

# COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS

COM(94) 83 final

Bruxelas, 29.03.1994

94/0105 (COD)

Proposta de  
**DECISÃO DO PARLAMENTO EUROPEU**  
**E DO CONSELHO**

94/0105 (COD)

pela qual é adoptado um plano de acção para 1995-1999 em matéria  
de luta contra o cancro no quadro da acção no domínio  
da saúde pública

(Apresentada pela Comissão)

---

**COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO**

sobre a luta contra o cancro no quadro da acção no domínio  
da saúde pública

## EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

1. O cancro, responsável por um quarto das mortes verificadas na Comunidade Europeia, sempre esteve no centro das preocupações das autoridades nacionais encarregadas da saúde. Paralelamente aos acidentes, o cancro figura como a primeira causa de morte prematura (antes dos 75 anos). Ao longo das últimas décadas, a mortalidade por cancro aumentou nitidamente, numa situação de envelhecimento progressivo da população. Os dados mais recentes (1990) apresentam uma incidência anual de 1 300 000 novos casos de cancro e de 840 000 mortes por cancro na Comunidade Europeia. A incidência de cancro aumenta rapidamente em função da idade a partir dos 50 anos; na Comunidade, a idade mediana no momento do diagnóstico de cancro situa-se à volta dos 65 anos. É previsível o aumento da mortalidade por cancro no decurso dos próximos 15 anos, na ausência de estratégias de luta contra o cancro que englobem acções eficazes de prevenção e tratamento.
  
2. O aumento da incidência de cancro com a idade explica o facto de apenas ser possível efectuar comparações úteis no plano histórico ou geográfico em populações normalizadas relativamente à idade. Nessas populações, podem observar-se dois factos:
  - a frequência de cancros, em idade constante, não tem variado sensivelmente ao longo das últimas décadas;
  - é mais elevada nos Estados-membros do Norte da Comunidade, sendo a média da Comunidade cerca de 15% inferior à dos países da Europa Central e de Leste.
  
3. Tomando em consideração 4 grupos etários, observa-se o seguinte:
  - nas crianças com menos de 15 anos, o cancro é a segunda causa de morte a seguir aos acidentes, embora a mortalidade tenha diminuído fortemente em virtude dos progressos terapêuticos;
  - entre os 15 e os 30 anos, é igualmente a segunda causa de morte, após as mortes violentas (acidentes ou suicídios);
  - entre os 30 e os 65 anos, é uma causa importante de mortalidade;
  - acima dos 65 anos, é a segunda causa de mortalidade, nitidamente a seguir às doenças cardiovasculares cuja incidência aumenta com a idade, neste grupo etário, mais rapidamente do que a do cancro.

4. Dados recentes confirmam que uma proporção apreciável de cancro e de mortes por cancro pode estar ligada àquilo que se costuma designar por hábitos de vida. Está provado que 30% dos cancros são imputáveis ao factor tabaco e que uma proporção mais reduzida, mas não negligenciável, de mortes por cancro pode estar relacionada com o abuso de álcool. A importância dos factores nutricionais encontra-se ainda mal definida, embora esteja provada a sua influência (alguns especialistas estimam que 30% das mortes se prendem com este factor). Admite-se geralmente que uma alimentação equilibrada, que inclua o consumo adequado de frutas e legumes, é uma importante protecção contra alguns cancros mais frequentes. A poluição atmosférica, as substâncias alimentares contaminantes e as radiações ionizantes são, sem dúvida, directamente responsáveis por menos de 2% da mortalidade devida ao cancro. De uma maneira geral, admite-se que 70% de mortes por cancro têm origem nas escolhas individuais que afectam os nossos hábitos de vida quotidiana e o ambiente.
  
5. A preocupação dos responsáveis nacionais e dos cidadãos da Comunidade face a este flagelo foi tida em conta pelo Conselho Europeu (em Maio e Dezembro de 1985) que decidiu a criação de um programa "A Europa contra o cancro". Posteriormente, foi secundada pela Comissão Europeia, pelo Conselho de ministros e pelo Parlamento Europeu. No período de 1987-1989 foi executado com êxito um primeiro plano de acção. Tendo em conta os resultados encorajadores obtidos, o Conselho e o Parlamento Europeu aprovaram a execução de um segundo plano de acção para o período de 1990-1994. Estes planos de acção foram objecto de relatórios anuais da Comissão transmitidos regularmente ao Conselho. Além disso, em conformidade com a decisão do Conselho de 17 de Maio de 1990, foi aprovado pela Comissão, em 15 de Março de 1993, e transmitido para apreciação ao Conselho e ao Parlamento Europeu, um relatório de avaliação sobre os seis primeiros anos de funcionamento do programa. Na sua resolução de 13 de Dezembro de 1993, o Conselho reconheceu a importância de prosseguir o programa "A Europa contra o cancro" e solicitou a elaboração atempada de um terceiro plano de acção.
  
6. Na sua resolução de 27 de Maio de 1993, o Conselho preconizou que o conteúdo deste terceiro plano de acção, ao assegurar a continuidade dos precedentes, tenha em conta igualmente outras acções empreendidas pela Comunidade no domínio da saúde pública, nomeadamente aquelas que serão desenvolvidas ao abrigo do novo artigo 129º do Tratado que institui a Comunidade Europeia. A Comissão adoptou em 24 de Novembro de 1993 uma comunicação sobre o quadro de acção no domínio da saúde pública, que atende, nomeadamente, aos desejos do Parlamento Europeu e do Conselho nesta matéria, coloca a luta contra o cancro entre as prioridades identificadas pela Comissão e descreve as respectivas relações.
  
7. Este plano de acção visa ainda assegurar a complementaridade com diferentes iniciativas comunitárias, inclusive em matéria de protecção dos trabalhadores no local de trabalho e protecção dos consumidores. O seu principal objectivo consiste em desenvolver os conhecimentos sobre as causas do cancro e os meios possíveis de prevenção. Assegurando uma difusão mais vasta dos conhecimentos sobre as causas do cancro e sua prevenção, e promovendo uma melhor comparabilidade e divulgação da

informação a este respeito, o plano contribuirá para a realização dos objectivos comunitários e estimulará as acções empreendidas pelos Estados-membros a nível nacional. Para esse fim, é recomendada a execução de 20 acções nos domínios essenciais da recolha de dados, informação, educação para a saúde, formação de profissionais da saúde em matéria de cancro, detecção precoce e rastreio, estudos e acções em matéria de qualidade dos cuidados, e investigação. Em conformidade com o princípio de subsidiariedade enunciado na Comunicação da Comissão COM(93) 559 de 24 de Novembro de 1993, a acção da Comunidade propõe-se deste modo ajudar os Estados-membros a atingirem plenamente os respectivos objectivos de luta contra o cancro e será desenvolvida de forma a potencializar o valor acrescentado comunitário.

8. A presente proposta de decisão do Conselho tem em conta opiniões expressas pelo Parlamento Europeu e pelos Estados-membros, nomeadamente à luz do recente relatório de avaliação. Reflecte a experiência acumulada pela Comissão aquando dos dois primeiros planos de acção que contaram com a prestimosa assistência do Comité de Oncologistas de alto nível designados pelos Estados-membros. A proposta tem em conta o princípio de subsidiariedade, reconhece a existência de diferentes situações nos Estados-membros, introduz os procedimentos de consulta apropriados e bem assim as modalidades de avaliação adequadas às acções a empreender.

Proposta de  
**DECISÃO DO PARLAMENTO EUROPEU**  
**E DO CONSELHO**

~~04/0105 (COD)~~

pela qual é adoptado um plano de acção para 1995-1999 em matéria  
de luta contra o cancro no quadro da acção no domínio  
da saúde pública

---

**O PARLAMENTO EUROPEU E O CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA,**

Tendo em conta o Tratado que institui a Comunidade Europeia e, nomeadamente, o seu artigo 129º,

Tendo em conta a proposta da Comissão<sup>(1)</sup>,

Tendo em conta o parecer do Comité Económico e Social<sup>(2)</sup>,

Tendo em conta o parecer do Comité das Regiões<sup>(3)</sup>,

Considerando que, nas suas reuniões de Junho de 1985, em Milão, e Dezembro de 1985, no Luxemburgo, o Conselho Europeu sublinhou o interesse de lançar um programa europeu de luta contra o cancro;

Considerando que o Conselho e os representantes dos Governos dos Estados-membros reunidos no seio do Conselho adoptaram, em 7 de Julho de 1986, uma resolução<sup>(4)</sup> relativa a um primeiro programa de acção das Comunidades Europeias contra o cancro e, em 17 de Maio de 1990, a Decisão 90/238/Euratom, CECA, CEE<sup>(5)</sup>, que estabelece um segundo plano de acção no âmbito do programa "A Europa contra o cancro" para o período de 1990-1994;

Considerando que, na sua resolução de 15 de Dezembro de 1993<sup>(6)</sup>, o Parlamento Europeu solicitou que sejam intensificadas as actividades em matéria de luta contra o cancro;

---

(1) .....

(2) .....

(3) .....

(4) JO n° C 184 de 23.7.1986, p. 19.

(5) JO n° L 137 de 30.5.1990, p. 31.

(6) .....

Considerando que, na resolução de 13 de Dezembro de 1993<sup>(7)</sup>, o Conselho convidou a Comissão a apresentar atempadamente um projecto de terceiro plano de acção que tenha em conta a resolução do Conselho de 27 de Maio de 1993<sup>(8)</sup>, relativa à acção futura no domínio da saúde pública, bem como os objectivos e melhoramentos referidos no Anexo da referida resolução;

Considerando que a prevenção do cancro é uma prioridade da acção da Comunidade no âmbito da acção no domínio da saúde pública estabelecida pela Comissão, na medida em que for compatível com outras medidas já adoptadas pela Comunidade neste domínio;

Considerando, que de acordo com o princípio de subsidiariedade, as acções relativas a áreas que não sejam da exclusiva competência da Comunidade, tais como a prevenção do cancro, só devem ser empreendidas pela Comunidade quando, devido à dimensão ou efeitos das mesmas, possam ser melhor realizadas a nível comunitário;

Considerando que importa reforçar a cooperação com as organizações internacionais competentes na matéria e com os países terceiros;

Considerando que o cancro é uma doença grave ligada aos hábitos de vida e que é necessário lutar contra os factores de risco inerentes, em particular o tabagismo, o que influenciará igualmente a luta contra outras doenças, nomeadamente as doenças cardiovasculares;

Considerando que, ao assegurar uma difusão mais vasta dos conhecimentos sobre as causas do cancro e sua prevenção, uma melhor comparabilidade e divulgação da informação a este respeito e ao desenvolver acções complementares, especialmente de educação para a saúde, o programa contribuirá para a realização dos objectivos enunciados no artigo 129º;

Considerando o importante papel desempenhado na execução do programa pelo Comité Consultivo e pelos comités nacionais de coordenação;

Considerando que, do ponto de vista operacional, é importante salvaguardar e desenvolver o investimento realizado no decurso dos planos de acção precedentes tanto a nível das redes-piloto europeias como da mobilização do conjunto dos agentes interessados na luta contra o cancro;

Considerando, todavia, que convém evitar a possível duplicação de esforços através da promoção de trocas de experiências e da organização comum de módulos de base em matéria de informação do grande público, educação para a saúde e formação de profissionais da saúde;

Considerando que, a fim de intensificar o valor e impacto do plano de acção, importa proceder à avaliação contínua das acções empreendidas, nomeadamente no que respeita à sua eficácia e à realização dos objectivos, tanto a nível nacional como comunitário e proceder, se necessário, às adaptações relevantes;

Considerando que este plano de acção deve prolongar-se por cinco anos, a fim de proporcionar às acções a empreender tempo suficiente para a realização dos objectivos visados,

---

(7) JO n° C 15 de 18.1.1994, p. 1.

(8)

## **DECIDEM:**

### **Artigo 1º**

É adoptado um plano de acção comunitário de luta contra o cancro para o período que decorre de 1 de Janeiro de 1995 a 31 de Dezembro de 1999.

### **Artigo 2º**

A Comissão assegurará a execução das acções descritas no Anexo, em conformidade com o artigo 5º e em estreita cooperação com os Estados-membros e as instituições e organizações activas na prevenção do cancro.

### **Artigo 3º**

A autoridade orçamental determinará os recursos financeiros disponíveis para cada exercício.

### **Artigo 4º**

A Comissão assegurará a coerência e a complementaridade entre as acções comunitárias a empreender ao abrigo deste plano de acção e os restantes programas e iniciativas pertinentes da Comunidade, incluindo o Programa de Investigação em Biomedicina e Saúde no âmbito dos programas comunitários de investigação.

### **Artigo 5º**

A Comissão será assistida por um comité de natureza consultiva composto de representantes de cada um dos Estados-membros e presidido pelo representante da Comissão.

O representante da Comissão submeterá à apreciação do Comité um projecto das medidas a tomar. O Comité emitirá o seu parecer sobre esse projecto num prazo que o presidente pode fixar em função da urgência da questão em causa, se necessário procedendo a uma votação.

O parecer deve ser exarado em acta; além disso, cada Estado-membro tem o direito de solicitar que a sua posição conste da acta.

A Comissão tomará na melhor conta o parecer emitido pelo Comité. O Comité será por ela informado do modo como esse parecer foi tomado em consideração.

## **Artigo 6º**

1. No decurso da execução do presente plano de acção, será fomentada a cooperação com países terceiros e organizações internacionais competentes em matéria de saúde pública, nomeadamente, a Organização Mundial de Saúde e o Centro Internacional de Investigação do Cancro.
2. Os países da EFTA, e bem assim os da Europa Central e de Leste, podem ser associados às actividades descritas no Anexo, nas condições previstas nos acordos concluídos com a Comunidade.

