

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS

COM(94) 413 final

Bruxelas, 09. 11. 1994

94/0222 (COD)

COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO

relativa a um programa de acção comunitária sobre prevenção da SIDA
e de outras doenças transmissíveis no âmbito da acção
no domínio da saúde pública

Proposta de

DECISÃO DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO

94/0222 (COD)

que estabelece um programa de acção comunitária relativo à prevenção da SIDA
e de outras doenças transmissíveis no âmbito do quadro de acção
no domínio da saúde pública

(Apresentada pela Comissão)

COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO

**relativa a um programa de acção comunitária sobre prevenção da SIDA
e de outras doenças transmissíveis no âmbito da acção
no domínio da saúde pública**

ÍNDICE

I.	INTRODUÇÃO	5
1.	CONTEXTO	5
2.	CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	6
3.	SELECÇÃO DE DETERMINADAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS PARA AS ACÇÕES COMUNITÁRIAS	8
II.	SITUAÇÃO DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS A NÍVEL COMUNITÁRIO ..	9
1.	ZOONOSES	9
2.	INFECCÃO POR VIH, SIDA E DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	10
3.	DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS EVITÁVEIS ATRAVÉS DA VACINAÇÃO	11
4.	DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS QUE EXIGEM MEDIDAS ESPECÍFICAS	13
a)	<u>Hepatite</u>	13
b)	<u>Tuberculose</u>	13
c)	<u>Infeções nosocomiais</u>	14
III.	PERSPECTIVA DAS ACTIVIDADES JÁ EMPREENDIDAS NOS ESTADOS-MEMBROS A NÍVEL COMUNITÁRIO	15
1.	CONSELHO	15
2.	PARLAMENTO EUROPEU	18
IV.	ABORDAGEM COMUNITÁRIA	19
1.	Objectivos e meios	19
2.	<i>O quadro de saúde pública e o programa de acção comunitário sobre SIDA e outras doenças transmissíveis</i>	20
3.	Outros instrumentos de acção comunitária	21
4.	Cooperação entre Estados-membros	22
5.	Cooperação com organizações internacionais e países terceiros	23
V.	PLANO DE ACÇÃO COMUNITÁRIA	24
A.	Acções contra o VIH/SIDA e as doenças sexualmente transmissíveis	25
1.	Recolha de dados	25
2.	Medidas para crianças e jovens	26
3.	Prevenção da transmissão do VIH e das DST	27
4.	Segurança do sangue e seus derivados	28
5.	Apoio social e psicológico	29
6.	Luta contra a discriminação	29

B.	Medidas comunitárias específicas para determinadas doenças transmissíveis .	30
1.	Acções relacionadas com a vacinação	30
2.	Criação e desenvolvimento de redes	31
a)	<u>Vigilância</u>	31
b)	<u>Divulgação de informação epidemiológica</u>	33
3.	Informação, educação e formação	34
4.	Detecção precoce e sistemática	37
VI.	CONSULTA, AVALIAÇÃO E RELATÓRIOS	38
1.	MECANISMOS DE CONSULTA E PARTICIPAÇÃO	38
a)	<u>Comité Consultivo</u>	38
b)	<u>Outros participantes</u>	38
2.	AVALIAÇÃO E RELATÓRIOS	39
3.	ACTIVIDADES DE INFORMAÇÃO GERAL	39

