

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS

COM(93) 559 final

Bruxelas, 24 de Novembro de 1993

**COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO SOBRE O QUADRO
DE ACÇÃO NO DOMÍNIO DA SAÚDE PÚBLICA**

COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO SOBRE O QUADRO
DE ACÇÃO NO DOMÍNIO DA SAÚDE PÚBLICA

ÍNDICE

SÍNTESE

PARTE A

Antecedentes da política de saúde pública

I.	Introdução	3
	a) Desafios actuais da saúde nos Estados-membros da Comunidade	3
	b) Âmbito da política de saúde pública	5
II.	Situação e tendências da saúde nos Estados-membros	7
	a) Mortalidade	7
	b) Morbilidade	7
III.	Fundamentos da acção da Comunidade	11
	a) Subsidiariedade	11
	b) Bases jurídicas	12
	c) Considerações anteriores das Instituições comunitárias sobre questões de saúde	14

PARTE B

Abordagem da Comunidade Europeia

IV.	Seleccção de actividades	18
	a) Âmbito das actividades possíveis	18
	b) Os meios para a acção comunitária	19
	c) Seleccção de áreas de actividade	20
	i) critérios de selecção	20
	ii) principais flagelos excluindo as drogas	21
	iii) toxicodependência	23
	iv) doenças raras	24
V.	Causas das doenças	25
VI.	Natureza e grau de participação comunitária	28
	a) Abordagem geral	28
	b) Mecanismos de consulta e de participação	31
	c) Apoio à acção dos Estados-membros e promoção da coordenação	31
	d) Informação, educação e promoção em matéria de saúde	32
	e) Investigação	33
	f) Formação de profissionais de saúde	35
	g) Cooperação com organizações internacionais e países terceiros	36
	i) Organizações internacionais	36
	ii) Países terceiros	38
VII.	Acção futura no domínio da saúde pública	39
Anexo I	RESUMO DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS ESTADOS-MEMBROS	41
Anexo II	POLÍTICAS COMUNITÁRIAS E INSTRUMENTOS DIRECTAMENTE RELACIONADOS COM A PROTECÇÃO DA SAÚDE	48
Anexo III	REQUISITOS DA PROTECÇÃO DA SAÚDE COMO PARTE INTEGRANTE DAS OUTRAS POLÍTICAS COMUNITÁRIAS	56
Anexo IV	IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS FLAGELOS DA SAÚDE NA COMUNIDADE EUROPEIA	59
Anexo V	DADOS ESTATÍSTICOS	61

SÍNTESE

A presente comunicação contém as propostas da Comissão que visam desenvolver o trabalho da Comunidade no domínio da saúde pública por forma a cumprir o objectivo introduzido pelo Tratado da União Europeia que refere que "a Comunidade contribuirá para assegurar um nível elevado de protecção da saúde humana" (artigo 129º). A comunicação define um quadro de acção a empreender pela Comunidade e descreve o papel das Instituições Comunitárias e dos Estados-membros. Estabelece uma estratégia de acção, identifica os meios de que a Comunidade dispõe para alcançar os seus objectivos e estabelece os procedimentos de avaliação, de análise e de consulta. Por fim, são seleccionadas áreas de acção fundamentais para os próximos cinco anos.

A Comunicação encontra-se dividida em duas partes: a primeira parte define os antecedentes da política de saúde pública e a segunda descreve a abordagem da Comunidade Europeia.

A. Antecedentes da política de saúde pública

O Capítulo I do documento apresenta um resumo dos principais problemas relacionados com a saúde e os desafios que os Estados-membros têm que enfrentar actualmente. Estes problemas relacionam-se com:

- envelhecimento da população da Comunidade,
- aumento da mobilidade da população na Comunidade e entre Estados-membros,
- mudanças no ambiente e no meio laboral,
- maiores expectativas quanto ao que os serviços de saúde podem e devem fornecer e
- problemas socioeconómicos gerais da Comunidade, designadamente a exclusão social.

Em resultado destes problemas, os Estados-membros têm estado a sofrer cada vez maiores pressões quanto à prestação dos serviços de saúde, sendo provável que elas venham a aumentar.

Em seguida, define-se o âmbito da política de saúde pública, bem como a forma de realizar as actividades relacionadas com o ambiente imediato dos indivíduos e com o contexto mais geral em que vivem. O Anexo I da comunicação resume as políticas de prevenção e de promoção da saúde dos Estados-membros.

O Capítulo II apresenta uma descrição das principais tendências da situação da saúde nos Estados-membros, com base em dados disponíveis sobre mortalidade e morbilidade. Os valores mostram que, nas últimas décadas, houve uma melhoria substancial da situação geral da saúde, com as pessoas a viverem mais tempo, e revelam ainda que as doenças cancerígenas e cardiovasculares e, no que se refere aos jovens, os acidentes são as principais causas de morte na Comunidade. Apresentam-se ainda outras afecções que dão origem a uma morbilidade e a uma mortalidade significativas. O Anexo V apresenta dados estatísticos mais pormenorizados.

O Capítulo III define a base de acção comunitária no domínio da saúde pública. Descreve a aplicação dos princípios de subsidiariedade, transparência e proporcionalidade nesta área, salientando que as questões de financiamento e de prestação de cuidados e serviços de tratamento devem ser determinados por cada Estado-membro.

São salientadas as bases jurídicas para as actividades da Comunidade no domínio da saúde (as políticas, os programas, os instrumentos que lhes dão aplicação encontram-se nos Anexos II e III). Faz-se uma apresentação pormenorizada das disposições e do significado do artigo 129°. Os principais elementos deste artigo são a ênfase na prevenção das doenças, em particular os "principais flagelos", incluindo o abuso da droga, a necessidade de ter em conta os requisitos de saúde aquando da elaboração de outras políticas comunitárias e a obrigação da Comissão de cooperar com os Estados-membros na coordenação das suas políticas e programas.

Por fim, o capítulo salienta o trabalho realizado pelo Conselho Europeu, pelo Conselho, pelo Parlamento Europeu e pelo Comité Económico e Social na elaboração da política comunitária de saúde pública.

B. A abordagem da Comunidade Europeia

O Capítulo IV começa por apresentar o âmbito de uma possível acção comunitária no domínio da saúde pública e os objectivos dessa acção. Em seguida, descreve os meios de realizar a acção comunitária neste domínio, incluindo o estabelecimento de objectivos comuns e de redes, intercâmbio de informações e de pessoal, melhoria dos sistemas de dados, apoio financeiro a programas e projectos, elaboração de um relatório anual sobre saúde na Comunidade e apoio aos esforços de redução de despesas.

São apresentados princípios para se proceder à identificação de doenças ou de ameaças para a saúde com vista a uma acção comunitária. Nesta selecção consideram-se não só os efeitos das doenças sobre a situação da saúde na população comunitária, mas também o facto de uma acção preventiva poder ser adequadamente adoptada a nível comunitário (o Anexo IV apresenta os flagelos importantes para a saúde e o seu impacto).

Neste contexto, considera-se que o cancro, as doenças cardiovasculares, os acidentes, a SIDA e as doenças transmissíveis, a toxicodependência e as doenças raras são objectivos adequados para uma acção.

O Capítulo V, dedicado às causas das doenças, refere que, para uma prevenção eficaz das doenças, é fundamental que as causas subjacentes sejam tratadas por diversas medidas. Apresentam-se importantes factores etiológicos, como o tabagismo e o alcoolismo, bem como dados sobre as suas tendências na Comunidade.

O Capítulo VI, dedicado à natureza e ao grau de participação da Comunidade, explica os mecanismos amplos que a Comissão irá utilizar ao levar a cabo os objectivos da política. Dará prioridade aos projectos de grande envergadura e de grande impacto e manterá uma "vigilância sanitária" sobre outros programas e políticas da Comunidade, à medida que eles forem sendo elaborados.

Descrevem-se pormenorizadamente os tipos de mecanismos gerais a utilizar:

- Consulta e participação. Serão criados mecanismos adequados para aconselhar a Comissão na formulação e na implementação de actividades.
- Promoção da coordenação de programas e políticas. Serão realizadas comparações e avaliações das políticas de prevenção, bem como análises de rentabilidade, e criadas redes para controlar as doenças.

- Cooperação com organizações internacionais e países terceiros. Aumentar-se-á a cooperação já existente com organismos internacionais importantes, tais como a OMS, nomeadamente através de encomendas de trabalhos específicos, da condução de programas conjuntos ou de apoio aos seus programas. Em relação aos países terceiros, serão assegurados os regimes de assistência já existentes, dedicando-se maior atenção à realização de uma maior cooperação com alguns países, designadamente na Europa Central e de Leste.
- Informação, educação e promoção em matéria de saúde. Será desenvolvido um programa coordenado de medidas de promoção e educação em matéria de saúde destinado tanto aos factores etiológicos como a doenças específicas. O programa irá desenvolver o trabalho já efectuado em certas áreas, por exemplo, SIDA e cancro.
- Investigação. Serão adoptadas iniciativas para reforçar os laços com os programas de investigação da Comunidade, tal como definido no Quarto Programa-quadro de Investigação e Desenvolvimento, por forma a garantir a satisfação das necessidades de investigação em saúde pública, a estabelecer uma estratégia para a investigação em matéria de saúde pública e a garantir a divulgação adequada dos resultados.
- Formação de profissionais de saúde. Para aumentar a eficácia do papel dos profissionais de saúde em matéria de saúde pública, serão avaliados os cursos existentes, promovida a colaboração relativamente a novos cursos e incentivadas as trocas de experiências e de informações sobre ensino e formação.

O Capítulo VII, sobre a acção futura no domínio da saúde pública, apresenta, com base nos argumentos referidos nos capítulos anteriores, as áreas prioritárias para uma acção da Comunidade no domínio da saúde pública. As áreas propostas abrangem actividades "horizontais" e actividades especificamente destinadas a algumas doenças. São nomeadamente:

- Promoção, educação, informação e formação em matéria de saúde,
- Dados e indicadores de saúde e controlo e vigilância de doenças,
- Cancro,
- Droga,
- SIDA e outras doenças transmissíveis,
- Acidentes e lesões,
- Doenças relacionadas com a poluição,
- Doenças raras,
- Outras ameaças para a saúde (caso as circunstâncias o requeiram).

A presente comunicação constitui apenas uma fase no esforço contínuo do desenvolvimento de políticas, programas e acções individuais destinadas a dar uma aplicação integral ao artigo 129º e a outros artigos existentes nos tratados, com importância para a protecção da saúde. É passível de ser seguida de uma série de programas sobre cada um dos tópicos acima identificados. A Comissão espera incentivar o debate, ajudar a concentrar a atenção sobre a prevenção e a promoção da saúde, como vem sendo o caso nos Estados-membros no tocante a cuidados de saúde e tratamento, e construir parcerias e redes duradouras no esforço comum de criar um elevado nível de protecção da saúde na Comunidade Europeia.

PARTE A
ANTECEDENTES DA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA

I. INTRODUÇÃO

1. A presente Comunicação descreve as propostas da Comissão sobre um quadro de acção no domínio da saúde pública, à luz da ratificação do Tratado da União Europeia, que introduziu no Tratado que institui a Comunidade Europeia o artigo 3º, alínea o) e o artigo 129º, com disposições explícitas sobre saúde pública.

2. A Comunicação tem essencialmente quatro objectivos: em primeiro lugar, apresenta as principais questões relacionadas com a saúde com as quais a Comunidade se depara. Em segundo lugar, explica a forma de estabelecer as prioridades da acção comunitária. Em terceiro lugar, descreve os tipos de acções possíveis e o modo como estas se adaptam às realizações anteriores em matéria de saúde pública levadas a cabo pela Comunidade e pelos Estados-membros, assim como aos outros programas comunitários. Finalmente, propõe uma série de programas de acções específicos.

3. O quadro proposto na presente Comunicação tem por finalidade consolidar os contributos fundamentais do Conselho, do Parlamento Europeu e do Comité Económico e Social nesta matéria, assim como os trabalhos da Comissão. Toma plenamente em consideração todos os princípios para a acção comunitária estabelecidos no Tratado da União Europeia e nos outros Tratados.

a) **Desafios actuais no domínio da saúde nos Estados-membros da Comunidade Europeia**

4. A grande diversidade da Comunidade Europeia a nível cultural, social e económico significa que os vários Estados-membros se confrontam com uma série de problemas de protecção da saúde. Contudo, existem também várias questões comuns importantes relacionadas com assuntos de saúde no conjunto da Comunidade. Estas questões incluem:

- Envelhecimento da população. A percentagem de pessoas com idades iguais ou superiores a 60 anos está a aumentar na Comunidade. De apenas 17,5% em 1980, esta deverá subir para 24% em 2010. Este aumento significa que passará a haver um maior número de pessoas idosas a utilizar intensamente os serviços de saúde, e que a responsabilidade de pagar estes serviços recairá sobre uma população activa relativamente menor. Desta forma, a necessidade de cuidados médicos ameaça ultrapassar a capacidade ou o desejo da sociedade de os fornecer. Além disso, quer os países gastem uma soma maior ou menor em cuidados médicos, os estudos revelam que o impacto do tratamento sobre as taxas de mortalidade da população é menor do que o poder dos factores que afectam a incidência de doenças como o cancro e as doenças cardiovasculares, e que o declínio da mortalidade dos idosos é acompanhado por um aumento dos casos de invalidez sem possibilidade de tratamento, actualmente comuns entre os idosos. Os estudos indicam também que, recentemente, o número médio de anos em que as pessoas sofrem de invalidez aumentou mais rapidamente do que o número de anos em que permanecem saudáveis.

- Aumento da mobilidade da população. A migração para a Comunidade Europeia, a realização do mercado único e o maior volume de viagens e turismo produzem um entrecruzamento cada vez maior de populações. No domínio da saúde, as implicações desta tendência incluem uma propensão para a propagação mais rápida das doenças transmissíveis, um potencial para uma maior toxicodependência e possíveis dificuldades em satisfazer as necessidades específicas das comunidades migrantes.

- Doenças que surgem devido a mudanças no ambiente e no local de trabalho. Muitos problemas de saúde são originados pelas transformações no ambiente, resultantes do progresso económico e tecnológico. Como exemplo desta relação, pode citar-se o nível cada vez mais elevado de doenças respiratórias e de certas formas de cancro. Além disso, a introdução de novos métodos de trabalho, de maquinaria nova e de computadores no trabalho conduziu igualmente a problemas de saúde do foro físico e psicológico. As doenças relacionadas com o stress e os problemas músculo-esqueléticos estão também a aumentar de forma significativa.

- Maiores expectativas relativamente à saúde. Os factores acima referidos, que fazem aumentar a procura dos serviços de saúde, são acompanhados das expectativas concomitantes das pessoas quanto ao que os serviços de saúde podem oferecer. O desenvolvimento contínuo de tecnologias poderosas para o diagnóstico e o tratamento alimentou a expectativa de uma oferta melhor e o desejo de que todos, sobretudo os grupos mais desfavorecidos e as regiões mais pobres, tenham acesso a eles. Os custos económicos são aumentados pelo facto de muitos processos novos assentarem em medicamentos e equipamentos sofisticados e mais onerosos.

- Problemas socioeconómicos, sobretudo a exclusão social. O lento crescimento económico e os elevados níveis de desemprego estão a levar os Estados-membros a limitar as despesas públicas. Esta política restringe tanto os montantes disponíveis para os serviços de saúde como o orçamento da assistência social. Além disso, o desemprego, a desigualdade, a discriminação, a pobreza e a exclusão social podem, por si, provocar problemas de saúde.

5. Em consequência das questões relacionadas com a saúde acima mencionadas e com as quais os Estados-membros se deparam, as despesas dos Estados-membros com a saúde subiram rapidamente nas duas últimas décadas. Como se indica na Figura 1 do Anexo V, durante as décadas de 70 e de 80 as despesas com a saúde aumentaram significativamente em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), reflectindo em parte o abrandamento da taxa de crescimento económico. No último período dos anos 80, contudo, os números relativos a certos Estados-membros estabilizaram e até diminuíram, em virtude de se verificar um novo crescimento. No entanto, a retenção dos custos continua a ser uma questão fundamental na década de 90, especialmente no contexto da presente recessão e das restrições orçamentais sobre o crescimento das despesas públicas. Os Estados-membros têm actuado de uma forma firme para conter as despesas, o que só tem sido alcançado através das medidas tomadas para limitar a prestação de cuidados, nomeadamente a limitação na prescrição de medicamentos e no recrutamento médico, e para reduzir a procura, incluindo a imposição de taxas para medicamentos e análises.

6. As pressões subjacentes às quais os serviços de saúde estão sujeitos não desapareceram e é provável que aumentem, apesar de existir apenas uma relação ténue entre os principais indicadores de saúde e as despesas com a saúde. Além disso, foi estabelecido que a redução destas últimas tem um impacto desmesurado sobre os pobres, os doentes e os idosos. Consequentemente, tornou-se necessário encontrar soluções equilibradas face às pressões inevitáveis para ajustar as despesas com a saúde: iniciativas em matéria de saúde pública (por exemplo, luta contra o tabagismo, hábitos alimentares e exercício físico, controlo da poluição do ar, etc.), melhor estruturação e financiamento dos sistemas de saúde com vista a reduzir ao máximo os custos, abandono dos tratamentos ineficazes e avaliação dos equipamentos médicos em termos da relação custo/benefício.

7. As dificuldades a ultrapassar para tomar as decisões necessárias em matéria de protecção da saúde, no contexto de restrições económicas rigorosas, levaram o Conselho a adoptar, entre outras, a Resolução de 11 de Novembro de 1991 relativa às escolhas fundamentais de política em matéria de saúde (JO n° C 304, de 23.11.1991). Esta Resolução, assim como o próprio Tratado da União Europeia, indicam claramente que os Estados-membros se comprometem a assegurar um elevado nível de saúde à população. Esta obrigação moral e jurídica de proteger a saúde da população é reforçada pelos benefícios económicos para determinados grupos etários e sectores de actividade específicos (por exemplo, trabalhadores do sector dos cuidados perinatais), obtidos com as medidas tomadas para a promoção, protecção e prevenção da saúde.

8. Através de uma acção eficaz, é possível evitar mortes precoces entre a população activa, assim como é possível evitar a incapacidade e a doença crónica, bem como as respectivas consequências, designadamente o absentismo e a incapacidade para o trabalho; a saúde pode ser melhorada e, dessa forma, a procura dos serviços de cuidados de saúde e de tratamento pode ser reduzida. Em resumo, a capacidade de produção da Comunidade pode ser maximizada e, simultaneamente, os custos da doença podem ser reduzidos. Mais importante ainda, a protecção da saúde, para além das vantagens económicas, pode igualmente melhorar a qualidade de vida, o que contribuirá de forma inestimável para beneficiar tanto o indivíduo como a sociedade em geral.

b) Âmbito da política de saúde pública

9. Neste contexto, o âmbito das actividades de saúde pública pode ser delineado tomando em consideração os riscos para a saúde dos membros de uma comunidade, bem como as medidas necessárias para proteger os indivíduos dessa comunidade dos riscos, e para aumentar as suas possibilidades de viverem uma vida plena e saudável. Para além dos riscos relacionados com a genética individual e a constituição física e mental, os riscos para a saúde derivam, simultaneamente, do modo de vida escolhido pela pessoa, do ambiente próximo, sobretudo a casa e o trabalho, e do ambiente local - uma combinação de condições sociais, económicas e culturais que formam o contexto geral das vidas das pessoas. Deste modo, as medidas necessárias para proteger a saúde dos indivíduos devem ter em conta ambos os "ambientes" referidos.

10. Ao mesmo tempo que as acções e programas das autoridades públicas dominaram o desenvolvimento das estratégias de saúde pública, nas três últimas décadas a atenção da saúde pública incidiu cada vez mais sobre a responsabilidade do indivíduo pela sua própria saúde e as alterações que este pode introduzir no seu comportamento de forma a evitar o aparecimento da doença. Estas considerações foram aplicadas ao regime alimentar, à prática de exercício físico, à abstenção de substâncias perigosas e tóxicas, incluindo a toxicodependência, e à prevenção de acidentes.

11. O controlo de doenças realizado a nível internacional surgiu em primeiro lugar sob forma de regimes nacionais de quarentena na Europa e no Médio Oriente, com vista a conter a propagação de epidemias entre países. Estes esforços demonstraram a necessidade de cooperação internacional para a protecção da saúde. Em 1907, foi estabelecida em Paris uma organização permanente de saúde internacional, cujas funções consistiam em receber as notificações de doenças contagiosas graves existentes em nações participantes, transmitir esta informação às nações membros e estudar e desenvolver convenções de saúde e regulamentos de quarentena para as deslocações navais e ferroviárias. Esta organização acabou por ser integrada na Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948.

12. A OMS leva a cabo projectos a curto e longo prazo destinados a controlar e a erradicar doenças à escala mundial e mantém relações estreitas com outras agências especializadas das Nações Unidas que tratam igualmente de questões ligadas à saúde, particularmente o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Organização para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT).

13. A Comunidade sempre considerou a saúde e o bem-estar como um dos seus principais objectivos; subjacente aos objectivos económicos do Tratado CEE, das disposições de segurança do Tratado CECA e dos requisitos de protecção do Tratado Euratom estão os interesses no domínio da saúde. É por este motivo que o Tratado da União Europeia torna a protecção da saúde um dos pontos fulcrais da procura de uma união cada vez maior entre os povos da Comunidade, e determina que a Comunidade e os governos dos Estados-membros contribuam para a obtenção de um elevado nível de protecção da saúde.