## **Artigo 7º**

1. A Comissão publicará um relatório anual sobre o avanço do plano de acção e sobre as possibilidades de financiamento comunitário nos diversos domínios de acção, que tomará em consideração os relatórios a elaborar por cada um dos Estados-membros. O relatório anual será transmitido ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões.
2. Com base num relatório intercalar a apresentar pela Comissão até ao final de 1997, o Parlamento Europeu e o Conselho procederão à avaliação das acções empreendidas. No termo do plano de acção será apresentado um relatório global.

Feito em Bruxelas, em

Pelo Parlamento Europeu

O Presidente

Pelo Conselho

O Presidente



**ACCÇÕES A EXECUTAR EM 1995-1999**

**I. REGISTOS CANCEROLÓGICOS E ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS**

1. Apoio às trocas de informações e de experiências relativas à recolha e divulgação de dados fiáveis e comparáveis no domínio dos registos cancerológicos (incidência, mortalidade e taxa de sobrevivência). Desenvolvimento e reforço de uma rede europeia em cooperação com o Centro Internacional de Investigação do Cancro (CIIC).
2. Apoio à realização de estudos epidemiológicos a nível europeu e à divulgação das respectivas conclusões, no domínio da identificação de agentes cancerígenos (físicos, químicos e biológicos), dos riscos decorrentes da exposição a esses agentes, dos métodos de prevenção e estimativa das taxas de sobrevivência, bem como sobre as fontes de disparidade dessas taxas de sobrevivência. Com base nestas conclusões, apoio à elaboração e difusão de recomendações. Prossecução dos estudos de coortes sobre o cancro, nutrição e saúde (rede EPIC), apoio a estudos epidemiológicos baseados na pesquisa do potencial preventivo da alimentação (identificação de agentes protectores, modificação de factores nutricionais específicos) e, eventualmente, de agentes químicos preventivos.

**II. PREVENÇÃO**

**A. Informação do público**

3. Organização anual de uma semana "A Europa contra o cancro".
4. Melhoria da eficácia da comunicação das mensagens de prevenção do cancro e, nomeadamente, das recomendações do Código Europeu contra o Cancro, mediante apoio à realização de acções para públicos específicos (professores, médicos de clínica geral, etc.) e de projectos-piloto, estudos, análises das técnicas de promoção da saúde e à avaliação das acções neste domínio.
5. Apoio a redes de acções-piloto de informação e intercâmbio em matéria de prevenção do cancro, atendendo às recomendações do Código Europeu contra o Cancro e às de comités de especialistas reunidos com o objectivo de contribuírem para a demonstração e divulgação das melhores práticas.
6. Promoção de campanhas de informação e de sensibilização de grupos específicos da população para a promoção da saúde e a prevenção do cancro, nomeadamente em locais públicos e nos locais de trabalho.

7. Estimulo de projectos de dimensão europeia relativos à prevenção do tabagismo; avaliação da aplicação das recomendações sobre o fumo do tabaco em locais públicos, nomeadamente transportes colectivos e estabelecimentos escolares. Promoção de uma política destinada a proteger do tabagismo passivo os grupos mais expostos ao risco, nomeadamente grávidas e crianças. Avaliação do efeito das medidas tomadas nos países da Comunidade no sentido de reduzir o tabagismo, por exemplo através da supressão e do controlo da publicidade directa ou indirecta, exclusão do tabaco do índice de preços e divulgação dos resultados decorrentes destas avaliações. Apoio e avaliação de acções-piloto de prevenção do tabagismo no âmbito de redes de intercâmbio entre os Estados-membros como, por exemplo, as redes de cidades sem tabaco, hospitais sem tabaco, clubes de jovens em ligação com profissionais da saúde e professores.
8. Selecção, divulgação e avaliação do impacto dos melhores métodos de redução do tabagismo nos Estados-membros, no quadro de acções-piloto que apliquem estes métodos em ligação com os profissionais da saúde. Prosseguimento dos trabalhos de classificação de substâncias e preparações perigosas, tendo em vista melhorar a embalagem e rotulagem.

## **B. Educação para a saúde**

9. Contribuição para a formulação e execução dos programas integrados de educação para a saúde em diferentes contextos, assegurando um papel particularmente importante à prevenção do cancro. Definição e execução de projectos complementares de prevenção do cancro para grupos específicos em diferentes contextos. Avaliação de iniciativas de educação no domínio da saúde, que dêem prioridade à responsabilização dos indivíduos pela sua própria saúde, à prevenção do tabagismo, à promoção de uma alimentação saudável e aos riscos decorrentes da exposição excessiva da pele às radiações UV, e que tenham como destinatários os jovens.
10. Apoio às trocas de experiências no âmbito de programas integrados de educação para a saúde, com vista a melhorar a formação inicial e continua dos professores e dos responsáveis de projectos no domínio da prevenção do cancro, atendendo, neste contexto, à experiência adquirida no âmbito de programas como Erasmus e as acções subvencionadas pela Comissão no domínio da educação.
11. Apoio à realização, difusão e avaliação do impacto de materiais pedagógicos de interesse comunitário relativos à prevenção do cancro, particularmente os experimentados no quadro de redes-piloto.
12. Realização de estudos e publicação das respectivas conclusões susceptíveis de elevar o nível de conhecimentos relativos às percepções dos jovens sobre o cancro, o tabaco, os hábitos alimentares e os riscos decorrentes da exposição excessiva da pele às radiações UV. Realização de análises com o objectivo de aumentar a eficácia dos programas de prevenção junto de crianças e jovens.

### **C. Formação dos profissionais da saúde**

13. Prosseguir a aplicação da recomendação da Comissão de 8 de Novembro de 1989, relativa à formação do pessoal de saúde sobre o cancro, auxílio à instalação e à avaliação periódica do impacto das redes-piloto europeias sobre a formação inicial e contínua em matéria de cancro, para profissionais: médicos, enfermeiros e dentistas.
14. Apoiar a mobilidade dos profissionais da saúde (especialmente formadores), a fim de melhorar os conhecimentos teóricos e práticos em matéria de cancro (prevenção primária, rastreio generalizado, em particular do cancro do colo do útero e da mama, diagnóstico precoce e qualidade dos cuidados) entre centros especializados dos Estados-membros que proponham uma formação de elevado nível, nos casos em que essa mobilidade não seja assegurada por programas comunitários já existentes, tais como COMETT II e FORCE.
15. Apoiar trocas de experiências, elaboração e difusão das recomendações de conferências, a fim de obter um consenso sobre boas práticas médicas, e de grupos de peritos a fim de acelerar a divulgação e aplicação dos resultados dos estudos controlados. Preparação de materiais didácticos com interesse europeu visando a melhoria da formação dos profissionais da saúde em Oncologia, nomeadamente graças à utilização de programas informáticos interactivos; avaliação do impacto destes materiais nas redes-piloto. Em especial, apoio ao desenvolvimento, à prática e à avaliação de módulos de prevenção destinados aos profissionais da saúde e de modelos de auxílio ao diagnóstico e à decisão terapêutica.

### **III. PREVENÇÃO MEDIANTE DETECÇÃO PRECOCE E RASTREIO SISTEMÁTICO**

16. Apoio à criação e avaliação de redes europeias de projectos-piloto no domínio do rastreio generalizado do cancro da mama e do colo do útero, com base em recomendações estabelecidas a nível europeu, em matéria de garantia de qualidade do rastreio, e apoio à organização de encontros com vista a estudar a viabilidade da extensão de projectos-piloto a nível nacional e regional.
17. Apoio à constituição e difusão a nível europeu de uma terminologia e de uma classificação comuns a fim de melhorar a qualidade da interpretação anátomo-citopatológica, em particular das lesões mamárias e uterinas suspeitas, nomeadamente para os anátomo-citopatologistas da Comunidade Europeia.
18. Apoio a estudos de exequibilidade europeia de um rastreio precoce generalizado de outros cancros (ovário, próstata, pele, cólon/recto e boca), atendendo, nomeadamente, a aspectos médicos, psicológicos, sociais e económicos.

#### **IV. ESTUDOS E ACCÕES RELATIVOS À QUALIDADE DOS CUIDADOS AO PACIENTE**

19. Apoio à realização de estudos de interesse europeu e difusão das respectivas conclusões, nomeadamente no contexto de encontros e trocas de experiências a nível europeu, a fim de desenvolver o conhecimento e melhorar a eficácia dos métodos de controlo de qualidade, tanto no diagnóstico (exame radiológico e anátomo-citopatológico) como nos tratamentos (radioterapia e quimioterapia), incluindo cuidados paliativos. Divulgação e avaliação das melhores práticas de garantia de qualidade no âmbito das redes de projectos-piloto. Sensibilização para os aspectos psicológicos e sociais, nomeadamente no que respeita à qualidade de vida dos pacientes.

#### **V. INVESTIGAÇÃO**

20. Prestar um contributo decisivo para a selecção de prioridades no que toca à investigação em matéria de cancro, a empreender no âmbito de programas comunitários de investigação, especialmente o Programa de Investigação em Biomedicina e Saúde que inclui investigação fundamental e clínica sobre o cancro. Apoio à criação de um inventário das acções de interesse europeu de investigação fundamental e clínica em matéria de cancro; auxílio à transferência dos resultados da investigação fundamental para ensaios clínicos e auxílio ao lançamento de ensaios clínicos multicêntricos e multinacionais, no sentido de acelerar a avaliação dos novos métodos de tratamento.

**COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO**

**SOBRE A LUTA CONTRA O CANCRO NO QUADRO DA ACCÇÃO  
NO DOMÍNIO DA SAÚDE PÚBLICA**

## ÍNDICE

I	INTRODUÇÃO .....	15
II.	TENDÊNCIAS DO CANCRO NOS ESTADOS-MEMBROS DA UNIÃO EUROPEIA .....	17
III.	PANORAMA DAS ACCÕES EM MATÉRIA DE CANCRO EMPREENDIDAS A NÍVEL COMUNITÁRIO .....	22
IV.	A PERSPECTIVA DA COMUNIDADE EUROPEIA .....	25
	a. Objectivos e meios .....	25
	b. O quadro da saúde pública e o programa "A Europa contra o cancro" .....	26
	c. Cooperação entre Estados-membros .....	28
	d. Cooperação com organizações internacionais e países terceiros .....	29
V.	O TERCEIRO PLANO DE ACÇÃO .....	31
	a. Acções prioritárias .....	31
	a.1. Registos cancerológicos e estudos epidemiológicos .....	32
	a.2. Acções de prevenção específicas .....	33
	a.2.1. Informação do público e de grupos específicos .....	34
	a.2.2. Educação para a saúde .....	35
	a.2.3. Formação dos profissionais da saúde .....	37
	a.3. Detecção precoce e rastreio sistemático .....	38
	a.4. Controlo da qualidade dos tratamentos (incluindo cuidados paliativos) .....	39
	a.5. Contributo para a formulação e divulgação da investigação .....	41
	b. Mecanismos de consulta e participação .....	42
	b.1. Comité Consultivo .....	42
	b.2. Grupo de peritos de alto nível .....	42
	b.3. Outros grupos envolvidos .....	42
	c. Avaliação e relatórios .....	43
	c.1. Relatório anual sobre a execução do plano de acção .....	43
	c.2. Avaliação, por peritos independentes, das principais acções e estudos subvencionados .....	43
	c.3. Relatórios intercalar e global sobre a eficácia do plano de acção .....	43
	d. Actividades de informação geral .....	44
VI.	RECURSOS .....	45

## I INTRODUÇÃO

1. Na sua Comunicação de 24 de Novembro de 1993 sobre o quadro de acção no domínio da saúde pública (COM(93) 559 final), a Comissão definiu um quadro para a futura acção a nível comunitário no sentido de atingir os objectivos relativos à protecção da saúde estabelecidos nos artigos 3º, alínea o), e 129º do Tratado que institui a Comunidade Europeia. O papel da Comunidade consiste em apoiar os esforços dos Estados-membros no domínio da saúde pública, prestar assistência na formulação e prossecução de objectivos e estratégias, e contribuir para o desenvolvimento da protecção da saúde no interior da Comunidade, apontando para os melhores resultados já alcançados numa determinada área da Comunidade.
2. Ao iniciar a acção nos termos do artigo 129º, a Comunidade tem de empenhar-se ela própria na prevenção da doença e na protecção da saúde. Com base nos critérios definidos na comunicação da Comissão, o cancro foi considerado uma prioridade da acção comunitária. O cancro é uma doença que:
  - causa, na ausência de intervenção, taxas significativas de morte prematura e/ou taxas gerais de mortalidade elevadas;
  - afecta significativamente o estado de saúde; incluindo uma elevada morbilidade e/ou incapacidade grave;
  - tem profundas implicações na qualidade de vida bem como consequências importantes a nível socioeconómico.

Dados objectivos (elementos relativos a mortalidade e morbilidade e indicadores de saúde) e percepções mais subjectivas confirmam efectivamente que o cancro é um grave flagelo. Além disso, sendo o cancro uma doença cujos factores de risco estão relacionados com os hábitos de vida, existem medidas preventivas praticáveis, facto que sublinha a importância de prosseguir com as campanhas de prevenção.