I. INTRODUÇÃO

1. CONTEXTO

1. Na sua comunicação de 24 de Novembro de 1993 sobre o quadro de acção no domínio da saúde pública⁽¹⁾, a Comissão definiu o âmbito de acção a nível comunitário a fim de alcançar os objectivos de protecção de saúde fixados pelos artigos 3º, alínea o), e 129º do Tratado que institui a União Europeia. O papel da Comunidade está definido como de apoio aos esforços dos Estados-membros no domínio da saúde pública, prestando assistência na formulação e aplicação de planos e estratégias e contribuindo para a protecção da saúde na Comunidade, definindo como objectivo os melhores resultados já alcançados em qualquer local da Comunidade.
2. Ao iniciar a acção ao abrigo do artigo 129º, a Comunidade deve ter por objectivo evitar a doença e proteger a saúde. Com base nos critérios estabelecidos na Comunicação da Comissão, a SIDA e outras doenças transmissíveis foram consideradas prioritárias para a acção comunitária.
3. Trata-se de doenças com as seguintes características:
 - causam ou podem causar, na ausência de intervenção, morte prematura e/ou taxas de mortalidade gerais elevadas;
 - causam ou podem causar, na ausência de intervenção, uma falta de saúde significativa incluindo uma elevada morbilidade e/ou invalidez;
 - têm implicações significativas para a qualidade de vida, assim como efeitos socioeconómicos importantes, nomeadamente custos elevados de cuidados e tratamentos, considerável absentismo e incapacidade para o trabalho;e para as quais:
 - existem medidas de prevenção praticáveis;
 - pode obter-se um valor-acrescentado através de acções empreendidas pela Comunidade, particularmente através de economias de escala.
4. Além disso, a SIDA foi considerada pelo Conselho, o Parlamento Europeu, o Comité Económico e Social e o Comité das Regiões como um flagelo principal que merece uma atenção especial por parte da Comunidade. Uma longa série de resoluções, conclusões e pareceres emitidos por estas instituições culminaram em Junho de 1994 na adopção de uma posição comum⁽²⁾ do Conselho, seguindo-se pareceres favoráveis por parte de outros organismos relativos à extensão para 1994-1995 do programa "A Europa contra a SIDA" de acordo com as orientações propostas pela Comissão.
5. A crise da SIDA despertou o interesse, do ponto de vista da saúde pública, por todas as outras doenças desta categoria. Isto aplica-se em primeiro lugar às outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) que podem muitas vezes acompanhar o VIH (vírus da imunodeficiência humana), infecção que provoca a SIDA. A ocorrência de determinadas DST paralelamente à infecção pelo VIH fez com que os especialistas em

(1) COM(93)559 final.

(2) JO n°

doenças contagiosas tivessem de repensar muitas das suas ideias, obrigando-os a adaptar-se a uma realidade nova, complexa e em constante mutação. Este interesse renovado recai igualmente nas doenças contagiosas que acompanham o aparecimento da SIDA propriamente dita, denominadas infecções oportunistas. Algumas destas doenças, conhecidas há já muito tempo, como por exemplo a tuberculose, precisam agora de ser controladas de uma forma mais vigilante.

2. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

6. Em várias etapas da nossa história existiram epidemias que afectaram, e até dizimaram, populações inteiras. A peste da Idade Média vitimou um quarto da população da Europa Ocidental em apenas 4 anos, e a gripe espanhola, que atacou todos os continentes no início deste século, matou mais de 20 milhões de pessoas no espaço de alguns meses. Mas os progressos médicos, como o desenvolvimento das vacinas e de outras drogas, juntamente com melhorias substanciais nas condições de vida e de higiene pública reduziram consideravelmente a ameaça de doenças infecciosas para os cidadãos da União Europeia. Contudo, ao nível mundial, as doenças infecciosas são ainda uma das principais causas de morte, representando, nos países menos desenvolvidos, mais de 70% do total das doenças.
7. Recentemente, alcançou-se um êxito notável na luta contra as doenças transmissíveis através da erradicação da varíola. Através do controlo activo e de uma vacinação eficaz e fácil de utilizar, as autoridades sanitárias conseguiram primeiro deter a propagação do vírus da varíola e depois fazê-lo desaparecer completamente, erradicando deste modo esta doença da face da Terra. No mesmo período, contudo, as doenças infecciosas que se julgava terem desaparecido ou estarem em vias de desaparecimento tornaram a aparecer, tendo alcançado proporções epidémicas em alguns locais.
8. Exemplos disto são a difteria, que se encontra numa ascensão violenta na Europa Oriental e, em menor escala, a poliomielite, que se julgava estar prestes a desaparecer. Outro exemplo é a tuberculose, cuja recrudescência resulta de uma combinação de factores, como o abrandamento dos programas de vacinação, a incapacidade de determinadas drogas fazerem face a novas resistências e condições de vida miseráveis - factores acerca dos quais é possível fazer qualquer coisa.
9. Além disso, estão a aparecer novas doenças, desde a doença de Lyme (borreliose), transmitida por carrapatos e que se está a tornar cada vez mais prevalente, à infecção pela Chlamydia, uma doença bacteriana transmitida sexualmente que tem implicações graves para a fertilidade feminina.
10. Reveste-se de especial importância o aparecimento da infecção pelo VIH, que se tornou pandémico desde o seu aparecimento no início dos anos 80 e que provoca a SIDA. Tem sido justamente considerado um grande problema, uma vez que é fatal a longo prazo e não existe actualmente qualquer soro, vacina ou tratamento eficaz. A sua natureza excepcional obrigou as autoridades públicas a tomar medidas ditadas pelas circunstâncias, de modo a tentar impedir a sua progressão, sendo esta a razão porque tem merecido tanta atenção. Se as armas até agora desenvolvidas parecem ineficazes, não podem existir dúvidas de que já deram alguns frutos, tanto em termos