II. SITUAÇÃO E TENDÊNCIAS DA SAÚDE NOS ESTADOS-MEMBROS

a) Mortalidade

14. As últimas décadas caracterizaram-se por duas tendências principais na situação da saúde da população da Comunidade Europeia. Em primeiro lugar, com base nos indicadores de mortalidade, é incontestável que houve uma melhoria considerável e contínua da situação geral da saúde. As pessoas vivem durante mais tempo e morrem menos crianças em todos os Estados-membros. Entre 1960 e 1989, a esperança de vida para os homens, nos doze Estados-membros, subiu de 67,3 para 72,8 anos e para as mulheres, de 72,7 para 79,2 anos. Além disso, enquanto os Estados-membros com os melhores registos continuaram a melhorar, os países com taxas menores têm vindo a recuperar. A margem entre os Estados-membros diminuiu para metade entre 1970 e 1988. Mais impressionante ainda é o facto de o valor mais baixo de esperança de vida, em 1988, para o conjunto da população de um Estado-membro (74,3 anos) ter sido melhor do que o mais elevado em 1970 (73,8).

15. Uma situação semelhante, mas ainda mais flagrante, verifica-se nos números da mortalidade infantil na Comunidade. Este valor diminuiu mais do que 4 vezes, isto é, de 34,8 por 1000 em 1960 para 8,2 em 1989. Tal como aconteceu com os valores relativos à esperança de vida, a diferença que separa os dois extremos reduziu-se consideravelmente, verificando-se que o Estado-membro que registava o valor pior em 1989 (12,18 por 1000) apresentou um resultado melhor do que o que aparecia em primeiro lugar em 1970 (12,75 por 1000).

16. A segunda tendência diz respeito a uma mudança significativa das causas de morte, verificando-se que as doenças transmissíveis (excluindo a SIDA) diminuíram consideravelmente graças a uma melhoria das condições de vida e de higiene, a medidas preventivas, como os programas de vacinação, e também à possibilidade de utilização de tratamentos eficazes. Em larga medida, estas doenças foram substituídas por outras, nomeadamente o cancro e as doenças cardiovasculares. Em 1960, por exemplo, em relação a 2,9 milhões de mortes registadas na Comunidade, pouco mais de metade se devia a estas doenças, enquanto em 1990 as mesmas foram responsáveis por dois terços das mortes. Em 3,3 milhões de mortes, 1,4 milhões deveu-se a doenças cardiovasculares e 0,8 a cancro. Estas doenças constituem a primeira causa de morte não só entre as pessoas com mais de 65 anos, como entre as pessoas com idades compreendidas entre os 35 e os 65 anos, contribuindo assim de modo significativo para a morte prematura, como acontece com os acidentes para o grupo etário dos 5 aos 34 anos. Contudo, os padrões da mortalidade continuam a mudar. Verifica-se actualmente um declínio da mortalidade devida a doenças cardiovasculares e um aumento das mortes devidas a doenças anteriormente raras, nomeadamente a doença de Alzheimer. Esta situação é um reflexo das transformações demográficas, dos progressos da terapia e do lançamento de programas de prevenção de grande envergadura.

b) Morbilidade

17. As taxas de mortalidade apenas dão uma imagem incompleta do estado de saúde geral de uma população. Para ter uma perspectiva geral da situação, é necessário possuir informações sobre a morbilidade, isto é, o número de pessoas atingidas por uma doença ou uma determinada patologia. Estas informações permitem conhecer não só as doenças mais frequentes entre a população, como também ter uma indicação sobre as solicitações que recaem

sobre o sistema de cuidados de saúde. Infelizmente, embora alguns Estados-membros disponham de dados sobre a morbilidade, existem actualmente poucos dados comparáveis sobre a morbilidade para o conjunto da Comunidade, devido às diferenças fundamentais em matéria de metodologias e de definições.

18. Os acidentes rodoviários constituem uma excepção importante, pois existem na Comunidade informações, tanto sobre as mortes como as lesões. Em geral, os números indicam uma diminuição da taxa de mortalidade na Comunidade devida a acidentes rodoviários no período decorrente entre 1970 e 1990, e um declínio menor e mais irregular na incidência de lesões. Os grupos etários mais jovens são os mais atingidos. À luz das discussões do Livro Branco sobre o desenvolvimento da política de transportes, a Comissão publicou uma Comunicação sobre um programa de acção sobre segurança rodoviária (COM(93) 246 de 9 de Junho de 1993) e uma proposta de decisão do Conselho sobre o estabelecimento de uma base de dados sobre acidentes rodoviários (COM(93) 348, de 23 de Julho de 1993). Existem igualmente algumas informações sobre as doenças cardiovasculares, uma vez que sete Estados-membros participam no estudo MONICA realizado pela OMS, que procedeu à recolha de dados sobre a mortalidade e a morbilidade neste domínio. Os dados revelam que, do mesmo modo que as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade na Comunidade, elas são igualmente uma causa de morbilidade grave para a população de meia idade e para os idosos.

19. Não existem dados comparativos exaustivos para outros estados patológicos. Contudo, as estatísticas nacionais fornecem informações sobre a importância relativa das diferentes doenças em termos de morbilidade. O Quadro 1 apresenta os números relativos às principais doenças na Dinamarca e em França, segundo a percentagem que representam em termos de hospitalizações totais e de dias/internamento. Os números revelam que, apesar de se verificarem algumas diferenças, o perfil geral nos dois países não é diferente, e que, nos dois países, ocorrem os mesmos tipos de doenças.

Quadro 1

IMPORTÂNCIA RELATIVA DE DIFERENTES DOENÇAS MEDIDAS EM TERMOS DE HOSPITALIZAÇÕES E DE DIAS/INTERNAMENTO +

	FRANÇA 1985-1987 Hospitalizações Dias/Internamento		DINAMARCA 1990 Hospitalizações Dias/Internamento	
Lesões	13,2	11,7	7,7	13,9
Doenças do sistema digestivo	12,7	12,0	7,1	6,7
Doenças cardiovasculares	11,6	15,5	24,9	21,9
Cancro	10,2	12,5	11,7	8,9 *
Patologias respiratórias	6,9	5,8	10,4	8,8
Doenças músculo-esqueléticas	6,3	7,0	14,8	15,5
Outras doenças	39,1	35,5	23,4	24,3

+ Dados indicativos, fornecidos pelos Ministérios da Saúde, não directamente comparáveis devido a diferenças nas definições, classificações e períodos de referência.

* Números dinamarqueses para o cancro incluem apenas cancro dos pulmões e da mama.

20. Os dados existentes confirmam que as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbilidade na Comunidade, assim como da mortalidade, mas indicam que o cancro tem um menor peso em termos de morbilidade do que de mortalidade e que diversas doenças não mortais são particularmente importantes para a morbilidade, nomeadamente as doenças respiratórias e as doenças músculo-esqueléticas. Os números sobre a mortalidade e as informações disponíveis sobre a morbilidade permitem estabelecer uma lista das doenças responsáveis por uma mortalidade e/ou morbilidade elevadas. O Quadro 2 indica as doenças que constituem problemas graves de saúde para o conjunto da Comunidade:

Quadro 2

DOENÇAS DE ELEVADA MORTALIDADE E/OU MORBILIDADE

=====

Acidentes

Doenças cardiovasculares

Cancro

Doenças mentais, incluindo o suicídio

Doenças músculo-esqueléticas

Patologias respiratórias, incluindo a asma

21. Além disso, algumas doenças transmissíveis, que no passado eram uma causa principal de mortalidade, estão actualmente uma vez mais a aumentar. Esta situação deve-se, em particular, ao aparecimento da SIDA e ao ressurgimento de algumas doenças transmissíveis importantes, como a tuberculose, que se considerava não representar já um problema grave. Todas estas doenças podem potencialmente causar graves problemas se não forem tomadas medidas adequadas. Finalmente, a lista deve incluir a toxicodependência, devido aos graves problemas sociais e de saúde que acarreta, e ao número cada vez maior de indivíduos vítimas da toxicodependência.

22. Em conjunto, estas doenças são responsáveis pela maioria das mortes e das doenças, bem como pela procura dos serviços de saúde nos Estados-membros da Comunidade. Deve, no entanto, referir-se que os números acima indicados dizem apenas respeito a tendências gerais. É uma realidade que, em algumas situações, as diferenças e a distância entre os melhores e os piores Estados da Comunidade estão a diminuir. Contudo, a comparação de valores nacionais pode dar uma imagem bastante distorcida, nomeadamente devido ao facto de os Estados-membros terem dimensões muito diferentes. Além disso, os próprios valores nacionais tendem a dissimular diferenças significativas entre as regiões em cada Estado-membro.

23. Por exemplo, no caso do cancro do pulmão e do brônquio, a taxa de mortalidade para o conjunto da CE era 48,8 por 100 000 em 1988. O Reino Unido possui a taxa mais elevada (70,5) e Portugal é o país com a taxa mais baixa (20,6). Mas, no interior do Reino Unido, a taxa era quase o dobro no Norte da Inglaterra (92,4) relativamente à Irlanda do Norte (49,2). Relativamente à taxa nacional (51,1), a Itália era o país que mais se aproximava da média

comunitária, mas este valor oculta o facto de a taxa no Norte da Itália ser três vezes mais elevada do que no Sul. É possível identificar variações semelhantes no interior dos Estados para outras doenças principais. Estas variações são um reflexo das diferenças culturais, sociais e económicas entre as regiões, assim como do impacto significativo que os factores ambientais, como a poluição do ar, podem ter sobre a saúde.

24. Os estudos revelaram igualmente a existência de variações significativas de morbilidade e mortalidade entre diferentes grupos socioeconómicos nos Estados-membros. Em 1987, por exemplo, em Inglaterra, entre as pessoas com profissões não qualificadas, as taxas de mortalidade perinatal e infantil eram superiores em 50% às taxas registadas entre os profissionais qualificados, e na Dinamarca, entre as pessoas desempregadas e sem qualificações e vivendo em habitações de má qualidade, verificava-se um valor de 6,2% relativo a uma "taxa de mortalidade em excesso", quando comparado com os valores do grupo mais bem colocado. Consequentemente, ao apreciar a situação e as tendências gerais na Comunidade, é importante tomar-se plenamente em consideração as variações existentes não só entre os Estados-membros como no interior dos mesmos, assim como os padrões gerais para o conjunto da Comunidade.

25. Além disso, ao considerar doenças específicas como objectivos possíveis para a acção comunitária, não é suficiente deter informações sobre a sua mortalidade e morbilidade. É também necessário analisar os factores-chave associados às respectivas causas, designadamente o contexto social e económico mais geral relacionado com a protecção da saúde e com as escolhas de políticas da saúde, assim como os esforços já envidados pelos Estados-membros para responder aos desafios no domínio da saúde.

No Anexo I apresenta-se uma perspectiva geral das políticas e medidas empreendidas pelos Estados-membros para evitar a doença e promover a saúde, no contexto mencionado anteriormente.

III. FUNDAMENTOS DA ACÇÃO COMUNITÁRIA

a) Subsidiariedade

26. A forma como estas actividades, levadas a cabo pela Comunidade e pelos Estados-membros, devem ser conduzidas é regulada pelo princípio de subsidiariedade. O princípio de subsidiariedade, cujas atribuições são estabelecidas no artigo 3º-B do TUE, implica que, nos domínios que não sejam da sua competência exclusiva, a Comunidade intervém quando a acção, devido à dimensão ou aos efeitos da mesma, possa ser melhor realizada ao nível comunitário. Além disso, independentemente do facto de uma matéria ser ou não da exclusiva competência da Comunidade, a acção da Comunidade deve ser proporcional aos objectivos a alcançar.

27. As considerações que se seguem aplicam-se em particular ao domínio da saúde pública:

- a. Em matéria de coordenação da política da saúde, o papel da Comunidade consiste em estabelecer relações construtivas a todos os níveis, em prestar assistência na identificação de lacunas, em formular e melhorar as estratégias para uma aplicação eficaz das políticas e medidas, e em garantir que as transferências e os fluxos de conhecimentos, perícia e materiais se desenrolam com vantagens mútuas para as partes.
- b. De acordo com o princípio de proporcionalidade, a Comunidade pretende dar preferência à execução de projectos de maior envergadura em relação aos projectos menores. Este projectos terão, na sua maioria, a participação de mais de um Estado-membro. Esta opção irá maximizar o seu impacto e evitar o envolvimento em questões e preocupações com um alcance restrito, o que poderia ser entendido como uma interferência nos assuntos já tratados pelas autoridades dos Estados-membros, ou como uma incapacidade em recorrer a meios desproporcionados em relação ao objectivo prosseguido.
- c. A diversidade que se verifica no interior dos Estados-membros, e entre os mesmos, em matéria de hábitos alimentares, de cultura, condições climáticas, de utilização dos solos, assim como o tipo e a concentração da actividade económica, é tal que, de forma geral, a Comunidade não vai impor um modelo pormenorizado, mesmo para os problemas idênticos ou semelhantes num ou mais Estados-membros, numa ou mais regiões ou localidades. Em matéria de saúde, cabe ao indivíduo e à família considerar as opções que se lhes apresentam, e decidir sobre as questões que lhes dizem directamente respeito; e cabe à sociedade, através do processo democrático, criar um ambiente que leve o indivíduo a decidir pelo que é melhor e a colectividade a tomar as decisões correctas em todos os domínios em que o indivíduo não pode, por si só, determinar ou provocar o resultado desejado.
- d. Os Estados-membros, em associação com os seus profissionais de saúde e os indivíduos interessados, têm a seu cargo o financiamento e fornecimento dos cuidados e tratamentos de saúde. Contudo, a Comissão pode auxiliar os Estados-membros a melhorar a sua colaboração em matéria de saúde, nomeadamente no que se refere às escolhas de saúde fundamentais¹, e pode dar-lhes assistência nas acções designadas para melhorar a qualidade dos cuidados e tratamentos de saúde.

1 ver ponto 7, página 5.

b) Bases jurídicas

28. Antes do Tratado de União Europeia, a Comunidade não dispunha de base ou de competência jurídicas específicas em matéria de saúde pública. Isto não significa que os Tratados não tivessem disposições directamente relacionadas com a protecção da saúde e o bem-estar. Desde o início, a saúde e segurança no trabalho foram matérias importantes no Tratado CEE (artigos 117º, 118º e 118º-A do Acto Único Europeu) e no Tratado CECA, enquanto em todos os Estados-membros, as disposições relativas à protecção e à saúde tanto dos trabalhadores como da população, contidas no Tratado Euratom (artigos 30º a 39º), tornaram-se a pedra angular da regulamentação nesta matéria.

29. Outras disposições do Tratado CEE tratam também, directa ou indirectamente, da saúde: o artigo 2º estabelece o dever da Comunidade de elevar o nível de vida; o artigo 36º autoriza as restrições de importação e de bens em trânsito, de forma a proteger a saúde e a vida das pessoas; o artigo 43º é relativo à política agrícola, que pode ter um impacto sobre a saúde humana; o artigo 48º garante a livre circulação das pessoas, incluindo os doentes e os trabalhadores do sector da saúde; os artigos 52º a 58º são relativos ao direito de estabelecimento e o artigo 59º garante a livre circulação dos serviços, incluindo os serviços de saúde. O artigo 100º-A tem um impacto fundamental sobre a saúde, uma vez que todas as propostas de directivas que têm por objecto a realização do mercado interno para os produtos (por exemplo, os produtos sanguíneos), os serviços, os capitais e as pessoas devem, em virtude deste artigo, tomar como base um nível elevado de protecção da saúde; os artigos 130º-F a 130º-Q dizem respeito à investigação, incluindo a investigação em matéria de saúde. Finalmente, os artigos 130º-R e 130º-S do Tratado CEE, alterados pelo Acto Único Europeu, consagram a protecção da saúde como objectivo último das medidas de protecção do ambiente. Por último, o artigo 155º tem por objectivo, entre outros, emitir recomendações também em matérias relacionadas com a protecção da saúde, e tem sido utilizado no passado para emitir recomendações sobre uma lista europeia de doenças profissionais, e o artigo 235º para propostas de decisões e de regulamentos relativos a várias questões referentes à saúde, nomeadamente a informação do público geral e a formação de membros das profissões de saúde no âmbito do programa "A Europa Contra o Cancro", assim como a criação de uma Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho e de um Observatório Europeu da Droga (EMCDDA).

30. As políticas, programas e instrumentos (ver Anexos II e III) que têm por objectivo a aplicação destes artigos desempenharam um papel determinante na transformação do contexto comunitário em matéria de saúde e na melhoria da qualidade de vida dos habitantes da Comunidade. O Tratado da União Europeia não só retoma estas disposições como as reforça. No que se refere à defesa dos consumidores, o artigo 129º-A confere claramente poderes para proteger a sua saúde e segurança. O artigo 130º, sobre o ambiente, exige que a Comunidade contribua para a prossecução do objectivo de proteger a saúde humana. Além disso, no artigo 126º, a Comunidade é incumbida da obrigação de contribuir para o desenvolvimento de uma educação de qualidade, que desempenha um papel importante em matéria de protecção e de promoção da saúde. Além disso, ao abrigo do artigo K.9 do Tratado da União Europeia, o Conselho, deliberando por unanimidade, por iniciativa da Comissão ou de um Estado-membro, pode decidir empreender acções para o combate à toxicodependência.

31. Acima de tudo, nos termos dos artigos 3º, alínea o) e do artigo 129º do TUE, foram concebidas disposições explícitas para a política de saúde pública. Cabe à Comunidade a responsabilidade de contribuir para alcançar um elevado nível de protecção da saúde, de acordo com os princípios estabelecidos pelo Conselho Europeu em Edimburgo (subsidiariedade, abertura, transparência e proporcionalidade), tendo aquela também sido investida do poder para exercer esta responsabilidade, de forma a garantir o respeito e o apoio das políticas e actividades dos Estados-membros, a evitar intromissões e interferências injustificadas, e a permitir a adaptação e a escolha dos modos de aplicação. Assim, a experiência adquirida até ao momento no domínio da saúde pública com as acções empreendidas pela Comunidade serve como orientação e como base sobre a qual é possível construir. Em particular, o programa "A Europa Contra o Cancro", lançado em 1986 pelo Conselho Europeu, demonstrou a importância de identificar objectivos e fins comuns. Abriu caminho para a adopção, em Conselho, de outros programas e iniciativas relacionadas com a SIDA, a procura de drogas, o alcoolismo, a educação para a saúde nas escolas, e revelou o que é possível alcançar através da associação, da cooperação e da utilização de instrumentos de outras políticas comunitárias. Ao executar os programas "A Europa Contra o Cancro" e "A Europa Contra a SIDA", a Comissão adoptou um método que precedeu o princípio de subsidiariedade e implicou um esforço sistemático para gerar um valor acrescentado comunitário, através da promoção da cooperação entre os Estados-membros no domínio dos estudos e da investigação e da expansão por toda a Comunidade das práticas nacionais melhor sucedidas, sobretudo através da reunião dos parceiros responsáveis nos Estados-membros. A realização destes programas e a necessidade de os mesmos continuarem foram pontos realçados aquando da recente avaliação da sua eficácia, levada a cabo pelo Conselho.

32. Ao abrigo do artigo 129º, a acção inicial da Comunidade deve ter como objectivo a prevenção de doenças. Deste modo, a prevenção, em todos os seus aspectos, torna-se o centro da acção comunitária, quer se trate de prevenção primária, para assegurar uma boa saúde e minimizar a exposição a factores de risco que contribuem para a ocorrência de doenças, de prevenção secundária, para evitar a ocorrência de doenças nas pessoas que a estas estão expostas, nomeadamente através da despistagem, da vacinação e da medicação preventiva/profilaxia, ou da prevenção terciária, para impedir a progressão ou recorrência da doença. A prevenção distingue-se do tratamento na medida em que este último se pode descrever como uma intervenção para corrigir os defeitos congénitos ou a restituir ao indivíduo um estado de saúde anterior (melhor) no período que decorre entre a saúde plena e a morte. O tratamento, por oposição à prevenção, é uma questão que diz respeito à cooperação entre Estados-membros e não um domínio em que a Comissão pode ou deve tomar iniciativas em nome da Comunidade.

33. A actividade preventiva da Comunidade deve necessariamente ser dirigida para a questão dos grandes flagelos. Os grandes flagelos, ou ameaças graves para a saúde, podem definir-se em relação a uma série de factores, tanto objectivos (dados de saúde e indicadores de saúde) como subjectivos (percepção, questões éticas, culturais e políticas). O 4º Capítulo incidirá sobre estas questões. Contudo, convém realçar um ponto: o artigo 129º impõe especificamente uma acção no domínio da saúde pública relativamente ao flagelo da droga.

34. O artigo 129° reconhece implicitamente a dicotomia existente entre as acções centradas no indivíduo, por um lado, destinadas a promover a sua capacidade de melhorar a saúde e a adoptar um modo de vida são e um comportamento que implique poucos ou nenhuns riscos - por exemplo, a informação e a educação para a saúde -; e, por outro lado, as acções centradas na colectividade, que incluem a investigação sobre as causas e a transmissão das doenças. Pode tratar-se de investigação fundamental ou de investigação sobre os comportamentos, ou ainda de investigação social e ecológica, que poderão dizer respeito ao ambiente imediato, local e mesmo distante, sobre o qual o indivíduo tem pouco ou nenhum domínio.

35. O artigo 129°, que torna as exigências em matéria de saúde uma parte integrante das outras políticas comunitárias, tem uma importância primordial. No futuro, a elaboração de políticas e medidas com impacto sobre a saúde tem de, desde o início, receber estímulos adequados da política de saúde pública e ser coerente com a mesma. Isto significa que as outras políticas, mesmo tendo bases jurídicas diferentes, têm de cumprir os objectivos de protecção da saúde.