3. Nas últimas décadas, a situação da saúde nos Estados-membros tem sido marcada pela emergência de dois tipos de doenças relacionadas com os hábitos de vida e o envelhecimento, nomeadamente o cancro e as doenças cardiovasculares. Estas são de longe as principais causas de morte entre os indivíduos com mais de 40 anos na União e, por isso, têm sido seriamente encaradas pelas autoridades nacionais no domínio da saúde, antes de se tornarem, em 1985, como no caso do cancro, alvo de uma acção preventiva por parte da Comunidade.
4. O cancro é responsável por cerca de um quarto do total de mortes na União Europeia, com relativamente pequenas diferenças de país para país e relativamente mais mortes por cancro nos Estados-membros do Norte do que nos do Sul. Ao longo das últimas décadas, as mortes por cancro na Comunidade subiram drasticamente devido ao envelhecimento progressivo da população, aumentando a incidência de cancro rapidamente com a idade a partir dos 50 anos e situando-se

a idade mediana do primeiro diagnóstico de cancro à volta dos 65 anos. Dados recentes de registos de cancro mostram que esta tendência de crescente incidência e mortalidade prosseguirá nos próximos 15 anos, podendo mesmo acelerar-se na ausência de estratégias adequadas de prevenção.



## II. TENDÊNCIAS DO CANCRO NOS ESTADOS-MEMBROS DA UNIÃO EUROPEIA

5. Os dados mais recentes (1990) revelam uma incidência anual de 1,3 milhões de novos casos de cancro e de 840.000 mortes por cancro por ano na União Europeia. Graças à existência de uma boa rede de registos cancerológicos, que cobre actualmente a maioria dos Estados-membros da União Europeia, é possível comparar a situação epidemiológica na maioria dos Estados-membros.
6. As taxas de incidência de mortalidade sempre foram mais elevadas entre os indivíduos do sexo masculino do que do sexo feminino em todos os Estados-membros, sendo a diferença particularmente marcada em certos países. No conjunto da União, a probabilidade de as mulheres morrerem por cancro é 40% inferior à dos homens. A maior incidência de morbilidade e mortalidade entre os homens é imputável sobretudo a um consumo de tabaco e álcool mais elevado, seguindo-se a exposição profissional a carcinogéneos e as diferenças biológicas entre os dois sexos. A principal causa de mortalidade por cancro nos homens é o cancro do pulmão (130.000 casos por ano), seguida pelo cancro da próstata, do cólon, e do estômago. Nas mulheres, a principal causa de morte é o cancro da mama, com mais de 150.000 casos por ano, seguido pelo cancro do pulmão, do cólon, do estômago e dos órgãos genitais. No entanto, em certos países (Dinamarca, Reino Unido) onde o tabagismo feminino foi elevado durante muito tempo, o cancro do pulmão pode ser tão frequente como o cancro da mama. São detectados 7.500 novos casos de cancro por ano em crianças, e 2.500 mortes. As formas predominantes de cancro infantil são a leucemia, os cancros do sistema nervoso (cérebro) e o linfoma
7. Dado que a incidência de cancro aumenta com a idade, só é possível efectuar comparações úteis a nível histórico e geográfico em populações normalizadas em relação à idade. Nessas populações podem observar-se dois factos:
  - com idade constante, a frequência de cancro não tem variado significativamente nas últimas décadas;
  - a taxa de morbilidade e de mortalidade nos homens é aproximadamente 10% mais elevada na Comunidade do que nos países escandinavos e aproximadamente 15% mais baixa do que nos países da Europa Central e de Leste. A diferença é ainda maior em relação aos países da ex-URSS, onde a incidência de cancro aumentou significativamente nas últimas décadas.
8. Para uma análise mais aprofundada, é necessário seguir a prática comum em epidemiologia e considerar quatro grupos etários. Nas crianças (isto é, até aos 15 anos), o cancro é a segunda causa de morte mais frequente, a seguir aos acidentes. Contudo, neste grupo etário, a mortalidade por cancro tem sido consideravelmente reduzida graças aos progressos da terapêutica do cancro. No grupo dos 15 aos 30

anos, o cancro volta a ser a segunda causa de morte mais frequente, após a morte violenta (acidentes ou suicídios). Também neste caso a mortalidade tem diminuído consideravelmente, embora a morbilidade permaneça constante. No grupo etário dos 30-65 anos, o cancro mantém-se como uma importante causa de mortalidade, especialmente o cancro do pulmão, nos homens, embora o facto seja de certo modo encoberto pela morte devida a doença cardiovascular. Nas mulheres, todavia, o cancro da mama é, nesta classe de idade, a principal causa de morte. Acima dos 65 anos de idade, o cancro é a segunda causa de mortalidade a seguir às doenças cardiovasculares.

9. Se subdividirmos os cancros em dois grupos - cancros devidos ao tabaco ou ao álcool (cancro do pulmão, esófago, vias respiratórias superiores/tubo digestivo e bexiga) e outros cancros - observamos que a incidência de morbilidade no primeiro grupo aumentou nas últimas décadas, tal como a incidência de mortalidade, por se terem verificado escassos progressos no tratamento destes cancros, com prognóstico severo. O papel preponderante do tabaco é ainda mais acentuado se se considerar o número de anos de vida perdidos em virtude de cancros ligados ao tabagismo, dado que estes cancros surgem em idades mais jovens do que outros. No que respeita aos outros cancros, houve uma ligeira redução da incidência tanto de morbilidade como de mortalidade neste grupo etário, tendo-se verificado um certo progresso terapêutico.
10. Dados disponíveis segundo os quais 30% das mortes por cancro são provocadas pelo tabaco, 3% a 10% (consoante os países), pelo álcool e cerca de 30% estão relacionadas com o regime alimentar demonstram que mais de dois terços das mortes por cancro estão ligadas aos hábitos de vida e, por isso, em princípio, podem ser evitadas através de uma mudança de comportamento. O papel directo da poluição atmosférica e dos contaminantes alimentares parece ser extremamente reduzido (menos de 2%), como demonstra a incidência estável de cancro do pulmão entre os não fumadores e o considerável declínio da frequência de cancro do estômago. No entanto, dados os longos períodos entre a exposição a factores de risco e o aparecimento da maioria dos cancros, as taxas de mortalidade e morbilidade reflectem os riscos incorridos alguns anos antes. Por outras palavras, uma exposição a factores indutores de cancro hoje é susceptível de provocar um cancro que não será aparente durante vários anos.
11. As diferenças entre Estados-membros são significativas no tocante à incidência de determinados tipos de cancro. Por exemplo, o cancro da cavidade bucal provocado pela combinação de tabaco e álcool nos homens varia de 1% nos Países Baixos a 9% em França. Nas mulheres, as percentagens são cerca de um quinto das observadas nos homens. Tem-se observado em diversos Estados-membros uma tendência crescente na incidência de cancro da boca entre os jovens.
12. Os países da União que apresentam a maior incidência de cancros relacionados com o tabagismo são os países do Noroeste (Bélgica, Dinamarca, Países Baixos e Reino Unido). Nestes países, o tabagismo diminuiu ligeiramente entre os homens mas subiu consideravelmente entre as mulheres. No Reino Unido, por exemplo, o cancro do pulmão tornou-se a causa mais frequente de morte por

cancro nas mulheres em certas regiões e grupos etários. Relativamente ao ambiente social do fumador, aplica-se o mesmo padrão em todos os Estados-membros: quanto mais baixo é o nível de educação e o estatuto socioeconómico, mais elevado é o consumo de tabaco. No Reino Unido, por exemplo, as campanhas de informação sobre o tabaco exerceram um considerável impacto nos estratos sociais mais favorecidos. O tabagismo e os cancros conexos estão a tornar-se uma desvantagem específica para as classes sociais mais desfavorecidas. A França apresenta a maior incidência de mortalidade devida a cancros relacionados com o tabaco e o álcool. Mais uma vez, o ambiente social desempenha um importante papel. Por exemplo, o cancro do esófago é seis vezes mais frequente nos grupos sociais mais desfavorecidos do que entre os que possuem mais instrução.

13. Em relação à incidência e mortalidade por cancro que atinge tecidos e órgãos específicos, observam-se as seguintes tendências:
14. **Pulmão:** O cancro do pulmão é o tipo de cancro mais comum na União, representando quase 30% da totalidade de mortes por cancro nos homens e 10% nas mulheres. O tabagismo, de longe a causa mais importante de cancro pulmonar, explica o dramático aumento da frequência deste cancro ao longo dos últimos 50 anos. Actualmente, as taxas de incidência parecem ter-se estabilizado num nível elevado em determinados Estados-membros, estando a diminuir ligeiramente no Reino Unido. Em contrapartida, nas mulheres, manifesta-se um rápido crescimento da incidência e mortalidade nos Estados-membros do Sul da Europa.
15. **Cólon e recto:** Os cancros do cólon e do recto considerados em conjunto são, a seguir ao cancro do pulmão, os cancros mais frequentes na União. A incidência e mortalidade são elevadas nas regiões do Norte e Ocidente da CE. Estes cancros estão associados ao moderno regime alimentar ocidental, que é rico em gorduras e proteínas, factores susceptíveis de aumentar o risco, e pobre em verduras e frutas e fibras, geralmente considerados elementos protectores. Certas exposições por motivos profissionais, alguns aspectos da hereditariedade, reduzida actividade física e uma colecistectomia precedente, embora o seu eventual impacto seja provavelmente bastante diminuto, foram apontados como potenciais causas de alguns destes cancros. Os níveis de incidência têm-se mantido ou subido em todos os Estados-membros. Em contrapartida, as taxas de mortalidade baixaram e mais drasticamente nas mulheres.
16. **Mama:** O cancro da mama é o cancro feminino mais comum na União, representando 24% do conjunto de casos de cancro e 19% das mortes por cancro. A incidência e a mortalidade são mais elevadas nos Estados-membros do Norte (Dinamarca, Países Baixos, Reino Unido) do que nos países mediterrânicos (Grécia, Espanha, França e Itália), sendo a variação geográfica ligeiramente inferior a um para dois. As taxas de incidência aumentaram em todos os Estados-membros, enquanto a mortalidade começou recentemente a baixar entre as mulheres mais jovens em alguns Estados-membros do Norte. Estão associados a um aumento do risco de cancro da mama os seguintes factores de risco: presença da doença na família, aumento de peso, anterior doença benigna da mama,

factores de reprodução, tais como, idade tardia do primeiro parto, ausência de filhos, puberdade precoce e menopausa tardia, utilização de contraceptivos orais em idade jovem e de estrogéneos para alívio dos sintomas da menopausa, e exposição a radiações ionizantes. O regime alimentar, especialmente se for rico em gorduras e proteínas de origem animal, é considerado um factor determinante; o regime alimentar, na infância pode assumir uma importância fundamental. Em diversos estudos foi apontada uma associação positiva entre o consumo crescente de álcool e este cancro.

17. **Estômago**: A incidência de cancro do estômago tem vindo a diminuir em quase todos os países do mundo durante as últimas décadas, mas esta terrível doença figura ainda entre as doenças malignas mais frequentes. Na União, o cancro do estômago representa 6% do total de mortes por cancro. O cancro é particularmente frequente em Portugal, na Itália Central e no Sul da Alemanha. Em todos os Estados-membros, a taxa é duas vezes mais elevada nos homens do que nas mulheres. A diminuição do consumo de alimentos feculentos, fumados, salgados e fritos e o consumo mais frequente de verduras e citrinos podem ser os responsáveis pelo declínio verificado. O inquérito europeu de prospectiva epidemiológica sobre as relações entre nutrição e cancro, realizado no âmbito do programa "A Europa contra o cancro", lançará sem dúvida uma nova luz sobre este aspecto.
18. **Cavidade bucal, faringe e esófago**: A proporção de mortes imputáveis a cancro da cavidade bucal e da faringe varia bastante entre os países europeus, situando-se, nos homens, entre 1% e 9% consoante os Estados-membros. A taxa nas mulheres é cerca de 20% da taxa verificada nos homens, em referência ao conjunto dos Estados-membros. O consumo de álcool, particularmente se associado ao tabagismo, e o consumo de tabaco são factores de risco de cancro da cavidade bucal e da faringe. O padrão europeu do cancro do esófago nos homens assemelha-se ao do cancro da cavidade bucal e da faringe e, efectivamente, os factores dominantes de risco, o álcool e o tabaco, em relação a estes dois grupos de doenças são idênticos; nas mulheres, o padrão assemelha-se ao do cancro do pulmão.
19. **Próstata**: Na União, o cancro da próstata representa uma estimativa de 12% da totalidade de novos casos de cancro masculino por ano, e 10% do total de mortes por cancro. Trata-se do segundo cancro mais frequente nos homens. A incidência e a mortalidade são mais elevadas nos países do Norte do que nos do Sul mas, dentro destas vastas divisões geográficas, a variação é mínima. A etiologia do cancro da próstata permanece obscura, embora os factores sexuais sejam considerados importantes e os factores nutricionais possam igualmente estar associados a um risco acrescido, especialmente o elevado consumo de gorduras e proteínas. As taxas deste cancro têm aumentado em todos os Estados-membros, embora essas taxas possam reflectir a introdução de práticas de diagnóstico que melhoraram a validade das biópsias.

20. **Colo do útero:** O factor implicado no cancro do colo do útero é a infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV), em particular os tipos 16 e 18. Esta infecção é mais geralmente adquirida através das relações sexuais, o que explica a associação que tem sido observada com o número de parceiros sexuais e a idade das primeiras relações. De um modo geral, a incidência e a mortalidade têm diminuído devido em parte ao êxito do rastreio.
21. **Pele:** Os carcinomas basocelulares e espinocelulares da pele são relativamente frequentes, em particular nos indivíduos de pigmentação clara. Os factores de risco são a exposição excessiva a radiações ultravioleta, por exemplo, a luz solar, ou a exposição profissional a agentes cancerígenos. Felizmente, estes cancros são relativamente fáceis de detectar e apresentam uma taxa de cura elevada. Por isso, as taxas de mortalidade são significativamente mais baixas do que as taxas de incidência. A nível dos Estados-membros, a incidência de **melanoma** varia na razão de um para quatro nos homens e de um para cinco nas mulheres, registando-se a menor incidência nos Estados-membros do Sul e uma incidência mais elevada nos países situados mais a Norte. Enquanto a mortalidade tende a ser muito inferior à incidência, verifica-se um forte gradiente Norte-Sul similar tanto na incidência como na mortalidade e em ambos os sexos. Tal como em relação a outros cancros, a incidência na população feminina é enorme em todos os países. Embora seja evidente que a exposição solar aumenta o risco de melanoma maligno, a relação não é directa. Pensa-se que a inconsistência se deve a diferentes formas de exposição solar e a um gradiente de risco de melanoma que diminui do Norte para o Sul da Europa e corresponde a um aumento da pigmentação protectora natural da pele. As percentagens de incidência de melanoma subiram em flecha cerca de 7% por ano na maioria dos Estados-membros.

