterior à reforma. Já o Quadro 2 permite comparar a concentração de médicos em centros de saúde em 2007 com a quantidade de médicos actualmente em USF. Num cenário ideal, a proporção de médicos em USF seria igual em

todas as regiões. Contudo, embora se continue a notar uma tendência superior para trabalhar em USF no Norte e em LVT, nota-se que a situação não é tão díspar como indicia o Quadro 1.

Quadro 2 – Proporção de médicos que integraram USF em cada Região de Saúde

Região	Médicos em Centros de Saúde em 2007	Médicos em USF em Novembro de 2010	Rácio (%)
Alentejo	336	62	18
Algarve	294	62	21
Centro	1783	192	11
Lisboa e Vale do Tejo	2350	623	27
Norte	2271	887	39
Total	7033	1826	26

Torna-se assim necessário compreender as motivações que conduzem à inexistência de candidaturas a USF em determinados locais. Para tal poderão contribuir os dados do Quadro 3, em que se mostram o número médio de médicos por centro de saúde e o número de USF em funcionamento em cada distrito. Nota-se uma clara tendência para não existirem USF em distritos em que haja menos médicos em cada centro de saúde. Na origem deste fenómeno estarão diferentes razões, entre as quais é plausível sugerir motivos económicos, profissionais mais velhos com carreiras profissionais estabilizadas (resultando em baixa receptividade à mudança), número baixo de profissionais em cada unidade e dispersão geográfica das unidades e dos profissionais de saúde.

Quadro 3 – Relação entre quantidade de médicos por Centro de Saúde e número de USF em funcionamento, por distrito

Distrito	Médicos por Centro de Saúde	USF em funcionamento
Portalegre	5,9	3
Beja	7,6	1
Bragança	8,8	1
Guarda	9,1	1
Évora	9,6	4
Vila Real	10,1	1
Viseu	10,6	8
Santarém	13,0	13
Castelo Branco	13,4	0
Viana do Castelo	18,3	7
Faro	18,4	9
Coimbra	18,9	11
Leiria	19,0	10
Aveiro	26,0	23
Setúbal	28,0	18
Lisboa	33,4	44
Braga	35,4	31
Porto	35,8	73

Um fenómeno já previsto começa a manifestar-se: trata-se da perda de recursos humanos médicos resultante da variação acentuada em termos de médicos formados entre as décadas de 1970 e 2000. Prevê-se que, entre 2008 e 2020 cerca de 56% dos médicos de família deixem a sua actividade profissional (Santana e Vaz, 2009). Agravando a situação, a especialidade de medicina geral e familiar continua a ser pouco atractiva para os estudantes de medicina, mantendo-se um marcado viés de escolha para especialidades hospitalares (Biscaia e col., 2008) o que deverá resultar numa perda de cerca de 3% do número de médicos de família até 2020 (Santana e Vaz, 2009). Estas perdas resultarão inevitavelmente em menor cobertura da população e no conseqüente recurso desta ao nível secundário de cuidados, com evidentes reduções de eficiência e aumento de custos.

PARTE II

DESENVOLVIMENTO DOS CSP DURANTE O PERÍODO 2011-2016

1. Estratégias e Metas decorrentes da Reforma dos CSP

É proposto que se continue a trabalhar para que a oferta de CSP aos cidadãos se reforce, se diversifique e se generalize a nível nacional. Assim, importa não só estabelecer metas e traçar estratégias para alargar a reforma a todo o país mas também aumentar o âmbito de prestação de cuidados, quer alargando a oferta a áreas em que a cobertura por parte do Serviço Nacional de Saúde é deficitária, quer introduzindo ou reforçando actividades relevantes nos CSP. Estas actividades estão bem identificadas nos documentos estratégicos da MCSP e, mais recentemente, nas recomendações produzidas pelo Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (GCRCSP, 2010) e nas medidas imediatas preconizadas para a fase II da reforma dos CSP (Ministério da Saúde, 2010). Essas medidas deverão incluir:

- Continuação da reforma no âmbito dos ACES, com ajustes que ajudem a aumentar a sua implementação e autonomia e que diversifiquem a oferta de CSP.
- Reforço das competências dos ACES nas áreas de gestão e contratualização, nomeadamente através de indicadores de eficiência e qualidade.
- Reforço da eficácia dos cuidados prestados através de indicadores de resultados em saúde assentes em critérios baseados na evidência.
- Reforço da racionalidade diagnóstica e terapêutica dos cuidados prestados através de indicadores baseados em evidência clínica e fármaco-económica.
- Reforço da integração de cuidados do ponto de vista do cidadão, criando um contínuo ao longo todas as áreas de prestação.
- Implantação de sistemas de informação robustos, credíveis e facilmente utilizáveis na prática clínica, tendendo para um registo electrónico comum centrado no cidadão.
- Criação de mecanismos de atracção de estudantes de medicina para MGF e Saúde Pública.
- Introdução de novos modelos organizativos da prestação de cuidados, nomeadamente o modelo C preconizado pela MCSP. Esta medida ganha especial relevo no contexto de contracção de médicos de família em que nos encontramos.
- Reforço da desburocratização dos CSP.

Por serem áreas, como acima referido, objecto de atenção particular das estruturas competentes, o presente documento não se debruça em pormenor sobre elas nem define metas que permitam avaliar a sua execução.

Além deste conjunto de medidas globais, que contribuirão decisivamente para o reforço da rede nacional de CSP, propõem-se algumas áreas específicas de intervenção que se consideram estar hoje subvalorizadas e, desse modo, justificando intervenção diferenciada até à sua estabilização no tecido estrutural do sistema de saúde, nomeadamente nas áreas que em seguida se discriminam:

- Cessação tabágica
- Comportamentos alimentares
- Saúde mental
- Saúde sexual e reprodutiva
- Saúde oral

Deve ficar absolutamente claro que a escolha destas cinco áreas não constitui, de qualquer forma, uma desvalorização de qualquer outra área de intervenção. Esta escolha assentou nos seguintes critérios:

- Áreas com elevada relevância para as pessoas.
- Áreas em que é desejável e exequível a intervenção no âmbito dos CSP.
- Áreas nas quais as intervenções presentemente praticadas têm impactos na saúde positivos e mensuráveis.
- Áreas nas quais as intervenções presentemente praticadas apresentam relação custo-benefício positiva demonstrada.
- Áreas deficitárias no SNS, quer em termos de estrutura, quer de profissionais, quer de intervenções.

Dada a transversalidade e abrangência dos CSP, poderá sempre argumentar-se em favor de outras escolhas em detrimento das sugeridas nesta proposta; é nossa convicção que a informação disponível referente a estas cinco áreas permite sugerir que os ganhos em saúde obtidos estarão associados à maximização dos recursos que lhes forem destinados. Além

disso, pretende-se que as áreas propostas sejam implementadas buscando o maior alinhamento possível com outras iniciativas, públicas ou privadas, nos referidos campos, no sentido de serem, por um lado, evitadas duplicações de esforços e, por outro, conseguidos reforços positivos nas actividades a desenvolver e nos resultados conseguidos.

2. Áreas Específicas de Intervenção em CSP durante o Período 2011-2016

2.1. Reforço da prestação de cuidados primários no combate ao tabagismo¹

O tabagismo é um dos factores de risco com mais impacto na saúde das populações dos países desenvolvidos. A exposição ao fumo do tabaco constitui a primeira causa de morte evitável no mundo, matando mais de cinco milhões de pessoas por ano (WHO, 2009). Em 2002, a nível mundial, o consumo de tabaco foi causa de 8,8% das mortes e de 4,1% dos anos de vida ajustados pela incapacidade (AVAI)², representando 14% da carga da doença nos países desenvolvidos (WHO, 2002).

Os efeitos nocivos do tabaco são conhecidos desde a década de cinquenta do século passado, quando se conseguiu detectar uma maior incidência de cancro de pulmão (Doll e Hill, 1950) e uma maior taxa de mortalidade (Doll e Hill, 1954) entre fumadores. Actualmente considera-se que não existe um limiar seguro de exposição e não subsistem quaisquer dúvidas relativamente à relação de causalidade entre o tabagismo e uma diversidade de doenças, principalmente neoplásicas, cardiovasculares, respiratórias e relacionadas com a gravidez (Nunes, 2006).