36. Um aspecto central do papel da Comissão na aplicação do artigo 129° é a obrigação de assegurar a ligação com os Estados-membros para a coordenação das respectivas políticas e programas relativos à prevenção, incluindo a prevenção da toxicodependência, o exame e a análise das causas e dos modos de transmissão dos flagelos, a informação e a educação para a saúde. A Comissão, em colaboração estreita com os Estados-membros, tomará as medidas adequadas para promover esta coordenação, em particular nos sectores em que os Estados-membros já demonstraram a necessidade de cooperar, nomeadamente a luta contra as doenças e a sua vigilância, os dados e indicadores relativos à saúde, a informação e a educação para a saúde, e a luta contra os flagelos mais importantes, como as drogas, o cancro e a SIDA.

c) Considerações anteriores das Instituições Comunitárias sobre questões de saúde

.i) Conselho Europeu

37. Em 1986, os representantes dos governos dos Estados-membros, reunidos em Conselho, adoptaram uma Resolução sobre um programa de acção das Comunidades Europeias contra o cancro (86/C184/05)², que estabelece os objectivos do programa e enuncia as acções prioritárias a empreender. Acordou ainda em declarar 1989 como ano de informação sobre o cancro. Além disso, solicitou aos Estados-membros que se baseassem nas respectivas experiências de tratamento e reabilitação de toxicodependentes com vista a colaborar na informação de professores, pais, e jovens relativamente aos riscos relacionados com a toxicodependência e a elaborar um relatório e recomendações sobre as medidas que podem ser tomadas ao nível comunitário. Esta preocupação com as drogas reflectiu-se nas declarações das reuniões subsequentes do Conselho Europeu, nomeadamente em Londres de 1986, em Dublin e Roma em 1990, no Luxemburgo e em Maastricht em 1991 e em Lisboa em 1992. A reunião de Londres, em 1986, realçou também a importância de coordenar as campanhas nacionais contra a SIDA, com vista a sensibilizar e a informar melhor o público sobre esta doença. As resoluções e as declarações do Conselho Europeu abriram caminho para a acção comunitária contra os flagelos do cancro, das drogas e da SIDA.

2 JO n° C 184, de 23.7.1986

ii) Conselho

38. O interesse e os debates do Conselho e dos Ministros da Saúde dedicados a problemas de saúde pública iniciaram-se em 1977 e começaram a desenvolver-se no início da década de 80. Em 1982, quando o Parlamento Europeu solicitou um esclarecimento sobre o que havia realmente sido feito em matéria de saúde pública desde 1978 - ano em que foi adoptado pelo Conselho um segundo programa de investigação e desenvolvimento no sector da investigação médica e da saúde pública - recomeçaram os esforços no sentido de definir um calendário a nível comunitário. Em 1984, em conformidade com a comunicação da Comissão sobre a cooperação ao nível comunitário no domínio da saúde pública, os trabalhos tiveram finalmente início.

39. A reunião informal dos Ministros da Saúde, realizada em Novembro de 1984, teve por objecto a discussão sobre o aumento das despesas de saúde, a luta contra a toxicod dependência e o tabagismo e a educação para a saúde dos jovens. A reunião seguinte, oficial, do Conselho da Saúde, realizou-se em Maio de 1986. Foram adoptadas resoluções e decisões relativas ao programa de acção de luta contra o cancro, à introdução de um cartão sanitário europeu de urgência, a medidas de combate à SIDA e aos meios para reduzir o consumo do tabaco e do álcool. Esta reunião, assim como outras realizadas entre os Ministros da Saúde, em que várias questões ligadas à saúde foram discutidas e que tiveram como consequência a criação de importantes iniciativas no domínio da saúde, criaram a esperança de estabelecer uma política de saúde ao nível comunitário.

40. A conclusão do Tratado da União Europeia, em 7 de Fevereiro de 1992, reforçou as expectativas relativamente ao potencial para melhorar a protecção da saúde, numa Comunidade em que a cooperação e a coordenação de políticas e programas, sonho que pertenceu durante muito tempo a algumas pessoas, poderiam tornar-se uma realidade. O ponto culminante foi vivido durante a presidência britânica, no segundo semestre de 1992, durante o qual o Conselho dos Ministros da Saúde examinou as questões fundamentais relativas ao futuro da acção comunitária no domínio da saúde pública. A discussão centrou-se na necessidade de romper com o passado e de encarar o trabalho no domínio da saúde pública numa perspectiva de maior continuidade, coerência e estabelecimento de prioridades, e de construir um quadro apropriado que compreenda os programas coroados de êxito no domínio da luta contra o cancro e a SIDA e as acções em domínios específicos, nomeadamente a droga e a educação para a saúde nas escolas. Para tal, o Conselho apoiou-se num documento de trabalho dos serviços da Comissão, intitulado "Saúde Pública", que reúne o inventário das acções empreendidas até ao momento actual e constata a necessidade de uma abordagem coerente baseada na prevenção, promoção e protecção da saúde através de outras políticas comunitárias, a coordenação entre Estados-membros e a cooperação com países terceiros e organizações internacionais.

41. Em 27 de Maio de 1993, o Conselho e os Ministros da Saúde reunidos em Conselho adoptaram uma importante resolução sobre um programa de acção futura no domínio da saúde pública que abrange os principais aspectos da saúde pública em que a Comunidade trabalhará no futuro. A resolução reafirma a necessidade de estabelecer uma cooperação estreita, assim como de analisar o peso a atribuir às outras políticas. Define uma série de orientações quanto aos objectivos fundamentais da acção, nomeadamente

acrescentar vida aos anos e anos à vida, a necessidade de uma programação plurianual para assegurar coerência e continuidade, os critérios de selecção de domínios de acção com referência à sua natureza preventiva e à sua complementaridade com outras políticas de saúde e aos métodos de cooperação e de consulta e, finalmente, as relações com países terceiros e organizações internacionais. Estas orientações foram cuidadosamente estudadas pela Comissão e tomadas em consideração para a elaboração da presente comunicação.

iii) Parlamento Europeu

42. O Parlamento Europeu pronunciou-se a favor de uma política comum da saúde desde o início dos anos 80 e propôs várias resoluções no domínio da saúde, nomeadamente:

- política de saúde na Comunidade Europeia (JO n° C 128, de 16.5.1983, p.86)
- Carta europeia dos direitos dos doentes hospitalizados (JO n° C 46, de 20.02.1984)
- programa comunitário de investigação da SIDA (JO n° C 46, de 20.02.1984)
- as crianças no meio hospitalar (JO n° C 148, de 16.06.1986, p.37)
- as mulheres e o parto (JO n° C 235, de 12.09.1988, p.183)

43. Os membros do Parlamento Europeu sempre demonstraram um grande interesse pelas questões de saúde, como é possível constatar pelo grande número de questões parlamentares colocadas sobre este assunto. Várias comissões, em particular a Comissão para o Ambiente, Saúde Pública e Protecção dos Consumidores, a Comissão Especial "Droga" e a Comissão para a Juventude, Cultura, Educação, Meios de Comunicação e Desporto elaboraram diversos relatórios sobre temas relacionados com a saúde, nomeadamente relatórios sobre SIDA, educação para a saúde e toxicodependência, bioética, transplantação de órgãos e auto-suficiência em produtos sanguíneos.

44. Um relatório recente da Comissão para o Ambiente, Saúde Pública e Protecção dos Consumidores teve por objecto a política da saúde pública após Maastricht (1993 - PE 205.804), na sequência de uma audição pública de 3 de Junho de 1993. O relatório dá uma ênfase especial ao disposto no artigo 129° relativamente à coordenação das políticas e programas dos Estados-membros, assim como à integração das exigências em matéria de saúde nos outros domínios das políticas, e apresenta uma perspectiva geral das questões actuais de saúde pública, incluindo demografia e necessidades em termos de saúde, dados e indicadores de saúde comparáveis/compatíveis, custos dos cuidados de saúde, e política de investigação e saúde. A referida comissão apresentou diversas propostas para acção comunitária, incluindo convites à Comissão para, designadamente, fixar processos de consulta alargados, estabelecer um serviço de investigação epidemiológica, recolher, analisar e divulgar dados sobre notificação de doenças, incentivar os regimes de intercâmbios para profissionais da saúde, desenvolver o intercâmbio de informação entre os sistemas nacionais de saúde, elaborar relatórios sobre a situação da saúde na Comunidade, investigar a exequibilidade de incentivar uma maior utilização de produtos farmacêuticos genéricos e coordenar a utilização de todos estes produtos, indicar os níveis mínimos

de cuidados de saúde, desenvolver e levar a cabo actividades de promoção e educação para a saúde, incluindo a vacinação e a despistagem, intensificar as actividades contra o cancro e a SIDA, e as relativas a idosos. O relatório e a resolução sobre esta matéria darão um novo impulso aos esforços em curso destinados a conferir à Comunidade uma dimensão de saúde pública indispensável.

45. Deverá referir-se igualmente os importantes trabalhos levados a cabo pelo "Intergrupo Saúde" do Parlamento Europeu e do respectivo grupo STOA (serviço parlamentar europeu de avaliação das opções científicas e técnicas).

iv) Comité Económico e Social

46. No decurso dos últimos dez anos, o Comité Económico e Social emitiu regularmente pareceres sobre questões de saúde, por exemplo, medicina do trabalho, substâncias e preparações perigosas, sistema comunitário de informação sobre os acidentes que envolvem produtos de consumo, cancro de origem profissional, programa de acção sobre toxicologia para fins de protecção da saúde, prevenção da poluição pelo amianto, programa de acção de prevenção do cancro, transparência dos preços dos medicamentos. Mais recentemente, a Comissão aprovou iniciativas da Comunidade no domínio social, como o Ano Europeu dos Idosos, o programa "A Europa Contra o Cancro", o programa "A Europa Contra a SIDA" e a criação do Observatório Europeu da Droga (EMCDDA).

47. É assim que, participando na expressão da vontade da suas instituições comunitárias e do desejo de numerosos profissionais da saúde, de associações de médicos e doentes, de grupos de interesses e de simples cidadãos da Comunidade, que a Comissão, após ter longamente reflectido sobre a oportunidade e a exequibilidade da acção, por um lado, e os meios disponíveis, por outro, tenta através da presente comunicação elaborar um quadro coerente e exaustivo de uma acção comunitária no domínio da saúde pública, que concretizará as disposições jurídicas inscritas nos Tratados.

PARTE B

A ABORDAGEM DA COMUNIDADE EUROPEIA

IV. SELECÇÃO DE ACTIVIDADES

a) Âmbito de actividades possíveis

48. O Conselho e os Estados-membros identificaram um grande número de domínios para acções possíveis, a nível comunitário, o que demonstra a extensão e a diversidade das expectativas e realça a necessidade de estabelecer prioridades para adaptar os recursos às necessidades:

- continuação dos programas comunitários de luta contra o cancro e a SIDA;
- doenças cardiovasculares;
- doenças transmissíveis;
- doenças mentais;
- doenças hereditárias;
- asma e alergias;
- movimentos migratórios e saúde;
- saúde e ambiente;
- prevenção de acidentes e violência;
- prevenção da toxicodependência;
- melhoria da qualidade dos dados e respectiva comparabilidade;
- nutrição;
- tabaco;
- álcool;
- intercâmbios de informações sobre as políticas dos Estados-membros;
- projectos-piloto sobre prevenção e diagnósticos precoces;
- criação de centros de excelência;
- visitas de intercâmbios para o pessoal ligado à saúde;
- investigação no domínio da saúde pública;
- contenção dos custos;
- escolhas fundamentais em matéria de saúde;
- auto-suficiência em produtos sanguíneos;
- toxicologia;
- a saúde e os jovens;
- consumo de produtos farmacêuticos;
- diálise renal;
- cartão sanitário de urgência;

49. Com base nas informações existentes sobre mortalidade e morbilidade, o 2º Capítulo examinou os grupos de doenças e de situações que constituem, actualmente ou potencialmente, as principais ameaças à Comunidade. O presente capítulo analisa estas doenças separadamente, de modo a identificar a respectiva adequação à acção comunitária. Para levar a cabo este trabalho, é necessário estabelecer objectivos gerais para a acção comunitária e critérios operacionais baseados nesses objectivos para seleccionar as doenças.

50. São quatro os objectivos principais da acção comunitária, relacionados entre si:

- i) evitar a morte prematura, que afecta sobretudo os jovens e a população activa;
- ii) aumentar a esperança de vida isenta de invalidez e doença;
- iii) promover a qualidade de vida melhorando a situação geral da saúde, e evitando as doenças crónicas e invalidantes;
- iv) promover o bem-estar geral da população, particularmente através da minimização das consequências económicas e sociais da doença.

51. Para realizar estes objectivos e maximizar o impacto da sua acção, a Comunidade tem necessidade de identificar as doenças contra as quais se deve empreender prioritariamente uma acção. Esta identificação começa pela análise de dados que permitem determinar as principais ameaças para a saúde, incluindo os dados sobre mortalidade, morbilidade, o risco de danos por falta de intervenção, aptidão para beneficiar de medidas preventivas, percepção pelo público e custos, tanto sociais como económicos. Com base nos critérios comunitários de subsidiariedade e de valor acrescentado, é possível seleccionar, na perspectiva de uma acção comunitária, as principais ameaças para a saúde para as quais se pode demonstrar que a acção da Comunidade é um meio rentável, imediatamente disponível e adequado. Além disso, existem outras doenças que não podem ser consideradas como principais, mas podem ser escolhidas para serem objecto da acção comunitária, desde que se demonstre que o combate a estas doenças pode ser melhorado através da participação da Comunidade.

52. A acção e as medidas levadas a cabo pela Comunidade devem ser relevantes, transparentes e explicadas de forma a serem entendidas pelos cidadãos comunitários. Contudo, devem dirigir-se apenas aos responsáveis políticos e aos médicos nos vários Estados-membros. De outro modo, corre-se o risco de, quanto mais visível for a acção da Comunidade, maior é a possibilidade de fragmentação de esforços e recursos, e menor o impacto e grau de satisfação.

b) Os meios para a acção comunitária

53. A acção comunitária contra as doenças centrar-se-á sobretudo no incentivo da cooperação entre os Estados-membros, em fornecer apoio à respectiva acção, em promover um contacto mais estreito com a coordenação das políticas e dos programas dos Estados-membros, e em utilizar de forma mais correcta as políticas, na medida em que as mesmas se relacionem com a saúde pública. Será necessário consagrar uma atenção especial às seguintes actividades: informação para a saúde, promoção da saúde, educação para a saúde, formação no domínio da saúde, cooperação com organizações internacionais e países terceiros, e investigação. A acção da Comunidade deve, em particular, tomar a seguinte forma:

1) Estabelecimento de um quadro geral de apoio às políticas e programas dos Estados-membros (redes, acções conjuntas, sistemas de intercâmbio de informação). É verdade que os Estados-membros já colaboram em determinados domínios, mas essa colaboração deve ser reforçada. Uma maior cooperação poderia incluir, por exemplo:

- * estabelecimento de objectivos comuns, em determinados domínios, ou relativamente a novos problemas e ameaças para a saúde;
- * programas de intercâmbio de experiências e de profissionais de saúde, assim como de divulgação das práticas mais eficazes;

- * harmonização e recolha de dados de saúde comparáveis/compatíveis, e promoção de sistemas de controlo/vigilância da saúde;
- * criação de redes de informação para a avaliação de diferentes tratamentos e de novas tecnologias aplicadas à saúde;
- * compilação de um relatório de progresso anual sobre a situação da saúde na Comunidade, baseado essencialmente nos relatórios de cada um dos Estados-membros, de forma a avaliar as actividades empreendidas e a tomar decisões para o futuro;
- * assistência financeira para programas e projectos-piloto;
- * assistência aos esforços dos Estados-membros para reduzir as despesas com a saúde, através da diminuição dos obstáculos à livre circulação de doentes entre os Estados-membros, e através do desenvolvimento dos aspectos relacionados com a saúde relativos à utilização dos medicamentos, respeitando contudo as competências dos Estados-membros nesta matéria.

2) Melhor utilização das políticas e dos instrumentos comunitários, sempre que estes se relacionem com a saúde pública. Dar-se-á mais atenção às implicações para a protecção da saúde e da prevenção da doença aquando da introdução de novas iniciativas comunitárias em outros domínios.

c) Selecção de domínios de actividade

i) Critérios de selecção

54. Com base nas considerações acima descritas, podem estabelecer-se os seguintes critérios para a identificação das doenças (ou ameaças) a serem visadas pela acção comunitária:

1. Doenças que causam, ou podem causar, na ausência de intervenção, a morte prematura (anos de vida perdidos) e/ou têm taxas gerais de mortalidade elevadas;
2. Doenças que, na ausência de intervenção, afectam ou podem afectar significativamente o estado de saúde, ou causar prevalência elevada de morbilidade, ou com potencial para causar uma elevada morbilidade e/ou incapacidade grave (anos de vida perdidos isentos de invalidez);
3. Doenças com graves implicações para a qualidade de vida, assim como com consequências importantes no domínio socioeconómico, nomeadamente custos elevados de cuidados de saúde e de tratamento, absentismo considerável do trabalho e incapacidade para o trabalho;
4. Doenças para as quais existem medidas preventivas praticáveis;
5. Doenças para as quais existiria um valor acrescentado, decorrente de acções empreendidas pela Comunidade, sobretudo através das economias de escala.

55. Embora a aplicação dos critérios n.ºs 1 e 2 possa ser relativamente simples, é necessário realçar a importância e as dificuldades de utilização do terceiro critério. Na realidade, o conceito "qualidade de vida" é um critério extremamente subjectivo, utilizado para descrever graus de invalidez, perigo ou dor, ou a capacidade para levar a cabo actividades normais. Alguns estudos indicam que as pessoas consideram determinados estados de saúde "uma fatalidade pior do que a morte", e estas questões foram tomadas em consideração na avaliação do peso geral das doenças, utilizando grandezas como ano de (qualidade de) vida.

56. O processo de selecção implica duas fases distintas. Na primeira fase, graças à aplicação dos quatro primeiros critérios, é possível identificar as doenças mais importantes em todo o território da Comunidade; elas não são, necessariamente, as principais doenças sobre as quais a Comunidade se deve debruçar. Estas só podem ser identificadas em consequência de uma segunda selecção que implica a obtenção do valor acrescentado comunitário. Finalmente, é possível determinar, entre as doenças identificadas na sequência do processo de duas etapas, as doenças que devem ser qualificadas como prioritárias, tentando maximizar o valor acrescentado comunitário em termos de ganhos para a saúde, obtidos através da coerência e continuidade das acções já empreendidas pela Comunidade contra certas doenças, e tentando alargar o impacto de uma dada acção ao maior número de doenças possível.

57. O primeiro passo consiste em examinar e analisar os dados disponíveis sobre o número de doenças importantes incluídas na lista da Classificação Internacional das Doenças. O quadro do anexo IV contém uma lista das doenças avaliadas em função dos critérios supramencionados. O Anexo V contém os dados estatísticos utilizados na análise e a discussão das tendências que se seguem. Os parágrafos seguintes indicam as doenças que, com base nos critérios, devem ser alvo da acção comunitária, e discutem tendências. Além disso, descrevem-se as acções comunitárias no domínio da prevenção da toxicodependência, já seleccionadas como prioridade no artigo 129.º.

ii) Principais flagelos no domínio da saúde, excluindo a droga

Cancro

58. A forma mais importante de cancro relacionada com o modo de vida é o cancro das vias respiratórias e dos pulmões. Os estudos epidemiológicos revelam que esta forma de cancro se relaciona principalmente com o tabaco. Nas últimas décadas, verificou-se um aumento dos cancros relacionados com o tabaco e o álcool (sobretudo das vias respiratórias superiores, do tracto digestivo e dos pulmões).

59. A figura 2 do Anexo V mostra claramente a evolução presente para um aumento da frequência média dos riscos ligados aos modos de vida e uma igualização das ocorrências entre homens e mulheres (devido ao facto de as mulheres fumarem). A evolução mais rápida verificou-se na Dinamarca e nos Países Baixos, mas a tendência pode ser observada em todos os países, com excepção da Espanha, onde, pelo contrário, o número de casos entre as mulheres diminuiu. No que se refere a outras formas de cancro, as tendências não são tão claras e, nalguns casos, não seguem o mesmo modelo. As razões para tal são, em primeiro lugar, as transformações dos modos de vida e, em segundo lugar, a melhoria da técnica do diagnóstico precoce e, consequentemente, a possibilidade de realizar intervenções mais cedo. No caso

do cancro do colo do útero, observa-se uma tendência para a sua diminuição graças à melhoria das técnicas de diagnóstico precoce (juntamente com uma melhor higiene sexual). Contudo, quanto ao cancro da mama, a tendência é a oposta; em quase todos os Estados-membros, o número de casos está a aumentar. É difícil dar uma explicação simples para esta evolução, uma vez que o cancro da mama só dificilmente pode ser relacionado com os factores de risco ligados ao modo de vida, embora se suspeite que o regime alimentar desempenha um papel importante. O número total dos cancros dos órgãos digestivos está igualmente a aumentar, com a diferença de se considerar que esta tendência está sobretudo relacionada com a nutrição e os novos hábitos alimentares. Este fenómeno, assim como a relação entre o cancro da mama e o regime alimentar estão a ser investigados pelo programa "A Europa Contra o Cancro", mediante um estudo dos hábitos alimentares em sete Estados-membros.