### III. PANORAMA DAS ACCÇÕES EM MATÉRIA DE CANCRO EMPREENDIDAS A NÍVEL COMUNITÁRIO

22. Em Maio de 1985, os chefes de Estado e de governo, reunidos no Conselho Europeu de Milão, apelaram para uma acção europeia coordenada contra o cancro. Em resposta, a Comissão elaborou uma proposta para um programa "A Europa contra o cancro" que foi adoptado em 1987. Desde então, o Conselho Europeu tem desempenhado um importante papel em diversas ocasiões no contexto do programa "A Europa contra o cancro": em Dezembro de 1986, em Londres, decidindo que 1989 seria o Ano Europeu de Informação sobre o Cancro; em Dezembro de 1989, em Estrasburgo, renovando o seu apoio ao programa e ao segundo plano de acção para 1990-1994.
23. O Conselho demonstrou particular interesse pela matéria em numerosas ocasiões desde 1985, tendo adoptado resoluções e decisões relativas à execução dos dois primeiros planos de acção e de certos elementos da sua estratégia, nomeadamente na luta contra o tabagismo. A resolução do Conselho de 13 de Dezembro de 1993 convidava a Comissão a apresentar atempadamente um terceiro plano de acção, tendo em conta a resolução do Conselho de 27 de Maio de 1993 relativa à acção futura no domínio da saúde pública, bem como os objectivos e melhoramentos referidos no anexo desta resolução.
24. O Parlamento Europeu também tem apelado regularmente para a acção da Comissão em matéria de cancro, em particular no que respeita ao tabagismo, ao controlo de qualidade na prestação de cuidados de saúde, cuidados paliativos e campanhas de informação do público. Na sua resolução de 15 de Dezembro de 1993, o Parlamento solicitou que fossem intensificadas as actividades da União na campanha contra o cancro.
25. O Comité Económico e Social aderiu igualmente a esta estratégia e tem emitido pareceres favoráveis sobre a condução do programa "A Europa contra o cancro".
26. A Comissão traduziu estas preocupações na prática através de dois programas de acção contra o cancro. Foi desenvolvido com êxito um primeiro plano de acção em 1987-1989. Posteriormente, em Maio de 1990, foi adoptado um segundo plano de acção para 1990-1994, dispondo de um orçamento mais elevado. A conclusão deste plano de acção está prevista para o final de 1994. Na continuação da campanha, será necessário prosseguir aqueles projectos que demonstraram maior validade. Com a aplicação do Tratado da União Europeia, alterou-se a base jurídica em que assenta esta acção da Comunidade: o Programa enquadra-se agora no contexto do artigo 129º, relativo à saúde pública.
27. Os dois primeiros planos de acção abrangiam quatro domínios principais:
  - a) Prevenção do cancro, com prioridade para o tabagismo, dado que um terço do total de mortes por cancro estão relacionadas com o tabagismo. As medidas adoptadas incluíram a aplicação da legislação comunitária e o financiamento comunitário de estudos e investigações a nível europeu,

campanhas de informação do público, campanhas de educação para a saúde nas escolas e formação de profissionais da saúde. A mensagem da prevenção foi divulgada no Código Europeu contra o Cancro, elaborado pelo Comité de Oncologistas e aprovado pelos ministros da Saúde em 1987.

- b) Rastreio sistemático do cancro e detecção precoce. O financiamento comunitário foi concedido a campanhas de informação, educação e formação, a estudos e investigação de interesse europeu e à implantação de redes europeias de projectos-piloto de rastreio do cancro, estabelecendo orientações para as melhores práticas homologadas por grandes especialistas a nível europeu.
- c) Relativamente à formação, os subsídios comunitários apoiaram acções de formação do pessoal da saúde e trocas de experiências conducentes a um consenso sobre boas práticas a transferir entre Estados-membros.
- d) Investigação sobre o cancro. O Comité de Oncologistas definiu uma estratégia global durante os dois primeiros planos de acção. Essa estratégia compreende investigação fundamental, investigação clínica e assistência à mobilidade de investigadores entre Estados-membros para aperfeiçoamento da respectiva formação. Nos casos de pedidos para projectos de suficiente qualidade recebidos no âmbito do Programa de Investigação em Medicina e Saúde (1987-1991) e/ou do Programa de Investigação em Biomedicina e Saúde (1990-1994), integrados nos programas comunitários de investigação, esta estratégia foi aplicada na selecção efectuada após os concursos relativos a estes dois programas.

28. A acção comunitária tem revestido duas formas: por um lado, a utilização de medidas jurídicas, tais como o desenvolvimento de legislação a nível europeu,

orientada para a prevenção primária<sup>1</sup> (campanha antitabagismo, exposição a agentes cancerígenos no local de trabalho, etc.); por outro lado, o financiamento comunitário tem sido utilizado para apoiar iniciativas que correspondam às prioridades dos dois primeiros planos de acção.

29. Finalmente, o valor acrescentado resultante da acção comunitária foi demonstrado nos dois primeiros planos de acção do programa através da definição de objectivos comuns, do estabelecimento de uma efectiva cooperação entre os Estados-membros e da divulgação e adopção das práticas mais bem sucedidas através da Comunidade. Eis alguns exemplos desse valor acrescentado:

- coordenação e distribuição do Código Europeu contra o Cancro, nomeadamente durante o Ano Europeu de Informação sobre o Cancro em 1989 e as semanas anuais contra o cancro, que sensibilizaram e informaram o público em geral sobre o cancro, em particular sobre a prevenção e medidas de protecção, o que provocou igualmente um desejo de procurar tratamentos rápidos;
- apoio a programas de demonstração para rastreio do cancro e investigação em matéria de nutrição e substâncias cancerígenas, que produziu resultados em benefício de todos os Estados-membros, aumentando assim a eficácia do investimento na investigação;
- estímulo de programas de formação e intercâmbio profissional conducentes a melhorias nos Estados-membros e de divulgação de normas técnicas relativas à prevenção do cancro, ao diagnóstico de cancro e à qualidade dos cuidados.

---

<sup>1</sup> - Resolução do Conselho e dos representantes dos governos dos Estados-membros, reunidos em Conselho, de 7 de Julho de 1986, relativa a um programa de acção das Comunidades Europeias contra o cancro (JO nº C 184 de 23.7.1986, p. 19).  
- Resolução do Conselho e dos ministros da Saúde dos Estados-membros, reunidos no Conselho, de 18 de Julho de 1989, respeitante à proibição de fumar nos locais que acolhem público (JO nº C 189 de 26.7.1989, p. 1).  
- Directiva do Conselho 89/622/CEE de 13 de Novembro de 1989, relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados-membros em matéria de rotulagem dos produtos do tabaco (JO nº L 359 de 8.12.1989, p. 1), com a redacção que lhe foi dada pela Directiva 92/41/CEE que, no seu artigo 8º A, proíbe a colocação no mercado de produtos do tabaco destinados a uso oral.  
- Decisão 90/238/Euratom, CECA, CEE do Conselho e dos representantes dos governos dos Estados-membros, reunidos no Conselho, de 17 de Maio de 1990, que adopta um plano de acção para 1990/1994, no âmbito do programa "A Europa contra o cancro" (JO nº L 137 de 30.5.1990, p. 31).  
- Directiva 90/239/CEE do Conselho, de 17 de Maio de 1990, relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados-membros sobre o teor máximo de alcatrão nos cigarros (JO nº L 137 de 30.5.1990, p. 36).



#### IV. A PERSPECTIVA DA COMUNIDADE EUROPEIA

##### a. Objectivos e meios

30. A Comunicação da Comissão sobre o quadro de acção no domínio da saúde pública (COM(93) 559 final) propõe, no ponto 50, quatro objectivos que deverão nortear a acção comunitária:
- i) evitar a morte prematura que atinge 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.
- O programa "A Europa contra o cancro" aponta para todos estes objectivos.
31. Do ponto de vista da saúde pública, os critérios enunciados no ponto 54 da comunicação da Comissão podem também considerar-se satisfeitos, dado que o cancro provoca sem dúvida um número significativo de mortes prematuras, morbilidade elevada e um enorme impacto socioeconómico, nomeadamente nos custos relativos a tratamentos, sobretudo porque existem medidas práticas de prevenção. Os ensinamentos do primeiro e segundo planos de acção, tal como constam do processo de avaliação, mostram que existe uma base substancial para o valor acrescentado das acções comunitárias, tanto em economias de escala como na divulgação dos resultados de projectos-piloto.
32. Tal como se indica na comunicação da Comissão, a acção da Comunidade centrar-se-á, em particular, no fomento da cooperação entre Estados-membros, facultando apoio à acção destes, promovendo, em estreito contacto com os Estados-membros, a coordenação das respectivas políticas e programas. Na prática, este aspecto implica o desenvolvimento e instalação de redes, acções conjuntas e sistemas de troca de informações. Na área do cancro, muitos deles já existem, devido ao trabalho entretanto realizado no âmbito do primeiro e segundo programas "A Europa contra o cancro".
33. A futura acção da Comunidade no domínio da saúde pública deverá atender ao princípio de subsidiariedade e às considerações explanadas no ponto 27 da comunicação da Comissão. A Comunidade só deverá actuar se e na medida em que os objectivos não possam ser suficientemente realizados pelos próprios Estados-membros, e possam, pois, devido à dimensão ou aos efeitos da acção prevista, ser melhor alcançados pela Comunidade. As actividades devem ser seleccionadas com base numa avaliação prévia e devem produzir um valor acrescentado comunitário conseguindo a melhor relação custo-eficácia.
34. De futuro serão adoptados, nomeadamente, os seguintes critérios na avaliação da necessidade de acção comunitária no domínio do cancro:

- actividades numa escala tal que não possam ou só dificilmente possam ser realizadas pelos Estados-membros;
- actividades cuja realização conjunta oferecerá manifestos benefícios mesmo tendo em consideração os custos suplementares envolvidos;
- actividades que, devido ao carácter complementar do trabalho efectuado a nível nacional, proporcionem resultados significativos para a Comunidade no seu conjunto;
- actividades que conduzam, se necessário, ao estabelecimento de códigos de boas práticas e normas;
- actividades que contribuam para o reforço da solidariedade e coesão social da Comunidade, e promovam harmoniosamente o seu desenvolvimento global.

**b. O quadro da saúde pública e o programa "A Europa contra o cancro"**

35. O terceiro plano de acção sobre o cancro é o primeiro programa a ser adoptado no quadro da saúde pública. Destina-se obter o indispensável prosseguimento da acção no âmbito do programa "A Europa contra o cancro" e assenta no êxito dos dois planos anteriores. Compreende actividades específicas centradas na luta contra o cancro e procura aumentar a capacidade do pessoal e dos profissionais da saúde e das autoridades para enfrentar o flagelo do cancro. Estas actividades serão coerentes e complementares de outras actividades propostas no âmbito da saúde pública organizadas em programas de tipo "horizontal". Este último, tratando de causas subjacentes comuns a muitas doenças, pretende promover hábitos de vida e ambientes saudáveis, mediante a utilização de estruturas apropriadas e de oportunidades de aprendizagem que incluam de forma coerente e adequada a referência a doenças específicas. Estas considerações são particularmente relevantes para a informação sobre a saúde destinada ao público ou a grupos específicos, a educação para a saúde e a formação do pessoal e dos profissionais da saúde.
36. O papel do programa "A Europa contra o cancro" na educação para a saúde nas escolas é limitado e específico. Limitado, porque a prevenção do cancro é apenas um dos objectivos da educação para a saúde, a qual deve incluir igualmente a prevenção da droga, da sida, das tendências suicidas e, acima de tudo, a promoção da saúde. Apesar disso, o papel do cancro é crucial porque provoca uma profunda motivação entre os professores e os pais, sendo os seus efeitos claramente observáveis na população europeia onde um em cada quatro adultos morre de cancro.
37. A Comissão providenciará no sentido de assegurar que os projectos relativos ao cancro gozem da máxima prioridade e obtenham financiamento adequado. Serão norteados por objectivos tendentes à redução da mortalidade por cancro desde o presente até ao ano 2000, o que constitui o objectivo inicial e a razão de ser do

programa. Privilegiará projectos de vasto alcance e impacto, que envolvam, na medida do possível, a participação de organizações não governamentais. A Comissão contribuirá igualmente, caso seja necessário, para o estabelecimento de acordos de cooperação entre os Estados-membros e procurará obter, onde for necessário, o auxílio de organizações internacionais competentes.