O consumo de tabaco é a principal causa evitável de neoplasias e de doenças cardiovasculares. O tabagismo aumenta 23 vezes o risco de cancro nos homens e 13 vezes nas mulheres (US Department of Health and Human Services, 2004), sendo responsável por cerca de um quarto das mortes ocorridas na União Europeia durante o ano 2000 (The ASPECT Consortium, 2004). É ainda causa de 30% da mortalidade anual por doenças cardiovasculares

¹ Declaração de conflito de interesses: Luís Silva Miguel foi consultor da Pfizer – Laboratórios Farmacêuticos, Lda. na realização da “Avaliação Custo-Efectividade da Vareniclina na cessação tabágica em Portugal” no contexto do pedido de comparticipação do medicamento pelo SNS, que veio a ser indeferido pelo INFARMED.

² Os AVAI são um indicador que permite medir não só os anos de vida perdidos devido a mortalidade prematura como também a diminuição de qualidade de vida durante os anos efectivamente vividos. Assim, é uma medida que indica o peso negativo de uma doença.

nos Estados Unidos da América (EUA) e aumenta o risco de morte por doença pulmonar obstrutiva crónica mais de 12 vezes (US Department of Health and Human Services, 2004).

Há ainda indícios que apontam para uma relação entre o hábito tabágico e o risco de diversas doenças: tuberculose, refluxo gastro-esofágico, úlcera péptica gástrica e duodenal, doença de Crohn, doença de Graves, oftalmopatia de Graves e perturbações da tiroideia. O consumo de tabaco pode ainda diminuir a fertilidade e a possibilidade de aleitamento materno (Nunes, 2006).

Em Portugal, Borges e col. (2009) analisaram a carga da doença atribuível ao tabagismo, concluindo que 11,7% das mortes e 11,3% dos AVAI devidos a mortalidade prematura estão associados ao consumo de tabaco, sendo que se todos os fumadores deixassem de fumar os pesos relatados diminuiriam 50,7% e 47,4%. Segundo o mesmo estudo, um programa de cessação tabágica totalmente eficaz, em que se erradicasse o consumo de tabaco, conduziria a uma diminuição de 51.194 AVAI. Note-se que, neste estudo, não foram considerados os problemas de saúde que resultam da exposição passiva ao fumo do tabaco, que se sabe serem relevantes (Bulhões e col., 2007).

Borges e col. (2009) estimaram ainda a importância do consumo de tabaco na ocorrência dos diversos tipos de eventos que se mostram no Quadro 4, onde se indica que, por exemplo, 78,7% dos casos de cancro dos lábios, cavidade oral ou faringe em homens se devem ao consumo de tabaco – fracção atribuível – mas que 49,4% do total de casos se poderiam evitar caso toda a população deixasse de fumar – fracção redutível.

Quadro 4 – Impacto do tabagismo na saúde

	Fracção atribuível (%)		Fracção redutível (%)	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Neoplasias malignas				
Lábios, cavidade oral, faringe	78,7	33,1	49,4	19,2
Esófago	73,0	44,4	19,3	28,4
Estômago	29,7	5,3	10,7	0,4
Pâncreas	30,8	13,8	24,9	6,2
Laringe	84,9	59,7	38,6	32,7
Traqueia, pulmões e brônquios	89,9	58,5	45,4	34,9
Colo do útero	-	6,4	-	4,3
Rim e bacia da pélvis	42,1	3,2	17,8	2,4
Bexiga	49,8	15,1	18,4	2,9
Doenças cardiovasculares				
Doença isquémica cardíaca				
Idades 35-64	42,1	18,9	20,8	14,7
Idades 65+	17,6	6,8	7,7	3,8
Outras doenças cardíacas	23,1	5,5	13,4	3,4
Doenças vasculares cerebrais				
Idades 35-64	41,7	24,6	40,3	21,0
Idades 65+	17,1	5,0	15,2	4,5
Aterosclerose	34,8	7,9	22,4	7,9
Aneurisma da aorta	68,4	40,7	30,8	30,5
Outras doenças arteriais	25,1	11,3	24,6	9,6
Doenças Respiratórias				
Pneumonia e gripe	24,7	11,2	9,1	9,8
Bronquite e enfisema	89,9	63,8	4,6	1,0

Os mesmos autores, mas numa análise coordenada por Gouveia, estimaram as despesas em cuidados de saúde associadas às doenças relacionadas com o tabaco durante 2005. Conforme se constata pela leitura do Quadro 5, os autores concluíram que o tabagismo conduz a uma despesa em cuidados de saúde de aproximadamente 490 milhões de euros, sendo possível reduzir esta despesa em 171 milhões de euros (Gouveia e col., 2007).

Quadro 5 – Custos com doenças relacionadas com o tabaco

	Custo total	Custo atribuível	Custo redutível
Neoplasias	169.510.871	88.223.492	42.053.175
Doenças cardiovasculares	796.357.529	157.915.653	102.033.110
Doenças respiratórias	400.940.621	243.629.900	27.017.471
Total	1.366.809.021	489.769.045	171.103.756

Para enquadrar estes valores é importante referir que, de acordo com o “Relatório e Contas do Serviço Nacional de Saúde 2005” (IGIF, 2007), os custos totais das Administrações Regionais de Saúde foram de 3.972.417.400€, sendo de 8.263.924.400€ para o SNS. Ou seja, os custos atribuíveis ao tabagismo representam 3,2% dos custos das ARS e 1,5% das despesas totais do SNS. Importa também referir que estes valores são alcançados assumindo uma prevalência de fumadores de 20,2% para a população acima dos 15 anos, de acordo com os dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Realce-se ainda que em Portugal, neste período, fumavam 34% dos homens (29% diariamente) e 15% das mulheres (13% diariamente) (WHO, 2009). Assim, é possível poupar 95€ anuais em cuidados de saúde por cada fumador que pare de fumar.

Por outro lado, é consensual que a intervenção no âmbito dos cuidados de saúde primários é um meio efectivo de combater o tabagismo (Raw e col., 1999; Rebelo, 2004; Zwar e Richmond, 2006). Aliás, em 2008 publicaram-se os resultados do projecto PESCE - “General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation in Europe” que teve como objectivo contribuir para a promoção das intervenções de cessação tabágica em cuidados primários e salientar os ganhos económicos associados, de forma a combater o desfasamento entre a evidência existente relativamente à cessação tabágica através de intervenção do médico de família e a efectiva prática desta intervenção. A principal conclusão deste projecto foi que a cessação tabágica é uma das medidas mais custo-efectivas que se pode implementar num sistema de saúde (Cohen, 2008).

O estudo permitiu também identificar alguns factores que condicionam negativamente a probabilidade de um médico de família aconselhar a cessação tabágica: ser fumador; sentir que não faz parte do seu trabalho ou que é um assunto da esfera privada; pensar que é ineficaz; ter medo de deteriorar a relação médico-doente; estar perante pessoas sem sintomas de doença ou que fumem pouco; ou não sentir que o esforço seja recompensado. Concluiu-se ainda que a eficácia dos programas de cessação tabágica seria superior se fossem disponibilizadas terapêuticas farmacológicas apropriadas.

Parece, portanto, importante implementar medidas educativas que realcem a importância da cessação tabágica para a saúde das populações e implementar medidas que incentivem os médicos que, pelo menos, tenham registo do estatuto “fumador” da sua lista de utentes e que activamente os aconselhem a deixar de fumar.

Em Portugal, a experiência do Centro de Saúde de Alvalade permitiu que 24% dos indivíduos que iniciaram um programa de cessação tabágica conseguisse estar abstinente um ano após a primeira consulta (sendo que não foi possível saber a resposta de 27% dos indivíduos) (Rebello, 2008). Note-se que durante o período de seguimento relatado foram acompanhados 184 indivíduos que fumavam em média 28,8 cigarros por dia, tendo sido prestadas 4,7 consultas por inscrito e prescrita terapêutica farmacológica apenas a 40% da população, em parte devido “a falta de recursos para custear medicamentos”.

Se esta experiência for analisada dum ponto de vista meramente monetário, como se se tratasse dum investimento financeiro realizado considerando uma taxa de juro de 3%, e dando como válido o custo por consulta reportado em Gouveia e col. (2006) – 68,6€³ – o investimento realizado na promoção da cessação tabágica estaria integralmente recuperado ao final de 20 anos.

