

Introdução

Este sumário é uma síntese do livro “A Saúde Pública e a UE: uma visão global”. Embora o livro só esteja disponível em inglês e possa ser descarregado gratuitamente do sítio web da EPHA - Aliança Europeia de Saúde Pública (<http://www.epha.org/>), a presente síntese foi publicada em todas as línguas da UE e impressa com a ajuda financeira da Comissão Europeia e de fundações privadas.

O livro “A Saúde Pública e a UE: uma visão global” foi publicado pela primeira vez em 1995 como uma compilação de informações sobre a política preparadas pela EPHA. Passados dez anos, apraz-nos apresentar uma versão actualizada com os últimos desenvolvimentos em matéria de políticas públicas da UE, tais como o projecto de Constituição Europeia, o novo programa de saúde pública e o impacto do alargamento da UE sobre as políticas de saúde.

A EPHA pretende promover e proteger a saúde de todas as pessoas que vivem na Europa e incentivar uma participação mais ampla dos cidadãos na elaboração de políticas relacionadas com a saúde a nível europeu. A EPHA publicou este livro como introdução a uma ampla variedade de actividades da União Europeia (UE) que afectam a saúde pública. Destina-se a informar as organizações locais, nacionais e europeias sobre as oportunidades e os desafios que a saúde pública representa para a União Europeia. É uma condição prévia para aumentar e reforçar o envolvimento e empenho da sociedade civil na elaboração das políticas. É essencial sublinhar o importante papel desempenhado pelas organizações não governamentais na aproximação dos cidadãos e responsáveis políticos e como contrapeso em relação aos grupos de interesse.

Esta visão global engloba as actuais actividades da UE (a partir de 2007) nas seguintes áreas:

- o estado de saúde na União Europeia, incluindo o impacto do alargamento;
- os principais instrumentos disponíveis a nível da UE para influenciar as questões de saúde pública;
- o impacto de outras áreas políticas da UE (mercado interno, agricultura, ambiente, investigação, saúde e segurança no trabalho, etc.) sobre a saúde pública;
- a relação entre a mobilidade do paciente e a evolução nos cuidados de saúde, e de que maneira isto conduz a uma cooperação e coordenação mais estreita na UE;
- a troca de dados sobre a saúde e o desenvolvimento de boas práticas;
- a importância de factores sanitários determinantes, tais como nutrição, actividade física, álcool, tabaco, drogas, saúde mental e lesões;
- o impacto de doenças transmissíveis sobre a agenda da UE e em que medida os perigos para a saúde, tais como a SARS e a gripe aviária, evidenciaram a necessidade de acções a nível da UE;



- a importância de produtos farmacêuticos e medicamentos para os cidadãos europeus e a economia e o impacto do custo, da concorrência e da segurança sobre a política global de saúde pública.

Saúde pública

O livro inclui uma breve introdução a diferentes conceitos de saúde pública, explicando brevemente a origem do movimento de saúde pública e as suas principais realizações.

Em toda a parte e durante toda a sua vida, as pessoas estão expostas a uma variedade quase ilimitada de perigos para a saúde, sob a forma de doenças, contagiosas ou não, lesões, produtos de consumo, violência ou catástrofes naturais. Os riscos não ocorrem isoladamente. A maioria destes encontra a sua origem em cadeias complexas de eventos abrangendo longos períodos de tempo¹. Basicamente, a saúde pública procura criar as melhores condições para uma sociedade saudável.

Por isso, a saúde pública pode ser definida como a saúde 'objectiva e mensurável' de uma população, como as expectativas de vida de cada um dos seus membros e até que ponto estes membros estão isentos de doenças. Mas esta definição é bastante limitada. A vacina e um bom diagnóstico têm tido impacto sobre a saúde pública, mas as políticas de outras áreas, tais como uma melhor habitação, água potável, sistemas sanitários, alimentos seguros, educação, etc., tiveram um impacto ainda maior.

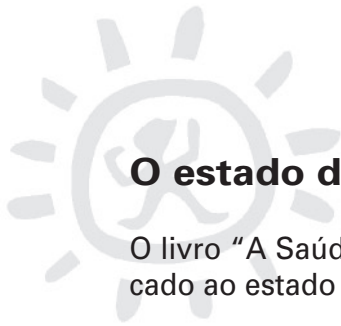
A definição clássica de Winslow, em 1920, define a saúde pública de uma maneira mais ampla:

A saúde pública é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde e a eficiência física e mental, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio e controlo de doenças infecto-contagiosas, promover a educação do indivíduo em princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e tratamento preventivo das doenças e o desenvolvimento do arsenal social de modo a assegurar a cada indivíduo da comunidade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde².

Esta definição refere questões importantes como a prevenção das doenças e sublinha o nível e a qualidade de vida global, que são aspectos-chave das políticas de saúde actuais, incluindo a abordagem adoptada a nível da União Europeia.

Além disso, a saúde é também um direito humano, como estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos³.

A saúde pública é muito mais do que os cuidados médicos de base. A saúde pública, e não apenas o investimento em cuidados médicos de base, deve ser uma preocupação essencial de qualquer governo, a fim de melhorar e fomentar a saúde e o bem-estar dos seus cidadãos.



O estado da saúde na Europa

O livro “A Saúde Pública e a UE: uma visão global” continua com um capítulo dedicado ao estado de saúde da população europeia.

Na União Europeia, as pessoas agora vivem mais tempo e gozam geralmente de estado de saúde melhor do antes⁴. A expectativa de vida na Europa Ocidental tem aumentado constantemente desde os anos 50 de cerca de 2,5 anos por década. Na UE a 25, essa expectativa varia entre 66 e 78 anos (uma lacuna de 12 anos) para os homens e entre 76 e 84 anos (uma lacuna de 8 anos) para as mulheres. Entre os países da UE, a expectativa de vida saudável é superior à simples expectativa de vida. A expectativa de vida saudável varia entre 57 e 75 anos (18 anos) para as mulheres e entre 54 e 71 anos (17 anos) para homens⁵.