38. Muitos aspectos da política comunitária se debruçam sobre a luta contra o cancro e a Comissão comprometeu-se na sua comunicação sobre a saúde pública a assegurar plenamente a atenção à protecção da saúde, incluindo, portanto, a prevenção do cancro, questões que decorrem de cada um desses aspectos. A Comissão estabeleceu procedimentos internos apropriados para assegurar o respeito desta obrigação, através de coordenação e consulta adequadas no desenvolvimento de políticas pertinentes. Além disso, a Comissão apresentará anualmente um relatório sobre aspectos da protecção da saúde de acções que farão parte do Relatório Anual da Comissão. O quadro constante do Anexo indica as áreas específicas envolvidas bem como os serviços da Comissão responsáveis pelo tratamento das matérias pertinentes dessas áreas.
39. A investigação assume uma importância particular na luta contra o cancro. O artigo 130º do Tratado concentra toda a investigação a partir de 1994 no âmbito da execução do programa-quadro, inicialmente o quarto Programa-quadro (1994-1998). Neste contexto, haverá um segundo Programa de Investigação em Biomedicina e Saúde (1994-1995), que prevê, entre outros temas, a investigação sobre o cancro.
40. A estratégia relativa à prevenção do tabagismo, que implica igualmente o recurso a outras políticas comunitárias, será prosseguida e desenvolvida. Assim, a reforma da organização do mercado comum do tabaco tornou-se efectiva com o ano comercial de 1993-1994. No contexto dos acordos do novo mercado, a produção de tabaco na Comunidade baixará de 430.000 para 350.000 toneladas, e as despesas de apoio ao mercado de 1.300.000 ecus para 817.000 ecus. A partir de agora, a produção de tabaco está sujeita a quotas fixas e não obterá qualquer outro apoio. A reforma criou igualmente um fundo especial de apoio a estudos sobre a possibilidade de cultivar variedades de tabaco menos tóxicas. Este fundo, financiado por uma taxa sobre os subsídios aos produtores dará também um significativo contributo à informação e educação para a saúde, ligadas aos riscos do tabagismo. No que respeita aos impostos relacionados com os produtos manufacturados do tabaco, a Comissão vai preparar um relatório que atende aos eventuais problemas surgidos no sector, e procederá, se necessário, à elaboração de uma proposta de directiva sobre a matéria, com vista a reforçar as condições que presidem ao estabelecimento do mercado único, tendo em conta outros objectivos do Tratado (saúde pública, agricultura, ambiente).
41. Desde a adopção da primeira directiva farmacêutica em 1965<sup>2</sup>, a legislação farmacêutica da Comunidade Europeia tem constantemente perseguido dois

---

<sup>2</sup> Directiva 65/65/CEE; JO nº 22 de 9.2.1965

objectivos: a protecção da saúde pública e a livre circulação dos produtos. O Comité das Especialidades Farmacêuticas (CEF), no qual estão representadas as autoridades competentes dos Estados-membros, considerou prioritária a questão do desenvolvimento de especialidades farmacêuticas para o tratamento do cancro. Para esse efeito, foram acordadas directrizes para a condução de ensaios clínicos com especialidades farmacêuticas anticancro, a qual foi publicada nas "Normas que regulam as Especialidades Farmacêuticas na Comunidade Europeia, Volume III, Anexo de Julho de 1990".

42. No sentido de facultar aos pacientes da Comunidade um acesso rápido e simultâneo a importantes novos produtos medicinais (produtos medicinais de alta tecnologia e biotecnologia), foi instaurado um procedimento comunitário de coordenação pela Directiva 87/22/CEE<sup>3</sup>. Este procedimento tem sido utilizado com um certo número de especialidades farmacêuticas para diagnóstico de cancro *in vivo*, no tratamento de vários tipos de cancro e para atenuar os efeitos colaterais dos tratamentos anticancro.
43. Em Junho e Julho de 1993, o Conselho adoptou o regulamento e as directivas que introduzem o futuro sistema de livre circulação das especialidades farmacêuticas, que inclui um procedimento centralizado de autorização comunitária, impondo decisões da CE para algumas categorias de produtos medicinais, bem como a criação da Agência Europeia de Medicamentos. Ao abrigo deste sistema, os novos produtos para tratamento do cancro terão acesso ao "procedimento centralizado" em virtude da sua importância clínica. Este procedimento prevê uma avaliação comunitária do produto, sob a responsabilidade de um relator. As rigorosas orientações estabelecidas para procedimentos centralizados sublinham a rapidez do desenvolvimento das aplicações e a autorização comunitária obrigatória resultante porá estes importantes produtos inovadores à disposição dos pacientes através da Comunidade Europeia. A harmonização internacional de exigências técnicas no contexto da Conferência Internacional sobre Harmonização (CIH) conduzirá à eliminação da repetição de testes e ensaios clínicos, onerosos tanto em tempo como em recursos humanos e financeiros, contribuindo assim para o rápido acesso dos pacientes aos novos produtos medicinais, incluindo os do tratamento do cancro.

#### c. Cooperação entre Estados-membros

44. Muitas das acções prioritárias do terceiro plano de acção em matéria de luta contra o cancro obterão significativos benefícios de um desempenho óptimo da infra-estrutura de informação e comunicação no sentido de rentabilizar as acções. Se relevante, será estabelecida uma estreita colaboração com o programa Telemática em áreas de interesse geral no âmbito do 4º Programa-quadro, no sentido de encorajar a utilização e desenvolvimento de uma estrutura desse tipo, tal como já foi previsto no Livro Branco da Comissão sobre Crescimento,

---

<sup>3</sup> JO nº. L 15 de 17.01.1987.

Competitividade e Emprego (Documento COM(93) 700 final, Bruxelas, 5 de Dezembro de 1993).

45. A Comissão está preparada para assistir os Estados-membros, em conformidade com a Comunicação da Comissão sobre o quadro de acção no domínio da saúde pública (COM (93) 559 final). Na sua resolução de 13 de Dezembro de 1993, relativa às orientações futuras do programa "A Europa contra o cancro", o Conselho insta especialmente a Comissão a promover a cooperação entre os Estados-membros nas áreas do controlo de qualidade dos cuidados, cuidados paliativos e responsabilidade pelo bem-estar do paciente. Na secção relativa à qualidade dos cuidados são desenvolvidas propostas específicas.

**d. Cooperação com organizações internacionais e países terceiros**

46. O processo de colaboração com organizações internacionais tem-se desenvolvido positivamente. Tem sido o caso da OMS e, em particular, do Centro Internacional de Investigação do Cancro (CIIC), sob a forma de projectos conjuntos e coordenação de actividades conduzidas por esta última no contexto dos dois primeiros planos de acção.
47. No contexto geral do reforço das relações entre a Comunidade e a OMS, será dada especial atenção a acções preventivas específicas. Paralelamente, a já estreita colaboração com a AIIC prosseguirá no que respeita a registos cancerológicos (nomeadamente no contexto da Rede Europeia de Registos Cancerológicos), epidemiologia (através da coordenação de estudos europeus), indicadores e avaliação do carácter carcinogéneo de substâncias químicas. Além disso, a prevenção do cancro será considerada no âmbito das actividades relativas à educação para a saúde, realizadas pela "Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde" e apoiadas conjuntamente pela OMS, pelo Conselho da Europa e pela Comunidade Europeia.
48. A cooperação prosseguirá com a OCDE em matéria de prevenção dos riscos químicos, especialmente os riscos carcinogéneos, devidos ao ambiente. O mesmo se aplica à cooperação com a OIT, relativamente a estes mesmos riscos no local de trabalho.
49. A cooperação deverá prosseguir e aumentar com outras organizações internacionais que participam em diferentes aspectos da prevenção do cancro. Nesta cooperação, as prioridades serão o estímulo de trocas de experiências e de conhecimentos, a efectiva coordenação de redes actuais ou futuras e a atenção à não duplicação de esforços.
50. Deverão igualmente ser instituídas formas de colaboração com ONG científicas internacionais, tais como a FECS (Federação de Associações Europeias contra o Cancro) e a OEITC (Organização Europeia de Investigação e Tratamento do Cancro), a OECI (Organização de Institutos Europeus de Oncologia), na formação e desenvolvimento de relações com a Europa Central e de Leste, a UICC (União Internacional contra o Cancro) e a ECL (Ligas Europeias contra o Cancro) para

informação do público: todas elas possuem especialização científica nos respectivos campos, a qual deverá ser explorada pelo programa de luta contra o cancro no seu terceiro plano de acção. Existem, em particular, interessantes possibilidades de colaboração com a UICC para acções comuns no domínio da prevenção e rastreio.

51. Nos dois planos de acção anteriores, foi estabelecida uma frutuosa cooperação com diversos países terceiros da Europa, especialmente a Suécia, a Noruega e a Suíça, que participaram no programa como observadores formais ou informais, ou no contexto de projectos científicos ou de iniciativas lançadas por ligas e associações anticancro. Esta abertura manter-se-á no terceiro plano de acção. Neste prosseguirá a colaboração com países terceiros e, em particular, com os países da EFTA e da Europa Central e de Leste que assinaram acordos de cooperação com a União. Serão exploradas possíveis formas de colaboração, nomeadamente, o progressivo alargamento do programa a esses países. Essa colaboração poderá incluir a recolha de dados epidemiológicos, a organização de acções preventivas específicas e campanhas de informação e educação, formação de pessoal da saúde, rastreio e vigilância médica.

## V. O TERCEIRO PLANO DE ACÇÃO

### a. Acções prioritárias

52. Para melhor acompanhar e controlar as tendências do cancro é preciso aperfeiçoar a recolha e actualização dos dados relativos à morbilidade e mortalidade por cancro. Assim, deverá prosseguir o apoio a estruturas que demonstraram ser eficientes, tal como a Rede Europeia de Registos Cancerológicos, que abrem novas perspectivas na área da epidemiologia do cancro.
53. Dado que três quartos dos casos de cancro estão ligados aos hábitos de vida, a prevenção continua a ser uma estratégia-chave com enorme potencial. Neste campo, a campanha contra o tabagismo deve constituir uma actividade prioritária, visto que, só por si, o tabaco é responsável por um terço da mortalidade por cancro. Além disso, os riscos ligados ao tabaco estão bem definidos, não só para os próprios fumadores mas também para os que os rodeiam (fumadores passivos). Deste modo, devem prosseguir as acções realizadas no âmbito do primeiro plano de acção destinadas a reduzir o hábito de fumar entre os jovens e as mulheres. É possível fazer ainda mais progressos mediante acção legislativa a nível comunitário, bem como apoio a projectos-piloto e projectos de demonstração realizados por grupos influentes, tais como profissionais da saúde, professores e órgãos de comunicação social. Outros factores de risco, tais como uma alimentação desequilibrada, a exposição a agentes carcinogénicos, como radiações ultravioletas ou substâncias perigosas presentes, por exemplo, no local de trabalho, justificam que se prossiga a acção comunitária, através da legislação e de projectos-piloto para grupos-alvo específicos, no devido respeito da subsidiariedade. Neste contexto, a informação do público e as campanhas escolares de educação para a saúde são essenciais para sensibilizar as pessoas para os perigos do tabagismo, do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, de uma alimentação desequilibrada e da exposição a substâncias cancerígenas. É preciso atingir outros grupos-alvo, designadamente crianças, jovens e trabalhadores.
54. Um rastreio de grande qualidade e medidas de detecção precoce, em especial o rastreio do cancro da mama e do colo do útero, realizado segundo métodos adequados e seguros, poderão fazer baixar o índice de mortes por cancro. Rastreio e detecção precoce são aspectos importantes da estratégia de prevenção. Seria útil alargar esta abordagem de modo a abranger outros órgãos afectados pelo cancro, tais como o cólon, os ovários, a próstata e a cavidade bucal.
55. Simultaneamente, o plano de acção deve continuar a abranger outros domínios de acção importantes. Assim, por exemplo, é necessário prosseguir a investigação, contribuindo o programa para estabelecer prioridades e um inventário de actividades de investigação, sobretudo de investigação clínica. A rápida divulgação dos resultados da investigação fundamental e dos ensaios clínicos será uma prioridade, visto que, nesta área, a estreita colaboração e o rápido intercâmbio de informações entre institutos europeus de investigação oncológica e hospitais melhoram consideravelmente a eficiência de cada programa nacional.

56. É importante prosseguir e incrementar as iniciativas realizadas a nível europeu na área da formação de pessoal da saúde, dado o efeito positivo que tiveram na formação a nível nacional, regional e local e dado o seu contributo para colmatar as discrepâncias ainda existentes entre Estados-membros. É igualmente útil encorajar a realização de novos programas de formação do pessoal da saúde que incluam as descobertas mais importantes no domínio da prevenção do diagnóstico e tratamento do cancro. A formação contínua e em serviço estarão no centro desta acção.
57. No domínio da prestação de cuidados, a abordagem adoptada no segundo plano de acção deverá ser desenvolvida no sentido de promover a cooperação entre Estados--membros, nomeadamente no tocante ao controlo da qualidade dos cuidados, em especial dos cuidados paliativos, tendo em conta a dimensão psicossocial do cancro. Devem ser incrementados os intercâmbios de experiências e a divulgação das melhores práticas reconhecidas a nível europeu.
58. Dados os resultados encorajadores obtidos durante os primeiros anos do programa -devido ao facto de este ter actuado como um catalisador e estímulo das acções contra o cancro realizadas pelos próprios Estados-membros - será preciso dotar o plano de acção dos recursos adequados a fim de consolidar os resultados até agora obtidos e desenvolver os sectores mais importantes da acção futura, tendo em conta os objectivos do programa. O principal objectivo dos instrumentos legais e financeiros atribuídos consiste em fomentar ou reforçar políticas prosseguidas nos Estados--membros. É preciso também continuar a desenvolver o sistema de associação, que demonstrou ser extremamente proveitoso para motivar e mobilizar as várias partes interessadas.
59. Tendo em vista o progresso a realizar relativamente à análise e medição dos resultados obtidos, é necessário prestar especial atenção à concepção de um método de avaliação do programa que tenha em conta a experiência adquirida e as recomendações avançadas no relatório de avaliação e pelos peritos nacionais.