Sabendo que existem 32% de fumadores que tentam deixar de fumar, e que quer a carga sobre o sistema de saúde quer, principalmente, a carga da doença são bastante elevadas, parece premente alargar as consultas de cessação tabágica a todo o país, conforme previsto na Lei 37/2007, situando-as na estrutura de base dos cuidados de saúde primários

Também já se encontra delineado o “Programa-tipo de actuação”, publicado pela Direcção Geral da Saúde no final de 2007 (DGS, 2007), do qual salientamos o seguinte:

- 1) “[A] realidade mostra ser difícil identificar outro problema que represente uma ameaça para a saúde tão significativa, em que existam intervenções tão eficazes e prontamente acessíveis e em que os serviços de saúde intervenham de forma tão inconsistente.”
- 2) “Portugal não pode alhear-se desta realidade, impondo-se uma mudança de atitude dos prestadores de cuidados de saúde relativamente a este problema, em particular dos que trabalham nos cuidados primários.”
- 3) “Todos os adultos e grávidas que acorram a uma consulta num serviço de saúde deverão ser questionados quanto aos seus hábitos tabágicos e aconselhados relativamente às vantagens da cessação.”

³ “O custo médio por consulta foi de €68,6. Tal é consequência de €11,0 relativos a vencimentos de médicos, €4,4 relativos a vencimentos de enfermeiros, €13,0 relativos a custos com MCDT, e €26,7 relativos a custos com medicamentos.”

Assim, propõe-se que até ao final do presente Plano Nacional de Saúde exista pelo menos uma consulta de cessação tabágica em cada ACES, no âmbito da respectiva URAP. Alternativamente o acesso a estas consultas poderá ser efectuado através das Carteiras Adicionais das USF (conforme já previsto pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários - MCSP, 2010). Deverão ainda ser introduzidos indicadores relacionados com o consumo do tabaco nas carteiras de contratualização dos cuidados de saúde primários.

2.2. Contribuição dos CSP para a melhoria dos comportamentos alimentares

A obesidade tem um impacto relevante em termos de morbilidade e de mortalidade, sendo a segunda causa de morte evitável, logo depois do tabagismo (DGS, 2005). Estima-se que entre 30% e 80% dos adultos e 20% das crianças e jovens europeus tenham excesso de peso. Com o aumento da prevalência de obesidade na infância, que é actualmente cerca de dez vezes superior à dos anos setenta, prevê-se que o problema da obesidade atinja proporções epidémicas (WHO, 2005).

Em Portugal, os únicos estudos realizados com medição directa pelo observador foram organizados pela Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (do Carmo e col., 2006; do Carmo e col., 2008) mostrando uma subida na prevalência de excesso de peso, embora se tenha registado uma ligeira diminuição da prevalência de obesidade nas mulheres, conforme se pode constatar no Quadro 6.

Quadro 6 – Distribuição da população por categorias de IMC (%)

IMC (Kg/m ²)	1995-1998			2003-2005		
	Mulheres (n=2485)	Homens (n=1843)	Total (n=4328)	Mulheres (n=4320)	Homens (n=3796)	Total (n=8116)
< 18,5 (baixo peso)	3,9	0,8	2,6	3,4	0,9	2,2
18,5 - 24,9 (peso normal)	49,8	45,2	47,8	48,9	38,9	44,2
25 - 29,9 (excesso de peso)	30,9	41,1	35,2	34,4	45,2	39,4
≥ 30 (obesidade)	15,4	12,9	14,4	13,4	15,0	14,2

Os valores obtidos no âmbito dos inquéritos nacionais de saúde (1995-1996; 1998-1999; 2005-2006) não são consideravelmente divergentes destes valores, apesar de não serem resultado de medições *in loco* mas sim de respostas dos entrevistados. Assim, em 1995-96, as respostas apontavam para uma prevalência de excesso de peso e obesidade de 50,2% nos homens e 44,9% nas mulheres; em 1998-1999 para 54,0% e 46,5%; e em 2005-2006 para 54,9% e 47%, respectivamente.

Os últimos dados disponíveis foram obtidos no projecto AMALIA (Duarte e col. 2009), em que se avaliou a prevalência de obesidade e diabetes em Portugal no contexto dum estudo sobre o risco de doença cardiovascular em Portugal. Em 38.893 indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos, distribuídos por Portugal continental e insular, 1% tinham baixo peso, 47,4% tinham peso normal, 43,3% tinham excesso de peso, e 9,3% eram obesos.

Realce-se que todos os estudos apontam para uma prevalência de excesso de peso ou obesidade superior a 50% da população, indicando que, tal como no restante mundo desenvolvido, este é um problema que deve ser combatido, principalmente se atendermos às consequências da obesidade sobre o estado da saúde da população e aos recursos despendidos no tratamento das complicações subsequentes.

A relação entre a obesidade e a prevalência de doenças remonta à década de 20 do século passado, quando se observou que uma grande proporção da população diabética tinha excesso de peso (Visscher e Seidell, 2001). Actualmente, considera-se que a obesidade aumenta, por exemplo, o risco de diabetes tipo 2, de doença coronária, de doença cerebrovascular, ou de neoplasias. Segundo o relatório “Obesity: preventing and managing the global epidemic” (WHO, 2000) os riscos relativos associados à obesidade podem ser resumidos da seguinte forma:

Quadro 7 – Riscos relativos associados à obesidade

Risco Relativo > 3	2 < Risco Relativo < 3	1 < Risco Relativo < 2
Diabetes tipo 2	Doença coronária	Cancro da mama
Doença vesicular	Hipertensão	Cancro do endométrio
Dislipidémia	Osteoartrose nos joelhos	Síndrome ovário poliquístico
Insulinorresistência	Hiperuricémia e gota	Alterações hormonas de reprodução
Dispneia		Diminuição da fertilidade
Apneia do sono		Dor lombar
		Risco anestésico
		Malformações fetais

Adicionalmente, o excesso de peso está relacionado com insatisfação com o próprio corpo. Almeida (2004), numa amostra de 400 utentes de cuidados de saúde primários, encontrou 51% de indivíduos insatisfeitos com o seu peso (dos quais 14% referiram estar muito insatisfeitos). Tal é preocupante se consideramos que a insatisfação com o próprio corpo pode levar a comportamentos patológicos de perda de peso que, por sua vez, poderão levar a distúrbios alimentares. Nos EUA, 35% das pessoas a realizar dieta têm este tipo de comportamento patológico sendo que em 25% destes casos se desenvolvem distúrbios alimentares.

O impacto da obesidade e das suas complicações em Portugal foi estudado por Pereira e Mateus (2003) que estimaram os anos de vida activa potencial perdidos devido à obesidade, ou seja, os anos perdidos por mortalidade anterior aos 65 anos. No quadro abaixo mostram-se não só os resultados alcançados pelos autores mas também uma estimativa dos restantes anos de vida perdidos, assumindo os valores mais recentes de esperança de vida – 2006/2008 (INE, 2009).

Quadro 8 – Mortalidade e anos de vida perdidos

Grupo etário	Homens			
	Óbitos	Anos activos perdidos	Esperança média de vida	Restantes anos perdidos
30-34	70	2317	44,63	814
35-39	82	2309	39,95	980
40-44	97	2221	35,37	1200
45-49	118	2124	30,94	1527
50-54	151	1957	26,69	2067
55-59	222	1776	22,58	3237
60-64	334	1001	18,59	5207
Total	1074	13703		15032

Grupo etário	Mulheres			
	Óbitos	Anos activos perdidos	Esperança média de vida	Restantes anos perdidos
30-34	23	764	50,41	400
35-39	25	694	45,56	439
40-44	32	733	40,76	568
45-49	49	888	36,02	883
50-54	65	849	31,36	1193
55-59	84	676	26,77	1577
60-64	142	427	22,27	2736
Total	420	5030		7797

Por outro lado, a obesidade provoca um elevado dispêndio de recursos no tratamento das complicações associadas. Em Portugal, Pereira e col. (1999) estimaram os custos económicos directos da obesidade para o ano de 1996, excluindo os indivíduos com excesso de peso (IMC maior ou igual a 25 e menor que 30) bem como os custos com programas de redução de peso ou com produtos dietéticos. As consequências clínicas consideradas e os respectivos riscos relativos e fracções atribuíveis à doença encontram-se no Quadro 9.