A maioria das previsões indica que esta melhoria em termos de saúde continuará. No entanto, doenças relacionadas com o estilo de vida aumentam o risco de desnívelamento da expectativa de vida. Factores de risco como tabagismo, a obesidade, falta de actividade física, o elevado consumo de álcool, lesões e acidentes provocam a morte prematura e doenças crónicas. Existe uma relação directa entre o regime alimentar, o estilo de vida e a saúde⁶. Do fardo total de doenças na UE, mais de 87 % são doenças não transmissíveis⁷. Destas, 27 % são perturbações mentais. Em 1999, as perturbações mentais eram responsáveis por mais de 40 % das pensões de invalidez na Finlândia e 25% em Portugal. As doenças cardiovasculares são actualmente a principal causa de morte na União Europeia⁸. Estas doenças representam cerca de 40% das mortes nos dois sexos. São também uma das principais causas de má saúde na Europa. A obesidade e a diabetes de tipo 2 apresentam tendências inquietantes, não só porque afectam uma população mais ampla, mas também porque começaram a surgir mais cedo na vida das pessoas. Na União Europeia, no ano de 2000, foi pedido um total de 158 milhões de dias de trabalho, o que corresponde a uma média de 20 dias por acidente⁹. Além disso, as doenças contagiosas e as pandemias podem alastrar-se mais rapidamente do que antes para além fronteiras, dada a grande mobilidade actual.

Felizmente, as causas principais de morte prematura podem ser perfeitamente prevenidas, visto os seus principais factores de risco estarem relacionados com o comportamento e poderem ser influenciados pela utilização eficaz de intervenções de saúde pública bem conhecidas e viáveis. No entanto, os riscos afectam essencialmente as populações pobres¹⁰.

O acima exposto, mais amplamente explicado no livro, mostra uma Europa plena de contrastes. Podemos observar melhorias notórias na saúde pública ao longo das últimas décadas, que melhoraram significativamente a qualidade de vida de grupos importantes da população. No entanto, subsistem ainda grandes diferenças entre os países e nos próprios países. Os ganhos potenciais remanescentes de uma política de saúde pública eficaz são substanciais.



A emergência de uma política de saúde europeia independente

A nova versão do livro “A Saúde Pública e a UE: uma visão global” reconhece que as questões de saúde estão na ordem do dia da agenda política europeia.

O artigo 152.º do Tratado das Comunidades Europeia estabelece que “será assegurado um nível elevado de protecção da saúde humana na definição e implementação de todas as políticas e actividades comunitárias”. Hoje, a saúde é vista não só como uma área política separada e claramente definida, mas também como um aspecto importante de outras áreas políticas, tais como a agricultura, o ambiente, o emprego, a concorrência, a protecção do consumidor, etc. Todavia, os cuidados de saúde ainda são, em princípio, uma matéria de competência nacional e não europeia. “A acção comunitária no domínio da saúde pública deve respeitar plenamente as responsabilidades dos Estados-Membros em termos de organização e de prestação de serviços sanitários e cuidados médicos¹¹”. Mas, visto que os perigos para a saúde transfronteiriços se desenvolvem numa União cada vez maior, a União Europeia desempenha um papel cada vez mais importante na promoção e coordenação de soluções de cuidados de saúde para todos os cidadãos da União, concentrando-se na prevenção de doenças, na preparação global e numa rápida reacção em caso de perigos potenciais. Como em qualquer outra área política, as políticas europeias de saúde pública são desenvolvidas no contexto de responsabilidade partilhada entre o Conselho, o Parlamento Europeu e a Comissão.

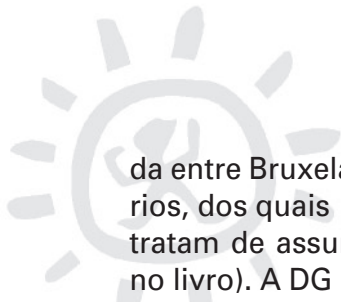
Resume-se a seguir a partilha de responsabilidades e da influência das Instituições Europeias, tal como descrito no livro:

O **Conselho da União Europeia** é o principal órgão de tomada de decisão da União Europeia. Representa os Estados-Membros da UE e, por conseguinte, é composto por um representante de cada governo nacional da União Europeia. As decisões do Conselho podem assumir a forma de regulamentos vinculativos, directivas, propostas de acções voluntárias conjuntas, posições comuns, recomendações, conclusões ou pareceres.

O **Parlamento Europeu** é o órgão europeu que representa directamente as populações dos Estados-Membros. Exprime a vontade democrática dos cidadãos da União e defende os seus interesses em discussões com outras instituições da União Europeia. O Parlamento Europeu tem três poderes fundamentais: poder legislativo, poder orçamental e poder de supervisão.

A **Comissão Europeia** é uma instituição politicamente independente, que representa e protege os interesses da União Europeia como instituição. É a força motriz do sistema institucional da União Europeia e tem o direito de apresentar propostas para o Conselho e o Parlamento.