de impedir parcialmente a sua progressão em alguns países e entre determinados grupos, como em termos do impacto benéfico que tiveram no combate às doenças sexualmente transmissíveis em geral.

11. Todas as doenças transmissíveis são causadas por um agente transmissível, como uma bactéria, um vírus, um parasita ou um fungo. A fim de combater estas doenças infecciosas da forma mais eficaz possível, é necessário encontrar modos de evitar que estes agentes causem a doença.
12. Os modos de transmissão dos agentes infecciosos incluem: a água (cólera, hepatite A, etc), animais que transmitem várias zoonoses ao homem (brucelose, triquinose, equinococose, raiva, tuberculose, etc), alimentos (salmonelose, listeriose, etc), o meio ambiente (doença dos legionários, etc), contacto humano (tuberculose, gripe, etc), a via iatrogénica (transfusões sanguíneas que podem transmitir o VIH e o vírus da hepatite C, etc).
13. É necessário fazer a distinção entre infecção, isto é, o facto de um destes agentes se alojar no corpo de um indivíduo e se multiplicar no interior do mesmo, frequentemente sem manifestações clínicas óbvias, e a própria doença, isto é, a produção de sintomas e sinais que, na maioria dos casos, são o único aspecto com que a população em geral se preocupa. Para além das pessoas que realmente contraem uma doença e ficam doentes, existem muitas mais que têm uma infecção, muitas das vezes sem se darem conta disso ou que estão expostas a uma fonte de infecção. O controlo e a redução da propagação de qualquer doença transmissível restringe-se normalmente a medidas destinadas a conter a transmissão da infecção pelo agente causal. Por exemplo, os portadores crónicos do vírus da hepatite B ou do VIH não estão necessariamente doentes mas podem, em determinadas circunstâncias, transmitir a infecção a outras pessoas não afectadas. Neste respeito, estes portadores constituem um risco potencial para a saúde pública.
14. A gravidade da doença transmissível depende não só do perigo intrínseco constituído pelo agente causal, como também do facto de este ser ou não passível de propagar-se facilmente no ambiente e de afectar num determinado momento o estado de saúde de qualquer indivíduo que o contraia. Além disso, no caso de algumas doenças transmissíveis, o processo de infecção deve-se a toxinas produzidas pelos agentes causais. É este o caso dos agentes responsáveis pelo botulismo e pelo tétano, por exemplo. Finalmente, alguns agentes responsáveis pelas doenças transmissíveis podem desencadear um processo alérgico no homem, como por exemplo *Ascaris Suum* e *Candida Albicans*.
15. As doenças transmissíveis podem afectar a população geral, ou ser mais prevalentes em determinados grupos de risco ou nalguns tipos de situações. Deste modo, faz-se a distinção entre os seguintes campos:
 - doenças transmissíveis que afectam o público em geral, como o VIH, hepatite (A, B e C especialmente), tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, doenças gastro-intestinais, doenças transmissíveis (para além da tuberculose e da hepatite) evitáveis através da vacinação, e zoonoses;