Quadro 9 – Risco relativos

	Risco Relativo	Fracção atribuível (%)
Neoplasia maligna do cólon	1,3	3,3
Neoplasia maligna da mama	1,3	3,3
Neoplasia maligna do endométrio	2,0	10,3
Diabetes tipo II	16,7	64,4
Hiperlipidemia	1,4	4,5
Obesidade		100
Hipertensão	4,3	27,5
Doenças do sistema circulatório	3,3	20,9
Doenças da vesícula	10,0	50,9
Artropatias	2,1	11,0

Os autores estimaram um custos superior a 230 milhões de euros, correspondentes a 3,5% da totalidade da despesa no sector da saúde. Posteriormente, Pereira e Mateus (2003) actualizaram os valores para 2002, obtendo um custo total de quase 300 milhões de euros (Quadro 10) cerca de 2,5% da despesa total em saúde.

Quadro 10 – Custos com a obesidade (€)

	1996	2002
Ambulatório	63.780.594	82.384.764
Internamento	67.364.342	87.013.856
Medicamentos	99.152.802	128.074.671
Total	230.297.737	297.473.291

Pereira e Mateus (2003) calcularam ainda os custos indirectos associados à obesidade, ou seja, a diminuição de produção devido à presença deste factor de risco. As suas estimativas apontam para um total de custos indirectos superior a 116 milhões de euros durante o ano de 2002, levando a que o custo total da obesidade para a Sociedade tenha sido superior a 400 milhões de euros durante o ano de 2002.

Como se constata, é necessária a implementação de mecanismos que, por um lado, auxiliem a população com excesso de peso a alterar comportamentos e que, por outro lado, ajudem a travar o aumento dos níveis de prevalência de excesso de peso e de obesidade.

Relativamente à alteração de comportamentos de indivíduos obesos é preciso salientar que não são completamente conhecidos os benefícios da perda de peso, em parte devido ao facto de ser difícil realizar estudos de longo prazo em que se mantenham os níveis de peso.

De qualquer forma, sabe-se que a perda de peso até 10% melhora o controlo glicémico, reduz os níveis de colesterol e a tensão arterial, proporcionando também ganhos nas funções respiratórias e em problemas osteoarticulares. Perdas de pesos mais substanciais (de 20kg a 30kg) conseguidas através de tratamento cirúrgico mostram ganhos importantes, reduzindo a incidência de hipertensão e dislipidemia. Sabe-se ainda que a perda de peso reduz a mortalidade em obesos com doença cardiovascular ou com diabetes tipo 2. Inversamente, não existe evidência que aponte para diminuição da incidência de cancro (WHO, 2000).

O único estudo a longo prazo refere-se aos efeitos da cirurgia numa população sueca com obesidade. Num período de acompanhamento até 15 anos a taxa de mortalidade ajustada por sexo, idade e outros factores de risco dos indivíduos sujeitos a cirurgia foi 71% da taxa de mortalidade dos não intervencionados, com especial impacto nas mortes por enfarte agudo do miocárdio e por cancro (Sjöström e col., 2007).

O combate à obesidade deve ser feito quer incentivando a actividade física quer educando os indivíduos a alimentarem-se duma forma mais saudável. A excessiva ingestão de calorias parece ser o factor que mais contribui para a obesidade no mundo desenvolvido (Bleich e col., 2008).

Naturalmente, os cuidados de saúde primários são o local ideal para incentivar alterações comportamentais e para providenciar conselhos sobre nutrição não só aos indivíduos com excesso de peso como, principalmente, aos responsáveis pela alimentação de crianças e jovens. Aliás, há estudos que indicam que os utentes encaram os prestadores de cuidados de saúde primários como uma fonte importante de aconselhamento quer sobre estilos de vida quer sobre aspectos relacionados com a sua alimentação (Moore e col., 2000).

Assim, julgamos que é importante utilizar as consultas de saúde infantil desde o nascimento para educar as famílias sobre hábitos alimentares saudáveis e aproveitar todos os contactos com as equipas de cuidados de saúde primários para abordagem oportunística dos comportamentos alimentares.

É ainda importante promover acções educativas e de identificação precoce de desvios do índice de massa corporal por parte das equipas de saúde escolar e de saúde pública nos ensinos básico, preparatório e secundário.

O excesso de peso e obesidade devem ser objecto de atenção na população adulta, nomeadamente nas situações em que a sua presença constitua um risco de saúde major, como a diabetes, hipertensão e problemas do foro cardiovascular e osteoarticular.

Todas as actividades devem ser realizadas em coordenação com as entidades existentes, nomeadamente a Plataforma contra a Obesidade, e incluir métodos de registo que permitam uma avaliação estruturada das perturbações do comportamento alimentar.

Assim, até 2016 todas as URAP deverão ter pelo menos um nutricionista, devendo também ser incluídos no Plano de Desempenho dos Agrupamentos de Centros de Saúde indicadores que permitam avaliar a prestação destes cuidados.

2.3. Reforço da saúde mental nos CSP

A prestação de cuidados de saúde deve ter em consideração que a saúde física e a saúde mental são dois factores indissociáveis para a obtenção de bem estar individual. Esta é, aliás, uma das linhas centrais da Declaração de Alma-Ata: a saúde “é um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não meramente a ausência de doença ou incapacidade” (WHO, 1978).

No entanto, é consensual que a prestação de cuidados de saúde mental tem sido subalternizada relativamente à prestação de cuidados de saúde física. Tal é particularmente relevante se considerarmos a alta prevalência de problemas de saúde mental, principalmente nos países desenvolvidos.

Nos países europeus em que a Organização Mundial de Saúde estimou a prevalência de perturbações mentais encontraram-se valores entre os 9,1% na Alemanha e os 20,5% na Ucrânia. Para Espanha, país geográfica e culturalmente mais perto do nosso, a taxa de prevalência estimada foi de 9,2% (WHO e WONCA, 2008). Em Portugal, o recente Estudo Nacional de Saúde Mental aponta para uma taxa de prevalência de perturbações mentais de 22,9% (Almeida e col., 2010).

De facto, em 2002, as perturbações mentais já representaram cerca de 13% da carga da doença a nível mundial, definida como morte prematura combinada com anos de vida ajustados pela incapacidade. Excluindo a morte prematura, as perturbações mentais representaram mesmo 31% do total de anos vidas ajustados pela incapacidade (WHO e WONCA, 2008).

É de salientar que as perturbações depressivas ocupam um lugar de destaque, tendo sido a quarta causa mais importante para a explicação da carga global da doença. As previsões da Organização Mundial de saúde apontam ainda para que em 2030 a depressão se torne no factor com maior contribuição para a carga da doença nos países mais desenvolvidos (WHO e WONCA, 2008).

Em Portugal, as doenças mentais mais importantes são as perturbações de ansiedade (16,5%), as perturbações depressivas (7,9%) e as perturbações de controlo dos impulsos (3,5%) (Almeida e col., 2010).

Os problemas de saúde mental são ainda bastante prevalentes na infância e adolescência, manifestando-se em perturbações emocionais e do comportamento como a hiperactividade e o défice de atenção. As últimas estimativas indicam que 10% a 20% das crianças têm problemas de saúde mental (WHO, 2001), dos quais metade terá mesmo uma perturbação psiquiátrica (Marques, 2009). Como é natural, estas perturbações têm reflexo na idade adulta e no processo de aprendizagem, implicando quer diminuição de qualidade de vida quer aumento de consumo de cuidados (WHO, 2001).

Por outro lado, os estados de saúde física e mental parecem estar positivamente correlacionados, conforme se advoga na revisão de literatura de Prince e col. (2007). Por exemplo, a depressão é um factor de risco para a ocorrência de angina e enfartes agudos do miocárdio fatais e não fatais, sendo que também existe uma maior incidência de depressão entre indivíduos que tenham tido enfarte.

A questão da somatização também é relevante, com um terço dos sintomas somáticos a não terem explicação clínica. Alguns ensaios clínicos indicam que um acompanhamento adequado destes indivíduos, com prestação de cuidados de saúde mental, pode reduzir os custos com recursos de saúde em cerca de um terço.