No campo da saúde pública, esta estrutura reflecte-se no organigrama seguinte: a Direcção-Geral da Saúde e da Defesa do Consumidor (DG SANCO) foi estabelecida em 1999. Está baseada em Bruxelas. Todavia a Direcção de Saúde Pública está dividi-



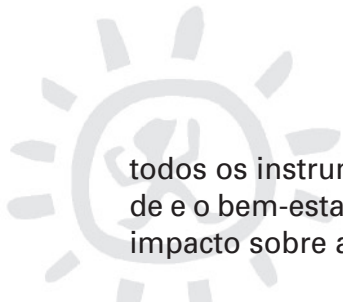
da entre Bruxelas e o Luxemburgo. Trabalham nesta direcção cerca de 700 funcionários, dos quais 120 são responsáveis pela saúde pública. As outras direcções-gerais tratam de assuntos de saúde dentro das suas jurisdições (descritas em pormenor no livro). A DG SANCO tem por função “juntamente com os Estados-Membros e no âmbito da União Europeia, proteger e promover a saúde dos seus cidadãos”. Esta missão de ‘protecção e promoção’ deve ser interpretada de diferentes maneiras. São aplicadas actualmente as formas de governação que principais seguintes:

- Legislação e regulamentação – a competência legal sobre a saúde pública foi reforçada ao abrigo do artigo 152.º do Tratado de Amesterdão. A União Europeia tem um mandato limitado para adoptar políticas de saúde pública. Os Estados-Membros continuam a adoptar medidas a nível nacional para a organização e prestação de serviços de saúde, embora a União Europeia tenha o direito específico de legislar em matéria de sangue, órgãos e tecidos (segurança e qualidade do sangue, derivados do sangue, tecidos humanos e células humanas utilizadas em tratamentos médicos).
- Auto-regulação e cooperação voluntária (Método Aberto de Coordenação) – houve um deslocamento dos instrumentos vinculativos juridicamente (por exemplo, regulamentos e directivas) através de métodos regulamentares alternativos, tais como a co-regulação e auto-regulação pelos intervenientes sociais e económicos envolvidos. Espera-se assim reduzir os custos e aumentar a eficácia. A co-regulação e a auto-regulação voluntária pode assumir várias formas, tais como acordos voluntários, códigos de conduta, cartas, linhas directrizes, normas harmonizadas, etc. Esta abordagem – nalguns casos chamada Método Aberto de Coordenação (MAC) – impõe-se cada vez mais como o método de governação na União Europeia. Contrariamente à abordagem tradicional e legalista, esta abordagem visa a coordenação e não a harmonização de políticas nacionais. Obriga os Estados-Membros a trabalharem em comum para alcançar objectivos partilhados, respeitando ao mesmo tempo a legítima diversidade nacional.
- Os acordos de financiamento comunitário, como o Programa de Acção Comunitário para a Saúde Pública para o período 2003-2008¹² (que dispõe de um orçamento de 312 milhões de euros) e as campanhas de informação lançadas pela União Europeia, como “Ajuda para uma vida sem tabaco”, podem ser vistos como um apoio a estas abordagens jurídicas e voluntárias.

O livro exprime a opinião que a União Europeia não deve substituir o esforço dos Estados-Membros, mas proporcionar uma mais-valia, concentrando-se em actividades tais como a monitorização das estatísticas de saúde em toda a UE, a partilha de boas práticas entre Estados-Membros e a organização de fóruns para facilitar um diálogo público e a troca de informações.

A saúde noutros domínios políticos da União Europeia

A União Europeia tem uma série de políticas públicas que afectam a saúde, por exemplo, o mercado interno, a agricultura, o ambiente, a investigação, a protecção do consumidor, saúde e segurança no trabalho, etc. As competências da UE em matéria de saúde são bastante limitadas, sendo, por conseguinte, indispensável utilizar



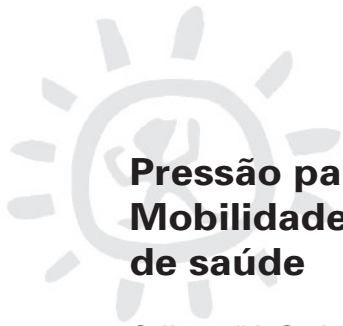
todos os instrumentos disponíveis noutros domínios políticos para melhorar a saúde e o bem-estar da população. Segue-se uma síntese das políticas públicas que têm impacto sobre a saúde. Para mais pormenores, consultar o livro em questão.

Política agrícola – As zonas rurais cobrem 90 % do território da União Europeia, onde vive cerca de 50 % da sua população. A Política Agrícola Comum (PAC) é um sistema de apoio aos agricultores no intuito de substituir os regimes de apoio nacionais para garantir que um produto seja produzido nas mesmas condições em todos os Estados-Membros. A PAC tem sido criticada pela sua utilização ineficaz dos subsídios: gasta 50 % do orçamento da União Europeia, com efeitos negativos sobre a saúde pública, por subsidiar a cultura do tabaco, a produção de álcool, destruindo ao mesmo tempo um milhão de toneladas de fruta e legumes por ano. O seu impacto negativo sobre a agricultura nos países em vias de desenvolvimento tem sido também amplamente criticado¹³. O peso financeiro da PAC na política global da UE até à data é indubitável e ilustra uma série de dilemas nas políticas de saúde pública e na sua importância para os objectivos económicos. Face ao aumento das doenças relacionadas com o estilo de vida, o impacto da PAC deve ser objecto de uma avaliação profunda.

Saúde e ambiente – A saúde é uma parte importante da política ambiental da União Europeia. As áreas essenciais de acção são a poluição exterior e interior, ruído, condições ambientais no interior e de habitação, políticas da água, campos electromagnéticos, radiação e exposição a produtos químicos. O impacto destes factores está associado com numerosos problemas de saúde, incluindo problemas de audição, sono, stress, que provocam hipertensão e outras doenças da circulação, cancro da pele e outros, doenças respiratórias e malformações congénitas. A interacção entre o ambiente e a saúde é muito mais íntima e complexa do que geralmente se pensa¹⁴.