#### **a.1. Registos cancerológicos e estudos epidemiológicos**

60. Os registos de cancro são uma componente essencial de qualquer sistema social de medição do impacto do cancro na população em geral e um utensílio indispensável para medidas de controlo do cancro. Em especial, os registos cancerológicos fornecem os dados necessários para planear futuras acções e os instrumentos para realizar estudos epidemiológicos analíticos e descritivos. Os dados fornecidos pelos actuais registos não permitem atingir todos estes objectivos por não oferecerem as devidas garantias em termos de comparabilidade.
61. Os objectivos principais deverão ser:
- melhorar o registo de cancros;
  - facilitar a recolha, designadamente em colaboração com a OMS, de dados fiáveis e comparáveis sobre o número de cancros, de modo a poder



observar este flagelo, identificar as respectivas tendências e conceber estudos epidemiológicos à escala europeia.

62. Devem prosseguir os estudos epidemiológicos, sobretudo os estudos de coortes no contexto da Investigação Prospectiva Europeia sobre Cancro e Nutrição (EPIC). Estes estudos devem ser subvencionados para que possam ser realizados sob os melhores auspícios: do ponto de vista científico e da saúde pública, é essencial tirar conclusões dos dados nutritivos e biológicos recolhidos em resultado da observação de cerca de 350 000 indivíduos ao longo de um período de 10 anos.
63. É do conhecimento geral que o consumo frequente de frutas frescas e vegetais reduz o risco de cancro nos aparelhos digestivo e respiratório. Embora não se conheça ainda completamente o mecanismo, parece que algumas substâncias micronutritivas e anticarcinogéneas, presentes nestes alimentos, têm um efeito protector contra o cancro. Os estudos epidemiológicos deverão orientar-se para esta área e focar o potencial de prevenção do cancro identificando os respectivos agentes protectores e modificando factores nutritivos específicos.
64. É preciso apoiar a investigação epidemiológica centrada na prevenção primária e na acção no domínio da saúde pública, incluindo a investigação centrada nos factores de risco existentes no ambiente. A estratégia deverá incluir os seguintes elementos principais:
  - prosseguir os estudos sobre a relação entre cancro, saúde e alimentação;
  - incentivar estudos epidemiológicos centrados na prevenção;
  - melhorar a luta contra os agentes carcinogéneos;
  - encorajar os intercâmbios de informações e de experiências.

#### **a.2. Acções de prevenção específicas**

65. A estratégia de prevenção de riscos aplicada nos dois primeiros planos de acção - uma estratégia baseada na promoção do Código Europeu, legislação a nível europeu e desenvolvimento de intercâmbios de experiências sobre campanhas de informação do público e de educação para a saúde nas escolas - provou ser altamente eficaz. Deste modo, é preciso privilegiar as acções de prevenção concebidas no sentido de sensibilizar os europeus para os riscos de cancro e, portanto, mais propensos a adoptar hábitos de vida saudáveis. O mesmo se aplica a acções em que a Comunidade pode continuar a estimular acções nacionais. Neste contexto, a redução do consumo de tabaco e do consumo excessivo de bebidas alcoólicas continua a ser o meio mais importante para reduzir a mortalidade por cancro.
66. De acordo com a OMS, registam-se anualmente na União 450 000 mortes relacionadas com o tabaco. Assim, a prevenção do tabagismo permanece uma preocupação de primeira ordem, devendo ser lançadas campanhas de informação

nesta área. A fim de reforçar esta estratégia, cada Estado-membro deverá fixar os objectivos que deseja atingir e transmiti-los à Comissão. Referem-se a seguir algumas das acções que é preciso prosseguir e desenvolver:

- alertar grupos de risco, tais como crianças e mulheres grávidas, para os perigos do tabagismo; poder-se-ia elaborar uma Carta para estes grupos;
- protecção dos não fumadores, sobretudo em locais públicos e no local de trabalho;
- expansão das redes existentes (cidades sem tabaco, hospitais sem tabaco, clubes para jovens não fumadores);
- apoiar a aplicação dos métodos mais eficazes de prevenção do tabagismo e de apoio às pessoas que querem deixar de fumar;
- apoiar campanhas educativas dirigidas a professores e adultos responsáveis pela educação de jovens fora do meio escolar;
- maior participação nas campanhas de informação organizadas pela OMS, particularmente no Dia Mundial sem Tabaco (31 de Maio de cada ano);
- aumento harmonizado dos preços do tabaco em toda a Comunidade;
- encorajar a supressão do preço do tabaco do índice do custo de vida e avaliar os efeitos desta medida nos países que a adoptaram;
- avaliação de medidas antitabaco, em especial restrições à publicidade directa e indirecta de produtos do tabaco, levadas a cabo nos Estados-membros.

#### a.2.1. Informação do público e de grupos específicos

67. Informar o público é uma das formas mais eficazes de prevenir o cancro e promover a saúde; deverão ser organizadas mais campanhas de informação, sobretudo para certos grupos-alvo importantes, a realizar na melhor altura, tal como nas Semanas Europeias contra o cancro. O instrumento principal deverá continuar a ser o Código Europeu contra o Cancro, adoptado pelo Comité de Oncologistas em 1986 e amplamente divulgado desde então em todos os Estados-membros. Este código deverá ser revisto à luz dos resultados das recentes descobertas e adaptado a novos grupos-alvo ou ambientes específicos, tais como locais públicos e locais de trabalho.
68. Os objectivos devem ser:
  - sensibilizar os europeus para a prevenção do cancro, designadamente através da divulgação do Código Europeu, encorajando-os a adoptar hábitos de vida mais saudáveis;

- melhorar a qualidade dos intercâmbios de informações entre Estados-membros sobre actividades de prevenção do cancro;
- adaptar melhor as campanhas de informação a grupos populacionais específicos, tais como profissionais da saúde, entidades patronais e sindicatos, organizações de voluntariado e professores.

69. A abordagem adoptada deverá incluir os seguintes elementos-chave:

- prosseguir a organização de semanas europeias de informação sobre prevenção do cancro;
- elaborar "dossiers" de informação acompanhados de recomendações específicas para determinados grupos-alvo, tais como campanhas para deixar de fumar destinadas às mulheres, sobretudo às grávidas;
- recorrer aos órgãos de comunicação social para difundir recomendações específicas de prevenção do cancro e adaptá-las às características socioculturais de cada Estado-membro;
- encorajar estudos e relatórios destinados à avaliação da eficácia das campanhas de informação;
- apoiar a organização de encontros europeus para facilitar o intercâmbio dos métodos mais eficientes de informar as pessoas sobre a prevenção do cancro;
- fornecer informação aos médicos, dentistas, enfermeiros e outros profissionais da saúde, tais como farmacêuticos, e alertar grupos de risco para a importância de consultar um médico para uma detecção precoce, tal como se recomenda no Código Europeu contra o Cancro.

#### a.2.2. Educação para a saúde

70. A educação para a saúde é um processo contínuo que decorre ao longo de toda a vida e começa na infância. Contudo, existem dois meios onde a educação para a saúde deve ser uma prioridade de primeira ordem: a escola e o local de trabalho. Devem ser privilegiadas mensagens positivas, tais como a imagem de um potencial limitado de saúde que não deve ser reduzido ou perturbado por comportamentos nocivos, tais como o abuso de substâncias legais ou ilegais.

71. A educação para a saúde nas escolas pretende despertar nas crianças um sentido de responsabilidade individual logo na infância, isto é, no início da escola primária, altura em que são mais receptivas para adoptarem hábitos de vida e comportamentos saudáveis. É igualmente uma via para reduzir desigualdades sociais, na medida em que equipa todas as crianças com os mesmos instrumentos para uma vida adulta saudável.

72. Por isso, deverá prosseguir o trabalho destinado a apoiar os esforços dos Estados-membros para elaborar e testar um programa de educação para a saúde nas escolas primárias e um programa de formação mínima para os professores. Para esse efeito, deverão ser fomentados os intercâmbios de experiências e de material pedagógico, bem como a execução e avaliação de projectos-piloto de educação sobre questões tais como tabagismo, alimentação e exposição excessiva ao sol. Nestas actividades deverão colaborar estreitamente não só os ministros envolvidos (ministros da Educação e da Saúde) mas também todos os responsáveis da comunidade escolar (pais, professores e directores de estabelecimentos). Seria igualmente conveniente a participação de organizações não governamentais, capazes de contribuírem significativamente para a promoção e consolidação da educação para a saúde nas escolas, especialmente nos países e regiões carentes de infra-estruturas e iniciativas de educação para a saúde. Esta iniciativa deverá ser acompanhada por uma rigorosa avaliação, não só da aplicação de abordagens pedagógicas como também dos resultados obtidos. Estas acções serão principalmente desenvolvidas no contexto do futuro programa horizontal de promoção, informação, educação e formação no domínio da saúde, sendo completadas e reforçadas por acções especificamente relacionadas com o cancro e por acções que visam outros grupos específicos, tais como trabalhadores, pessoal da saúde, professores, etc.
73. Para desenvolver o conceito de "escola promotora da saúde" - um conceito introduzido na primeira Conferência Europeia sobre Educação para a Saúde e Prevenção do Cancro nas Escolas, realizada em Dublin e integrada no programa "A Europa contra o cancro" - é preciso alargar o contexto de uma efectiva educação para a saúde que tenha em conta o ambiente sociocultural das crianças. Os objectivos principais deverão ser os seguintes:
- fomentar a adopção de hábitos de vida saudáveis pela população e, especialmente, pelas crianças e jovens;
  - sensibilizar os pais para as actividades de educação para a saúde na escola e para a aplicação prática dos preceitos de saúde ensinados às crianças na escola;
  - coordenar as acções organizadas no âmbito do programa do cancro com acções empreendidas no âmbito de outros programas, em especial programas de organizações internacionais competentes em questões de educação para a saúde;
  - envidar esforços para inovar no âmbito da formação inicial e contínua de professores e outros responsáveis da educação para a saúde.
74. Deve ser dado particular destaque aos seguintes elementos:
- definir e pôr em prática programas básicos de educação para a saúde, dando prioridade aos factores de risco relacionados com o cancro, em especial o tabagismo e a alimentação;

- interessar e estimular a participação de crianças e jovens nas acções de educação para a saúde e na elaboração de recomendações de educação para a saúde;
- levar os pais a pôr em prática as recomendações de educação para a saúde, tanto na escola (dar frutas frescas às crianças , etc.) como em casa;
- motivar os professores para a organização de seminários e conferências e fornecer-lhes materiais pedagógicos audiovisuais.

### a.2.3. Formação dos profissionais da saúde

75. As iniciativas lançadas a nível europeu no decurso dos dois primeiros planos de acção tiveram um efeito positivo na qualidade da formação a nível nacional, regional e local, tendo assim ajudado a reduzir as consideráveis diferenças que existem entre os Estados-membros no domínio da formação do pessoal de saúde. As iniciativas basearam-se na recomendação da Comissão de 27 de Novembro de 1989, relativa à formação do pessoal de saúde no domínio do cancro, recomendação que permanece relevante e que servirá de quadro para a promoção de acções destinadas a médicos, enfermeiros e dentistas. As actividades já iniciadas deverão prosseguir de modo a assegurar que o pessoal de saúde directamente ligado à prevenção e ao tratamento do cancro adquira os necessários conhecimentos e aptidões para uma intervenção rápida e eficiente.
76. O rápido desenvolvimento dos conhecimentos científicos e a acumulação de programas de formação inicial tornam essencial desenvolver abordagens baseadas na formação contínua, especialmente no âmbito da formação dos médicos.
77. Os principais objectivos são os seguintes:
- melhorar os conhecimentos e as aptidões do pessoal de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas) no domínio do cancro, em particular a prevenção;
  - promover uma formação de qualidade, em especial através da implantação e apoio de redes de formação (formação básica e formação contínua) para o pessoal da saúde envolvido na luta contra o cancro;
  - melhorar a qualidade da formação de outras categorias de pessoal da saúde, tais como farmacêuticos e gestores de dados;
  - garantir que a formação abranja também os aspectos psicossociais do cancro.
78. A estratégia de formação deverá incluir os seguintes elementos-chave a nível europeu:

- constituição de grupos de trabalho compostos por peritos em oncologia e representantes dos profissionais de saúde que participam nas redes de formação existentes (médicos, enfermeiros, dentistas);
- consolidação dos contactos com autoridades nacionais e regionais;
- desenvolvimento, a nível comunitário, de materiais adequados para a formação oncológica do pessoal de saúde (incluindo a prevenção primária do cancro) com base num consenso definido a nível europeu; aplicação de abordagens inovadoras, incluindo redes de utilização à distância e EUROCODE para o intercâmbio rápido de informações;
- acções destinadas a facilitar a mobilidade dos profissionais de saúde entre os Estados-membros para fins de formação, sobretudo entre centros de vanguarda que organizam cursos de formação de alta qualidade, sempre que tal não seja abrangido pelos programas comunitários existentes;
- apoio a seminários europeus de formação para formadores de profissionais de saúde que tornem acessíveis os progressos mais significativos no domínio do cancro: prevenção (incluindo epidemiologia), rastreio e diagnóstico.