Apesar de existir uma necessidade evidente duma cobertura de cuidados de saúde mental que permita enfrentar as altas taxas de prevalência existentes, a realidade mostra um

enorme déficit na prestação de cuidados a estes cidadãos. Tal implica que se questione quer a eficiência do sistema, visto que uma intervenção holística permitiria diminuir os recursos consumidos em terapêuticas directamente relacionadas com a saúde física dos indivíduos, quer a sua equidade, dado que os portadores de doença mental não parecem ter um acesso aos cuidados de saúde de que necessitam idêntico ao dos restantes cidadãos, como mostraram Alonso e col. (2007) numa comparação entre o seguimento de diabéticos e de pessoas com doença mental.

Kohn e col. (2004) avaliaram precisamente o diferencial entre as necessidades de tratamento e os cuidados de saúde efectivamente prestados, mostrando que existe uma faixa considerável da população à qual não são disponibilizados os cuidados de saúde necessários, apesar de existirem opções eficazes para o tratamento ou acompanhamento da sua doença. As estimativas do desnível de tratamento mediano na Europa são as apresentadas no Quadro 11. Em Portugal, os dados disponíveis permitem afirmar que 33,6% das pessoas com problemas de saúde mental não recebem tratamento (Almeida e col., 2010).

Quadro 11 – Desnível de tratamento mediano na Europa (%)

Esquizofrenia	17,8
Depressão major	45,4
Distímia	43,9
Doença bipolar	39,9
Pânico	47,2
Ansiedade	62,3
Perturbação obsessivo-compulsiva	24,6
Abuso de álcool	92,4

No que respeita à saúde mental infantil e juvenil, os dados disponíveis para os EUA mostram que apenas uma em cada cinco crianças recebe tratamento apropriado (WHO, 2001).

A falta de capacidade dos sistemas para dar resposta às necessidades das populações tem conduzido vários autores a sugerir que os cuidados de saúde primários devem ter um papel cada vez mais relevante na prestação de cuidados de saúde mental. Adicionalmente, a provisão deste tipo de cuidados ao nível dos cuidados de saúde primários permite aproveitar algumas vantagens como um melhor conhecimento da família e do meio sócio-económico envolvente, uma maior proximidade, e uma menor estigmatização dos serviços.

Em 2008, a Organização Mundial de Saúde e a *World Organization of Family Doctors* (WHO e WONCA, 2008) publicaram um relatório dedicado à “Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários”, apresentando sete razões principais para esta integração: 1) o elevado peso da doença, quer em termos humanos quer em termos económicos; 2) a necessidade de um enquadramento holístico no acompanhamento dos doentes; 3) a falta de tratamento prestado a uma grande proporção dos doentes, visível na diferença entre a prevalência da doença e o número de doentes a ser tratado; 4) a optimização do acesso; 5) o facto de o seguimento em cuidados primários ser menos estigmatizante e discriminatório; 6) a boa relação custo-benefício, se comparado com o seguimento de todos os doentes que necessitam de tratamento em cuidados especializados; e 7) a existência de exemplos que produziram bons resultados clínicos.

A necessidade de reforçar os serviços a nível de saúde mental nos cuidados de saúde primários também já foi vincada em Portugal. O próprio Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (Comissão Nacional Para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2008) foca quer a necessidade de aumentar a oferta de cuidados em saúde mental quer a necessidade de articulação com os cuidados de saúde primários: “[a]s políticas de Saúde Mental orientadas para a comunidade pressupõem uma articulação privilegiada com os cuidados de saúde primários (CSP). Os clínicos gerais, de acordo com o seu perfil de funções, prestam cuidados a indivíduos e famílias, de forma personalizada e com carácter de continuidade e globalidade [...]. Desta forma acompanham o desenvolvimento individual e familiar desde o nascimento até à morte e assistem assim ao eclodir da grande maioria dos distúrbios mentais nas suas fases mais incipientes, quer se trate de simples reacções adaptativas, em fases críticas do ciclo de vida, ou de descompensações psicóticas inaugurais a reclamar rápida referenciação para os cuidados psiquiátricos.”

As “Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários” (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009) também salientam a necessidade de articulação entre níveis de cuidados permitindo que o “diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco e a implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas” se transformem “numa prioridade”.

A intervenção médica, de um modo geral, assenta na prescrição farmacológica, sendo escassa a intervenção psicoterapêutica por parte do médico de família; existem ainda psicólogos integrados na rede portuguesa de CSP, trabalhando em estreita ligação com os

médicos de família, mas a sua intervenção pode ser considerada ainda residual. O papel da intervenção psicoterapêutica no controle e resolução de múltiplos problemas de saúde mental está hoje amplamente demonstrado (Cuijpers e col, 2009; Cuijpers e col, 2010a; Driessen e col., 2010; Cuijpers e col., 2010b) sendo assim da maior importância o reforço expressivo da intervenção psicoterapêutica nos CSP.

Assim, durante o período de vigência do novo Plano Nacional de Saúde, é necessário alargar a prestação de cuidados de saúde mental no âmbito dos cuidados primários, através da criação de serviços de psicologia no âmbito das URAP de todos os ACES ou, alternativamente, através da contratualização com serviços externos de psicologia. Será da responsabilidade das URAP a monitorização dos cuidados prestados neste âmbito ao longo do período em apreço.

2.4. Contribuição dos CSP para o controle das infecções sexualmente transmissíveis

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) continuam a constituir um problema mundial de saúde pública. Nos Estados Unidos, os Centers for Disease Control and Prevention estimam que se verifiquem anualmente 19 milhões de novos casos de IST, sendo cerca de metade dos casos em indivíduos dos 15 aos 24 anos, com custos médicos directos anuais estimados em 16,4 biliões de dólares (CDC, 2010).

Apesar de na Europa se viver uma situação menos grave que nos países em desenvolvimento, tanto a manutenção de práticas sexuais desprotegidas aliada à livre circulação de pessoas no espaço europeu como o grau de mobilidade a nível do planeta levam a que tanto as IST clássicas como outras importadas surjam de modo regular. As IST no espaço europeu incluem a gonorreia, a sífilis e a infecção por *Chlamydia trachomatis*, assim como as infecções por VIH, hepatite B e hepatite C (ECDC, 2010).

As intervenções populacionais dos serviços de saúde na modificação de estilos de vida e diagnóstico e tratamento precoces das ISTs têm um impacto positivo (Sangani e col., 2004). Os CSP são reconhecidamente um bom contexto para educação, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de IST (Cassell e col., 2003) ainda que essas oportunidades nem sempre sejam bem aproveitadas (Mercer e col., 2007; Neale e col., 2008).

A informação epidemiológica sobre IST em Portugal é escassa (ESSTI, 2008; ECDC, 2009a), excepção feita para a infecção por VIH que é objecto de programa próprio, mas parece verificar-se um cenário análogo ao de outros países europeus, nomeadamente no tocante à distribuição das infecções mais relevantes nas grandes cidades (Borges da Costa e col., 2010).

De notar que, ao contrário de outros países europeus (ECDC, 2009b), a infecção genital por *Chlamydia trachomatis* não tem constituído uma preocupação do ponto de vista do seu diagnóstico e tratamento. O interesse suscitado nas últimas décadas pela infecção genital por *Chlamydia trachomatis* na mulher resulta não só da sua elevada prevalência em praticamente todos os países em que tem sido objecto de estudo, mas sobretudo de um conjunto de sequelas importantes que a infecção acarreta: doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica e infertilidade tubária. Qualquer destes problemas tem implicações significativas não só em termos de saúde individual como de saúde pública.