Investigação – Na União Europeia, a investigação tem sido criticada por ser demasiado limitada, fragmentada e sem uma visão clara. Para resolver este problema, a Comissão propôs, em 2000, a criação de um Espaço Europeu da Investigação (EEI)¹⁵. Os governos europeus comprometeram-se a aumentar a proporção de produto interno bruto (PIB) investido na investigação pelos sectores público e privado de 1,9 % de 2000 para 3 % em 2010. O Sétimo Programa-Quadro de Investigação (FP7)¹⁶ dispõe de um orçamento significativamente acrescido – 73 mil milhões de euros para um período de 7 anos, através de quatro programas chave: cooperação, ideias, pessoas e capacidades. A saúde é agora um dos nove temas cobertos por estes quatro programas.

Ajuda ao desenvolvimento e saúde: a perspectiva global – Todos os países do mundo e instituições de desenvolvimento puseram-se de acordo - através das Nações Unidas – sobre oito Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Estes objectivos abrangem uma ampla gama de questões, a saber: como reduzir de metade a extrema pobreza, combater a propagação da HIV/SIDA e fornecer uma educação primária universal. A ajuda ao desenvolvimento representa uma parte importante e visível das despesas da União Europeia na saúde global (a UE é o principal doador neste campo com cerca de 55 % da ajuda total e 65 % da ajuda não reembolsável, embora continue a despende menos em ajuda do que o prometido). Contudo, convém comparar este quadro com o impacto de outras políticas, nomeadamente a PAC e o mercado interno, no que respeita à saúde pública.



Pressão para soluções de cuidados de saúde europeus – Mobilidade do paciente e desenvolvimentos nos cuidados de saúde

O livro “A Saúde Pública e a UE: uma visão global” integra igualmente um capítulo sobre a prestação de cuidados de saúde, embora este campo seja de competência nacional. Por uma série de razões, os sistemas de cuidados de saúde na Europa estão a ficar cada vez mais interdependentes.

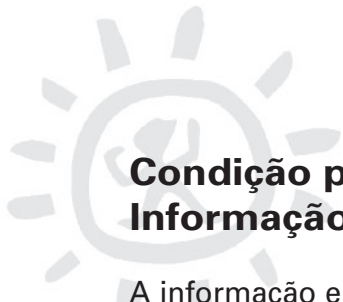
Em primeiro lugar, todos os cidadãos da União Europeia têm o direito de trabalhar e viver noutro Estado-Membro, sem ser discriminado por motivos de nacionalidade. Para os profissionais de cuidados de saúde, este direito geral é apoiado por uma série de regulamentos que garante o reconhecimento mútuo das suas qualificações. Existem os seguintes mecanismos, regidos pela Directiva 2005/36/CE¹⁷:

- Harmonização dos requisitos de formação permitindo o reconhecimento automático de qualificações profissionais (médicos, enfermeiras, dentistas, parteiras, cirurgiões veterinários, farmacêuticos e arquitectos)¹⁸.
- Um ‘sistema geral’ de reconhecimento aplicável para todas as outras profissões. Este sistema traça os direitos básicos dos cidadãos na área da mobilidade profissional e especifica as obrigações dos Estados-Membros¹⁹.

As directivas sectoriais para os profissionais de cuidados de saúde tradicionais existem desde meados dos anos 70. Outros prestadores de cuidados de saúde dispunham de um sistema menos transparente para o reconhecimento das suas qualificações (profissionais de medicina alternativa e complementares). Um dos objectivos da Directiva de 2005 era tornar o reconhecimento de qualificações mais simples e mais transparente.

Em segundo lugar, os pacientes passam as fronteiras à procura de melhor tratamento. Os pacientes têm a opção de receberem tratamento no estrangeiro graças ao Regulamento Comunitário n.º 1408/71. Dois acórdãos importantes do Tribunal de Justiça Europeu²⁰, proferidos em Maio de 1998, têm implicações sobre a organização dos sistemas de saúde. O Tribunal de Justiça confirmou que os cidadãos têm a liberdade de procurar os cuidados de saúde noutro Estado-Membro. Também podem ser reembolsados sob determinadas condições. Além disso, de acordo com o Regulamento n.º 1408/71, quando se encontram temporariamente noutro Estado-Membro – para viagem, estudos, trabalho ou à procura de emprego – e precisam de cuidados de saúde, a prestação destes cuidados obedece às mesmas regras aplicadas no seu próprio país. A partir de 1 de Junho de 2004, este direito pode ser comprovado com o Cartão Europeu de Seguro de Doença, que substituiu os antigos formulários e, especialmente, o E111 (COM 2004).

Em terceiro lugar, a mobilidade do paciente tem consequências para os serviços de saúde e cuidados médicos, tanto no país onde o paciente está segurado como no país onde recebe os cuidados. A Comissão está a desenvolver um quadro comunitário para serviços de saúde seguros, de alta qualidade e eficientes, reforçando a cooperação entre os Estados-Membros e proporcionando maior segurança na aplicação da legislação comunitária relativa aos serviços e cuidados de saúde.



Condição prévia para as políticas de saúde da UE – Informação em matéria de saúde

A informação em matéria de saúde é importante para fazer uma comparação entre Estados-Membros ou regiões e assim informar e orientar as políticas de saúde a nível nacional e europeu. Actualmente, uma informação de alta qualidade sobre o estado de saúde é uma condição prévia para o desenvolvimento eficaz das políticas de saúde pública.

A Comissão Europeia visa produzir um conjunto de indicadores de saúde, proporcionando informação concisa e comparável sobre a saúde e o comportamento relacionado com a saúde da população. O trabalho sobre indicadores de saúde é coordenado através de grupos consultivos responsáveis por diferentes elementos do que passará a ser um sistema de monitorização de saúde. Foram estabelecidos grupos para as seguintes áreas: morbidade e mortalidade, acidentes e lesões, saúde mental, estilo de vida e outros factores determinantes de saúde, saúde e ambiente, sistemas de saúde e indicadores de saúde na Comunidade Europeia.