- doenças que afectam, mais especialmente, determinadas categorias da população classificáveis como sendo "de risco"; estas doenças transmissíveis podem tornar-se perigosas quando afectam categorias da população frágeis do ponto de vista constitucional ou fisiológico:
 - entre as mulheres grávidas, a rubéola, a toxoplasmose, a listeriose e a rickettsiose;
 - entre as crianças, as doenças que podem ser prevenidas através da vacinação, como a difteria, a tosse convulsa, a poliomielite, a tuberculose, mas também as doenças transmissíveis hiperagudas que têm um efeito adverso sobre a esperança de vida (como as infecções meningocócicas).
 - entre as pessoas idosas, a gripe que - embora evitável, em particular através da vacinação - pode adquirir dimensões graves, afectando deste modo a esperança de vida.
 - entre os indivíduos frágeis, nomeadamente os imunodeprimidos, alcoólicos, deficientes, mas também indivíduos excluídos que vivem em condições sócio-económicas difíceis ou precárias, frequentemente muito abaixo do limiar de pobreza, como os sem-abrigo e as comunidades migrantes, certas infecções micóticas ou parasíticas, infecções por germes anaeróbios e infecções oportunistas.
- E finalmente, as doenças cuja transmissibilidade é aumentada em determinadas situações:
 - este é o caso particularmente de hospitais, em que as infecções nosocomiais estão a causar um problema de prevenção cada vez maior;
 - nas comunidades (creches, forças armadas, campos de férias, escolas) em que as doenças gastro-intestinais, a hepatite e as infecções evitáveis através da vacinação ocorrem cada vez mais frequentemente;
 - nas prisões, onde se verifica um nítido aumento no número de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção por VIH.

3. SELECÇÃO DE DETERMINADAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS PARA AS ACÇÕES COMUNITÁRIAS

16. Nesta comunicação, a Comissão estabelece as medidas que se propõe empreender para evitar as doenças transmissíveis, baseando-se nos conhecimentos e na experiência adquiridos durante as suas acções anteriores. A Comunidade não pode fazer face a todas as doenças transmissíveis de uma só vez, em virtude do seu elevado número. Também não é possível abranger todas as doenças transmissíveis nesta comunicação, uma vez que são demasiadas e que as suas repercussões sobre a saúde pública são muito variáveis.
17. Tendo em conta os limitados recursos de que a Comunidade dispõe, é necessário fazer uma selecção entre as doenças transmissíveis, de modo a identificar as que podem ser objecto de uma acção com um valor-acrescentado comunitário mais elevado; além disso, será dada preferência às acções que possam beneficiar a luta contra o maior número possível de tais doenças. As acções comunitárias devem em primeiro lugar estimular a cooperação entre os Estados-membros e ter como objectivo, sempre que for adequado, a coordenação das políticas e dos programas em matéria de saúde.

Neste contexto, o facto de muitas doenças transmissíveis poderem ser tratadas eficazmente através da quimioterapia ou poderem ser evitadas através de programas de vacinação testados e cuja eficácia foi provada, tem sido seguido mais assiduamente por alguns Estados-membros de que por outros, o que tem como consequência uma situação que revela enormes contrastes e que merece uma análise mais profunda e de caso a caso. Finalmente, as doenças transmissíveis a seleccionar devem incluir as doenças pelas quais os Estados-membros e as instituições comunitárias manifestaram interesse ou preferência para serem objecto de uma contribuição da Comunidade, fundamentalmente com base nos riscos para os indivíduos assim como para a sociedade em geral.

18. A aplicação desta abordagem às doenças transmissíveis implica a selecção das doenças que devem constituir o centro principal desta acção, ou seja:
 1. infecção pelo VIH, SIDA e doenças sexualmente transmissíveis;
 2. doenças que podem ser evitadas através da vacinação;
 3. doenças que podem ser abordadas através de determinadas medidas comunitárias específicas.