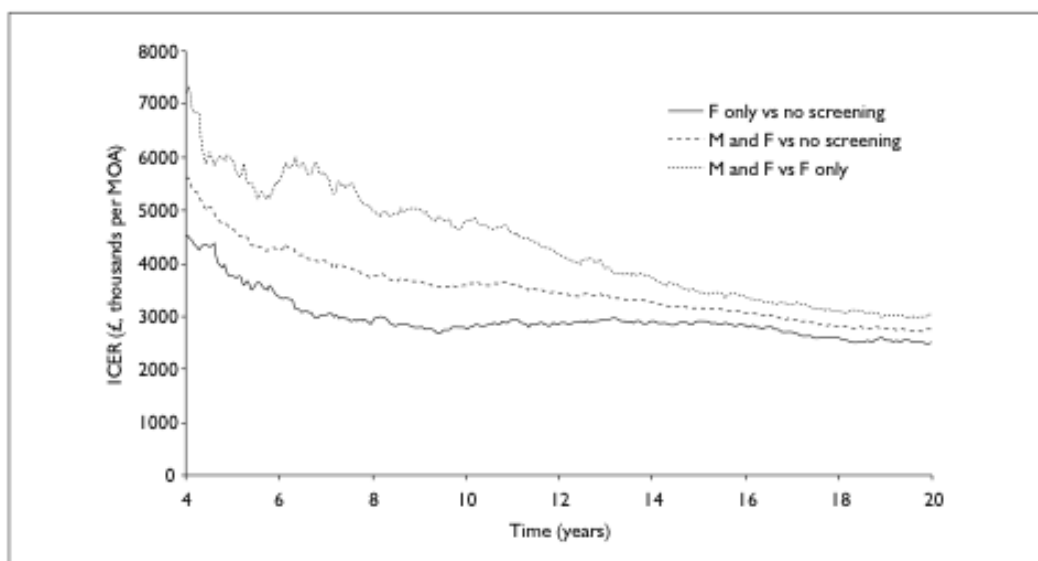
Não foram até hoje efectuados estudos em Portugal avaliando as consequências económicas desta infecção. Noutros países, contudo, a dimensão económica do problema tem sido objecto de atenção. Washington e Katz estimaram que a doença inflamatória pélvica e as gravidezes ectópicas e infertilidade que se lhe associam deveriam ter tido, nos Estados Unidos em 1990, custos directos e indirectos respectivamente de 2,7 biliões de dólares e de 1,5 biliões de dólares (Washington e Katz, 1991). Um outro trabalho norte-americano estimava em dois biliões de dólares os custos em 1994 das infecções por *Chlamydia* não tratadas e suas complicações (Institutes of Medicine, 1996). No Reino Unido o custo do tratamento das complicações desta infecção foi estimado entre 50 e 100 milhões de libras por ano na última década do século XX (Taylor-Robinson, 1994; Stephenson, 1998).

Segundo outros autores, o rastreio desta infecção torna-se custo-efectivo a partir de valores de prevalência situados entre 3,9% (Paavonen e col., 1998) e 6% (Genç e Mårdh, 1996). A informação disponível entre nós aponta para taxas de prevalência de 4,6%, podendo aproximar-se de 10% em populações seleccionadas (Brito de Sá e col., 2002).

Contudo, nem todos os modelos de rastreio parecem ser custo-efectivos (Novak, 2004; Roberts, 2007) pelo que têm sido propostas abordagens combinadas de rastreio sistemático e oportunístico dependendo da epidemiologia do problema nas populações sob observação (Salisbury e col., 2006). Segundo Low e col. (2007) a custo-efectividade do rastreio no

contexto dos CSP é maior em cenários de elevada prevalência da infecção e quando se consegue uma elevada participação de ambos os sexos no seu rastreio. A Figura 2 ilustra a relação entre o horizonte temporal de análise e os rácios incrementais de custo-efectividade do rastreio da infecção genital por *Chlamydia trachomatis* para um risco de doença inflamatória pélvica de 0,25 e 60% de adesão ao rastreio tanto em homens como mulheres.

Figura 2 – Rácios incrementais de custo-efectividade do rastreio da infecção genital por *Chlamydia trachomatis* (retirado de Low e col., 2007).



Propõe-se o reforço das actividades de educação, prevenção, identificação e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST), quer nos casos identificados primariamente quer nos parceiros sexuais. Sugere-se um foco específico na infecção genital por *Chlamydia trachomatis*. Numa primeira fase recomenda-se a avaliação oportunística de dois em dois anos de todas as mulheres seguidas em consultas de planeamento familiar ou no momento em que solicitam interrupção voluntária de gravidez (Norman e col., 2004). Recomenda-se ainda a realização de novos estudos de prevalência (incluindo na população masculina) de modo a determinar quais as populações óptimas a rastrear.

As metas a atingir deverão focar as seguintes áreas, preferencialmente com a quantificação de algumas actividades:

- 1) Educação da população escolar - Acções assentes na intervenção das equipas de saúde escolar e de saúde pública nas Escolas Secundárias.
- 2) Educação para a saúde nos Centros de Saúde - Utilização das consultas de saúde infantil, planeamento familiar e de rastreio oncológico para abordagem sistemática da prevenção das IST; aproveitamento de todos os contactos com as equipas de cuidados de saúde primários dos centros de saúde para abordagem oportunística da prevenção das IST.
- 3) Diagnóstico - Criar e incentivar o uso de mecanismos de comunicação e registo centralizado dos diagnósticos de IST não sujeitas a declaração obrigatória.
- 4) Tratamento - Disponibilizar formação estruturada e sistemática sobre diagnóstico e tratamento de IST; providenciar ferramentas de apoio à identificação e tratamento dos parceiros das pessoas infectadas.

2.5. Saúde oral no contexto dos CSP

A saúde oral é um sector pouco menos que esquecido pelo Serviço Nacional de Saúde. Em 2007 havia 15 médicos de estomatologia/medicina dentária e 105 higienistas orais/odontologistas em toda a rede de centros de saúde de Portugal Continental. De um modo geral pode dizer-se que não existe acesso a cuidados de saúde oral para o cidadão comum no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

A importância da saúde oral para o SNS advém não só da alta prevalência de casos de doença, com impacto financeiro sobre a sociedade, mas também da sua possível relação com outras patologias sistémicas. Apesar de não estar comprovada a existência de relação de causalidade, existe uma associação entre a doença oral e um conjunto de outras patologias como a diabetes, as doenças cardiovasculares, as infeções respiratórias, a artrite reumatóide, partos prematuros, dor crónica, cancro orofaríngeo (Almeida e col., 2006). O tabagismo, que também apontamos como combate prioritário, é responsável por mais de metade dos problemas periodontais entre os 35-44 anos. (Tomar e Asma, 2000). Os problemas de saúde oral afectam 60%-90% das crianças em idade escolar e a maioria dos adultos nos países industrializados, tendo impacto de custos de absentismo laboral e escolar, e desencadeando óbvia diminuição de qualidade de vida.

Em Portugal o assunto é mais grave do que em muitos países industrializados: o índice de CPO aos 12 anos de idade era em 1999 de 3,1 segundo a OMS, e de 2,95 segundo a DGS (sendo inferior a 3 em 68% dos 184 países da OCDE analisados) (Melo e col., 2006). A importância dos problemas de saúde oral é reconhecida pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários, que a refere explicitamente como uma das áreas a desenvolver no âmbito da reforma dos cuidados de saúde primários em curso (MCSP, 2006).

Os problemas de saúde oral também são bastante prevalentes na população idosa portuguesa. Segundo a OMS, a deficiente saúde oral dos idosos reflecte-se na elevada prevalência de múltiplos problemas, com evidentes consequências em termos de qualidade de vida (Petersen, 2005). Nesta faixa etária, está ainda provado que existe uma ligação causal entre o aumento de problemas orais e a deterioração da dieta, com consequente degradação do estado geral de saúde (Bailey e col., 2004).

Simões e col. (2008) identificam que indivíduos com maior nível de rendimento têm maior acesso a consultas de medicina dentária, embora quem tenha mais necessidade sejam os indivíduos de menores rendimentos. Apesar de tudo, como a necessidade se expressa através de dor, a desigualdade na utilização não é tão evidente como seria expectável.

Com o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral da Direcção Geral da Saúde foi possível reforçar os cuidados de saúde oral para grupos específicos, nomeadamente crianças, grávidas e idosos (Cádima, 2008; Calado, 2008; Cádima, 2009). Os números encontrados, contudo, mostram que menos de 4% das crianças entre os 3 e os 16 anos tiveram acesso ao programa. Apesar disso, deve ser notado que mais de 90% dos centros de saúde aderiram ao programa. Do mesmo modo, tanto o número de grávidas como de idosos cobertos pode considerar-se marginal, ainda que seja um começo promissor. Ficam contudo a descoberto todos os estratos populacionais fora destes três grupos vulneráveis, nomeadamente a totalidade da população activa, na qual os problemas de saúde oral apresentam consequências marcadas quer em termos de qualidade de vida quer de impacto negativo na actividade laboral (Gift e col., 1992).