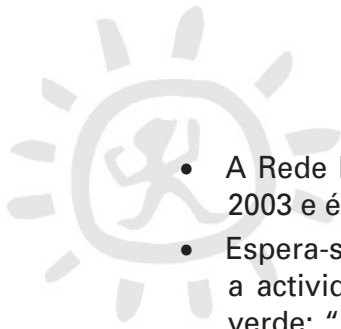
Esta actividade deverá melhorar a qualidade e comparabilidade das informações, para facilitar o acesso e melhorar a análise da informação disponível. O objectivo final é, portanto, desenvolver um sistema europeu de informação e conhecimento da saúde, integralmente acessível aos especialistas europeus e ao público geral.

Proporcionar focos para as políticas de saúde da UE – Determinantes de Saúde

Sete factores de risco – todos eles de doenças não transmissíveis – são responsáveis pela maioria das doenças na Região Europeia da Organização Mundial de Saúde: hipertensão, tabagismo, utilização nociva e perigosa de álcool, colesterol elevado, excesso de peso, parca absorção de frutas e legumes e falta de actividade física. Na maioria dos casos, as doenças não transmissíveis podem ser evitadas. Até 80 % dos casos de doenças coronárias e 90% da diabetes de tipo 2 poderiam ser evitadas mudando o estilo de vida. Comer alimentos saudáveis, manter um peso normal e aumentar a actividade física podem, por exemplo, reduzir um terço dos casos de cancro. Os seguintes factores determinantes são os mais importantes: As acções concretas empreendidas pelas instituições da UE nestas áreas são explicadas pormenorizadamente no livro.

Nutrição e actividade física – A relação entre o regime alimentar, o estilo de vida e a saúde foi estabelecida cientificamente, particularmente no que diz respeito ao papel do regime alimentar e do estilo de vida como determinantes de doenças crónicas não transmissíveis, como obesidade, doenças cardiovasculares, cancro, diabetes de tipo 2, hipertensão e osteoporose²¹. A Comissão Europeia já empreendeu várias acções para responder a estes desafios de saúde pública;

- Foram adoptadas as conclusões do Conselho relativas aos estilos de vida saudáveis em 2003, à promoção da saúde do coração em 2004 e à diabetes em 2006.

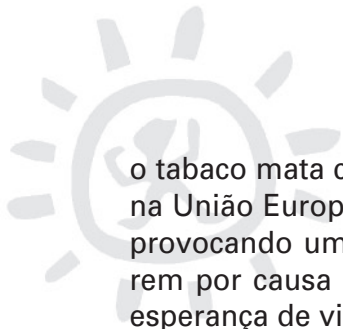


- A Rede Europeia para a Nutrição e a Actividade Física foi estabelecida em 2003 e é composta por especialistas nomeados pelos Estados-Membros.
- Espera-se uma estratégia comunitária coerente e completa sobre a nutrição, a actividade física em Junho de 2007. Esta baseia-se na consulta do livro verde: “Promoção de regimes alimentares saudáveis e da actividade física: uma dimensão europeia para a prevenção do excesso de peso, da obesidade e das doenças crónicas”. Esta estratégia deverá incluir a integração transversal da nutrição e da actividade física em todas as políticas relevantes a nível local, regional, nacional e europeu e a criação dos contextos necessários de apoio.
- A título de experiência, a Comissão lançou um fórum, chamado “Regime alimentar, actividade física e saúde – uma plataforma europeia para acção”, baseado na experiência da ‘mesa redonda sobre a obesidade’. Profissionais importantes a nível europeu (retalhistas, processadores de alimentos, a indústria de restauração, o mundo da publicidade, ONG de consumidores e da saúde, profissões médicas, etc.) têm-se reunido regularmente desde 2005, na perspectiva de identificar e definir acções concretas susceptíveis de reduzir da metade ou mesmo inverter a tendência actual de obesidade.
- É também um objectivo importante fazer que os parceiros potenciais conheçam todas as iniciativas relacionadas com a obesidade, para proporcionar políticas e acções mais coerentes.
- A segurança alimentar é também uma prioridade para a União Europeia. A Agência Europeia de Segurança Alimentar (AESAs) foi criada em 1996 para responder aos perigos de aprovisionamento alimentar, cujo mandato foi alargado pela Comissão Europeia para incluir a nutrição.

Álcool – O consumo de álcool aumenta o risco de mais 60 tipos de doença e condições diferentes. O impacto social negativo do álcool é considerável, desde os transtornos sociais em geral até à violência doméstica, aumentando os incidentes de incêndio, de inundações, de acidentes de viação, o abuso de crianças, a criminalidade e os homicídios. Estima-se que, na União Europeia, cerca de 55 milhões de adultos bebem excessivamente, e destes 23 milhões sejam alcoólicos.

Foram adoptadas a este respeito algumas directivas europeias: imposto sobre o álcool, uma recomendação sobre o consumo de álcool pelos jovens (2001) e a Directiva Televisão sem Fronteiras (Directiva 89/552/CEE), que prevê restrições sobre a publicidade do álcool. Em Outubro de 2006, a Comissão Europeia adoptou uma estratégia global sobre consumo de álcool²², para ajudar os Estados-Membros a reduzir os danos causados pelo álcool na Europa. A Comissão Europeia programou um Fórum sobre Álcool e Saúde para Junho de 2007, que reunirá especialistas de diferentes organizações interessadas, incluindo ONG, a indústria e distribuidores de bebidas. Reunir-se-ão num comité consultivo separado representantes dos Estados-Membros e de outras instituições e agências da União Europeia. O objectivo global deste fórum é apoiar, informar e controlar a execução da estratégia definida comunicação.