Doenças cardiovasculares

60. Verifica-se uma tendência geral para uma redução da mortalidade por doenças cardiovasculares, embora na Grécia e em Espanha, por razões possivelmente relacionadas com novos hábitos alimentares, a tendência não seja tão nítida. Até ao momento presente, não foi dada qualquer explicação inequívoca sobre este fenómeno, mas parece existir uma certa correlação entre a diminuição da frequência dos casos e as alterações nos modos de vida. De forma geral, a mortalidade diminuiu sobretudo nos países em que o número de fumadores diminuiu de forma mais significativa, em que os controlos da tensão arterial são mais eficazes, em que os níveis de colesterol sérico diminuíram e onde as actividades físicas são mais praticadas. Além disso, a mortalidade beneficiou igualmente de métodos de tratamento mais eficazes.

Acidentes

61. Desde 1970 que a taxa geral de todos os tipos de acidentes (incluindo o envenenamento) diminuiu na Comunidade. No que diz respeito aos acidentes de circulação, verificou-se uma diminuição significativa das taxas de mortalidade e da incidência de lesões na maioria dos Estados-membros. Por exemplo, em França, a taxa de mortalidade diminuiu em 1/3 de 1970 para 1990, em Itália diminuiu em metade e nos Países Baixos diminuiu em 2/3. Por outro lado, em Portugal, a incidência de lesões subiu consideravelmente após 1985 e, em Espanha, as taxas de mortalidade e a incidência de lesões subiram durante este período, embora se mantenham num nível relativamente baixo. Contudo, deve realçar-se que os acidentes rodoviários, como se indica no Quadro 5 (Anexo V) continuam a ser a principal causa de morte dos jovens na Comunidade.

Suicídios

62. O número geral de suicídios teve tendência a aumentar na Comunidade, durante os últimos 20 anos. Na sequência de uma comparação realizada entre os dados relativos aos primeiros e aos últimos anos disponíveis (1970 e 1989), verificou-se que a Alemanha é o único país onde o número de suicídios diminuiu consideravelmente. Nos outros Estados-membros, o número estagnou ou aumentou. Não é possível fornecer uma explicação definitiva para estas tendências, embora as transformações ocorridas na sociedade não sejam, obviamente, estranhas à situação. Mas as diferenças de tradições ao nível da política, da cultura e da história têm igualmente importância, uma vez que, geralmente, o suicídio é menos comum nos países da Europa do Sul do que em certos países da Europa do Norte.

SIDA e outras doenças transmissíveis

63. As doenças transmissíveis deixaram de ser, em larga medida, uma causa frequente de morte na Comunidade, embora continuem a originar uma morbilidade significativa. Contudo, o aparecimento da SIDA no início dos anos 80 alterou um pouco esta situação. Na última década, o número de casos aumentou rapidamente na Comunidade. Em 1982, apenas foram diagnosticados 86 casos de SIDA. Em 1990, o número aumentou para pouco menos de 14 000 pessoas e o número não pára de subir, embora a taxa de crescimento tenha diminuído. Até 30 de Junho de 1992, foram registados mais de 69 000 casos, e até 30 de Junho de 1993, o número aumentou para quase 89 000. Admitindo certos atrasos na declaração dos casos, o total cumulativo no final de Junho de 1993 era de mais de 95 000 casos. Embora todos os Estados-membros sejam atingidos por este problema, três deles, nomeadamente a França, a Espanha e a Itália, apresentam 71% de todos os casos da Comunidade. Nos Estados-membros setentrionais, o maior número de casos de SIDA regista-se entre as comunidades de homossexuais masculinos e, nos Estados-membros do Sul, entre os toxicómanos intravenosos, mas a proporção de casos de SIDA nos heterossexuais continua a aumentar em toda a Comunidade. Não existem dados precisos sobre o número de pessoas afectadas na Comunidade pelo VIH, o vírus que provoca a SIDA. Mas a OMS calcula que as pessoas infectadas são cerca de 500 000.

64. A ressurgência recente da tuberculose, frequentemente associada com a SIDA, realça igualmente a necessidade de continuar a lutar contra as doenças transmissíveis.

Outras doenças importantes

65. Como se pode observar no Quadro 1, várias outras doenças, em particular as doenças mentais, os problemas músculo-esqueléticos e respiratórios originam uma morbilidade significativa na Comunidade. O envelhecimento da população irá possivelmente aumentar a prevalência desta situação. A acção da Comunidade contra estas doenças, embora não tenha prioridade máxima, terá de ser tomada em consideração no futuro.

iii) Toxicodependência

66. A toxicodependência é a única ameaça para a saúde especificamente mencionada no artigo 129°. Por este motivo, torna-se automaticamente uma prioridade para a acção comunitária no domínio da saúde pública. A acção relativa ao combate à droga beneficia já de coordenação a nível comunitário; a extensão deste problema multifacetado e a sua relação com os principais flagelos sociais, designadamente a exclusão social e o desemprego, assim como as dificuldades encontradas pelos Estados-membros no combate que travam contra as graves consequências para a sociedade suscitaram uma série de iniciativas ao nível comunitário, no decurso dos últimos anos. A vasta série de iniciativas adoptadas pelo Conselho e o Parlamento Europeu demonstrou a importância que estes atribuem ao problema, assim como a sua opinião de que é necessário empreender acções ao nível comunitário para lhe fazer face. Tal foi reforçado pelo destaque dado às drogas no artigo 129°, em que estas são consideradas um grande flagelo que deve ser combatido prioritariamente através de acções da Comunidade no domínio da saúde pública.

67. As iniciativas mais importantes sobre drogas incluem a Resolução do Conselho de Outubro de 1986 e o plano europeu de luta contra a droga, elaborado pelo Comité Europeu de Luta Antidroga (CELAD), adoptado pelo Conselho Europeu em Dezembro de 1992. Estes documentos fixam uma vasta série de iniciativas a empreender. Além disso, o Conselho adoptou em Fevereiro de 1993 um regulamento que cria o Observatório Europeu da Droga (EMCDDA), encarregado de recolher dados, de realizar análises, comparações e avaliações no domínio das drogas, com ênfase especial para o programa de trabalho inicial, de 3 anos, sobre a procura e a redução da procura de drogas. No futuro, a Comunidade poderá consolidar a sua experiência em matéria de prevenção da toxicodependência, graças ao trabalho já realizado, e propor um programa de acções de saúde pública em matéria de droga e de toxicodependência que tenha como objectivo o futuro.

iv) Doenças raras

68. Por definição, as doenças raras têm um impacto menor na sociedade e são responsáveis por uma mortalidade e morbilidade relativamente baixas. Contudo, a experiência revela que, devido ao facto de serem raras e de existir pouca informação a seu respeito, podem causar problemas importantes para cada um dos países. A doença dos legionários, a doença de Creutzfeldt-Jacob e as perturbações genéticas, como a hemofilia, são disto exemplos. Assim, poderia haver vantagem em as iniciativas da Comunidade que têm por objectivo estas doenças complementarem os esforços dos Estados-membros e maximizarem o intercâmbio de informação e experiência, de modo que todos os Estados-membros sejam auxiliados a empreender as acções adequadas quando são confrontados com uma ameaça pouco conhecida. Certas doenças podem ser raras em determinados Estados-membros e não o ser noutros. Pode citar-se como exemplo típico a talassémia, que é frequente no Sul da Comunidade. É por esta razão que, no que respeita às doenças raras, a Comunidade deverá colaborar estreitamente com os Estados-membros para conceber iniciativas susceptíveis de gerar economias de escala e de criar uma solidariedade entre os Estados-membros.

V. CAUSAS DAS DOENÇAS

69. As medidas comunitárias devem dirigir-se, pois, aos grupos de doenças acima referidas. Mas, para que a acção preventiva seja o mais eficaz possível, não é suficiente ter como alvo certas doenças e grupos de doenças; é ainda mais importante ter como objectivo os factores causais subjacentes. Portanto, ao considerar as eventuais medidas apropriadas e as prioridades a atribuir, é necessário estudar os factores fundamentais associados à etiologia destas doenças.

70. É óbvio que, tal como indicariam as variações significativas da morbilidade e da mortalidade entre os diferentes grupos socioeconómicos no interior dos Estados-membros, as situações socioeconómicas adversas (por exemplo, habitações de má qualidade, acesso difícil aos cuidados de saúde, desemprego de longa duração) constituem uma ameaça para a saúde pública. Esta relação foi reconhecida no programa recentemente lançado sobre exclusão social (COM(93) 435), que procura avaliar, através de projectos seleccionados, o impacto de uma série de condições socioeconómicas sobre a exclusão social, assim como promover a solidariedade. Embora seja um ponto fulcral das outras políticas da Comunidade, o combate a estas condições constitui uma das principais preocupações da Comunidade na prossecução do objectivo de contribuir para evitar riscos a determinados grupos e de fixar uma estratégia eficaz de protecção da saúde.

71. O Quadro 3, sem ser exaustivo, enumera alguns factores principais ligados às principais ameaças já mencionadas.

Quadro 3

FACTORES IMPLICADOS NAS CAUSAS DAS DOENÇAS

DOENÇA	FACTORES
Acidentes	Condução em estado de embriaguez, comportamentos perigosos, produtos e serviços de concepção defeituosa ou medíocre, problemas de ambiente
Cancro	Tabagismo, alcoolismo, alimentação, factores genéticos, exposição a radiações e a substâncias carcinogénicas
Doenças cardiovasculares	Tabagismo, alcoolismo, alimentação, factores genéticos, stress, falta de exercício
Doenças transmissíveis, incluindo a SIDA	Higiene deficiente, água insalubre, comportamentos sexuais perigosos, toxicodependência, nutrição, sangue contaminado
Toxicodependência	Problemas socioeconómicos, perturbações psicológicas, stress
Doenças mentais, incluindo o suicídio	Problemas socioeconómicos, factores genéticos, stress
Doenças músculo-esqueléticas	Ambiente de trabalho de má qualidade, stress físico, nutrição, falta de exercício físico
Doenças respiratórias, incluindo a asma	Problemas ambientais, incluindo poluentes, tabagismo, factores genéticos

72. Este quadro demonstra claramente que, para além da herança genética, existe uma série de outros factores comuns, tanto específicos como gerais, associados a estas doenças. Entre os factores específicos, o tabaco e o álcool estão directamente implicados e a nutrição desempenha igualmente um papel relevante. Entre os factores mais gerais, os problemas de ambiente encontram-se em primeiro lugar ou estão de alguma forma relacionados com todas as doenças. Vários factores estão igualmente ligados a outras doenças importantes. Por exemplo, os problemas de nutrição estão no âmago de doenças como a diabetes, o raquitismo e a osteoporose, o álcool é causa de cirrose e o tabagismo das mulheres grávidas aumenta os riscos de mortalidade infantil.

73. Numa perspectiva de determinação de uma estratégia efectiva de prevenção das doenças e de protecção da saúde, o facto de diversos factores fundamentais estarem associados a diversas doenças tem consequências importantes. Significa, por exemplo, que medidas destinadas a impedir as pessoas de começar a fumar tem uma influência considerável sobre as taxas de morbilidade e de mortalidade, em diferentes aspectos, o que reforça ainda mais o seu impacto.

74. As medidas destinadas a eliminar ou reduzir o impacto de determinados factores etiológicos relacionados com várias doenças, nomeadamente através de acções no domínio da informação e educação para a saúde, de promoção da saúde, tratando de questões como a nutrição, o tabaco e o álcool, e dirigidas ao público em geral ou a grupos específicos, como as crianças ou os idosos, podem desempenhar um papel fundamental na estratégia global e ajudar a dirigir recursos limitados de forma a obter os melhores resultados possíveis. Estas medidas "horizontais" desempenham um papel fundamental para a estratégia definida no 4º Capítulo. Contudo, aquando da abordagem dos factores que intervêm em diversas doenças, não deverá ignorar-se as características específicas de cada doença. De forma geral, é difícil ser completamente exacto sobre a causa de muitas doenças. A evolução da microbiologia permitiu gradualmente identificar os microorganismos responsáveis pela maior parte das doenças infecto-contagiosas, mas vai ser necessário esperar pela identificação do genoma humano para conhecer os genes responsáveis por determinadas entidades nosológicas. Além disso, os meios para combater estas doenças adaptar-se-ão certamente, quando as causas precisas forem descobertas.

75. Tal como acontece com a informação sobre a prevalência e os efeitos das próprias doenças em toda a Comunidade, as informações sobre os principais factores etiológicos são igualmente díspares. Contudo, os números da OMS permitem fazer uma ideia das tendências na Comunidade relativamente aos três factores mais importantes, nomeadamente a nutrição, o tabagismo e o alcoolismo.

76. No que respeita à nutrição, existem valores relativos às percentagens de gordura e de proteína na alimentação humana. Em 1989, a percentagem de gordura em relação à ingestão total de energia situava-se em 34% em Portugal e em 47% na Bélgica, e a das proteínas em 10% na Grécia e em 14% em França. Mas o mais importante é verificar que embora a percentagem de proteínas na alimentação não tenha variado muito desde 1970, o consumo de gordura aumentou consideravelmente em muitos países, designadamente em França, Itália, Portugal e Espanha.

77. Relativamente ao tabagismo, os números revelam o consumo total de cigarros per capita nos Estados-membros, numa base anual. Estes demonstram uma divergência acentuada entre as tendências nos países do Norte e nos países do Sul. Entre 1976 e 1990, o consumo total diminuiu em seis países setentrionais, em 13,4% na Dinamarca (de 1801 para 1560 unidades por ano) e em 25,5% nos Países Baixos (de 2086 para 1555 unidades por ano). Por outro lado, o consumo aumentou consideravelmente nos países do Sul, tendo a Espanha registado um aumento de 87,8% (de 1122 para 2109 unidades por ano). Esta clivagem entre o Norte e o Sul parece ser confirmada pelos dados do Eurostat sobre as despesas em tabaco no orçamento total do agregado familiar.

78. A tendência do consumo de álcool é virtualmente o reflexo da do consumo do tabaco. Entre 1970 e 1988, os Estados setentrionais registaram um aumento considerável do consumo de álcool por habitante. Por exemplo, na Dinamarca registou-se um aumento de 45,6% (de 6,8 para 9,9 litros de álcool puro per capita por ano); nos Países Baixos, de 46,4% (de 5,6 para 8,2) e no Reino Unido de 43,4% (de 5,3 para 7,6). Simultaneamente, o consumo individual nos Estados meridionais baixou; em Itália, diminuiu em 36,5% (de 13,7 para 8,7) e em França em 21,6% (de 16,2 para 12,7).

79. Convém sublinhar que estes dados devem ser interpretados com grandes reservas, uma vez que as condições de base diferem consideravelmente de um Estado-membro para outro. Os dados da OMS sobre o consumo de álcool expresso em percentagem da ingestão total de energia, por exemplo, revela que, 1989, se verificavam grandes divergências entre os Estados-membros, de 3% para a Grécia a 8% para a Alemanha. O interesse principal destes valores é o de indicar tendências que, pelo seu lado, podem revelar problemas presentes ou potenciais e identificar as áreas onde se considera necessária uma intervenção.

VI. NATUREZA E GRAU DE PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

a) Abordagem geral

80. O sector da saúde constitui um amplo domínio de actividade organizada, cujo funcionamento e cujos efeitos influenciam directa e profundamente um dos bens mais preciosos do indivíduo: a sua saúde. As tradições, as práticas e a organização jurídica e administrativa dos serviços e dos sistemas de saúde pública são tão variadas que tiram todo o sentido a qualquer discurso sobre unificação ou harmonização de políticas neste domínio.

81. O papel da Comunidade consiste em apoiar os esforços dos Estados-membros no domínio da saúde pública, auxiliar na formulação e na implementação de objectivos e estratégias e contribuir para a continuidade da prestação de protecção da saúde em toda a Comunidade, estabelecendo como objectivo os melhores resultados já obtidos numa determinada área da Comunidade.

82. São vastas as necessidades no domínio da saúde pública em toda a Comunidade, sendo impossível para a Comunidade procurar resolvê-las na totalidade. Pelo contrário, a Comunidade irá empreender acções que produzam o máximo valor acrescentado possível a partir dos limitados recursos disponíveis, usando instrumentos e medidas considerados de maior impacto. A Comissão irá procurar garantir que sejam dados maior prioridade, meios suficientes e objectivos claros às acções que, a nível político e estratégico, se destinem ao maior número possível de doenças seleccionadas. A Comissão dará prioridade aos projectos com envergadura e impacto importantes que envolvam o maior número possível de organizações governamentais e não governamentais com provas dadas nos respectivos domínios. A Comissão irá também garantir a utilização de instrumentos de outras políticas, ou que os mesmos contribuam para a protecção da saúde, eliminando todo o impacto prejudicial de outras políticas e mantendo uma "vigilância sanitária" em todas as fases de elaboração de instrumentos e programas pertinentes. Por fim, a Comissão está pronta a responder aos pedidos dos Estados-membros relativamente a contribuições para cooperação entre eles e procurará obter, sempre que necessário, o auxílio de organizações internacionais competentes em matéria de saúde.

83. O Quadro 4 apresenta o tipo de acção que pode ser realizada a nível comunitário para uma série de ameaças para a saúde, expressas quer como uma doença, quer como um grupo de doenças relacionadas entre si, quer como um factor etiológico. Especialmente importantes são as actividades destinadas a apoiar as acções dos Estados-membros e a promoção da coordenação das suas políticas e dos seus programas, a cooperação com organizações internacionais e países terceiros, a informação, a educação, a promoção da saúde, a formação e a investigação, que são consideradas mais à frente.

POSSIBILIDADES DE ACÇÃO COMUNITÁRIA

TIPO DE ACÇÃO	Indicadores de dados de saúde	Vigilância Controlo	Saúde Pública	Informação grupos específicos	Educação/ /promoção da saúde	Formação de profissionais da saúde	Cooperação entre Estados-membros	Coordenação de políticas	Formulação & Implementação de estratégias	Utilização de instrumentos de outras políticas	Apoio financeiro	Inquéritos Estudos	Cooperação com organizações internacionais e países terceiros	Outras acções de prevenção específicas
AMEAÇAS PARA A SAÚDE E DOENÇAS														
Tabagismo	****	*	***	**	***	*	****	****	****	****	***	*	**	*
Abuso da droga	****	***	**	***	****	****	****	****	****	****	****	***	****	***
Consumo excessivo de álcool	****	*	***	**	***	**	***	**	**	****	***	***	**	*
Falta de exercício	**	*	**	**	**	*	*	*	*	*	**	**	**	*
Regime alimentar deficiente	****	*	***	***	***	**	***	**	**	****	***	****	**	*
Cancro	****	**	***	****	****	***	***	***	****	****	****	****	****	****
Doenças cardiovasculares	****	**	***	****	****	***	***	**	***	***	**	***	***	***
Doenças do aparelho respiratório	***	***	**	***	**	***	****	****	****	****	***	***	***	**
Anomalias congénitas	***	**	**	***	**	**	***	*	*	*	**	**	**	**
Doenças perinatais	***	**	**	***	**	**	**	**	*	*	**	**	***	*
Acidentes	****	***	****	***	****	***	***	***	***	****	**	****	**	*
Problemas músculo-esqueléticos	**	*	***	***	**	**	**	*	*	**	**	**	**	*
Problemas visuais	**	*	**	**	**	**	**	*	*	**	**	**	**	*
Problemas auditivos	**	*	**	**	**	**	**	*	*	**	**	**	**	*
Perturbações mentais suicídio	****	*	*	**	**	**	**	*	*	**	**	***	**	**
Doenças associadas à nutrição	**	*	*	**	**	**	**	*	*	**	**	***	**	*

**** = ELEVADOS *** = MÉDIOS ** = BAIXOS * = NENHUNS

POSSIBILIDADES DE ACÇÃO COMUNITÁRIA

TIPO DE ACÇÃO	Indicadores de dados de saúde	Vigilância Controlo	Saúde Pública	Informação grupos específicos	Educação/ /promoção da saúde	Formação de profissionais da saúde	Cooperação entre Estados-membros	Coordenação de políticas	Formulação & Implementação de estratégias	Utilização de instrumentos de outras políticas	Apoio financeiro	Inquéritos Estudos	Cooperação com organizações internacionais e países terceiros	Outras acções de prevenção específicas
AMEAÇAS PARA A SAÚDE E DOENÇAS														
SIDA	****	****	**	****	****	****	****	****	****	***	****	****	****	****
Outras doenças infecto-contagiosas	****	****	**	****	**	****	****	****	****	**	****	****	****	***
Doenças raras	***	***	*	***	*	***	****	***	**	*	**	***	***	**
Doenças transmitidas através dos alimentos	***	***	**	**	**	***	***	***	**	***	**	***	**	**

**** = ELEVADOS *** = MÉDIOS ** = BAIXOS * = NENHUNS

b) Mecanismos de consulta e de participação

84. O artigo 129º estabelece disposições para a consulta do Comité Económico e Social e do Comité das Regiões. Além disso, alguns instrumentos comunitários de carácter vinculativo prevêem mecanismos de consulta e de participação relativamente a programas e medidas adoptados pela Comunidade em matéria de saúde pública. Para além destes mecanismos, a Comissão tenciona adquirir conhecimentos adicionais por forma a garantir a disponibilização do melhor mecanismo possível de consulta e de participação destinado a orientar e a auscultar reacções no que se refere à actividade comunitária no domínio da protecção da saúde, ao mesmo tempo que racionaliza e consolida a actual estrutura de comités e grupos de trabalho.

85. A Comissão irá tomar medidas destinadas à criação de mecanismos de consulta e participação adequados, no contexto da aplicação do presente quadro de saúde pública. Relativamente a este aspecto, terá que proceder-se à identificação das funções respectivamente dos profissionais de saúde e das organizações não governamentais.

c) Apoio à acção dos Estados-membros e promoção da coordenação

86. A Comissão pretende basear o apoio destinado aos Estados-membros em acções específicas, que só ela pode implementar, em particular através da promoção do intercâmbio de experiências e de pontos de vista e da preparação de acções que possam ser realizadas através de diversos instrumentos em diferentes sectores.