Darcília Eusébio (2009) recomenda a intervenção de médicos de família e pediatras na promoção da saúde oral, nomeadamente no âmbito da educação alimentar, higiene oral, adequação terapêutica perante necessidade de medicação crónica e tratamento precoce de lesões dentárias. Estas medidas são defendidas perante a escassez de recursos acessíveis no âmbito da medicina dentária em Portugal.

Por outro lado é sabido que os utilizadores das consultas de medicina geral e familiar incluem uma larga margem das franjas sociais com menos recursos económicos; além disso, as equipas de cuidados de saúde primários encontram-se bem implantadas nas suas comunidades, sendo por isso profissionais excelentemente colocados para a promoção da saúde oral e o encaminhamento dos pacientes com necessidade de cuidados mais especializados. Uma parte destes cuidados, por outro lado, encontram-se no âmbito de intervenção dos higienistas orais. Por esse motivo, a contribuição dos cuidados de saúde primários para a melhoria da prestação de cuidados de saúde oral pelo SNS poderá passar pela incorporação sustentada de higienistas orais nos ACES, nomeadamente a nível das URAP. Estes profissionais deverão desempenhar um papel importante na prevenção e diagnóstico precoce da doença em todas as faixas etárias (Monajem, 2006).

Propõe-se o desenvolvimento de medidas que incluem:

- 1) Integração de higienistas orais nas URAP de cada ACES – No final do período de intervenção do presente Plano deverá existir pelo menos um higienista oral em cada ACES.
- 2) Educação da população escolar – Reforço da intervenção educativa das equipas de saúde escolar e de saúde pública no Ensino Básico sobre hábitos de higiene oral.
- 3) Diagnóstico – Reforço dos programas de saúde oral nas escolas do Ensino Básico. Aproveitamento dos contactos com as equipas de CSP dos centros de saúde para identificação de problemas de saúde oral.
- 4) Tratamento – Alargamento progressivo do Programa Nacional do Programa de Saúde Oral a novos grupos vulneráveis e, em última instância, à generalidade da população, através do alargamento da cobertura do cheque-dentista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida AM (2004). Insatisfação com o peso corporal. *Rev Port Clin Geral*, 20:651-66.
- Almeida RF, Pinho MM, Lima C, Faria I, Santos P, Bordalo C (2006).
. *Rev Port Clin Geral*, 22:379-90.
- Almeida JMC e col. (2010). Estudo Nacional de Saúde Mental. The World Mental Health Survey Initiative.
- Alonso J e col. on behalf of the ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *Br J Psychiatry*, 190: 299-306.
- Bailey RL, Ledikwe JH, Smiciklas-Wright H, Mitchell DC, Jensen GL (2004). Persistent oral health problems associated with comorbidity and impaired diet quality in older adults. *J Am Diet Assoc*, 104(8):1273-6.
- Biscaia AR, Martins JN, Carreira MF, Gonçalves IF, Antunes AR, Ferrinho P (2008). *Cuidados de saúde primários em Portugal, reformar para novos sucessos*. Lisboa, Padrões Culturais Editora, 2ª Edição.
- Bleich SN, Cutler D, Murray C, Adams A (2008). Why is the developed world obese? *Annu Rev Public Health*, 29:273-295.
- Borges da Costa J, Azevedo J, Santo I (2010). Sexually transmitted infections and related sociodemographic factors in Lisbon's major Venereology Clinic: a descriptive study of the first 4 months of 2007. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 24(7): 811-4.
- Borges M, Gouveia M, Costa J, Pinheiro LS, Paulo S, Carneiro AV (2009). Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. *Rev Port Pneumol*, XV;6:951-1004.
- Brito de Sá A, Gomes JP, Viegas S, Ferreira MA, Paulino A, Catry MA (2002). Genital infection by *Chlamydia trachomatis* in Lisbon: prevalence and risk markers. *Fam Pract*, 19(4):362-4.
- Bulhões C, Nogueira-Silva C, Ferreira D, Magalhães MJ, Peixoto V (2007). Análise da exposição tabágica no domicílio e suas repercussões respiratórias em crianças do ensino básico da cidade de Braga. *Rev Port Clin Geral*, 23:673-84.

- Cádima M (2008). *Contratualização em saúde oral – Crianças e jovens*. Lisboa, Direcção Geral da Saúde.
- Cádima M (2009). *Contratualização em saúde oral – Crianças e jovens*. Lisboa, Direcção Geral da Saúde.
- Calado R (Coord.) (2008). *Resultados do seu impacto no 1º semestre de aplic*. Lisboa, Direcção Geral da Saúde.
- Cassell JA, Brook MG, Mercer CH, Murphy S, Johnson AM (2003). Treating sexually transmitted infections in primary care: a missed opportunity? *Sex Transm Infect*, 79(2):134-6.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). April is STD Awareness month. CDC Features. In URL: <http://www.cdc.gov/Features/STDAwareness/>. Acedido em 13 de Abril de 2010.
- Cohen D (2008). Costs and Benefits of Policies to Increase GP Engagement with their Patients who Smoke. In PESCE - General Practitioners and the economics of smoking cessation in Europe – Executive Summary. Disponível em URL: http://ec.europa.eu/eahc/documents/projects/project_reports/2005319.pdf<http://www.ensp.org>. Acedido em 22 de Novembro de 2010.
- Comissão Nacional Para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2008). *Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007/2016*. Lisboa, Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009). *Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa, Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G (2009). Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 70(9):1219-29.
- Cuijpers P, van Straten A, Hollon SD, Andersson G (2010a). The contribution of active medication to combined treatments of psychotherapy and pharmacotherapy for adult depression: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 121(6):415-23.

- Cuijpers P, van Straten A, Schuurmans J, van Oppen P, Hollon SD, Andersson G (2010b). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 30(1):51-62.
- DGS - Direcção Geral da Saúde (2005). Programa Nacional de Combate à Obesidade. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.
- DGS - Direcção Geral da Saúde (2007). Cessação Tabágica - Programa-tipo de Actuação. Lisboa, Direc o-Geral da Saúde.
- Do Carmo I, dos Santos O, Camola J, Vieira J, Carreira M, Medina L, Reis L, Galvão-Teles A (2006). Prevalence of obesity in Portugal. *Obes Rev*, 7:233-237.
- Do Carmo I, dos Santos O, Camola J, Vieira J, Carreira M, Medina L, Reis L, Myatt J, Galvão-Teles A (2008). Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obes Rev*, 9:11-19.
- Doll R, Hill BA (1950). Smoking and carcinoma of the lung: preliminary report. *BMJ*, 2 (4682): 739-48.
- Doll R, Hill BA (1954). The mortality of doctors in relation to their smoking habits: a preliminary report. *BMJ*, 228 (4877): 151-155.
- Driessen E, Cuijpers P, de Maat SC, Abbass AA, de Jonghe F, Dekker JJ (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 30(1):25-36.
- Duarte JS, Perdig o C, Rocha E, Santos A (2009). A diabetes em Portugal – Uma análise do estudo AMALIA. *Revista Factores de Risco*, 13; ABR-JUN: 24-32.
- ESSTI (2008). Sexually Transmitted Infections in Europe. Health Protection Agency, No.3
- European Centre for Disease Prevention and Control (2009a). Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe. ECDC Technical Report. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2009b). Chlamydia control in Europe. ECDC Guidance. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control.