Tabaco – Há anos que os profissionais de saúde, políticos, ONG, Estados-Membros e a Comissão Europeia têm na sua agenda a prevenção do tabagismo. Apesar de tudo, cerca de um terço da população adulta da Europa fuma regularmente. Estima-se que



o tabaco mata cerca de 650 000 Europeus por ano, isto é, uma em cada sete mortes na União Europeia. O fumo afecta praticamente todos os órgãos do corpo humano, provocando uma série elevada de doenças. Metade dos fumadores regulares morrem por causa do seu vício e os que morrem a meia-idade têm, em média, a sua esperança de vida reduzida de 22 anos e uma grande parte desta vida abreviada em mau estado geral de saúde. Mais de 13 milhões de pessoas sofrem de doenças crónicas graves devido ao consumo de tabaco. Além disso, fumar passivamente também mata 79 000 adultos por ano na UE a 25²³.

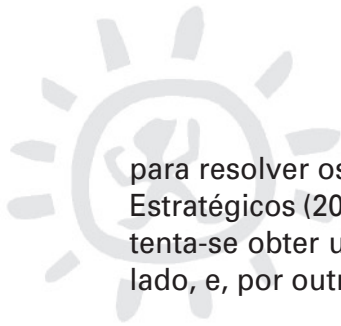
O combate em prol da redução do consumo do tabaco na UE inclui as recomendações e legislações seguintes:

- Lugares públicos e de trabalho – Em 1989, a UE adoptou uma Resolução que proíbe fumar em lugares públicos e em todas as modalidades de transporte público.
- Regulamentação relativa aos produtos do tabaco – Em 2001, foi promulgada uma directiva sobre os produtos do tabaco.
- Directiva da União Europeia sobre a publicidade do tabaco – Em 2003 foi adoptada uma directiva que proíbe a publicidade do tabaco, a qual inclui igualmente a proibição da publicidade do tabaco além das fronteiras nacionais e o patrocínio de actividades desportivas.
- Convenção-quadro sobre a luta antitabaco – Em 2004, o Conselho Europeu aprovou a Convenção-Quadro da Organização Mundial de Saúde relativa à Luta Antitabaco (CQLAT)²⁴.
- Os avisos sanitários foram aumentadas pelo menos 30% na frente e 40% nas costas dos pacotes de tabaco.
- Imposição – Na maioria dos Estados-Membros, o tabaco está sujeito a um imposto elevado.

Na Primavera de 2007, a Comissão Europeia lançou uma consulta pública sobre a melhor maneira de promover um ambiente sem fumo, com o seu Livro Verde “Por uma Europa sem fumo: opções políticas ao nível comunitário”²⁵.

Consumo de droga – O consumo de droga, principalmente entre os jovens, está a atingir os níveis elevados nunca antes alcançados. Actualmente, há mais de dois milhões de utilizadores com problemas de drogas na UE²⁶. As legislações nacionais contra a droga reforçam cada vez mais a diferença entre os delitos que envolvem a posse de drogas para uso pessoal e os que envolvem o tráfico e o fornecimento. Em geral, tende-se a aumentar as sanções para estes últimos. Este desenvolvimento é paralelo a um esforço geral em toda a Europa de alargar as oportunidades de tratamento de problemas relacionados com a droga e em prestar maior atenção a intervenções que desviam as pessoas que têm problemas relacionados com a droga do sistema de justiça penal, para opções de tratamento e reabilitação.

A Comissão considera o **uso ilegal de drogas** – e até certo ponto o abuso legal de drogas – como uma questão primordial de saúde pública. As acções têm-se concentrado na prevenção através da educação e maior consciencialização para o problema, mas também incluem a redução e o tratamento de perigos/danos. A abordagem europeia

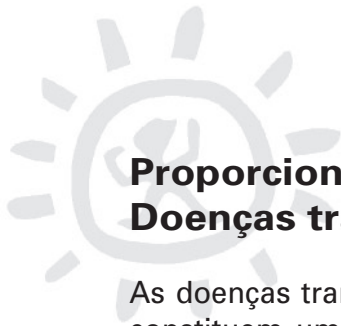


para resolver os problemas de drogas na União foi desenvolvida através dos Planos Estratégicos (2005-2012) e de Acção (2005-2008) contra a Droga da UE. Neste modelo, tenta-se obter um equilíbrio entre a prevenção, a educação e o tratamento, por um lado, e, por outro, a aplicação da lei contra o fabrico e o tráfico de drogas.

Saúde mental – segundo a Organização Mundial de Saúde, não existe nenhuma definição oficial de saúde mental. Tanto as diferenças culturais como as teorias profissionais concorrentes afectam a maneira como se define a ‘saúde mental’. A saúde mental é um problema diário que afecta os indivíduos, as famílias, as escolas e o local de trabalho. A questão é crítica para a Europa, porque as questões de saúde mental representam quase 20 % do fardo das doenças²⁷. No entanto, os cuidados prestados são frequentemente inadequados e não prestam a ajuda necessária, mesmo quando os problemas mentais são graves. Em 2005, os ministros de Saúde europeus acordaram, pela primeira vez, integrar as acções de saúde mental como parte das suas políticas de saúde pública²⁸. Em 2006, a Comissão Europeia lançou uma consulta aberta baseada no Livro Verde “Melhorar a Saúde Mental da População: Por uma Estratégia de Saúde Mental para a União Europeia”²⁹. Esta consulta teve uma difusão (237 respostas)³⁰. Os serviços da Comissão estão agora a elaborar uma Comunicação para estabelecer uma estratégia sobre a saúde mental. Esperava-se a sua adopção na Primavera de 2007.