II. SITUAÇÃO DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS A NÍVEL COMUNITÁRIO

1. ZOONOSES

19. As zoonoses, isto é, as doenças infecciosas de que os animais são portadores e passíveis de serem transmitidas ao homem, têm sido objecto de uma grande atenção há mais de três décadas. A Comunidade esforçou-se por contribuir para salvaguardar a saúde pública em geral, mediante a adopção e a aplicação de uma série de programas específicos que implicam fundos substanciais (por exemplo, mais de 125 milhões de ecus para o período de 1987-1992), destinados a combater ou erradicar determinadas zoonoses.
20. Desde 1964 que existem programas comunitários que se centram no controlo e na erradicação da tuberculose bovina, e em resultado desta acção muitas manadas da Comunidade foram consideradas isentas desta doença. O mesmo se aplica à brucelose bovina (*B. abortus*), e mais recentemente, à brucelose do carneiro e da cabra, enquanto a luta contra *B. melitensis* continua. Desde 1989 que a luta contra a raiva, sobretudo nos animais selvagens, tem alcançado avanços consideráveis, graças a um método que consiste em lançar por via aérea iscos contendo a vacina. A triquinose é actualmente mais bem controlada graças a um processamento melhorado da carne fresca, sobretudo a carne de cavalo. No que se refere à salmonelose, esta doença tem merecido uma atenção especial - sobretudo a estipulada por legislação - incluindo esforços para melhorar a qualidade do gado, a higiene nos matadouros e os métodos de processamento e de transformação de produtos de origem animal em alimentos para consumo humano. A este respeito, têm sido alcançados progressos significativos através do estabelecimento de critérios microbiológicos concebidos para assegurar a ausência de salmonela ou de contaminantes relacionados, assim como controlos na sua aplicação, nomeadamente no caso da carne picada, dos produtos com base de carne, os mariscos, e os produtos que têm por base o leite e os ovos.

2. INFECÇÃO POR VIH, SIDA E DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

21. Em 31 de Março de 1994, foram notificados nos doze países da Comunidade Europeia (CE) um total cumulativo de 105.446 casos de SIDA, incluindo 1.920 casos pediátricos, e 6.476 (incluindo 6.386 adultos/adolescentes e 86 casos pediátricos) nos seis países COST⁽³⁾. O número cumulativo de casos notificados por país varia entre 79 no Luxemburgo e 30.003 em França. Três países (França, Itália e Espanha) notificaram mais de 20.000 casos e são responsáveis por 72% dos casos notificados na CE. Em 1993, mais de 20.000 novos casos foram notificados e 6.000 nos primeiros três meses de 1994.
22. A análise dos casos de adultos/adolescentes por grupo de transmissão de 1990 a 1993 revela um aumento na proporção de casos atribuídos a contacto heterossexual (de 10,8% para 15,3%) e entre os toxicómanos por via intravenosa (de 40,0% para 41,8%). No mesmo período, houve reduções graduais nas proporções de homo/bisexuais do sexo masculino (de 39,3% para 32,2%), hemofílicos (de 1,7% para 1,1%) e beneficiários de transfusões sanguíneas (de 2,2% para 1,5%).
23. Uma análise preliminar da categoria de transmissão "contacto heterossexual" revela, de 1990 a 1993, um aumento da proporção de casos em vários grupos: pessoas originárias de países em que a transmissão heterossexual é comum (de 2,9% para 3,7% de todos os casos de adultos/adolescentes), pessoas com um companheiro toxicómano por via intravenosa (de 2,5% para 3,5%), e pessoas com um companheiro VIH positivo sem um factor de risco conhecido (de 1,2% para 2,9%).
24. A proporção de mulheres infectadas é de 15,2% entre os casos de adultas/adolescentes, mas de 46,7% entre os casos pediátricos. Esta proporção varia de acordo com o grupo de transmissão: entre os casos de adultos/adolescentes, é mais elevada no grupo de beneficiários de transfusões (46,1% de mulheres) e no grupo de contacto heterossexual (43,0% de mulheres). Entre os casos do grupo de contacto heterossexual, 67,0% das pessoas com um parceiro toxicómano por via intravenosa são mulheres.
25. A análise de casos por período de diagnóstico, de 1990 a 1993, revela um aumento da proporção de mulheres entre os casos de adultos/adolescentes (de 14,9% para 18,3%). Este aumento relaciona-se em grande medida com a diminuição da proporção de casos homo/bisexuais, mas reflecte também um aumento (de 40,8% para 45,4%) na proporção de casos de mulheres no grupo de contacto heterossexual. Este último aumento regista-se particularmente entre pessoas originárias de países em que a transmissão heterossexual é comum (36,8% para 46,0%) e entre pessoas com um parceiro toxicómano por via intravenosa (de 61,9% para 68,4%).
26. Não se conhece o número total de pessoas na Comunidade infectadas pelo VIH. Contudo, a aplicação de certos modelos matemáticos possibilita fazer um cálculo do número de pessoas actualmente seropositivos - cerca de meio milhão em toda a Comunidade, com algumas variações importantes de país para país. Deste modo, pensa-se existirem cerca de 200 000 seropositivos em França e menos de 50 000 no