- Eusébio D (2009). De pequenito s – . Rev Port Clin Geral, 25:429-37.
- Genç M, Mårdh PA (1996). A cost-effectiveness analysis of screening and treatment for Chlamydia Trachomatis infection in asymptomatic women. Ann Intern Med, 124:1-7.
- Gift HC, Reisine ST, Larach DC (1992). The social impact of dental problems and visits. Am J Public Health, 82(12):1663-8.
- Gouveia M, Silva SN, Oliveira P, Miguel LS (2006). Análise dos Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental. Lisboa, Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- Gouveia M, Borges M, Pinheiro LS, Costa J, Paulo S, Carneiro AV (2007). Carga e custo da doença atribuível ao Tabagismo em Portugal. Disponível em URL: <http://www.hospitaldofuturo.com/imagens/Carga%20e%20Custo%20da%20Doença%20Atribuível%20ao%20Tabagismo%20em%20Portugal.pps>. Acedido em 31 de Abril de 2010.
- GCRCSP - Grupo Consultivo Para a Reforma do (2009). Acontecimento Extraordinário
- GCRCSP - Grupo Consultivo Para a Reforma do (2010). Tempos decisivos. Da necessi
- IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2007). Relatório e Contas do Serviço Nacional de Saúde 2005. Lisboa, IGIF.
- INE – Instituto Nacional de Estatística (2009). Esperança média de vida (Metodologia 2007 - Anos) por Local de residência (NUTS - 2002), Sexo e Idade; Anual - INE, Tábuas Completas de Mortalidade. Disponível em URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001743&contexto=bd&selTab=tab2. Acedido em 31 de Abril de 2010.
- Institutes of Medicine (1996). The hidden epidemic: confronting sexually transmitted diseases. Washington, DC, National Academy Press, 1996. Cit. in US Department of

Health and Human Services, Public Health Service (1997) Chlamydia trachomatis genital infections – United States, 1995. MMWR, 46:193-8.

- Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B (2004). The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ, 82:858-866.
- Low N, McCarthy A, Macleod J, Salisbury C, Campbell R, Roberts TE, e col. for the Chlamydia Screening Studies Project Group (2007). Epidemiological, social, diagnostic and economic evaluation of population screening for genital chlamydial infection. Health Technol Assess, 11(8).
- Marques C (2009). A saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários – avaliação e referenciação. Rev Port Clin Geral, 25:569-575.
- Melo P, Teixeira L, Domingues J (2006). A importância do despiste pre
. Rev Port Clin Geral, 22:357-66.
- Mercer CH, Sutcliffe L, Johnson AM, White PJ, Brook G, Ross JD, e col. (2007) How much do delayed healthcare seeking, delayed care provision, and diversion from primary care contribute to the transmission of STIs? Sex Transm Infect, 83(5):400-5.
- Miguel LS (2010). Modelos e gestão nos cuidados de saúde primários. In Simões J (Coord.). 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde – Um percurso comentado. Coimbra, Almedina.
- Ministério da Saúde (2010). Etapa I
Disponível em URL:
- http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_56/projectos_guia_set_dez_2010.pdf.
Acedido em 18 de Novembro de 2010.
- MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2006). Linhas de Ac
. Lisboa, Ministério da Saúde.
- MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2010). Consulta Intensiva de Cessação Tabágica. Disponível em URL: <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=46&area=0>. Acedido em 13 de Abril de 2010.
- Monajem S (2006). Integration of oral health into primary health care: the role of dental hygienists and the WHO stewardship. Int J Dent Hyg, 4(1):47-51.

- Moore H, Adamson AJ, Gill T, Waine C (2000.) Nutrition and the health care agenda: a primary care perspective. *Family Practice*, 17:197-202.
- Neale R, Keane F, Saulsbury N, Haddon L, Osborne R (2008). Who attends primary care services prior to attendance at genitourinary services and what level of care have they received? *Sex Transm Infect*, 84(3):233-4.
- Norman JE, Wu O, Twaddle S, Macmillan S, McMillan L, Templeton A, McKenzie H, Noone A, Allardice G, Reid M (2004). An evaluation of economics and acceptability of screening for *Chlamydia trachomatis* infection, in women attending antenatal, abortion, colposcopy and family planning clinics in Scotland, UK. *BJOG*, 111(11):1261-8.
- Novak DP, Lindholm L, Jonsson M, Karlsson RB (2004). A Swedish cost-effectiveness analysis of community-based *Chlamydia trachomatis* PCR testing of postal urine specimens obtained at home. *Scand J Public Health*. 32(5):324-32.
- Nunes E (2006). Consumo de tabaco. Efeitos na saúde. *Rev Port Clin Geral*, 22:225-244.
- Paavonen J, Puolakkainen M, Pauku M, Sintonen H (1998). Cost-benefit analysis of first-void urine *Chlamydia trachomatis* screening program. *Obstet Gynecol*, 92:292-8.
- Pereira J, Mateus C, Amaral MJ (1999). Custos da obesidade em Portugal. Documento de trabalho 4/99. Lisboa, Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Pereira J, Mateus C (2003). Custos indirectos associados à obesidade em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume temático; 3: 65-80.
- Petersen PE, Yamamoto T (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*, 33 (2): 81-92.
- Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370:859-877.
- Raw M, A McNeill, R West (1999). Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. *BMJ*, 318 (7177):182-5.
- Rebelo L (2004). Consulta de cessação tabágica – uma proposta para a Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral*, 20:87-98.

- Rebelo L (2008). Consulta de cessação tabágica no Centro de Saúde de Alvalade. Os primeiros 184 pacientes fumadores. Avaliação de resultados. *Rev Port Clin Geral*, 24:13-20.
- Roberts TE, Robinson S, Barton PM, Bryan S, McCarthy A, Macleod J, Egger M, Low N (2007). Cost effectiveness of home based population screening for Chlamydia trachomatis in the UK: economic evaluation of chlamydia screening studies (ClaSS) project. *BMJ*, 11;335(7614):291.
- Salisbury C, Macleod J, Egger M, McCarthy A, Patel R, Holloway A, Ibrahim F, Sterne JA, Horner P, Low N (2006). Opportunistic and systematic screening for chlamydia: a study of consultations by young adults in general practice. *Br J Gen Pract*, 56(523):99-103.
- Sangani P, Rutherford G, Wilkinson D (2004). Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*, 2:CD001220.
- Santana P, Vaz A (2009). Planeamento e Gestão dos Recursos Humanos. In Campos L, Borges M, Portugal R (Eds.). *A Governação dos Hospitais*. Lisboa, Casa das Letras.
- Santos O e col. (2007). Os Centros de Saúde em Portugal – A Satisfação dos Utentes e dos Profissionais. Lisboa, Ministério da Saúde.
- Simões AP, Paquete AT, Araújo M (2008).
. *Rev Port S Pública*, 26(1):39-52.
- Sjöström L, Gummesson A, Sjöström CD, Narbro K, Peltonen M, Wedel H e col. (2007). Effects of Bariatric Surgery on Mortality in Swedish Obese Subjects. *N Engl J Med*, 357;8:741-752.
- Stephenson JM (1998). Screening for genital chlamydial infection. *Br Med Bull*, 54:891-902.
- Taylor-Robinson D (1994). Chlamydia trachomatis and sexually transmitted disease. *BMJ*, 308:150-1.
- The ASPECT Consortium (2004). Tobacco or health in the European Union: past, present and future. Luxemburgo, European Commission, DG Health and Consumer Protection.

- Tomar SL, Asma S (2000). Smoking attributable periodontitis in the United States: findings from NHANES III. *Journal of Periodontology*, 200; 71:743-751.
- US Department of Health and Human Services (2004). *The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General*. Atlanta, US Department of Health and Human Services.
- Visscher TLS, Seidell JC (2001). The Public Health Impact of Obesity. *Annu Rev Public Health*, 22:355-75.
- Washington AE, Katz P (2000). Cost and payment source for pelvic inflammatory disease. Trends and projections, 1983 through 2000. *JAMA*, 266:2565-9.
- WHO - World Health Organization (1978). *Declaração de Alma Ata*. Lisboa, Ministério da Saúde e da Assistência.
- WHO - World Health Organization (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation*. WHO Technical Report Series 894. Geneva, WHO.
- WHO - World Health Organization (2001). *The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva, WHO.
- WHO - World Health Organization (2002). *The World Health Report 2002. Reducing risk and promoting healthy life*. Geneva, WHO.
- WHO - World Health Organization (2005). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for Response*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO - World Health Organization, WONCA - World Organization of Family Doctors (2008). *Integrating mental health into primary care – a global perspective*. Singapura, WHO e WONCA.
- WHO - World Health Organization (2009). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments*. Geneva, WHO.
- Zwar NA, Richmond RL (2006). Role of the general practitioner in smoking cessation. *Drug Alcohol Rev*, 25 (1): 21-6.