Prevenção de lesões – As lesões são a principal causa de morte e incapacidade na população europeia³¹. O perigo de morte e de sérias lesões é muito elevado em diversos domínios, por exemplo, em casa, no tráfego rodoviário de lazer, no local de trabalho, e está relacionado com produtos e serviços ao consumidor. Estima-se que as lesões intencionais e não intencionais são a principal causa de morte e incapacidade crónica nas crianças, jovens e adultos até a idade de 45 anos, o que representa uma enorme perda de anos de vida com boa saúde e em anos de produção laboral. Entre as pessoas com mais de 65 anos de idade, as lesões são a principal causa de morte e de incapacidade e desencadeiam frequentemente a deterioração fatal da sua saúde.

A Comissão Europeia tomou várias medidas para empreender acções e poder reduzir a frequência de mortes e lesões intencionais e não intencionais, trabalhando em colaboração nesta matéria com uma série de direcções-gerais nos domínios dos transportes, local de trabalho, saúde mental, violência, álcool e saúde infantil. Foram empreendidos, no período entre 1999-2002 mais de 80 projectos específicos para evitar as lesões³². No entanto, ainda há espaço para mais acções eficazes, adoptando sobretudo as boas práticas que já provaram a sua eficácia na redução das lesões. A Comissão Europeia também adoptou, em Junho de 2006, a ‘Comunicação da Comissão sobre a acção para uma Europa mais Segura’³³ e uma ‘Proposta de Recomendação do Conselho sobre a Prevenção de Lesões e a Promoção da Segurança, que deverá ser aprovada em Maio de 2007’³⁴.



Proporcionar focos para as políticas de saúde da UE – Doenças transmissíveis

As doenças transmissíveis, como a HIV/SIDA, a tuberculose, o sarampo e a gripe, constituem uma grave perigo para a saúde humana e contribuem para cerca de um terço das mortes a nível mundial. As doenças transmissíveis não respeitam as fronteiras nacionais e podem espalhar-se rapidamente, especialmente num mundo interligado de hoje. Além disso, surgem novas doenças e outras desenvolvem formas que resistem aos medicamentos, tais como a tuberculose resistente a múltiplos medicamentos e o *staphylococcus aureus* resistente à meticilina.

Para estar preparada para estes perigos, a Comissão colabora estreitamente com os Estados-Membros neste campo. Foram introduzidos pela Comissão planos de prevenção genérica a fim de resolver os diferentes tipos de perigo para a saúde. Foram estabelecidos planos específicos, tanto a nível nacional como a nível comunitário, para combater os perigos de gripe pandémica, a SARS, a varíola ou terrorismo biológico. O Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (CEPCD) é responsável pelo aconselhamento científico e pela avaliação dos riscos relativamente a mensagens recebidas pelo Sistema de Alerta Rápido e de Resposta (SARR)³⁵.

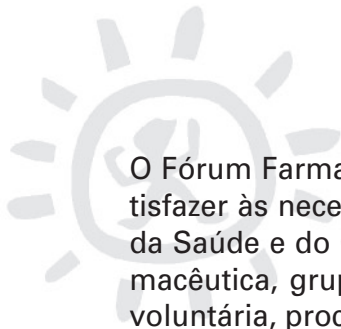
O livro fornece informações mais pormenorizadas sobre este assunto num capítulo totalmente consagrado a esta matéria.

Proporcionar focos para as políticas de saúde da UE – Medicamentos e terapias

Neste último século, todos os Estados-Membros da União Europeia promulgaram regulamentações exaustivas sobre os medicamentos, e particularmente a partir dos anos 60. A crescente complexidade e uma falta de compatibilidade das regulamentações nacionais conduziram a tentativas a nível da UE para harmonizar os sistemas regulamentares. Todos os medicamentos actualmente disponíveis na Europa devem respeitar determinadas normas de segurança, qualidade e eficácia, tal como indicado na legislação comunitária (descrito em mais pormenor no livro).

No entanto, há grandes diferenças de dimensão e tipo de controlos dos medicamentos complementares nos Estados-Membros. Em 1992, a UE começou a tomar medidas neste domínio com a Directiva 92/73CEE³⁶, relativa aos medicamentos homeopáticos e outras acções, mais detalhadas no livro.

A União Europeia está empenhada em garantir um nível elevado de qualidade, segurança e inovação no domínio de produtos farmacêuticos. No contexto dos medicamentos e tratamentos, são objectivos principais garantir o acesso aos medicamentos por um preço aceitável, garantir medicamentos seguros e eficazes e permitir aos cidadãos fazer escolhas judiciosas. Tudo isto necessita de ser equilibrado apoiando a competitividade da indústria farmacêutica.



O Fórum Farmacêutico de Alto Nível – foi estabelecido em Junho de 2005 para satisfazer às necessidades das direcções-gerais da Empresas e Indústria, e Protecção da Saúde e do Consumidor³⁷. O Fórum reúne os Estados-Membros, a indústria farmacêutica, grupos de saúde pública e de pacientes num processo de cooperação voluntária, procurando equilibrar as soluções nacionais com as europeias.

Conclusão

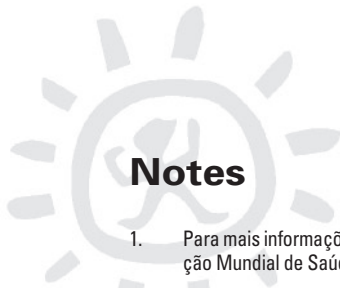
Uma boa saúde é um recurso fundamental para o desenvolvimento social e económico. Níveis mais elevados de desenvolvimento humano significam que as pessoas vivem por mais tempo e gozam de mais anos saudáveis durante a sua vida. Uma população saudável reduzirá a pressão sobre os sistemas de cuidados de saúde e sociais. Uma força de trabalho saudável é um pré-requisito de crescimento económico e prosperidade. Na Europa actual, com uma população que envelhece rapidamente, isto é mais verdadeiro do que nunca.