### **a.3. Detecção precoce e rastreio sistemático**

79. O rastreio do cancro continua a assumir uma importância vital para se atingir o objectivo global do programa. Nos dois primeiros planos de acção, foi privilegiado o rastreio do cancro da mama e do colo do útero.
80. Reveste-se da maior importância a introdução de um rastreio sistemático do cancro da mama para as mulheres com idades entre 50 e 69 anos, em conjunto com acções diagnósticas e terapêuticas para mulheres que apresentem sinais suspeitos. Em 11 Estados-membros foi implantada uma rede de projectos-piloto de rastreio do cancro da mama. Estes projectos, que na sua fase inicial pretendiam explorar os aspectos do rastreio e os métodos do controlo de qualidade e facilitar os intercâmbios de experiências, entraram gradualmente numa fase de aperfeiçoamento e controlo de qualidade. Em 1992, foram definidas a nível europeu, por peritos de alto nível, directrizes para garantia de qualidade do rastreio do cancro da mama. O seu aperfeiçoamento resultará de uma formação adequada de todas as categorias de pessoal envolvido no rastreio do cancro da mama, da participação dos médicos de clínica geral e da aplicação das recomendações europeias relativas à realização de mamografias de boa qualidade.
81. Em 1993, um grupo de alto nível elaborou directrizes europeias para o rastreio do cancro do cólo do útero. Nessa mesma altura, foi implantada uma rede europeia de projectos-piloto que tomava em consideração essas directrizes. Os projectos-piloto deverão ser acompanhados por formação citológica e formação no âmbito da garantia de qualidade para o pessoal de saúde envolvido. Em complemento será necessário elaborar uma terminologia comum e um sistema de classificação.

82. O terceiro plano de acção deverá continuar a desenvolver todas estas acções, as quais permitiram divulgar através da União Europeia os conhecimentos e experiências adquiridos por certos Estados-membros e que deram origem a recomendações e à realização de projectos-piloto a nível europeu, sobretudo nas áreas em que foram colhidos resultados satisfatórios (cancro da mama e cancro do colo do útero). No entanto, este campo poderá ser alargado no caso de os resultados de estudos de custo-eficácia e de viabilidade para outros tipos de cancro (cólon, próstata, ovários, cavidade bucal) se revelarem encorajadores.

83. Os objectivos deverão ser os seguintes:

- contribuir para o desenvolvimento e estabelecimento de sistemas de rastreio eficientes, tendo em conta as particularidades de cada Estado-membro;
- divulgar o uso de práticas adequadas baseadas nas directrizes elaboradas a nível europeu, nos protocolos de garantia de qualidade para o rastreio do cancro e o diagnóstico precoce;
- melhorar a qualidade do rastreio do cancro através do desenvolvimento da formação contínua do pessoal de saúde.

84. A estratégia deverá incluir os seguintes elementos-chave:

- aplicação das recomendações europeias de garantia de qualidade para o rastreio do cancro da mama e do colo do útero;
- elaboração e divulgação de terminologias comuns nas áreas especializadas, particularmente para os citopatologistas da União Europeia;
- promoção da investigação de interesse europeu sobre a eficiência e viabilidade do rastreio para certos tipos de cancro, tais como o cancro do cólon, da próstata, das cavidade bucal e dos ovários;
- apoio à formação do pessoal da saúde, sobretudo no contexto das redes europeias de centros de vanguarda;
- análises de custo-eficácia do rastreio para diferentes tipos de cancro.

**a.4. Controlo da qualidade dos tratamentos (incluindo cuidados paliativos)**

85. No segundo plano de acção, a prestação de cuidados limitava-se à troca de informações entre Estados-membros. A importância atribuída a este aspecto justifica-se pelo aumento das deslocações no interior da Comunidade e pela necessidade de assegurar padrões que sejam comparáveis de um país para outro. O desenvolvimento dos conhecimentos científicos e a variedade de procedimentos na prestação de cuidados através da Comunidade exigem (tal como referido na

resolução do Conselho de 13.12.1993) que a Comunidade apoie iniciativas destinadas a identificar as melhores práticas na prestação de cuidados e no controlo de qualidade. Em complemento devem ser melhoradas as trocas de dados através de novas tecnologias de informática e telecomunicações. Este conjunto de medidas será completado pela investigação clínica. Nenhuma destas acções deve infringir o princípio da subsidiariedade nem interferir com as competências dos Estados-membros na organização dos serviços de saúde.

86. No respeito do princípio de subsidiariedade e tendo em conta a importância de acções eficazes a nível nacional, os principais objectivos deste tipo de acção devem ser:

- desenvolver redes e mecanismos que permitam comparar e avaliar novos métodos de tratamentos em especial novos agentes terapêuticos e novas tecnologias. É especialmente importante encorajar a realização de estudos para determinar a razão das diferenças significativas que se observam nas taxas de sobrevivência de uma região para outra e, por vezes, de uma cidade para outra relativamente a diferentes tipos de cancro (demora da primeira consulta, demora do diagnóstico ou início do tratamento, inadequação ou má execução do tratamento);
- deve dar-se especial atenção à melhoria da qualidade dos cuidados administrados ao paciente canceroso, incluindo cuidados paliativos. Isto tem uma importante dimensão comunitária no tocante à informação sobre as melhores técnicas e métodos. Nesta área, o objectivo da acção consiste em apoiar a definição de uma terminologia comum e a comparação de práticas a fim de facilitar a transferência destes conhecimentos entre profissionais da saúde;
- relativamente aos cuidados, será útil proceder à troca de experiências e à divulgação das melhores práticas e conhecimentos a nível comunitário.

87. A abordagem adoptada pretende:

- criar uma rede de práticas de cuidados a pacientes cancerosos no sentido de as melhorar;
- apoiar a realização de reuniões europeias para seleccionar as melhores práticas existentes na prestação de cuidados, incluindo cuidados paliativos, passíveis de divulgação nos Estados-membros;
- avaliar o impacto dos procedimentos de controlo de qualidade mediante o recurso a projectos-piloto.

88. Na área dos cuidados paliativos seria adequado apoiar a concretização das conclusões de um relatório concluído em 1992 por um grupo de peritos de alto nível para o programa "A Europa contra o cancro. Isto significa:



- proceder a uma apreciação periódica do estado actual das práticas de cuidados paliativos na Comunidade;
- definir critérios de qualidade dos cuidados paliativos mediante um consenso europeu;
- melhorar a formação do pessoal de saúde no domínio dos cuidados paliativos.

89. No respeito do princípio de subsidiariedade e em estreita colaboração com as organizações internacionais competentes, tais como a OMS, a abordagem deve favorecer:

- o apoio a trabalhos sobre o estatuto dos cuidados paliativos na Comunidade Europeia;
- a organização de uma conferência europeia de consenso sobre o papel da formação em cuidados paliativos no âmbito do curso de Medicina e a divulgação dos respectivos resultados nos Estados-membros;
- o desenvolvimento da investigação e a realização de estudos sobre a prática dos cuidados paliativos e a aplicação dos resultados na formação em serviço do pessoal de saúde.

#### **a.5. Contributo para a formulação e divulgação da investigação**

90. Tal como estabelecem os artigos 130º- F a 130º- Q do Tratado, a responsabilidade da investigação sobre o cancro permanece, com as actividades relevantes, ao abrigo dos programas-quadro de investigação comunitários e, especificamente, do Programa de Investigação em Biomedicina e Saúde que inclui investigação fundamental e clínica. Por isso, as medidas integradas no presente plano de acção para 1995-1999 darão um contributo decisivo às actividades no âmbito do futuro programa biomédico abrangendo o período de 1994-1998, sendo a coerência entre os dois grupos de actividades assegurada pela Comissão. Os estudos clínicos serão igualmente apoiados através da promoção de ensaios clínicos transeuropeus sempre que o número de casos existentes justifique esta abordagem. A fim de garantir a máxima eficácia da acção, deverão ser plenamente utilizadas as redes oficiais e não oficiais existentes.

91. O programa contribuirá para identificar as necessidades na área da investigação oncológica a nível europeu e apoiará a elaboração de um inventário das actividades de investigação em curso.

92. Mediante o apoio da avaliação científica, de conferências de consenso e de intercâmbios de pessoal científico, serão incrementadas as medidas destinadas à divulgação dos resultados da investigação. Esta acção será complementar dos programas existentes no campo da mobilidade de investigadores científicos e universitários.

## **b. Mecanismos de consulta e participação**

### **b.1. Comité Consultivo**

93. A experiência colhida no primeiro e segundo planos de acção sobre o cancro demonstrou claramente a necessidade de um comité para assistir a Comissão. A fim de permitir uma integração tão completa quanto possível, nas actividades previstas neste plano de acção, dos vários intervenientes incluindo peritos científicos do mais alto nível e as administrações nacionais, a Comissão proporá a criação de um Comité Consultivo presidido pela Comissão e composto de representantes de todos os Estados-membros. A composição do Comité deverá assegurar a adequada representação de interesses e competências das autoridades nacionais, dos profissionais da saúde e das organizações não governamentais neste domínio.

### **b.2. Grupo de peritos de alto nível**

94. A Comissão será assistida na sua tarefa por um grupo de peritos de vanguarda em matéria de oncologia. Este grupo de peritos, cujos membros serão designados pelos Estados--membros, fornecerá parecer à Comissão sobre aspectos científicos e técnicos e bem assim sobre as actividades propostas. Durante os dois primeiros planos de acção, a Comissão foi assistida com competência por um grupo semelhante designado Comité de Oncologistas de alto nível.

### **b.3. Outros grupos envolvidos**

95. A Comissão continuará a apoiar comités de coordenação nacionais para o programa do cancro, quando existam, a fim de estimular a motivação e a participação dos agentes nacionais. Estes comités nacionais, cuja composição e estatutos são integralmente fixadas a nível local, mostraram o seu valor na medida em que auxiliaram as muitas e diversas organizações e profissões envolvidas na área do cancro a colaborar mais estreitamente a nível nacional.
96. Durante os primeiros sete anos da acção comunitária contra o cancro, as organizações não governamentais, em especial as associações e ligas contra o cancro, contribuíram generosamente em termos de financiamento e competências. Dado o papel que estas organizações desempenham na prevenção, no tratamento e na investigação, a Comissão manterá e consolidará as suas relações com elas, quer através do referido Comité Consultivo quer através de relações directas com certos grupos, tais como as Ligas Europeias contra o Cancro. Em especial, continuarão a desempenhar o principal papel na preparação e execução das semanas europeias contra o cancro.
97. O vasto âmbito da acção contra o cancro e as múltiplas ligações com outros aspectos da saúde pública exigem que a Comissão responda com flexibilidade à necessidade de fazer participar diferentes categorias de intervenientes. A Comissão velará pela coordenação entre as acções realizadas no âmbito deste programa e as

actividades no âmbito de programas previstos na comunicação da Comissão sobre o quadro da saúde pública e outras políticas comunitárias relevantes.

**c. Avaliação e relatórios**

98. A avaliação e a estrutura dos relatórios sobre o plano de acção incluem três elementos-chave:

- um relatório anual sobre a execução do programa, a apresentar ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões;
- uma avaliação, por peritos independentes, das principais actividades e estudos subvencionados;
- um relatório global sobre a eficácia e os resultados de projectos realizados no âmbito do plano de acção, a submeter pela Comissão às instituições relevantes até ao final de 1997.

**c.1. Relatório anual sobre a execução do plano de acção**

99. Este relatório tem por objectivo assegurar que as instituições e, através delas, todas as pessoas interessadas, sejam plenamente informadas sobre o progresso das acções realizadas no contexto deste plano de acção. Incluirá uma análise de projectos subvencionados no âmbito das diferentes acções, bem como referências pormenorizadas das actividades realizadas em outros sectores relevantes para o cancro.

**c.2. Avaliação, por peritos independentes, das principais acções e estudos subvencionados**

100. A experiência adquirida nos dois primeiros planos de acção mostrou a necessidade de uma avaliação mais eficiente das acções subvencionadas pelo programa, tanto no plano nacional como no plano comunitário. Uma tal avaliação facilitaria a transferência de resultados de projectos-piloto de um país para outro, aumentando assim o valor acrescentado do programa. Para poder introduzir uma avaliação eficiente deste tipo, a Comissão poderá consultar autoridades nacionais e outros peritos na matéria a fim de elaborar critérios e protocolos adequados.

**c.3. Relatórios intercalar e global sobre a eficácia do plano de acção**

101. A Comissão apresentará um relatório intercalar até ao final de 1997, o qual permitirá ao Conselho e ao Parlamento Europeu avaliar a necessidade de efectuar qualquer adaptação da abordagem ou do orçamento do programa relativamente aos dois últimos anos do presente plano de acção. Na preparação desse relatório, a Comissão terá em conta todos os relatórios já apresentados, incluindo os

resultantes do primeiro e segundo planos de acção. A Comissão apresentou igualmente um relatório global final no termo do plano de acção.

**d. Actividades de informação geral**

102. Além das acções de informação mencionadas em VI.a.2.1., a Comissão providenciará no sentido de facultar os resultados das acções, estudos e avaliações mais significativos às partes interessadas e ao público em geral.

## VI. RECURSOS

103. Os recursos afectos aos dois primeiros planos de acção rondavam os 9 a 10 milhões de ecus e 10 a 11 milhões de ecus, respectivamente. O orçamento proposto para o terceiro plano de acção encontra-se resumido no seguinte quadro:

DOMÍNIOS DE ACÇÃO	Orçamento 1993	Orçamento 1994	Ano 1995 (milhões de ecus/ano) repartição previsional	1996	1997	1998	1999	Total 1995 a 1999
				Planificação provisional				
1. Registos cancerológicos	2,1	2,3	2,0					
2. Prevenção mediante acção contra os factores de risco								
A. Informação do público	2,6	2,6	2,0					
B. Educação para a saúde	2,4	2,4	2,0					
C. Formação do pessoal da saúde	1,7	1,7	1,5					
3. Prevenção mediante detecção precoce e rastreio sistemático	1,4	1,5	2,0					
4. Estudos e investigações no domínio dos cuidados ao paciente, métodos de registo e divulgação	0,6	0,8	1,5					
<b>TOTAL</b>	<b>10,8</b>	<b>11,3</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>64</b>

## FICHA FINANCEIRA

### 1. DESIGNAÇÃO DA ACCÇÃO

Terceiro plano de acção de luta contra o cancro (1995-1999).