87. No que se refere a áreas de actividade nas quais, segundo a Comissão, vale a pena lançar acções novas e inovadoras, aplicam-se as seguintes considerações:

(i) Embora seja difícil, torna-se essencial proceder à comparação e à avaliação de políticas de prevenção contra as ameaças para a saúde, por forma a evitar abordagens não coordenadas que podem ter uma influência negativa nas escolhas e nas decisões das autoridades em matéria de saúde pública. A Comissão pode desempenhar um papel decisivo neste aspecto, ao efectuar análises rentáveis em larga escala, baseadas especialmente em modelos e em instrumentos disponibilizados pela ciência epidemiológica, e ao formular propostas para medidas e programas destinados a reforçar as defesas contra as doenças.

(ii) A Comissão procurará ajudar os Estados-membros a melhorar os padrões de promoção da saúde e de prevenção das doenças. Não há dúvida que alguns Estados-membros atingiram um elevado nível de protecção nalgumas áreas, e, uma vez que o objectivo é obter níveis de protecção equiparáveis ao nível mais elevado existente na Comunidade, a Comissão deveria tentar prestar as informações necessárias à correcção das carências, tomando como ponto de referência as políticas e os programas dos Estados-membros mais avançados neste assunto. Um dos objectivos principais nesta área será o estabelecimento de redes interconectadas de centros competentes para a vigilância e o controlo de doenças, usando dados, critérios e métodos apropriados. Estão já a envidar-se esforços neste sentido para as doenças contagiosas, e irão ser tomadas iniciativas adequadas no que se refere a outras doenças, reforçando os sistemas e os acordos já existentes, por exemplo, sobre o cancro.

(iii) As atitudes dos Estados-membros para com pessoas provenientes de países terceiros variam de uma forma considerável no que se refere aos requisitos de protecção da saúde e à protecção sanitária que lhes é prestada. É imprescindível a coordenação das políticas nesta área, tendo a Comissão a intenção de lançar iniciativas apropriadas neste domínio. Por forma a atingir estes objectivos, é necessária a maior transparência possível, e a Comissão terá de recorrer a pareceres adequados e de proceder a múltiplas consultas, por forma a elaborar planos eficazes, a comunicar as suas mensagens e a promover o diálogo no que se refere a migrantes e saúde.

Informação, Educação e Promoção em matéria de Saúde

88. As actividades destinadas ao público em geral e a subgrupos específicos podem ser classificadas em informação sobre a saúde, educação para a saúde ou promoção da saúde. Tornou-se evidente nos últimos anos que o significado preciso de cada um destes termos varia consoante o contexto cultural e linguístico específico.

89. A Informação sobre a Saúde envolve a comunicação de informações sobre questões relacionadas com a saúde, muitas vezes destinada ao grande público, mas também a grupos específicos. Em princípio, o conteúdo terá um carácter mais geral do que pessoal, uma vez que é improvável que se possa proceder a uma identificação exacta dos destinatários. O meio a utilizar pode ser o papel (folhetos, etc.), a imprensa (anúncios e artigos), o audiovisual (TV e rádio) ou, menos frequentemente, pessoal (discursos e palestras proferidas por peritos em matéria de saúde, por exemplo).

90. A Educação para a Saúde implica o fornecimento de um conjunto de conhecimentos sobre saúde a um grupo-alvo definido, usando oportunidades de aprendizagem. O processo incluirá interacção com destinatários e auscultação das suas reacções, não podendo dizer-se que o processo está concluído sem que o grupo-alvo demonstre que a sua consciencialização aumentou, facto que deverá incluir, pelo menos, o conhecimento de um certo número de elementos factuais. O ponto crítico é conseguir que o educador transmita um determinado conjunto de informações e de conhecimentos e adopte várias abordagens, por forma a atingir o seu objectivo. Dever-se-á registar que, embora este processo esteja normalmente associado à educação escolar das crianças, ele não se limita a este grupo. A responsabilidade neste domínio depende das estruturas administrativas de todos os Estados-membros: podem participar tanto os ministérios da saúde como da educação, podendo outros ministérios ter também algo a dizer.

91. Tem-se dito que a Promoção da Saúde é a aplicação da informação sobre a saúde. Por outras palavras, enquanto que a informação sobre a saúde e a educação para a saúde tentam fornecer ao público-alvo as informações e os instrumentos necessários para um modo de vida saudável, a promoção da saúde irá procurar modificar activamente atitudes, comportamentos e ambientes para permitir a realização de um modo de vida saudável. As técnicas podem incluir legislação, incentivos económicos, alterações várias do ambiente do grupo-alvo no sentido de promover modos de vida saudáveis. As medidas destinadas à promoção da saúde devem ser conjugadas com as medidas conducentes a uma melhoria a longo prazo das condições sociais e económicas, uma vez que a promoção da saúde é uma tarefa complexa e interligada com toda a situação social e política. Não basta actuar de forma unilateral

relativamente a problemas relacionados com a saúde, nem limitar os esforços a pessoas de alto risco; pelo contrário, é toda a comunidade que tem de estar envolvida num esforço conjunto que dê um sentido permanente de colaboração e de participação a todos e conduza a uma melhoria a longo prazo das condições de vida em geral.

92. A promoção da saúde e a educação para a saúde podem ser consideradas como temas gerais que existem numa área grande e diversificada (família, escola, trabalho, comunidade), cobrem muitas doenças ou acidentes relacionados com o modo de vida (cancro, SIDA, droga, doenças cardiovasculares, acidentes, etc.) e pretendem alterar o comportamento de risco (tabagismo, álcool, nutrição, abuso da droga, falta de exercício físico, etc.). As diferenças sociais e culturais entre Estados-membros e dentro de cada um têm que ser cuidadosamente avaliadas aquando da realização de actividades comunitárias de promoção da saúde e de educação para a saúde, especialmente no que respeita à nutrição e ao abuso da droga.

93. As diferentes abordagens necessárias numa sociedade diversa e complexa, como é o caso da Comunidade Europeia, nunca devem, contudo, conduzir a uma abordagem fragmentada. Pelo contrário, as diversas abordagens devem reforçar-se mutuamente, de modo a garantir a máxima eficácia de todas as acções de promoção da saúde e de educação para a saúde. Para o conseguir, poder-se-ão conjugar as várias abordagens aos diferentes níveis (europeu, nacional, regional e local). A organização e a coordenação eficazes das acções de promoção da saúde e de educação para a saúde a todos os níveis, bem como o planeamento e a avaliação cuidadosos das acções no contexto de um plano global são um requisito prévio para garantir a obtenção de benefícios máximos a partir dos esforços dispendidos na promoção da saúde. A Comissão está portanto a analisar os programas existentes para garantir que, quando existam acções de natureza semelhante, tais como a promoção da saúde e a educação para a saúde, estas sejam agrupadas para evitar duplicação de esforços e aumentar a sua eficácia.

94. Ao proceder à implementação da promoção da saúde e da educação para a saúde, o papel da Comissão consistirá em:

- facilitar o intercâmbio de informações e de modelos de boa prática estabelecendo redes, preparando pacotes de informação, manuais e seminários;
- prestar apoio ao proporcionar incentivos adequados;
- dar início, produzir e coordenar, quando necessário, actividades a nível comunitário.

95. Far-se-á um uso adequado dos recursos e dos conhecimentos disponíveis nos Estados-membros da Comunidade, de modo a aumentar a eficácia das acções de promoção da saúde e de educação para a saúde.

e) Investigação

96. Para além dos artigos 130º-F a 130º-Q sobre "a investigação e o desenvolvimento tecnológico", que abrangem todas as actividades de investigação, o artigo 129º atribui à Comunidade uma função nítida de investigação no domínio das causas e das formas de transmissão de doenças. As acções a levar a cabo a título do presente quadro de saúde pública deverão aproveitar ao máximo os resultados obtidos ao abrigo dos programas-quadro de investigação da Comunidade.

97. A investigação no domínio da biomedicina e da saúde (BIOMED), no contexto do actual programa comunitário de investigação e desenvolvimento tecnológico, está em vigor até 1994, tendo sido dotado de um orçamento superior a 130 milhões de ecus.

98. A investigação actual cobre quatro áreas principais:

- coordenação da investigação sobre prevenção, sistemas de assistência e saúde,
- principais problemas de saúde e doenças com importante impacto socioeconómico,
- análise do genoma humano,
- ética médica.

99. A SIDA aparece destacada entre os principais problemas de saúde. Os outros problemas de saúde importantes, abrangidos por este programa, são o cancro, as doenças cardiovasculares, as perturbações mentais e as doenças neurológicas e o processo de envelhecimento e os problemas de saúde relacionados com a idade. Em todas estas áreas estão a ser reforçadas as ligações a actividades orientadas para a acção.

100. Está actualmente a discutir-se um quarto programa-quadro de investigação com base numa proposta formal da Comissão [COM(93) 276]. Em 6 de Outubro de 1993, a Comissão publicou um documento de trabalho [COM(93) 459] relativo ao conteúdo científico e tecnológico dos programas específicos que aplicam o 4º programa-quadro. O Parlamento Europeu e o Conselho estão actualmente a analisar o programa, que propõe as seguintes rubricas para investigação em biomedicina e saúde em 1994-98:

- SIDA, tuberculose e outras doenças infecciosas;
- cancro;
- investigação farmacêutica;
- Ciências neurológicas e investigação no domínio do cérebro;
- prevenção, medicina do trabalho, factores de risco e investigação em saúde pública;
- epidemiologia de doenças com importante impacto socioeconómico;
- doenças cardiovasculares;
- análise do genoma humano;
- investigação sobre os serviços de saúde;
- tecnologia e engenharia biomédicas,
- ética biomédica.

101. Uma outra área em que se esperam progressos significativos na investigação comunitária nos próximos anos é a do Programa Telemático para Cuidados de Saúde (ex-AIM). As actividades no âmbito da AIM, com um orçamento aproximado de 100 milhões de ecus, para o período 1991-1994, pretendem aumentar a qualidade e a rentabilidade dos serviços de saúde através do recurso à "telemática", isto é, uma combinação de informática e de telecomunicações.

102. Para garantir a realização de um esforço coordenado e a cobertura adequada dos temas de promoção da saúde e da prevenção de doenças por parte dos actuais e futuros programas de investigação comunitários, é necessário preencher um certo número de condições:

- identificação, baseada em prioridades nitidas aprovadas a nível comunitário, dos aspectos da saúde pública que necessitam de incentivo e promoção através da investigação,
- coerência entre as acções no domínio da saúde pública e a actividade de investigação,
- uma estratégia clara que abranja as questões importantes para a saúde pública,
- criação escalonada de estruturas adequadas, como por exemplo redes,
- divulgação correcta dos resultados da investigação e do seu impacto sobre as decisões a nível comunitário e dos Estados-membros.

f) Formação de Profissionais de Saúde

103. Os profissionais de saúde de diferentes universos (clínica geral, hospitais, escolas, actividade profissional, lazer) têm uma função-chave para a Comunidade na transmissão de mensagens da educação para a saúde e da informação sobre a saúde, facto que já foi demonstrado no caso da luta contra o cancro e a SIDA, tendo sido realizadas importantes actividades no quadro dos programas comunitários pertinentes. É intenção da Comissão prosseguir o trabalho nesta área, de forma a:

(i) aumentar a consciencialização dos profissionais de saúde para o importante papel que podem assumir e para a forma como podem contribuir para a prevenção das principais doenças;

(ii) aumentar a sua compreensão de temas importantes para a prevenção de doenças com dimensão pluricultural, como por exemplo o papel da nutrição, a migração (por exemplo, relacionada com a talassemia e o VIH) e os seus conhecimentos das afecções que se estão a tornar importantes (por exemplo, tuberculose).

104. Para este efeito, tendo em consideração as directrizes comunitárias sobre educação e formação, definidas pela Comissão em Maio de 1993 [COM(93) 183], e a experiência adquirida através dos programas comunitários de acção, como ERASMUS, FORCE e COMETT, a Comissão proceder às seguintes iniciativas, sempre que estas se enquadrem no âmbito dos programas de acção:

(i) promoção do intercâmbio de informações entre Estados-membros sobre os actuais cursos e regimes de formação, nomeadamente os relacionados com a toxicodependência, mas também os que incluem o álcool e os medicamentos, nutrição e doenças sexualmente transmissíveis;

(ii) coordenação e recomendações sobre programas de formação destinados a profissionais da saúde em estreita colaboração com as autoridades competentes, instituições de investigação e comités e associações interessados;

(iii) incentivo ao intercâmbio de experiências sobre métodos de ensino e material didáctico relacionados com a prevenção dos principais flagelos para a saúde e sobre a avaliação da eficácia desses métodos e materiais didácticos;

(iv) inventário e avaliação dos métodos e das aplicações práticas existentes sobre a forma de melhorar o acesso e a disponibilidade de informações e de equipamento destinados a profissionais da saúde, no que respeita à prevenção dos principais flagelos para a saúde;

(v) informação e promoção da consciencialização de médicos, enfermeiros e assistentes sociais para condições específicas invulgares nos respectivos Estados-membros, mas que, em resultado do aumento da migração e do turismo, se tornam cada vez mais importantes na Comunidade, como por exemplo a tuberculose nos migrantes, a SIDA/DST em turistas e talassémia em pessoas de origem mediterrânica.

g) Cooperação com organizações internacionais e países terceiros

105. Embora a cooperação com países terceiros e organizações internacionais seja especificamente mencionada no artigo 129º relativamente à saúde pública, de uma forma geral já existe cooperação por força do artigo 228º do Tratado CEE, que estabelece disposições quanto à conclusão de acordos entre a Comunidade e um ou mais Estados ou uma organização internacional. O Tratado também refere que a Comissão tem de assegurar a manutenção de todas as relações adequadas com os órgãos das Nações Unidas e suas agências especializadas, devendo igualmente assegurar as relações que considere oportunas com todas as organizações internacionais (artigo 299º). O Tratado CEE também prevê, no artigo 230º, o estabelecimento de todas as formas úteis de cooperação com o Conselho da Europa e, no artigo 231º, a cooperação com a Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Económico (OCDE).

106. A Comissão já há muito que colabora com países terceiros e com diversas organizações internacionais no domínio da saúde pública. De futuro, o ónus deverá incidir no aumento da cooperação com estas entidades, de forma a que todas as partes envolvidas possam tirar o maior benefício. Para incentivar a cooperação da Comunidade com países terceiros e com organizações internacionais no domínio da saúde pública, torna-se necessário um bom conhecimento da cooperação em curso e planeada entre Estados-membros e países terceiros e organizações internacionais, o que ajudará a evitar a duplicação de esforços e apoiará as acções efectuadas pelos Estados-membros.

(i) Organizações internacionais

107. Existe um número relativamente grande de organizações, tanto governamentais como não governamentais, que incluíram a saúde nas suas ordens de trabalhos. As principais organizações são: OMS, Conselho da Europa, Organização Internacional para a Migração (IOM), UNESCO, Agência Internacional de Energia Atómica (AIEA), OCDE, OIT, FAO, Programa das Nações Unidas para o Controlo Internacional de Droga (PNUCID), Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e Conselho Internacional para os Problemas do Alcoolismo e da Toxicomania.

108. Foram já estabelecidos acordos, sob várias formas, com a maior parte das organizações internacionais e, num caso, a Comunidade tornou-se membro de pleno direito de uma organização internacional (FAO, 1991). Com excepção da OMS, cujas actividades incluem todas as questões de saúde, outras organizações internacionais tratam apenas de questões específicas de saúde que se enquadrem nos seus objectivos. No entanto, no caso do Conselho da Europa, que, em muitas áreas, tem ligações com a Comunidade, houve um alargamento do seu papel no domínio da saúde pública, em particular desde que um número de países da Europa Central e de Leste se tornaram membros daquela organização.

109. O objectivo de incentivar a cooperação caracteriza-se por dois aspectos:

- reforçar as acções em matéria de saúde pública dentro da Comunidade, bem como as efectuadas fora da Comunidade, mas com impacto sobre ela;
- garantir que a Comunidade desempenhe um papel cada vez maior no domínio da saúde pública a nível internacional.

OMS

110. A colaboração com a OMS baseia-se em duas trocas de cartas com a Comissão (1972 e 1982). Esta cooperação abrange toda a Organização, os seus Gabinetes Regionais e, em particular, o Serviço Europeu e o Centro Internacional da Investigação do Cancro (CIIC). A nível operacional, desenvolveram-se relações de trabalho intensas entre a Comissão e a OMS em diferentes áreas. Estas incluem a organização de actividades conjuntas em áreas específicas. Particularmente importante é a utilização de peritagem técnica fornecida pela OMS aos serviços da Comissão, para ajudar a responder a pedidos específicos, como por exemplo a assistência ao desenvolvimento e a prestação de auxílio humanitário de emergência. A cooperação no domínio do cancro com o CIIC é já ampla. Foi transmitida ao Conselho uma análise da actual colaboração OMS-CCE (COM(93) 224 final). A Comissão tem a intenção de preparar uma outra troca de cartas com a OMS, por forma a actualizar, melhorar e alargar a cooperação em questões específicas.

Conselho da Europa

111. Com o Conselho da Europa, a colaboração baseia-se no Tratado CEE e foi ampliada por um acordo de 1987. No domínio da saúde pública, a cooperação abrange questões como sangue, transplantação de órgãos, educação para a saúde, questões de juventude e de promoção da saúde, saúde e desporto, em particular a dopagem. Há também uma participação activa nos trabalhos do Comité Europeu da Saúde e da Farmacopeia Europeia e, especialmente, em acções dedicadas à droga, onde existe uma cooperação estreita entre a Comissão e o Grupo Pompidou, que será alargada com a criação do Observatório Europeu da Droga (EMCDDA). Para além disso, esta maior colaboração com o Conselho da Europa no domínio da saúde, se adequadamente orientada, pode promover a cooperação com a Europa Central e de Leste, contribuindo assim para a consecução dos objectivos enunciados no n° 3 do artigo 129°.

112. A Comissão está a analisar a sua cooperação com o Conselho da Europa no domínio da saúde pública, e dará a conhecer, em devido tempo, os resultados desta análise. Será ainda considerada a proposta de introdução de cláusulas nos projectos de convenções sobre a saúde do Conselho da Europa que permitam que a Comunidade Europeia passe a ser parte destas convenções, sem necessidade de negociação e de ratificação de protocolos específicos.

Outras organizações internacionais

113. IOM: está em curso uma cooperação sobre a questão da migração e da saúde;

UNESCO: a educação no domínio da SIDA e da droga está a ser tratada, sendo futuramente desenvolvida;

OIT: estão a realizar-se actividades conjuntas no domínio da droga e do alcoolismo no local de trabalho. Estão a ser desenvolvidas iniciativas relativamente ao tabagismo, à educação e à promoção da saúde, onde participam também as famílias dos trabalhadores;

FAO: foi organizada uma conferência conjunta sobre nutrição e saúde, estando previstas mais actividades conjuntas destinadas a aplicar os resultados da conferência;

PNUCID: está a ser intensificada a cooperação no domínio da redução da procura de droga;

CRUZ VERMELHA: foi prestada assistência humanitária no domínio da saúde através da Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, assistência essa que continuará no futuro sobre temas como o fornecimento e a qualidade do sangue, prevenção da SIDA, etc.;

OCDE: está em curso uma cooperação sobre os aspectos da saúde do ambiente (segurança química em particular), que será alargada ao tema das estatísticas de saúde;

AIEA: existe uma estreita colaboração no domínio da protecção contra radiações.

Natureza de uma cooperação mais intensa

114. A natureza de uma cooperação mais intensa com organizações internacionais e organizações internacionais não governamentais poderá revestir-se de três formas:

- em questões da competência da Comunidade, a Comissão poderia solicitar às organizações internacionais que levassem a cabo tarefas específicas para a Comissão em áreas para as quais possuem mandato e nas quais deram provas (projectos conjuntos);
- nas áreas reservadas à cooperação entre os Estados-membros, a Comissão pode procurar obter a ajuda dessas organizações para a realização de programas e de acções conjuntas de que beneficiem alguns ou todos os Estados-membros;
- em áreas em que as organizações internacionais orientam os seus próprios programas ou acções, que não são questões prioritárias para a Comissão ou para os Estados-membros, a Comissão poderia prestar assistência, caso esses programas e acções sejam do interesse da Comunidade.

(ii) Cooperação com países terceiros

115. A cooperação com países terceiros terá em conta as actuais e as futuras relações entre estes países e a Comunidade Europeia. Existem já acordos formais entre a Comunidade e alguns países; alguns dos acordos abrangem especificamente a protecção da saúde. Pretende-se analisar, juntamente com esses países, qual a ênfase a atribuir às questões de saúde ao abrigo desses acordos.

116. De acordo com as conclusões do Conselho Europeu de Copenhaga (1993), deviam ser criados programas comunitários para os países da Europa Central e de Leste que já possuem acordos de associação com a Comunidade, o que deverá conduzir ao desenvolvimento de relações práticas com estes países, por forma a complementar a assistência já prestada pela Comunidade. A possibilidade de criar programas de acção para a sua participação será considerada em conjunto com os países em questão. Da mesma maneira, a cooperação com países que apresentaram pedido de adesão à Comunidade deveria permitir a identificação de tópicos de interesse mútuo e a sua participação gradual num certo número de actividades em curso.

117. No quadro das suas relações com países em vias de desenvolvimento, a Comunidade participa em programas de cooperação no domínio da saúde pública. A ênfase é colocada no apoio, através de diversos instrumentos financeiros, à reforma do sistema de saúde e a acções destinadas a satisfazer as necessidades básicas das populações em causa, especialmente dos grupos mais vulneráveis. A assistência é também alargada à luta contra as principais doenças endémicas e, em particular, às doenças sexualmente transmissíveis e à SIDA. No contexto dos programas de saúde pública, presentes e futuros, será intensificada a colaboração, de modo a partilhar experiências e a adoptar estratégias coerentes em questões de saúde, tais como SIDA e toxicodependência, que sejam importantes tanto para a Comunidade como para os países em vias de desenvolvimento.