⁽³⁾ Cooperação Europeia no domínio da Investigação Científica e Técnica.

Reino Unido. Se, como os conhecimentos actuais indicam, todos os indivíduos seropositivos evoluírem para um estado declarado de SIDA, isto pode dar uma ideia da extensão do problema de saúde pública com que nos deparamos, sobretudo porque a prevenção através da vacinação ou de uma quimioterapia eficaz não é ainda possível.

27. Em cada país comunitário, um ou mais sistemas nacionais de vigilância abrangem determinadas doenças sexualmente transmissíveis: a gonorreia e a sífilis são controladas em todos os Estados-membros, mas o mesmo não acontece com a herpes genital. Além disso, as definições de casos variam de Estado-membro para Estado-membro, dependendo do tipo de doença controlada. Isto quer dizer que, dada a prevalência relativamente baixa da maioria das doenças sexualmente transmissíveis - nomeadamente a gonorreia, a sífilis, a clamidiose, a condilomatose tipo A, o herpes genital, o cancro mole, o granuloma inguinal e o linfogranuloma venéreo - não existem dados epidemiológicos exactos a nível comunitário.

3. DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS EVITÁVEIS ATRAVÉS DA VACINAÇÃO

28. Muitas doenças transmissíveis podem ser evitadas através de programas de vacinação testados, cuja eficácia foi provada. Os programas de saúde pública destinados a eliminar determinadas doenças infecciosas transmissíveis basearam-se frequentemente na vacinação, o meio mais eficaz de prevenção para muitas delas. Contudo, a recrudescência de determinadas doenças transmissíveis realça a necessidade de reavaliar as políticas de vacinação utilizadas pelos Estados-membros para melhorar o seu controlo.
29. As políticas de vacinação podem diferir nos seus objectivos, desde a erradicação à eliminação ou ao controlo da doença. A erradicação significa um desaparecimento definitivo e total do agente causal e da doença, mas só pode ter êxito se houver uma estratégia global a nível internacional. A eliminação significa provocar uma situação em que o agente causal continua a existir mas a incidência da doença é extremamente baixa; isto é dispendioso para o sector da saúde pública, uma vez que implica gastos regulares e a longo prazo em programas de vacinação, um controlo permanente e uma intervenção sempre que ocorrem epidemias. Por outro lado, o controlo destina-se simplesmente a criar a situação em que a existência da doença não constitui um problema de saúde muito importante: a política de vacinação dirige-se a determinados grupos da população considerados de risco.
30. As políticas de vacinação dos Estados-membros diferem, indo desde a vacinação obrigatória quer para todas as pessoas quer para determinados grupos, e a vacinação voluntária com ou sem incentivos, por exemplo as vacinas gratuitas. Os países que têm políticas de vacinação mais parecidas entre si são a França, o Luxemburgo e o Reino Unido. Todos os Estados-membros vacinam contra a difteria, o tétano e a poliomielite, e a maioria vacina contra a tosse convulsa, o sarampo, a parotidite (papeira) e a rubéola. A vacinação contra o *haemophilus influenza B* é também oferecida cada vez com mais frequência. No que se refere à hepatite B, a Itália é o único país que introduziu a vacinação obrigatória para toda a população, uma vez que neste país a incidência é mais elevada do que em qualquer outro.