### 2. RUBRICA ORÇAMENTAL IMPLICADA

Rubrica B3-4304 (luta contra o cancro)

### 3. BASE JURÍDICA

- Tratado que institui a Comunidade Económica Europeia, nomeadamente o seu artigo 2º.
- Tratado que institui a União Europeia, nomeadamente o seu artigo 129º.
- Resolução do Conselho e dos representantes dos Governos dos Estados-membros reunidos em Conselho de 7 de Julho de 1986 relativa a um programa de acção das Comunidades Europeias contra o cancro (JO nº 184 de 23.7.1986, p. 19).
- Conclusões do Conselho Europeu de 5 e 6 de Dezembro de 1988 relativas à realização de uma campanha de informação concertada e de longa duração em todos os Estados-membros sobre a prevenção, o rastreio e o tratamento do cancro.
- Decisão 90/238/Euratom, CECA, CEE, do Conselho e dos representantes dos governos dos Estados-membros reunidos no Conselho de 17 de Maio de 1990 que adopta um plano de acção no âmbito do programa "A Europa contra o cancro" (JO nº L 137 de 30.5.1990, p. 31).
- Relatório da Comissão sobre a avaliação da eficácia das acções empreendidas no âmbito do programa "A Europa contra o cancro" (1987-1992) (COM(93) 93 final).
- Conclusões da reunião do Conselho e dos Ministros da Saúde reunidos no seio do Conselho de 27 de Maio de 1993.
- Comunicação da Comissão sobre o quadro de acção no domínio da saúde pública (COM(93) 559 final).
- Resolução do Conselho de 13 de Dezembro de 1993 relativa às orientações futuras do programa "A Europa contra o cancro" na sequência da avaliação do período 1987-1992.

### 4. DESCRIÇÃO DA ACCÇÃO

- 4.1. **Objectivo geral da acção:** um plano de acção de luta contra o cancro que visa reduzir a mortalidade por cancro na União Europeia.

O programa "A Europa contra o cancro" fixou-se à partida - ou seja, desde o início de 1987, aquando da aplicação do primeiro plano de acção - um objectivo preciso: a redução em 15% do número de mortes por cancro no ano 2000. Trata-se, por conseguinte, de dar esperança de vida a 150 000 europeus. Durante este primeiro plano de acção, que culminou em 1989 com um ano europeu de informação sobre o cancro, a tónica foi colocada na informação e na sensibilização do público, nomeadamente

através do conhecimento e da difusão das mensagens contidas nos dez mandamentos do Código Europeu contra o Cancro.

Em função dos resultados obtidos, difíceis de quantificar, mas que atestavam um impacto real na percepção por parte da população dos factores de risco do cancro, o 2º plano de acção, que abrange o período 1990-1994, prosseguiu esta acção de sensibilização da opinião pública graças, nomeadamente, aos esforços suplementares realizados por todos os parceiros envolvidos. As semanas europeias de informação sobre o cancro, organizadas anualmente sobre um tema específico do Código Europeu, desempenharam igualmente um papel importante. Concomitantemente, foram levadas a efeito acções específicas no domínio da educação para a saúde, a fim de desenvolver uma estratégia a nível nacional e a nível europeu. Foi dada especial atenção às escolas e ao pessoal docente. Além disso, foi desenvolvida a formação dos profissionais de saúde no tocante à prevenção do cancro, nomeadamente médicos de clínica geral, dentistas e enfermeiros. Finalmente, o sector do rastreio conheceu uma melhoria contínua devido à criação de redes europeias, designadamente para o cancro da mama e do colo do útero.

O 3º plano de acção, que arrancará em 1995, terá em consideração os resultados obtidos; estes resultados foram, de resto, avaliados no relatório da Comissão ao Conselho e foram objecto de uma resolução do Conselho em 13 de Dezembro de 1993 na qual a Comissão é convidada a preparar um 3º plano de acção. Em função da experiência adquirida e dos resultados já obtidos, será feito um redireccionamento das acções que se reflectirá, nomeadamente, na repartição percentual do orçamento que acompanhará este projecto de decisão. A continuidade será assegurada mediante insistência em acções de prevenção, especialmente as que se dirigem a determinados grupos-alvo, como os jovens e as mulheres.

Serão estabelecidos **objectivos intermédios** durante a execução do plano e em função dos diferentes sectores. Por exemplo:

- no sector da detecção precoce e do rastreio, o reconhecimento e a divulgação das melhores práticas com base em directrizes elaboradas a nível europeu nos protocolos de garantia de qualidade;
- no sector da educação para a saúde, o ensaio de programas de base específicos e de um programa mínimo de formação dos docentes em oncologia;
- no sector da formação, a criação de redes de formação dos profissionais de saúde envolvidos na luta contra o cancro;
- no sector da nutrição, elaboração de objectivos qualitativos no seguimento dos primeiros resultados do estudo EPIC<sup>(1)</sup>.

#### **Meios para atingir este objectivo:**

Desenvolvimento da prevenção através de:

- uma acção sobre os factores de risco (informação do público e educação para a saúde, formação dos profissionais de saúde);
- detecção precoce e rastreio sistemático;
- melhoria da recolha de dados e actualização da informação relativa à mortalidade e morbilidade por cancro (registos dos casos de cancro e estudos epidemiológicos);

---

(1) European Prospective Investigation on Cancer Nutrition and Health.

Estudos e acções no domínio da qualidade dos cuidados prestados aos doentes cancerosos.

- 4.2. Período coberto pela acção:** de 1 de Janeiro de 1995 a 31 de Dezembro de 1999. As modalidades previstas para a sua renovação ou prorrogação não foram ainda fixadas.

## **5. CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA**

Despesa não obrigatória

## **6. NATUREZA DA DESPESA**

Subvenção para cofinanciamento com outras fontes do sector público e/ou privado (não ultrapassando uma determinada percentagem do montante global dos projectos apresentados).

## **7. INCIDÊNCIA FINANCEIRA**

- 7.1. Modo de cálculo do custo total da acção:** é necessário um montante global de 64 milhões de ecus durante o período 1995-1999 para estas actividades. Foi prevista uma certa intensificação entre 1996 e 1998 para retomar a velocidade de cruzeiro no último ano do plano de acção. Além disso, após dez anos de funcionamento do programa, foi tida em conta a maior importância entretanto adquirida pela subsidiariedade; com efeito, algumas acções poderão desenvolver-se progressivamente em melhores condições nos Estados-membros.

- 7.2 Ventilação por elementos do custo da acção:** a proposta de atribuição de recursos para o 3º plano de acção, incluída no quadro seguinte, eleva-se a cerca de 13 milhões de ecus por ano para o período 1995-1999. A ventilação por domínio de acção para 1994 e 1995 é fornecida a título de orientação. Os montantes indicativos para os anos seguintes deverão ser confirmados no âmbito dos sucessivos anteprojectos de orçamento.

Para 1995, o montante indicado de 11 milhões de ecus (ligeiramente inferior ao de 1994) tem em conta as actuais dificuldades orçamentais, permanecendo, porém, coerente com a gestão do programa.



DOMÍNIO DE ACÇÃO	1993 Orçamento	1994 Orçamento	ANO 1995 (MECU/Ano) ventilação indicativa	1996	1997	1998	1999	TOTAL 1995 ∧ 1999
				Programação indicativa				
1. Registos dos casos de cancro e estudos epidemiológicos	2,1	2,3	2,0					
2. Prevenção através de uma acção sobre os factores de risco	2,6	2,6	2,0					
A. Informação do público	2,4	2,4	2,0					
B. Educação para a saúde								
C. Formação dos profissionais de saúde	1,7	1,7	1,5					
3. Prevenção por detecção precoce e rastreio sistemático	1,4	1,5	2,0					
4. Estudos e acções no domínio da qualidade dos cuidados prestados aos doentes cancerosos, inventário e divulgação dos métodos empregues	0,6	0,8	1,5					
	10,8	11,3	11	12	13	14	14	64

### 7.3 Calendário indicativo das dotações

	1995	1996	1997	1998	1999	TOTAL
Dotações para autorização	11	12	13	14	14	64
Dotações para pagamento						
1995	5					
1996	5	6				
1997	1	5	6			
1998		1	4,5	8,5		
1999			2,5	5	7	
exercícios seguintes				0,5	7	
TOTAL	11	12	13	14	14	64

## **8. DISPOSIÇÕES ANTI-FRAUDE PREVISTAS (E RESULTADOS DA SUA APLICAÇÃO)**

Controlos pontuais junto dos contratantes para verificação das dotações utilizadas, bem como das modalidades exactas de utilização. Durante o exercício de 1993 foram realizados controlos que provaram a sua eficácia.

## **9. ELEMENTOS DE ANÁLISE CUSTO-EFICÁCIA**

### **9.1. Objectivos específicos e quantificáveis, população visada**

- Estimular os Estados-membros para o desenvolvimento dos seus próprios meios de luta contra o cancro, nomeadamente a nível de estratégias de prevenção, cooperação intracomunitária e acesso à informação, mediante a criação de redes internacionais (ex: rede Globalink, desenvolvida a nível comunitário e que permite a utilização rápida de numerosos dados).
- Encontrar novos alvos, especialmente entre a população de elevado risco: grávidas, crianças e adolescentes.
- Desenvolver redes europeias (formação, rastreio, controlo de qualidade) que permitam uma prevenção mais eficaz, tanto a nível dos profissionais de saúde como da população.

### **9.2. Justificação da acção: utilização racional das dotações orçamentais baseada em:**

- a) aplicação concreta do princípio de subsidiariedade na identificação das acções a emprender e a cofinanciar. Estas últimas serão decididas a nível nacional com o aval e o apoio dos ministérios da saúde nacionais e de responsáveis científicos.
- b) identificação e selecção de projectos para cofinanciamento nos domínios da prevenção, educação para a saúde, informação do público, formação e fomento da cooperação entre os Estados-membros na luta contra o cancro. Estes projectos serão seleccionados e levados à prática graças aos comités nacionais de coordenação instituídos em cada país onde estão representados todos os intervenientes na luta contra o cancro.
- c) noção de valor acrescentado comunitário, que continuará a exprimir-se através de uma acção de coordenação das acções nacionais, da difusão da informação e das experiências, da fixação das prioridades, da ampliação das redes europeias existentes, da selecção de projectos europeus e da motivação e mobilização de todos os intervenientes através das parcerias.

A Comissão é assistida na aplicação do seu programa por um comité especial. Este comité analisa regularmente um vasto leque de problemas e aconselha a Comissão no tocante às prioridades a atribuir às acções propostas.

O apoio a projectos realizados nos Estados-membros constitui a principal metodologia de aplicação do programa. A selecção dos projectos prioritários apoia-se, em grande medida, nos objectivos gerais e intermédios, dependendo a realização das próprias acções igualmente da qualidade e da fiabilidade dos projectos apresentados durante o ano ao serviço competente.

Os critérios de selecção dos projectos apresentados são os seguintes:

- Compatibilidade com os objectivos e conformidade com, pelo menos, um dos objectivos definidos;
- Análise da "mais-valia" comunitária do projecto (participação transnacional, desenvolvimento de um modelo aplicável noutros Estados-membros, informação utilizável noutros Estados-membros, etc.);
- Eficácia e rentabilidade esperadas;
- Nitidez e justificação das necessidades;
- População visada ou atingida pela acção;
- Pertinência da metodologia escolhida;
- Competência e experiência da organização;
- Adequação do orçamento da acção aos objectivos;
- Apoio dos parceiros nacionais aos projectos;
- Avaliação definida de forma objectiva.

### **9.3. Acompanhamento e avaliação da acção**

O acompanhamento da acção é assegurado: a nível europeu, pelo comité de peritos e pelos serviços da Comissão; no plano nacional, pelos comités nacionais de coordenação, os ministérios da saúde e da educação, as ONG e os responsáveis pela realização e liderança da acção.

A avaliação é assegurada por:

- um relatório anual de execução do programa ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões;
- uma avaliação independente das principais acções e estudos subvencionados;
- um relatório global sobre a fiabilidade e a eficácia dos projectos postos em prática no plano de acção, a apresentar pela Comissão às instituições competentes durante o segundo semestre de 1997.

Indicadores de resultados seleccionados para esta avaliação:

- Resultados e conclusões das reuniões de peritos;
- Estimativa da população-alvo atingida e repercussões mediáticas;
- Avaliação de vários projectos por funcionários e/ou colaboradores da Comissão (aspectos financeiros e técnicos);
- Análise dos relatórios intercalares sobre as acções previstas e financiadas, por forma a permitir, caso necessário, acções correctivas;
- Estudos de impacto realizados por organismos externos;
- Pertinência da metodologia utilizada pelos organizadores;
- Adequação do orçamento da acção aos objectivos;
- Clareza dos objectivos iniciais;
- Competências e experiência dos organismos;
- Divulgação dos resultados.

Modalidades de avaliação e periodicidade previstas

- Elaboração de relatórios intercalares e finais sobre as diferentes acções empreendidas no domínio em causa.
- Desenvolvimento de uma ficha de avaliação "tipo" da acção, a anexar pelos beneficiários aos respectivos relatórios finais e controlo dessas fichas pelos funcionários (na Comissão ou *in loco*).

#### **9.4. Coerência com a programação financeira**

- A acção está prevista na programação financeira da DG para os anos em causa?  
Sim.

#### **10. DESPESAS ADMINISTRATIVAS ( PARTE A DO ORÇAMENTO)**

Efectivos afectados à própria acção.  
O quadro de efectivos será mantido.

ISSN 0257-9553

COM(94) 83 final

# DOCUMENTOS

**PT**

**05**

---

N.º de catálogo : CB-CO-94-093-PT-C

ISBN 92-77-66461-4

---

Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias  
L-2985 Luxemburgo