VII. ACÇÃO FUTURA NO DOMÍNIO DA SAÚDE PÚBLICA

118. A estratégia adoptada na selecção de ameaças para a saúde para uma acção a nível comunitário, para além das realizações presentes e futuras na área da investigação, sugere que a Comunidade prossiga com uma combinação de (i) acções de carácter geral, que beneficiem a luta contra muitas doenças, destinadas a pessoas de grupos etários, categorias socioeconómicas e sexos diferentes, como por exemplo dados de saúde e vigilância, informação, educação e promoção da saúde, (ii) acções destinadas a doenças específicas e que necessitem, por uma questão de máxima eficácia, de um ajustamento cuidadoso, garantindo simultaneamente uma continuação sensata dos principais programas em curso que mostraram o seu valor e em que participaram autoridades públicas, muitos grupos de interesses e indivíduos de toda a Comunidade, demonstrando da melhor forma o princípio da subsidiariedade.

119. A categoria (i) acima referida responde directamente ao desafio de empreender uma acção contra todos os flagelos principais para a saúde anteriormente identificados, de uma forma que permita tirar da participação da Comunidade o máximo rendimento possível para a saúde e se encontre em posição de beneficiar, por um lado, todos os que elaboram e tomam decisões e, por outro lado, os cidadãos da Comunidade. A categoria (ii) ajudará a facilitar os esforços dos grupos de interesses e dos peritos, a obter a sua ajuda e a organizá-los na luta contra doenças específicas.

120. O Anexo IV mostra, para cada ameaça para a saúde e doença identificadas, o que, em termos qualitativos, se espera que venha a ser o impacto da participação da Comunidade. Os programas comunitários com acções de carácter geral, enumeradas no Quadro 4, não só aumentarão o valor acrescentado relativamente a estas ameaças para a saúde e doenças, mas também relativamente a outras ameaças e doenças, como é o caso da informação sanitária sobre nutrição e tabagismo relativamente ao cancro e às doenças

cardiovasculares. Por fim, as acções específicas no contexto de programas destinados a ameaças e doenças específicas servirão de complemento e reforçarão as acções anteriores, garantindo que não se irá perder nenhuma oportunidade para abordar as doenças seleccionadas de uma forma global e coerente. Serão introduzidos programas destinados tanto a doenças específicas como "de acção geral", através dos instrumentos jurídicos previstos no artigo 129º, sendo os seus objectivos alargados através de medidas baseadas no artigo 129º e em outros artigos apropriados dos Tratados.

121. Quanto aos principais flagelos para a saúde, as considerações acima referidas levam a Comissão a concluir que alguns podem ser actualmente abordados, de forma adequada, pelos programas e instrumentos existentes e por futuras acções de carácter geral. Trata-se das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, perturbações mentais, defeitos congénitos, afecções perinatais e perturbações músculo-esqueléticas. A Comissão pretende continuar a analisar a situação no que se refere a estas doenças, de modo a poder empreender acções específicas, caso se venha a considerar adequado. Além disso, para os programas e medidas que foram seleccionados, a Comissão pretende introduzir mecanismos de avaliação mais sistemática, envolvendo medições contínuas e de gestão. As primeiras incluem o cálculo de diminuições na ocorrência de factores de risco e de alteração nos comportamentos e nas atitudes de risco; as segundas permitirão concluir se os objectivos pré-estabelecidos foram atingidos e quais as modificações necessárias para identificar as causas de êxito ou de fracasso e definir formas de atingir os objectivos com custos mínimos e resultados máximos, obtidos com os recursos atribuídos.

122. Podem agora ser determinadas as áreas consideradas prioritárias para uma futura acção da Comunidade no domínio da saúde pública. Estas áreas podem ser objecto de propostas da Comissão para programas plurianuais globais que estabeleçam objectivos claros e respeitem os princípios já salientados no presente documento, incluindo a subsidiariedade. Estes programas serão apresentados durante um período de 3 anos, terão por base a experiência adquirida e terão uma duração de 5 anos. Os programas incidirão sobre os seguintes tópicos:

- Promoção, educação e formação no domínio da saúde
- Dados e indicadores de saúde, controlo e vigilância de doenças
- Cancro
- Droga
- SIDA e outras doenças contagiosas
- Acidentes e lesões intencionais e involuntárias
- Doenças relacionadas com a poluição
- Doenças raras

À luz da experiência e dos desenvolvimentos verificados na incidência de doenças na Comunidade, a Comissão poderá propor programas sobre outras ameaças para a saúde.

ANEXO I

RESUMO DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO NOS ESTADOS-MEMBROS

1. BÉLGICA

(Comunidade Francesa)

As actuais áreas prioritárias são: SIDA, droga, pessoas idosas, emigrantes e grupos vulneráveis. As acções preventivas incluem educação para a saúde, serviços de saúde escolar, acções contra a droga, problemas de SIDA e perturbações mentais. Além disso, continuam a decorrer programas há muito existentes sobre vacinação, higiene e lesões provocadas pelo desporto.

(Comunidade Flamenga)

Foi elaborada uma Estratégia de Prevenção e de Promoção da Saúde abrangente, cujos elementos-chave são os seguintes:

- estabelecimento de prioridades a médio prazo;
- coordenação de iniciativas locais e regionais que se enquadrem no contexto nacional e comunitário global;
- integração das abordagens sectoriais num quadro geral de promoção da saúde, por exemplo saúde escolar, saúde mental, prevenção da droga e questões relacionadas com as crianças e as famílias;
- aplicação de disposições legais (p. ex.: notificação atempada de doenças, vacinação);
- atribuição de recursos adequados a acções de prevenção específicas, nomeadamente no domínio da SIDA, cancro, doenças cardiovasculares, mortalidade perinatal, acidentes, doenças contagiosas e saúde mental;
- acções empreendidas pelas autoridades, assistidas por outros parceiros, tais como o "Instituto Flamengo de Promoção da Saúde" que, desde 1991, constitui um importante fórum para todas as organizações interessadas na promoção e educação em matéria de saúde;
- foram igualmente criados outros mecanismos de coordenação em domínios específicos, tais como SIDA, prevenção do tabagismo, álcool e droga, cancro, etc.
- trabalho de vigilância e controlo de qualidade na saúde pública, incluindo recolha de dados e análise de tendências.

2. DINAMARCA

Para além de um número de serviços preventivos efectuados pelo Sistema de Cuidados de Saúde existente, a política de prevenção dinamarquesa baseia-se no documento "Programa de Promoção da Saúde do Governo da Dinamarca". Este programa, publicado em 1989, deu prioridade a programas sobre o cancro, doenças cardiovasculares, acidentes, problemas psicológicos e doenças músculo-esqueléticas. Para além destas prioridades, a Dinamarca possui programas específicos sobre droga e SIDA, bem como sobre asma e doenças do foro alergológico.

O Ministério da Saúde é o coordenador de todas as acções realizadas nesta área pelas agências governamentais e procura integrar considerações de prevenção em outras políticas implementadas na Dinamarca. Para este efeito, foram criados alguns organismos de coordenação, todos eles presididos pelo Ministério da Saúde.

No que se refere ao financiamento, as questões relativas à prevenção são financiadas por dinheiro proveniente de impostos.

3. ALEMANHA

A responsabilidade pelas questões de saúde cabe quase integralmente aos Länder e, para além dos programas federais sobre cancro, SIDA e droga, todas as outras acções de prevenção sanitária, bem como todas as outras actividades relacionadas com a saúde são levadas a cabo, de uma forma descentralizada, pelos Länder. Em apoio destas actividades, o governo federal lançou, em 1993, um programa sobre investigação no domínio da saúde designado por "Investigação no Domínio da Saúde para o Ano 2000". Este programa trata de modos de vida, nutrição e ambiente, bem como de cuidados a prestar a grupos de risco especial, nomeadamente crianças, jovens, mulheres e idosos.

Foi criada uma série de organismos consultivos federais para tratarem de questões de saúde e prevenção, sendo o principal o Bundesgesundheitsrat (Conselho Federal da Saúde). O Conselho de Profissionais aconselha sobre acções concertadas e o Conselho Federal de Investigação da Saúde sobre investigação. Existem outros grupos consultivos e de peritos para doenças específicas.

As actividades de prevenção são financiadas por impostos federais, municipais e dos Länder, contribuições do seguro de doença, bem como por contribuições de empresas e de outras fontes.

4. GRÉCIA

A política de prevenção na Grécia segue as orientações de "Saúde para Todos no Ano 2000" da OMS, sendo colocada a tónica na selecção de prioridades e na participação e cooperação de organismos públicos e privados. As actuais áreas prioritárias incluem cancro, SIDA, doenças cardiovasculares, fornecimento de sangue e seus derivados, doenças hematológicas hereditárias, acidentes, droga, perturbações mentais e doenças infecciosas.

A acção no domínio do cancro, apoiada pela Comunidade, centra-se nos programas de nutrição, tabagismo e rastreio, bem como no desenvolvimento de um registo nacional do cancro. A luta contra a SIDA é levada a cabo sobretudo através de programas especiais de informação, investigação e assistência social. Estão a ser envidados esforços significativos no sentido de incentivar as dádivas voluntárias de sangue, sendo obrigatório proceder à despistagem da presença dos vírus das hepatites B e C e da SIDA e prever medidas de prevenção de talassémia e hemofilia. Para efeitos de prevenção, é dedicada grande atenção à recolha e à utilização de informações sobre acidentes rodoviários, domésticos e durante actividades de lazer. Foram lançados programas de educação para a saúde que utilizam, em particular, o conceito de Escola Promotora de Saúde. A acção contra as doenças infecciosas

incluem vacinação sistemática e notificação obrigatória, bem como medidas ad hoc, por exemplo, sobre a tuberculose e a malária. Os idosos beneficiam de uma série de acções de informação e educação sobre a saúde e de medidas destinadas a prestar assistência no domicílio. Por fim, está a ganhar importância a formação de profissionais de saúde no domínio da prevenção e sobre problemas de migrantes.

As políticas são formuladas pelo Ministério da Saúde e da Segurança Social, que segue os conselhos do Conselho Central para a Saúde, constituído por especialistas de todas as profissões de saúde. Existem agências e organismos especializados paragovernamentais para a implementação de medidas e programas contra certas doenças e ameaças para a saúde.

O financiamento dos programas de acção e da investigação provém maioritariamente do orçamento do Ministério da Saúde, embora existam contribuições provenientes dos impostos sobre o tabaco e de campanhas de donativos realizadas a nível nacional.

5. ESPANHA

Os objectivos gerais da política de saúde dividem-se em três categorias: promoção de modos de vida saudáveis, prevenção de riscos ambientais para a saúde e melhoria do sistema de cuidados de saúde.

Relativamente à promoção de modos de vida saudáveis, as medidas de saúde pública destinam-se a reduzir o consumo de tabaco e os seus efeitos nocivos para a saúde, incentivar o exercício físico, reduzir os efeitos nocivos do álcool, reduzir o abuso da droga e a dependência de substâncias nocivas e conceber regimes alimentares adequados às necessidades individuais. As medidas destinadas à prevenção dos riscos ambientais têm por objectivo reduzir os riscos biológicos, físicos e químicos e ainda prevenir riscos no trabalho e os acidentes. Por fim, a melhoria do sistema de cuidados de saúde inclui o alargamento dos cuidados de saúde pública, o desenvolvimento de cuidados de saúde primários, cuidados especiais, cuidados maternos e infantis, desenvolvimento da higiene oral, cuidados de saúde mental e sistemas de reabilitação e de cuidados geriátricos. Alguns programas específicos de prevenção da doença incluem programas sobre doenças cardiovasculares, cancro, SIDA, acidentes e zoonoses. Para além destes programas, estão a ser realizados dois programas horizontais sobre promoção da saúde e educação para a saúde.

A execução de políticas de prevenção faz-se a todos os níveis administrativos: nacional, regional e local, e vários organismos consultores prestam auxílio na formulação e na implementação das várias políticas. As disposições jurídicas regulam áreas como vacinação, notificação de doenças, higiene alimentar, protecção atmosférica, protecção contra agentes físicos e protecção contra riscos no trabalho. Para além disso, um conjunto completo de instrumentos jurídicos regulamenta o tabaco: proibição de publicidade, avisos relativos à saúde, teores de nicotina e de alcatrão, proibição de venda a crianças e restrições ou proibição de consumo.

6. FRANÇA

A política de prevenção nacional contém três elementos: i) acção dirigida a todas as questões determinantes para a saúde, ii) prevenção médica (vacinação, rastreio e profilaxia), iii) e acção dirigida a grupos-alvo específicos (crianças em idade escolar, mulheres grávidas pouco jovens, deficientes e jovens com dificuldades de adaptação).

Em 1991, o Ministro da Saúde criou o Alto Comité para a Saúde Pública que tem por função emitir pareceres sobre política e questões de saúde pública. Este Comité está actualmente a reformular a política de saúde pública com base na Estratégia de Saúde para Todos da OMS. Para além deste Comité, as actividades de prevenção e de promoção da saúde são levadas a cabo por organismos consultores específicos e pelas autarquias locais.

As obrigações jurídicas abrangem as seguintes áreas: vacinação, exames médicos antes do casamento, durante a gravidez e pós-natais à mãe e à criança, consumo de droga, publicidade sobre tabaco e álcool e declaração de doenças contagiosas.

Os programas de prevenção sobre doenças específicas e ameaças para a saúde relacionam-se com a SIDA, droga e abuso de droga, tabaco e álcool, uso de medicamentos, doenças sexualmente transmissíveis, prevenção do cancro mediante recurso ao rastreio e problemas dentários. Os programas de prevenção geral dirigem-se a pessoas idosas, mulheres, jovens, deficientes, preocupando-se igualmente com a integração dos aspectos sanitários no desenvolvimento urbano e nas escolas.

Quanto ao financiamento, as actividades de prevenção são financiadas pelo dinheiro proveniente de impostos e pelas contribuições para o seguro de doença.

7. IRLANDA

Os objectivos da política de prevenção nacional incluem: prevenção de doenças infecciosas, detecção precoce de doenças nas crianças, obtenção de melhoramentos significativos a nível da saúde oral e redução da incidência de doenças atribuíveis ao tabagismo, ao alcoolismo e a outros factores relacionados com o modo de vida.

Em 1988, o governo irlandês adoptou uma política destinada à promoção da saúde e criou novas estruturas de promoção da saúde, incluindo um subcomité governamental encarregado da promoção da saúde, no sentido de proporcionar um mecanismo eficaz para a tomada de decisões, com base numa perspectiva de saúde, nos domínios de política pública com impacto sobre a saúde. As acções de prevenção na Irlanda incluem programas de imunização, notificação, diagnóstico e serviços hospitalares para doenças infecciosas, controlo da tuberculose, rastreio do colo do útero, maternidade, cuidados e saúde infantis, cuidados dentários, SIDA, abuso de droga e tabagismo.

Em finais de 1993, o Ministério da Saúde irá propor uma estratégia sanitária nacional que incluirá, em particular, um plano estratégico para a promoção da saúde, delineará a situação actual da saúde na Irlanda e estabelecerá objectivos nacionais para melhoramentos específicos, juntamente com uma estratégia para os conseguir.

8. ITÁLIA

As actividades preventivas na Itália concentram-se principalmente em 4 temas: ambiente e saúde, problemas relacionados com o modo de vida, protecção da saúde no trabalho e prevenção de doenças infecciosas.

No que se refere ao ambiente e à saúde, estão a ser realizadas cada vez mais actividades pelo Centro Europeu de Ambiente e Saúde, que foi criado por acordo mútuo entre o Serviço Regional para a Europa da OMS e o governo italiano. Quanto às doenças relacionadas com o modo de vida, a política italiana concentra-se na nutrição, no tabagismo, na droga e na SIDA. Em relação à protecção da saúde no trabalho, a lei de base (Nº 46 de 5 de Março de 1990) regula a saúde e a segurança nas instalações técnicas, equipamento, substâncias e edifícios, tendo sido completada por decretos que transpõem as directivas comunitárias baseadas no artigo 118º-A do Tratado CEE. Relativamente à prevenção de doenças infecciosas, a Itália introduziu, nos últimos 2 anos, um novo sistema para a prevenção e notificação dessas doenças. O novo sistema significa que essas doenças podem ser melhor identificadas e mais rapidamente, garantindo um fluxo rápido de informação de, e para, o Ministério da Educação, de forma que, quando necessário, podem ser tomadas acções imediatas e trocadas informações com as organizações internacionais de saúde.

A responsabilidade pelas actividades de prevenção cabe a diversas instituições, nomeadamente ao Ministério da Saúde, ao Serviço Nacional de Saúde, às autoridades sanitárias locais e aos serviços de toxicodependência.

9. LUXEMBURGO

Desde a década de 70 que a acção preventiva passou a fazer parte integrante da política de saúde global no Luxemburgo. Este facto reflecte-se na reorganização do departamento de saúde do governo em 1980, através do qual foram criadas divisões especiais para a prevenção. Os programas mais importantes são os programas sobre droga, tabaco, álcool, doenças cardiovasculares e cancro. Para além disso, foi lançado um programa especial destinado a promover uma nutrição e um modo de vida saudáveis.

As actividades de prevenção são coordenadas pelo Ministério da Saúde, nelas participando igualmente outros ministérios. Desde Junho de 1992 que as actividades de prevenção são objecto da lei revista relativa ao seguro de doença e ao sector de saúde. Para além das disposições contidas nesta lei, o Luxemburgo ainda não elaborou qualquer programa global dedicado exclusivamente à prevenção.

10. PAÍSES BAIXOS

A política de prevenção nos Países baixos baseia-se numa série de programas. A prevenção da doença consiste em programas de vacinação nacionais, programas de rastreio, programas de rastreio do cancro da mama e do colo do útero e serviços de aconselhamento para mães e crianças. A formação sistemática no domínio da prevenção está actualmente a ser introduzida, nomeadamente para médicos de clínica geral. A acção sobre promoção da saúde abrange uma ampla série de actividades, tais como campanhas nacionais de educação para a saúde,

conferências na escola e no local de trabalho sobre educação para a saúde, educação sobre saúde mental especialmente destinada a grupos de risco, tais como idosos, casais divorciados, crianças, etc. A educação para a saúde também concentra a sua atenção no álcool, no tabaco e na droga. São efectuadas acções intersectoriais no ambiente de trabalho, nomeadamente para a segurança e higiene no trabalho, etc.

As acções preventivas são levadas a cabo por instituições nacionais especializadas, serviços municipais de saúde pública, serviços regionais de saúde mental, serviços regionais de toxicodependência e profissionais de cuidados de saúde primários.

A prevenção da doença é financiada pelos regimes de seguro.

11. PORTUGAL

Os objectivos a médio prazo da estratégia portuguesa no domínio da prevenção são melhorar o padrão da saúde pública através de campanhas contra o cancro, a droga e a SIDA e pela prevenção de acidentes vasculares cerebrais, prevenção de acidentes em geral, prevenção de suicídio e através da melhoria da assistência aos idosos, às crianças e aos jovens. Além disso, a estratégia global procura melhorar as condições e o funcionamento do sistema de cuidados de saúde, aumentando o número de camas para as doenças crónicas, melhorando ou substituindo as instalações que prestam cuidados de saúde e tomando medidas destinadas a racionalizar os actuais recursos humanos e a promover uma melhor distribuição do pessoal médico encarregado dos cuidados de saúde. O Ministério da Saúde está a realizar programas específicos sobre: controlo da diabetes mellitus e da hipertensão, vacinação, cuidados de saúde infantis e juvenis, cuidados de saúde materna, higiene oral, saúde nas escolas, educação para a saúde, um projecto nacional sobre o cancro, um programa de prevenção da toxicodependência e SIDA.

A política de prevenção em Portugal é coordenada pelo Ministério da Saúde e encontra-se definida na legislação portuguesa sobre o Serviço Nacional de Saúde. O Ministério da Saúde é aconselhado pelo Conselho Nacional de Saúde, que inclui representantes de todas as partes interessadas na protecção da saúde. O Conselho Nacional de Saúde formula recomendações sobre a estratégia global de saúde e, no seu trabalho, é assistido por um grande número de organismos consultivos.

12. REINO UNIDO

A política de prevenção no Reino Unido divide-se em 4 partes:

- programas de rastreio e de imunização, que incluem o rastreio do cancro da mama e do colo do útero e imunização de todas as crianças contra difteria, tétano, tosse convulsa, poliomelite, sarampo, papeira, rubéola, BCG e hepatite B;
- algumas iniciativas específicas, como a iniciativa "Saúde da Nação", lançada em Julho de 1992, que procedeu à identificação de cinco prioridades nacionais e estabeleceu 27 objectivos. As áreas prioritárias referem-se à insuficiência coronária e aos acidentes vasculares cerebrais, ao cancro, à doença mental, aos acidentes e ao VIH/SIDA e saúde sexual

(incluindo planeamento familiar). A realização desta iniciativa deverá basear-se no empenho de todos os ministérios, na constituição de alianças de saúde a nível nacional e local, na actuação através de quadros adequados e em melhores controlos de saúde e avaliações do impacto.