O livro reconhece os melhoramentos notáveis da saúde pública nas últimas décadas, mas nota que ainda há grandes diferenças entre grupos populacionais, regiões e países. Embora os cuidados de saúde sejam principalmente da competência nacional, muitas das mais importantes ameaças à saúde não podem ser resolvidas por políticas de saúde pública nacionais, nem tão-pouco estão limitadas por fronteiras geográficas. Acções sobre a saúde pública coordenadas pela UE são cada vez mais importantes.

A sociedade civil tem desempenhado um papel cada vez mais significativo na modelação e entrega de resultados de saúde a nível local, regional, nacional e europeu. A sociedade civil continuará a desempenhar um papel relevante na execução de medidas que representem uma mais-valia e complementem o trabalho da UE e dos Estados-Membros a favor de cidadãos mais saudáveis e seguros.

A UE tem feito enormes progressos com vista a melhorar o diálogo com a sociedade civil, abrindo-o para uma diversidade de interessados de diferentes países e sectores. Mas ainda há muito trabalho a fazer, principalmente na ampliação de capacidades da sociedade civil para se dedicar à elaboração da política.

Written by Mariann Skar
Edited by Lara Garrido Herrero
Translated by Paul Janssens Ltd



Notes

1. Para mais informações sobre os riscos, veja o Relatório Mundial da Saúde de 2002 – Reduzir os riscos, Promover uma vida saudável, Organização Mundial de Saúde 2002
2. Winslow 1920, p23 em Baggott, Rob Public Health Policy and Politics, Palgrave Macmillan 2000
3. Artigo 25.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem – adoptado e proclamado pela Resolução da Assembleia Geral 217 A (111) de 10 de Dezembro de 1948
4. Dados-chave sobre a saúde, Eurostat 2005
5. Kjaesrud e Siddel, Comissão Europeia 2006
6. “Regime alimentar, Nutrição e a Prevenção de Doenças Crónicas” – Relatório Conjunto dos Especialistas da OMS/FAO, 2003.
7. Estatística em foco – População e condições sociais Tema 3 – 2/2004
8. Estatística em foco – População e condições sociais Tema 3 – 2/2004
9. Comunicação da Comissão Melhorar a qualidade do emprego: análise dos progressos recentes COM (2003) 26.11.2003 728 Final
10. Relatório Mundial de Saúde 2002 – Redução dos Riscos, Promoção de uma Vida Saudável, Organização Mundial de Saúde
11. Artigo 152.º do Tratado de Amesterdão – A competência da UE para tratar assuntos de saúde pública baseia-se nos Artigos 129.º e 152.º respectivamente do Tratado de Maastricht de 1993 sobre a União Europeia e do Tratado de Amesterdão de 1999
12. http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_pt.htm
13. Para mais informações, ver: Public health aspects of EU Common Agricultural Policy – developments and recommendations for change in four sectors: Fruit and vegetables, dairy, wine and tobacco, por Liselotte Schafer Elinder, Instituto Nacional de Saúde Pública, Suécia, 2003
14. Agência Europeia do Ambiente e OMS
15. Para mais informações, ver: http://ec.europa.eu/research/era/index_en.html
16. http://europa.eu.int/comm/research/future/index_en.cfm
17. http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/future_en.htm
18. http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/specific-sectors_en.htm
19. http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/general-system_en.htm
20. Caso C-158/96 Kohll [1998] ECR I-1931 e Caso C-120/95 Decker 998] ECR I-1831
21. “Regime alimentar, Nutrição e a Prevenção de Doenças Crónicas” – Relatório Conjunto dos Especialistas da OMS/FAO, 2003.
22. Comunicação da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões - Uma estratégia comunitária para apoiar os Estados-Membros na minimização dos efeitos nocivos do álcool 24/10/2006. Com (2006) 625 final
23. Livro Verde: Por uma Europa sem Fumo: opções estratégicas a nível comunitário. COM (2007)
24. <http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/en/>
25. http://www.ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/keydo_tobacco_en.htm
26. Relatório anual de 2006 sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na Europa, pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência (OEDT) <http://annualreport.emcdda.europa.eu>
27. Livro Verde – Melhorar a saúde mental da população. Por uma estratégia da saúde mental para a União Europeia. Comissão Europeia 2006
28. <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>
29. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_health_en.htm
30. Respostas ao Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população. Por uma estratégia da saúde mental para a União Europeia. Comissão Europeia 19.12.2006
31. Para mais informações, ver: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/environment/IPP/ipp_en.htm
32. Para mais informações, ver: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/injury_project_full_listing_en.htm
33. Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho sobre Acções em prol de uma Europa mais segura COM (2006) 329 Final
34. Proposta de Recomendação do Conselho sobre a Prevenção de Lesões e a Promoção de Segurança COM 2006 329 Final
35. Decisão da Comissão, de 19 de Março de 2002, que estabelece definições de casos para a notificação de doenças transmissíveis à rede comunitária ao abrigo da Decisão n.º 2119/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho 2002/253/CE
36. Directiva 92/73/CEE do Conselho, de 22 de Setembro de 1992, que alarga o âmbito de aplicação das Directivas 65/65/CEE e 75/319/CEE relativas à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas respeitantes aos medicamentos e que estabelecem disposições complementares para os medicamentos homeopáticos, OJ L 297/8 (1992)
37. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/other_policies/pharma_forum_en.htm
http://ec.europa.eu/health/enterprise/phabiocom/comp_pf_en.htm