- actividades de promoção e educação em matéria de saúde. No que respeita à Inglaterra, e a título da estratégia da Saúde da Nação, a Autoridade da Educação para a Saúde estabeleceu prioridades para as actividades, tanto a nível local como nacional, para a promoção da saúde como elemento explícito nos contratos dos médicos de clínica geral e para a divulgação da promoção da saúde em todo o serviço de saúde. Outras acções preventivas referem-se especificamente ao tabagismo, ao alcoolismo, ao consumo ilegal de droga, à nutrição, ao planeamento familiar e à higiene dentária;

- as acções de saúde ambiental e de saúde pública incluem acções sobre segurança de medicamentos, artigos de consumo e ambiente, promoção de higiene alimentar, a nível nacional e local, e, finalmente, controlo e vigilância de doenças contagiosas.

ANEXO II

POLÍTICAS E INSTRUMENTOS COMUNITÁRIOS DIRECTAMENTE RELACIONADOS COM A PROTECÇÃO DA SAÚDE

1. RESUMO DAS ACTIVIDADES

Saúde e ambiente

A estreita ligação que existe entre os aspectos ambientais da saúde pública e a necessidade de uma intervenção governamental estava já claramente definida em toda a Europa no final do século passado, altura em que começou a actividade internacional. Os esforços da Comunidade Europeia "para preservar, proteger e melhorar a qualidade do ambiente" e assim "contribuir para a protecção da saúde das pessoas" são uma continuação desta actividade internacional que se tornou mais influente e eficaz através dos poderes legislativos da CE e dos fundos comunitários para auxiliar a sua implementação. A expressão global mais recente das actividades ambientais da Comunidade encontra-se em "Em Direcção a um Desenvolvimento Sustentável", um programa da Comunidade Europeia de política e acção em matéria de ambiente e desenvolvimento sustentável (COM(92) 23 final, Vol. II), adoptado pelo Conselho em 1 de Fevereiro de 1993. Este programa contém mais propostas destinadas a melhorar a qualidade da água, do ar e do solo, a controlar substâncias perigosas e actividades industriais e a controlar a radiação e a poluição, bem como a eliminação de resíduos.

Saúde e segurança no trabalho

A adopção do Acto Único Europeu (1986) e a inclusão do artigo 118º-A deram um grande impulso aos esforços da Comunidade no sentido de melhorar a segurança e saúde dos trabalhadores e reduzir os riscos associados a produtos cancerígenos e outras substâncias perigosas, bem como os acidentes de trabalho. A participação da Comunidade nesta área teve origem na preocupação de melhorar as condições de trabalho constantes do Tratado que estabelece a Comunidade do Carvão e do Aço (Abril de 1951), reforçada pelas disposições de carácter social (Título III) do Tratado CEE e pelas medidas de protecção da saúde no Tratado "Euratom". Foram adoptadas medidas importantes a partir de 1977, nomeadamente em 1980, mas o passo significativo da participação da Comunidade foi tomado em 1989, aquando da adopção da Directiva-quadro (89/391/CEE), relativa à melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores no trabalho. Foram posteriormente adoptadas muitas medidas comunitárias neste âmbito, que conferem à Comunidade uma força orientadora em questões de segurança e saúde no trabalho. Algumas destas medidas estão estritamente relacionadas com as medidas de saúde pública da Comunidade no domínio da toxicologia e dos centros antiveneno¹.

¹ Resolução do Conselho e dos Ministros da Saúde dos Estados-membros relativa à melhoria da prevenção e do tratamento das intoxicações agudas no homem (90/C 329) de 31 de Dezembro de 1990.

Uma população saudável exige uma alimentação saudável

A necessidade de produtos alimentares saudáveis, não contaminados e nutritivos levaram à adopção de controlos fitossanitários e veterinários, bem como de requisitos relativos à composição dos produtos alimentares, à utilização de conservantes, aditivos, etc. e de rótulos com informações. Estas questões são o tema de uma série de medidas do mercado interno na Comunidade que datam de 1962. Mais recentemente (a partir de meados dos anos 80), aumentou o interesse pelo valor nutritivo dos produtos alimentares e dos aditivos por uma questão de promoção da saúde. As actuais preocupações da saúde pública consistem em evitar produtos alimentares que estejam associados a doenças importantes, como o cancro e as doenças cardiovasculares, e a ajudar as pessoas a escolher de uma forma sensata o que devem comer, através da educação para a saúde e de uma rotulagem clara dos componentes dos produtos alimentares. Para este efeito, a Comissão iniciou um estudo nutricional importante ao abrigo do programa "A Europa Contra o Cancro"².

Protecção dos consumidores

A população também necessita de protecção contra outros produtos e contra efeitos potencialmente nocivos de alguns serviços. Nos produtos estão incluídos não só medicamentos, produtos farmacêuticos³ e equipamento médico⁴, mas também todos os artigos potencialmente perigosos que existem no mercado. As medidas do mercado interno da Comunidade destinadas a garantir um elevado nível de protecção sanitária nestas matérias incluem directivas "de nova abordagem", relativas a equipamento médico, equipamento de protecção pessoal, máquinas, brinquedos⁵, etc., assim como directivas e medidas relacionadas com a informação aos consumidores, a segurança geral dos produtos e o controlo de acidentes⁶.

Investigação e tecnologia da informação

Para os desenvolvimentos da política de saúde pública são essenciais as conclusões da investigação das causas e transmissão de doenças e das formas de as prevenir, incluindo a aplicação de técnicas modernas de tecnologia da informação. Os sucessivos programas de investigação médica e de saúde da Comunidade contêm, desde o seu início, em 1978, um importante elemento relacionado com a prevenção da doença. O actual programa BIOMED contém disposições semelhantes. Os programas comunitários e os esquemas-piloto de tecnologia da informação e de telemática, frequentemente levados a cabo em colaboração com a OMS e o Conselho da Europa, incluíram elementos relacionados com o controlo de doenças congénitas, o uso da informática na medicina (AIM), sistemas de cuidados (estatísticas, avisos precoces, segurança dos géneros alimentícios e fármaco-vigilância) e epidemiologia.

2 Investigação Prospectiva Europeia de Cancro, Nutrição e Saúde (EPIC) 1998/9 - 1998.

3 Directivas do Conselho 65/65, 75/318 e legislação posterior.

4 Directiva 90/385/CEE do Conselho, de 20.6.1990 (JO n° L 189 de 20.7.1990) e Directiva 93/42/CEE do Conselho, de 14.6.1993 (JO n° L 169 de 12.7.1993).

5 Directiva 88/378 do Conselho, de 3.5.88 (JO n° L 187 de 16.7.88).

6 Directiva 92/59 do Conselho.

Segurança Social

A coordenação dos sistemas de segurança social proporciona, em determinadas circunstâncias, aos segurados o acesso a cuidados de saúde em todos os países da Comunidade através do Regulamento nº 1408/71/CEE, formulário E111.

O reconhecimento do direito a beneficiar dos sistemas de protecção da saúde, independentemente dos recursos pessoais, encontra-se definido na Recomendação 92/442/CEE do Conselho, relativa à convergência de objectivos e políticas de protecção social. O acesso a sistemas de protecção da saúde, independentemente dos recursos de cada indivíduo, pode ser garantido quer através de um sistema de seguro de saúde, aberto a todas as pessoas, qualquer que seja o seu rendimento e independentemente do seu perfil individual de risco, quer através da livre prestação de cuidados de saúde e de prevenção nos serviços de saúde pública.

Os profissionais da saúde

Os profissionais de saúde e o pessoal de organizações governamentais e não governamentais responsáveis pela prestação de serviços de saúde desempenham um papel fundamental na prestação de conselhos e de informações para a promoção da saúde pública e a prevenção da doença. Neste contexto, foi importante o contributo dado pelas medidas comunitárias destinadas ao reconhecimento mútuo de qualificações profissionais entre os Estados-membros e ao desenvolvimento de cooperação e formação em instituições de ensino superior e de formação. Os elementos dos programas comunitários destinados a combater o cancro e a SIDA destinam-se a proporcionar uma melhor formação ao pessoal de saúde que participa na luta contra aquelas doenças.

Prevenção da doença e promoção da saúde

Desde os meados dos anos 80 que as actividades no domínio da saúde pública da Comunidade ultrapassaram o controlo e a protecção contra riscos para a saúde provocados pelo ambiente e pelo local de trabalho, passando também a incentivar e a coordenar medidas destinadas a combater as principais doenças e a promover a saúde de uma forma positiva.

O programa comunitário de luta contra o cancro (1987-1989) foi o primeiro grande programa de prevenção de doenças. O programa "A Europa Contra o Cancro" concentrou as acções em áreas específicas, tais como o tabagismo e o alcoolismo, hábitos alimentares, exposição a produtos cancerígenos e ao sol. Incentivou programas de rastreio adequados e informação sobre detecção precoce e promoveu o Código Europeu contra o Cancro, constituído por 10 pontos e destinado ao grande público. A Comunidade, usando as disposições do mercado interno, adoptou medidas legislativas sobre o tabaco, por forma a melhorar e a controlar a rotulagem de produtos de tabaco e o teor de alcatrão dos cigarros. Foi adoptada uma recomendação sobre a proibição de fumar em locais públicos, estando actualmente a ser examinada uma proposta de directiva destinada a proibir a publicidade a produtos de tabaco. Foi adoptado um novo programa de combate ao cancro, de 1990 a 1994, a fim de prosseguir as actividades neste domínio. Este programa demonstrou, a meio da sua aplicação, o seu valor e eficácia, a sua capacidade para estabelecer calendários e para aumentar a consciencialização do público através dos esforços de parceiros de todos os níveis.

Seguiram-se outros importantes programas de saúde pública à medida que a pressão política e os desenvolvimentos no domínio da saúde exigiam uma acção comunitária. O programa "A Europa Contra a SIDA" (1991-1993) possui 10 áreas de acção principais. Tal como aconteceu com o cancro, algumas acções procuraram aumentar a consciencialização das pessoas, melhorar a educação para a saúde e a cooperação com o programa de investigação da Comunidade. Foram também introduzidos novos elementos para adaptar o programa à natureza específica da doença, incluindo apoio social e aconselhamento, estimativas de custos da gestão da infecção pelo VIH e esforços para combater a discriminação contra as pessoas contaminadas com o VIH. Na sequência da avaliação que o Conselho fez da acção do programa e antecipando a entrada em vigor do Tratado da União Europeia, o Conselho e os Ministros da Saúde procuraram prolongar o programa até finais de 1994.

O plano europeu de combate à droga contém um elemento particular relacionado com as acções de saúde pública destinadas a reduzir a procura de droga. As trocas de informações, o aumento da consciencialização das pessoas e o apoio a projectos-piloto sobre prevenção caracterizam o plano. A Semana Europeia de Prevenção da Droga é um importante meio de incentivar a cooperação e de aumentar a consciencialização.

Para que o público tome conhecimento e responda a directrizes tais como o Código Europeu contra o Cancro, é necessário um programa sustentado de promoção da saúde e educação para a saúde e o fornecimento de informações relevantes. O programa "Saúde para todos no ano 2000" da OMS salientou esta abordagem, e as iniciativas comunitárias sobre educação para a saúde, criadas tanto pelos Ministros da Educação como da Saúde, referem-se a este tema. Foram ainda lançadas campanhas destinadas a persuadir as pessoas a mudarem de comportamento no contexto dos programas comunitários de combate ao cancro e à SIDA, bem como acções sobre o consumo excessivo de droga.

Outros aspectos

É evidente que existem outros aspectos nas actividades de saúde pública da Comunidade. Constituem um bom exemplo as acções destinadas a promover a auto-suficiência em sangue ou plasma humanos provenientes de dádivas voluntárias e a desenvolver a produção de derivados do sangue a partir dessas dádivas. Também houve acções destinadas à protecção da saúde no domínio da toxicologia, outras destinadas à melhoria da prevenção e do tratamento da intoxicação aguda no homem e à criação de um cartão europeu de emergência médica. Outras acções incidiram sobre outras áreas, não apenas na esfera da saúde pública, mas também integradas em outras políticas comunitárias.

2. LISTA DE INSTRUMENTOS COMUNITARIOS DIRECTAMENTE RELACIONADOS COM A PROTECÇÃO DA SAÚDE

→ Tratado CEE:

(1951-1957): reconhecimento implícito de conceitos de saúde pública relativamente ao "aumento acelerado do nível de vida" - muitos artigos indirectamente relacionados com a protecção da saúde

→ Tratado Euratom:

(1957): contempla:

- o estabelecimento, na Comunidade, de normas de base relativas à protecção sanitária dos trabalhadores e da população contra os perigos resultantes das radiações ionizantes (Capítulo III)
- inspecções de salvaguarda e formação de inspectores (Capítulo VII)
- a conclusão de acordos ou convenções com organizações internacionais, países terceiros (Capítulo X)

→ Com a adopção do Acto Único:

(1986): foi estabelecida uma base jurídica específica relativa à saúde, à segurança, à protecção do ambiente e dos consumidores: n.º 3 do artigo 100.º-A; artigo 118.º-A (protecção da saúde e da segurança dos trabalhadores); ambiente (artigos 130.º-R, 130.º-S e 130.º-T)

→ Saúde e segurança no trabalho:

(1977-78): adopção da primeira Directiva do Conselho relativa à sinalização de segurança e a Directiva relativa ao cloreto de vinilo monómero (com base no artigo 100.º do Tratado CEE)

1980: Directiva do Conselho relativa à protecção dos trabalhadores contra agentes químicos, físicos e biológicos (artigo 100.º)

1989: Adopção da Directiva-quadro 89/391/CEE, relativa aos principais aspectos da saúde e da segurança no trabalho (artigo 118.º-A), e 12 directivas sobre aspectos específicos da saúde e da segurança no trabalho

→ Ambiente:

Tratado CEE: artigos 100.º-R, 100.º-S, 100.º-T

1) Substância perigosas, risco industrial, biotecnologia, por exemplo:

1967: Directiva 67/548/CEE do Conselho, relativa à classificação, embalagem e rotulagem de substâncias perigosas (JO n.º L 196, 16.8.1967, p.1)

1976: Directiva do Conselho relativa à limitação da colocação no mercado e de utilização de algumas substâncias e preparações perigosas (JO n.º L 262, 27.9.1976, p.201)

1982: Directiva do Conselho relativa aos principais riscos de acidentes de certas actividades industriais (JO n° L 230, 5.8.1982, p.1)

1993: Directiva do Conselho relativa a princípios para a avaliação de riscos para o homem e para o ambiente com origem em substâncias

2) Ar, por exemplo:

1970: Directiva do Conselho relativa a medidas contra a poluição do ar pelos gases provenientes de veículos a motor (JO n° L 76, 6.4.1970, p.1)

1982: Directiva do Conselho relativa a um valor limite para o chumbo contido na atmosfera (JO n° L 378, 31.12.1982, p.15)

1985: Directiva do Conselho relativa às normas de qualidade do ar para o dióxido de azoto (JO n° L 87, 27.3.1985, p.1)

3) Directivas relativas a **resíduos** (JO n° L 184, 25.7.1975, p.39), tratamento de águas residuais (JO n° L 135, 30.5.1991, p.40), prevenção de resíduos de poluição do ar provenientes de instalações de incineração de resíduos (JO n° L 163, 14.6.1989, p.32; JO n° L 203, 15.7.1989, p.50)

4) **Ruído** (veículos a motor, aviões, instalações de construção, aparelhos electrodomésticos, etc.) (JO n° L 42, 23.2.1970, p.16)

5) **Água** (qualidade da água potável, águas balneares) (JO n° L 347, 17.12.1973, p.1)

→ Protecção dos consumidores

Géneros alimentícios

Desde 1962 que têm sido adoptadas directivas do Conselho relativas a aditivos utilizados em géneros alimentícios destinados à alimentação humana (com base no artigo 100° do Tratado CEE). Em 1969, foi criado um Comité Permanente para os Géneros Alimentícios. O Comité Científico da Alimentação Humana, que elabora listas de aditivos e condições para a sua utilização, foi criado em 1974.

1985: Directiva do Conselho relativa a certas substâncias com efeito hormonal.

1989: Directiva do Conselho relativa ao controlo oficial de géneros alimentícios e Directiva do Conselho relativa à aproximação de legislações dos Estados-membros referentes a géneros alimentícios para usos nutricionais específicos (baseada no n° 3 do artigo 100°-A do Tratado CEE).

1990: Directiva do Conselho relativa aos alimentos ultracongelados para alimentação humana
Directiva do Conselho relativa a rotulagem nutricional de géneros alimentícios
Directiva do Conselho relativa a matérias plásticas destinadas a entrar em contacto com os géneros alimentícios

Outras

- 1989: Decisão do Conselho sobre um sistema comunitário de intercâmbio rápido de informações sobre os perigos decorrentes da utilização de produtos de consumo (artigo 235°).
- 1988: Directiva do Conselho relativa à segurança de brinquedos
- 1991: Directiva do Conselho relativa ao controlo e aquisição de armas
- 1992: Directiva do Conselho relativa à segurança geral dos produtos

→ Produtos farmacêuticos

Em 1965, o Conselho adoptou a primeira directiva relativa à aproximação das disposições respeitantes a especialidades farmacêuticas com base no artigo 100° do Tratado CEE.

- 1975: Criação de um comité farmacêutico: o Comité das Especialidades Farmacêuticas; Directiva do Conselho relativa às normas e protocolos em matéria de ensaios de especialidades farmacêuticas
- 1987: Directiva do Conselho relativa à aproximação de legislações nacionais respeitantes à comercialização de medicamentos de alta tecnologia; Directiva do Conselho relativa a testes relacionados com a comercialização de especialidades farmacêuticas
- 1989: Directiva 89/342/CEE do Conselho relativa a vacinas, Directiva 89/343/CEE relativa a medicamentos radiofarmacêuticos, Directiva 89/381/CEE relativa a medicamentos derivados do sangue e a Directiva 99/105/CEE relativa à transparência das medidas que regulamentam a formação do preço das especialidades farmacêuticas para uso humano e a sua inclusão nos sistemas nacionais de seguro de saúde (artigo 100°-A)
- 1991: Directivas da Comissão relativas à boa prática de fabrico de produtos farmacêuticos e aos requisitos de ensaio de medicamentos
- 1992: Directivas do Conselho relativas a distribuição a granel, classificação jurídica para o fornecimento, rotulagem e publicidade de medicamentos para uso humano (artigo 100°-A)
- 1993: Regulamento (CEE) n° 2309/93 do Conselho (artigo 235° do Tratado CEE) e Directivas 93/39/CEE e 93/40/CEE (artigo 100°-A) que institui uma Agência Europeia de Avaliação dos Medicamentos e estabelece novos procedimentos comunitários de autorização e fiscalização de medicamentos para uso humano e veterinário.

→ Livre circulação de pessoas

1964: Directiva 64/221/CEE do Conselho para a coordenação de medidas especiais relativas aos estrangeiros em matéria de deslocação e estada justificadas por razões de ordem pública, segurança pública e saúde pública (nº 2 do artigo 56º do Tratado CEE).

→ Actividades médicas e paramédicas

1975: - criação de um Comité de Altos Funcionários da Saúde Pública

- Directiva relativa ao reconhecimento mútuo de diplomas de médicos (artigos 49º, 57º e 66º do Tratado CEE)

- Directiva relativa à coordenação das disposições respeitantes às actividades de médicos (artigos 49º, 57º, 66º e 235º do Tratado CEE)

Seguidas de:

- Directiva do Conselho relativa ao reconhecimento mútuo de diplomas de enfermeiros (1977); de dentistas (1978); de parteiras (1980); de farmacêuticos (1985) e de médicos de clínica geral (1986).

→ Equipamento médico

O Conselho adoptou várias directivas relativas à protecção da saúde e da segurança das pessoas no tocante à comercialização de equipamento médico:

- Directiva 84/539/CEE relativa aos aparelhos eléctricos utilizados em medicina humana e veterinária;

- Directiva 90/385/CEE relativa a dispositivos medicinais implantáveis activos;

- Directiva 93/42/CEE relativa a equipamento médico.

ANEXO III

REQUISITOS DE PROTECÇÃO DA SAÚDE COMO PARTE INTEGRANTE DE OUTRAS POLÍTICAS COMUNITÁRIAS

* Cooperação nos domínios da justiça e dos assuntos internos:

Controlo das pessoas nas fronteiras externas, imigração, droga e Observatório Europeu da Droga e Toxicomanias.

* Direitos dos cidadãos:

Adesão à Convenção Europeia dos Direitos Humanos.
Protecção de dados pessoais.

* Assuntos externos:

- PHARE e TACIS; Programa da ONU sobre droga.
- Relações com organizações internacionais: Conselho da Europa, OMS, FAO, OCDE, IOM, UNESCO, PNUCID, AIEA, ONU.
- Adopção da Farmacopeia Europeia.
- Cooperação com países terceiros: EFTA, PECO, países mediterrânicos, América Latina, América do Norte, etc.
- Negociações com a ASEAN sobre o fabrico ilegal de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas
Controlo do tráfico internacional e intracomunitário de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas.

* Mercado interno:

Qualidade, segurança e higiene de produtos alimentares, sistema de alerta, rotulagem, aditivos, corantes, contaminantes, interacção entre regime alimentar e saúde, embalagem.
Equipamento médico; normalização, por exemplo, diagnóstico in vitro; produtos farmacêuticos, produtos cosméticos, droga e precursores.
Substâncias e preparações perigosas, classificação e rotulagem; adubos, biocidas.
Regulamentação de qualificações de pessoal (de saúde).

* Concorrência:

Preço de medicamentos; sistemas de segurança social.

* Assuntos sociais:

As mulheres e a saúde, protecção social, deficientes, idosos, migrantes, pobreza, protecção sanitária de trabalhadores, Fundo Social Europeu.

* Educação e Formação:

ERASMUS, actividades destinadas aos jovens e aos profissionais de saúde.

* Agricultura:

Qualidade e saúde de plantas, animais e produtos de culturas especializadas (fruta e legumes, vinho, álcool, tabaco, etc.); higiene relacionada com peixe, crustáceos, produtos lácteos, lacticínios.
Promoção do consumo de azeite, lacticínios, fruta e legumes.
Controlos veterinário e fitossanitário dentro e fora da Comunidade.

* Pesca:

Qualidade de produtos da pesca e da aquicultura.
Promoção do consumo de produtos da pesca e da aquicultura.
Promoção de condições de higiene na produção, consumo e comercialização de produtos da pesca e da aquicultura.

* Transporte:

Segurança de transporte; prevenção de acidentes, em particular acidentes rodoviários associados ao álcool, base de dados sobre acidentes.

* Desenvolvimento:

Acções de cooperação relativas à reforma dos sistemas de saúde e programas e projectos de apoio ao desenvolvimento da saúde.
Campanha contra a SIDA.
Programa I&D no domínio da ciência e da tecnologia para o desenvolvimento, subprograma sobre a medicina, saúde e nutrição em zonas tropicais e subtropicais.

* Cultura, Comunicação e Informação:

A Europa dos Cidadãos: actividades destinadas aos jovens, por exemplo droga, SIDA, desporto.

* Ambiente:

Segurança nuclear e protecção da saúde (EURATOM); protecção contra outros agentes físicos: ruído, ondas electromagnéticas de baixa frequência.
Controlo de substâncias e preparações químicas perigosas; perigos associados à biotecnologia e aos organismos modificados geneticamente.
Controlo de emissões das instalações industriais; gestão de resíduos.
Qualidade do ar, do solo, da água, da água potável.
Protecção civil.

* Investigação:

Serviço Comunitário de Referência.
Segurança nuclear; efeitos biológicos e sanitários das radiações; avaliação de riscos de exposição a radiação natural e médica.
Biotecnologia: ciências neurológicas.
BIOMED 1: análise do genoma humano; ética biomédica; investigação em serviços de saúde e tecnologias e doenças associadas aos modos de vida: SIDA, cancro, droga, envelhecimento, controlo de qualidade. 4º programa I&DT: investigação preventiva e epidemiológica sobre doenças com importante impacto sócio-económico e doenças genéticas. Investigação em sistemas de saúde, avaliação de necessidades e em educação e informação em questões de saúde. Investigação Europeia no Domínio do Cérebro.

* Telecomunicações e programa telemático:

Programa telemático para cuidados de saúde (AIM), maior garantia de qualidade e eficácia das medidas terapêuticas e sociais e dos serviços de cuidados primários, gestão de recursos, imagens médicas, dossiers médicos, reabilitação, cartões sanitários, etc., mediante os resultados de diversos projectos específicos, acção concertada e medidas de acompanhamento: RACE, ESPRIT, IMPACT, TIDE.

Programa telemático para a administração (ENS), projecto CARE: acesso rápido e eficiente às estatísticas de saúde, farmacovigilância, etc..

Protecção jurídica de dados (recomendações do Conselho da Europa).

* Impostos indirectos:

Bebidas destiladas e fermentadas, fabrico de tabaco.

* Turismo

* Protecção do consumidor:

Segurança geral de produtos e serviços e responsabilidade; projecto EHLASS; sistema para a troca rápida de informações; informação e educação do consumidor.

* ECHO:

Ajuda humanitária de emergência a países terceiros.

* Estatísticas sociais e de saúde

ANEXO IV

IDENTIFICAÇÃO DOS "PRINCIPAIS FLAGELOS" NA COMUNIDADE EUROPEIA

Doença/ Problema de saúde	Taxas padronizadas de mortalidade por 100.000 ou incidências por 100.000 (estimativas)	Encargos para os Serviços de Saúde (e outros encargos, p. ex.: absentismo)	Possibilidades práticas de prevenção	Valor Acrescentado da Comunidade (oportunidades de intervenção)	"Principais flagelos" (principais problemas de saúde)	Anterior acção comunitária no domínio da saúde pública
CANCRO	337	***	***	****	****	
Cancro do cólon	29					
Cancro do pulmão	42					
Órgãos digestivos	62					
Cancro da mama	33					
Cancro da próstata	19					
DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO	338	****	***	****	****	
Doença hipertensiva	16					
Enfarte agudo do miocárdio	90					
Cerebrovasculares	90					
Doença isquémica do miocárdio	137					
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATORIO		***	***	***	***	**
Bronquite, enfisema, asma	17					
Anomalias congénitas	5	***	****	***	*	**
Afecções perinatais	5	***	****	***	*	**
ACIDENTES (incluindo envenenamento)	51	****	****	****	****	**
Acidentes com veículos a motor	15					
Abuso da droga e do álcool		***	****	****	****	***
Problemas músculo-esqueléticos		****	***	***	***	**

**** = ELEVADOS *** = MÉDIOS ** = BAIXOS * = NENHUNS

Doença, Problema de saúde	Taxas padronizadas de mortalidade por 100.000 ou incidências por 100.000 (estimativas)	Encargos para os Serviços de Saúde (e outros encargos, p. ex.: absentismo)	Possibilidades práticas de prevenção	Valor Acrescentado da Comunidade (oportunidades de intervenção)	"Principais flagelos" (principais problemas de saúde)	Anterior acção comunitária no domínio da saúde pública
Problemas visuais		**	**	*	*	*
Problemas auditivos		*	**	*	*	*
Perturbações mentais		****	**	*	***	*
Suicídio	13					
Perturbações relacionadas com a nutrição, incluindo diabetes, cárie		***	***	***	**	***
SIDA	2.41 (incidência)					
OUTRAS DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS, POR EXEMPLO:		***	****	****	***	***
Doenças sexualmente transmissíveis e tuberculose		***	****	****	***	***
DOENÇAS INFANTIS, POR EXEMPLO:						
Sarampo	51 (incidência)	**	****	****	*	*
Rubéola	26 (incidência)					
Outras doenças infantis						
DOENÇAS RARAS, POR EXEMPLO:		*	***	***	**	*
Talassémia, anemia de células falciformes, raquitismo						
DOENÇAS TRANSMITIDAS ATRAVÉS DOS ALIMENTOS, POR EXEMPLO:		**	****	****	***	*
Salmoneloses						

**** = ELEVADOS *** = MÉDIOS ** = BAIXOS * = NENHUNS

ANEXO V

DADOS ESTATÍSTICOS

Despesas totais e despesas públicas com cuidados de saúde relativamente às despesas nacionais na Comunidade. 1970, 1980 e 1991

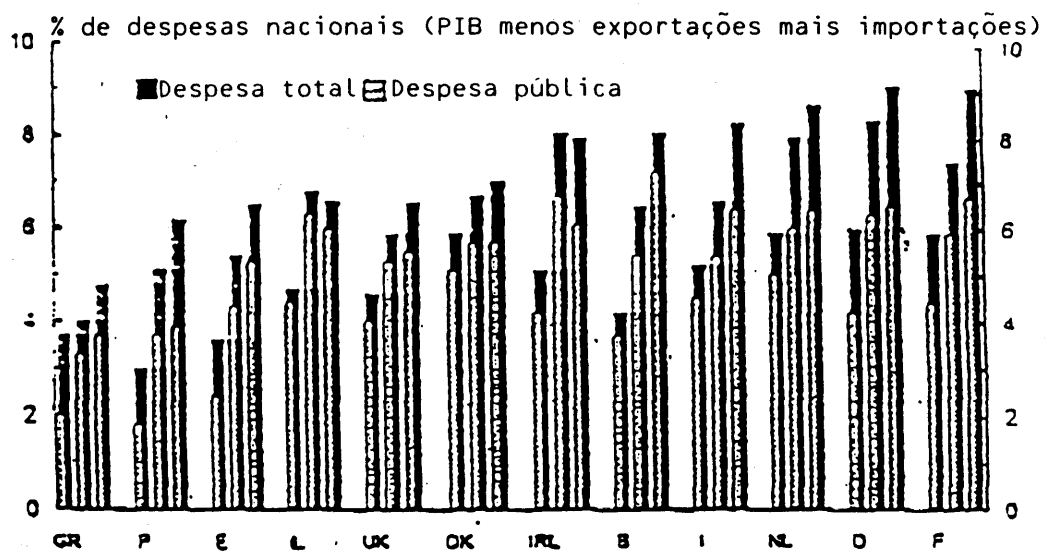


FIGURA 1

Distribuição cronológica das causas de morte na EUR12

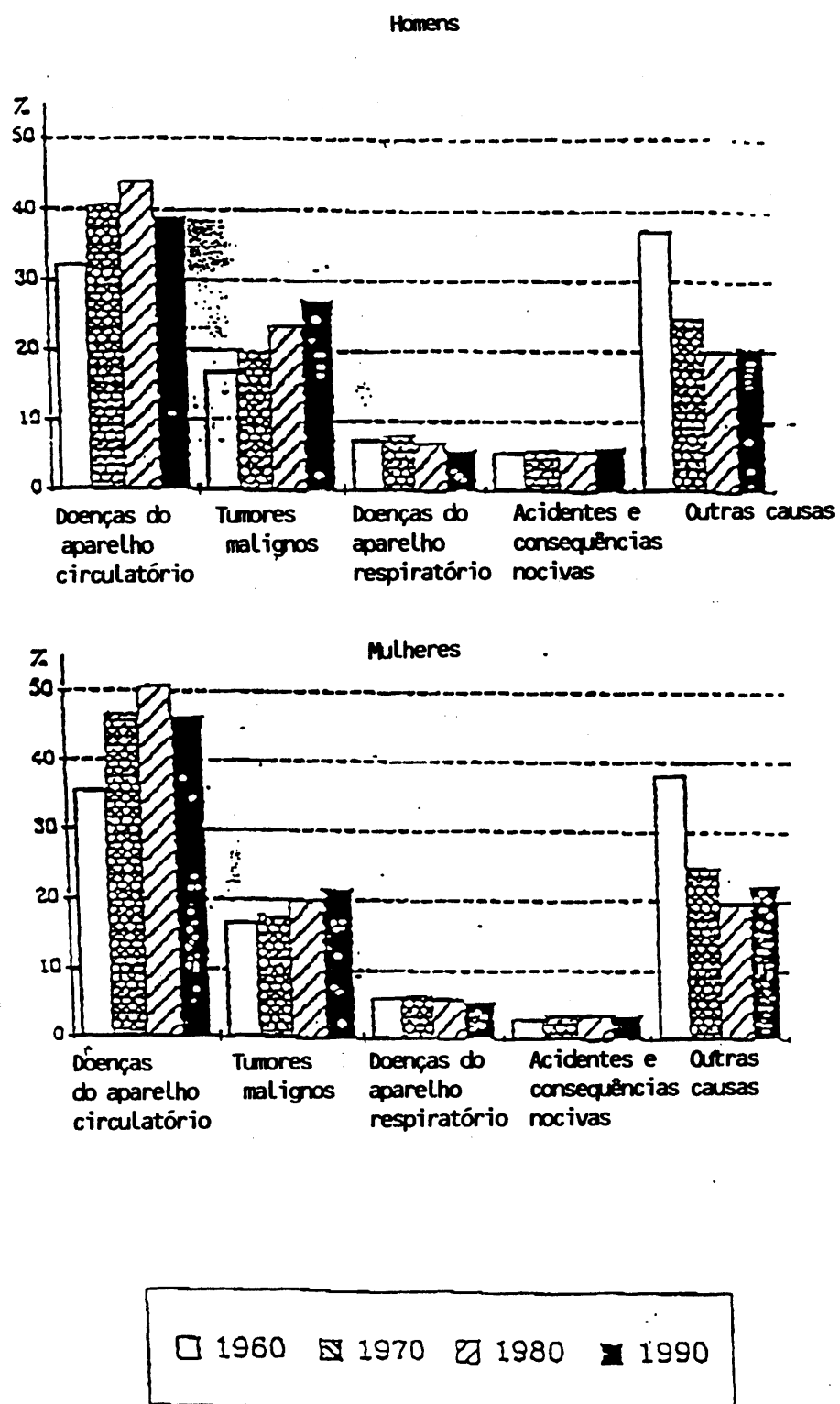
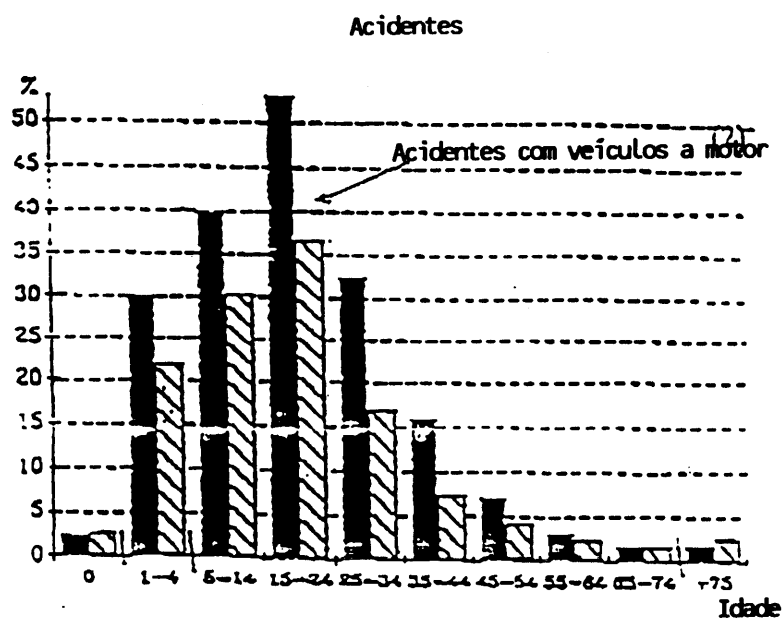
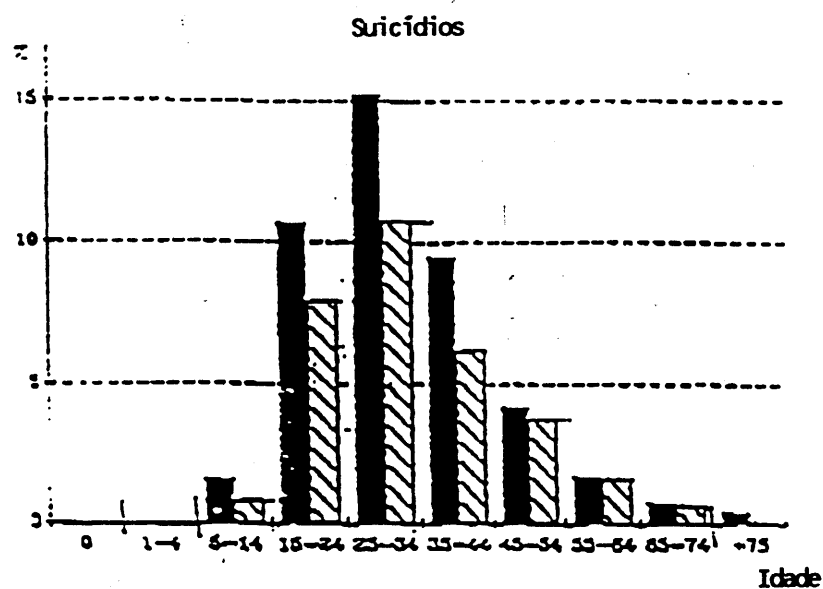


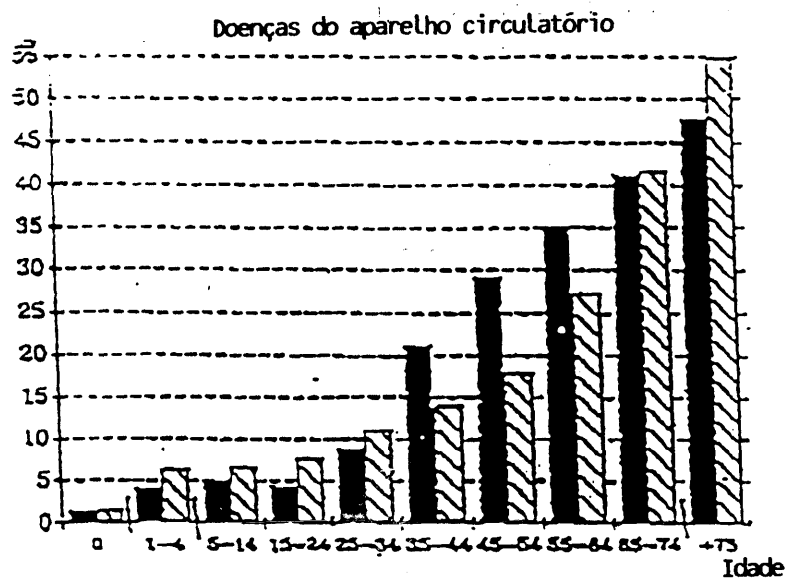
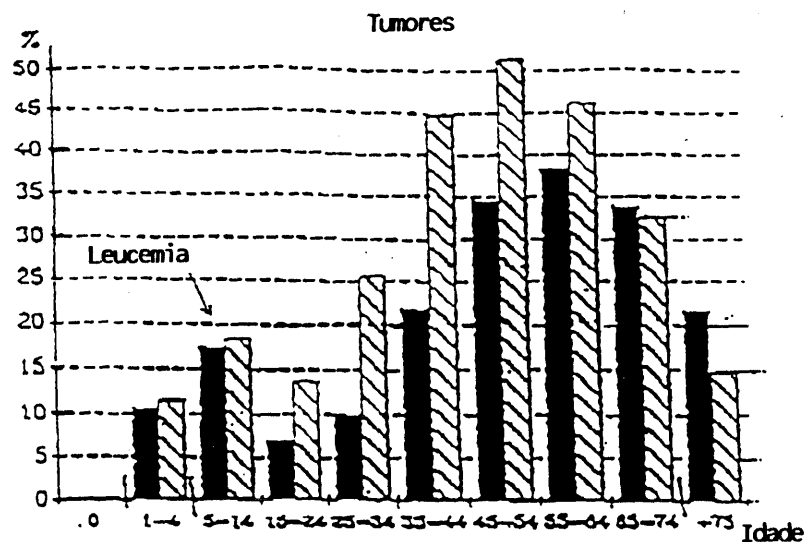
FIGURA 2

Causas de morte por grupo etário - EUR 12 - 1989(1)

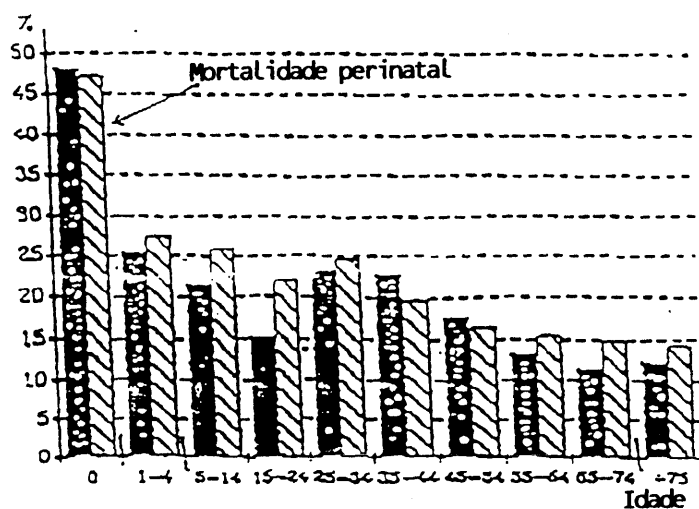


Homens

Mulheres



Outras causas (3)



- (1) Bélgica 1986, Espanha, 1987; Itália, 1988
- (2) Neste grupo etário, os acidentes são, na sua maior parte, acidentes rodoviários
- (3) Doenças infecto-contagiosas e parasitárias, doenças do aparelho digestivo, do aparelho urogenital, do sistema nervoso, do sangue, da pele, etc.

QUADRO 5

PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE, APRESENTADAS POR IDADE E SEXO, NA COMUNIDADE EUROPEIA

Idade	Homens	Mulheres
Inferior a 1 ano	Hipóxia, asfixia do recém-nascido e outras afecções respiratórias	Hipóxia, asfixia do recém-nascido e outras afecções respiratórias
1-4 anos	Acidentes com veículos a motor	Anomalias congénitas do aparelho cardiocirculatório
5-9 anos	Acidentes com veículos a motor	Acidentes com veículos a motor
10-14 anos	Acidentes com veículos a motor	Acidentes com veículos a motor
20-24 anos	Acidentes com veículos a motor	Acidentes com veículos a motor
28-29 anos	Acidentes com veículos a motor	Acidentes com veículos a motor
30-34 anos	Acidentes com veículos a motor	Suicídio
35-39 anos	Suicídio	Cancro da mama
40-44 anos	Enfarte agudo do miocárdio	Cancro da mama
45-49 anos	Enfarte agudo do miocárdio	Cancro da mama
50-54 anos	Enfarte agudo do miocárdio	Cancro da mama
55-59 anos	Enfarte agudo do miocárdio	Cancro da mama
60-64 anos	Enfarte agudo do miocárdio	Cancro da mama
65-69 anos	Enfarte agudo do miocárdio	Enfarte agudo do miocárdio
70-74 anos	Enfarte agudo do miocárdio	Enfarte agudo do miocárdio
75-79 anos	Enfarte agudo do miocárdio	Enfarte agudo do miocárdio
80-84 anos	Enfarte agudo do miocárdio	Acidente vascular cerebral agudo
Superior a 85 anos	Afecções da circulação pulmonar e outras cardiopatias	Afecções da circulação pulmonar e outras cardiopatias

Fonte: Organização Mundial de Saúde

ISSN 0257-9553

COM(93) 559 final

DOCUMENTOS

PT

05

N.º de catálogo : CB-CO-93-600-PT-C

ISBN 92-77-61147-2

Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias
L-2985 Luxemburgo