31. Esta diversidade é revelada pelas estatísticas da OMS (1991). Estas indicam que mais de 90% das crianças na Europa Comunitária são vacinadas contra a difteria e o tétano, com excepção da Irlanda (65%) e da Espanha (86%). Similarmente, mais 90% são vacinadas contra a tosse convulsa, com excepção da Grécia (84%) e da Itália e Irlanda (40%). A vacinação infantil contra o sarampo varia entre 86% e 96% nos Estados-membros, com excepção da Irlanda e da Itália (50%) e da França (77%). Finalmente, o nível de vacinação infantil contra a poliomielite varia entre 88% e 99% na Comunidade Europeia, com excepção da Irlanda (63%) e da Grécia (77%). Contudo, é necessário ser-se cauteloso ao interpretar estas estatísticas, uma vez que os níveis de vacinação são calculados de modo diferente nos vários Estados-membros, dado que não são aplicados critérios comuns e os números são frequentemente meras previsões e não constituem cálculos exactos. Em certa medida, as baixas percentagens podem ser explicadas pela ausência de medidas de incentivo nos casos de imunização não obrigatória.
32. A prossecução de uma política de vacinação eficaz a nível nacional durante um período suficientemente longo compensa claramente. Por exemplo, nos casos de taxas de incidência de tétano iniciais muito elevadas, foi possível reduzi-las consideravelmente. Deste modo, a taxa por 100 000 baixou de 2,21 para 0,4 em Portugal entre 1974 e 1991, enquanto a cobertura vacinal correspondente subiu de 53% para 94%; por seu lado, em Espanha, sofreu uma alteração de 1,33 para 0,14 entre 1980 e 1990; de 0,35 para 0,16 na Grécia entre 1974 e 1990; e de 0,53 para 0,06 em França entre 1974 e 1990, onde a cobertura de vacinação subiu de 79% para 92%. Quando as taxas de incidência eram baixas no início, o esforço contínuo de vacinação tornou possível manter a taxa bastante baixa, como na Grã Bretanha onde permaneceu em 0,03 entre 1974 e 1989, ou nos Países Baixos, onde diminuiu de 0,25 para 0,01 entre 1974 e 1990, ou reduzi-la praticamente a zero, como na Dinamarca e no Luxemburgo. Os resultados são ainda mais espectaculares para a poliomielite, onde a manutenção de uma cobertura de vacinação extensiva durante um período suficientemente longo - pelo menos duas décadas - conduziu, na Comunidade Europeia, a taxas de incidência extremamente baixas, e até mesmo a zero, o que corresponde praticamente à erradicação da doença.
33. As características epidemiológicas da gripe incluem a ocorrência de epidemias frequentes mas imprevisíveis e de pandemias periódicas a nível mundial. São notificados surtos de infecção da gripe do tipo A ou B quase todos os Invernos, e a sua gravidade varia. A vigilância da gripe fornece informações importantes sobre o momento de ocorrência e a virulência do surto de gripe. Esta informação é utilizada para coordenar uma resposta adequada ao nível da saúde pública, incluindo a emissão de orientações sobre vacinação e tratamentos antivirais e avaliação da necessidade de recursos médicos adicionais. A vacinação desempenha um papel importante para a redução da mortalidade e da morbilidade devidas à gripe, sobretudo nos grupos de risco. É mais eficaz quando se identifica previamente a estirpe do vírus de gripe que poderá causar um surto.
34. A mortalidade devida à gripe aumenta dramaticamente com a idade e com a presença de problemas de saúde associados. Por exemplo, a epidemia de 1989-90 que ocorreu em Inglaterra e no País de Gales foi a pior desde 1976 e julga-se ter sido responsável por mais de 29 000 mortes suplementares. Também se registaram muitas mais mortes por doenças cerebrovasculares ou cardíacas durante a epidemia, sendo provável que a gripe tenha desempenhado um papel nestas mortes suplementares.

4. DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS QUE EXIGEM MEDIDAS ESPECÍFICAS

a) Hepatite

35. A hepatite é uma doença caracterizada por uma inflamação do fígado de origem tóxica ou infecciosa, que provoca uma alteração das células hepáticas e, conseqüentemente, uma mudança nas funções normais do fígado. A hepatite viral é uma doença infecciosa comum em todo o mundo que - devido à sua frequência, gravidade de certas formas (aguda, crónica, cancerígena,) e custos de tratamento - constitui um problema grave de saúde pública. Vários vírus (A, B, C, D, E e outros, ainda não identificados) podem causar hepatite, dois dos quais requerem uma atenção especial.
36. A hepatite B é uma das doenças humanas mais importantes contra as quais existem na Comunidade vacinas eficazes e seguras desde 1982. Uma análise preliminar de um inquérito, conduzido pelo Gabinete Regional para a Europa da OMS, calcula que 900 000 a 1 milhão de pessoas na Europa são infectadas por ano pela hepatite B. Destas pessoas, 24 000 morrerão devido aos efeitos da doença crónica, cirrose e cancro do fígado, e 90 000 tornar-se-ão portadores crónicos da hepatite B. Cerca de 85 000 casos de hepatite B são notificados cada ano ao Gabinete Regional para a Europa da OMS. Os portadores representam também um reservatório enorme de infecção que serve para perpetuar a infecção através de vários modos de transmissão.
37. Entre os tipos de hepatite viral, a hepatite C - o vírus que provoca este tipo de hepatite foi identificado em 1989 - merece uma atenção especial, uma vez que as conseqüências para a saúde pública são muito graves. Não existe vacina contra este vírus - ao contrário do que acontece com a hepatite A e B - e uma das suas características especiais é que as pessoas infectadas pelo vírus C não o sabem durante a maior parte do tempo, enquanto a doença se desenvolve silenciosamente durante uma ou duas décadas, sem quaisquer sinais clínicos óbvios em quase 95% dos casos.
38. Os especialistas reconhecem que no curso natural - que está agora a ser estabelecido - desta doença, 10% das pessoas que têm um vírus C sofrerão da cirrose vários anos depois da infecção inicial, e destas, 10 a 20% evoluirão para um cancro do fígado, a não ser que se tomem medidas de prevenção secundárias. Estudos epidemiológicos recentes, empreendidos após um melhoramento dos testes de rastreio, revelaram que cerca de 16 milhões de pessoas estão infectadas pelo vírus C na Comunidade. Isto dá uma ideia da dimensão do problema com que as autoridades de saúde pública se deparam ou terão de encarar no futuro, tanto mais que presentemente - embora o risco de transfusão, isto é, de infecção através de sangue dado, tenha sido substancialmente reduzido - parece não existir uma explicação plausível para 50% das infecções.

b) Tuberculose

39. Desde os tempos antigos que a tuberculose é uma doença que aflige o homem. Na Grã-Bretanha, durante a revolução industrial do séc. XVIII, uma epidemia de tuberculose vitimou tantas pessoas que se tornou conhecida pela "peste branca". Subseqüentemente, a doença diminuiu regularmente, possivelmente devido a uma combinação de vários factores.

40. A persistência de um elevado nível de tuberculose na Europa pode ser atribuída a diversos factores, nomeadamente as más condições de vida em determinadas regiões do mundo, a alteração de padrões alimentares e de migração e a resistência de determinadas estirpes de bacilos da tuberculose aos tratamentos normais. A tuberculose é uma doença que pode ser evitada através da vacinação, mas a sua cobertura vacinal através dos actuais programas de vacinação é inferior a 100%.
41. Um inquérito retrospectivo da OMS indicava em 1992 que tinham sido registados na Comunidade 50 000 novos casos em 1991, metade dos registados em 1994, e que o declínio na tuberculose parou na maior parte dos Estados-membros da Comunidade. Verificava-se já um declínio regular no número de casos notificados na Alemanha, Bélgica e França entre 1974 e 1991. A situação tinha estabilizado em Portugal e no Reino Unido, enquanto se tinham observado recentemente subidas na Dinamarca, Espanha, Irlanda, Itália e Países Baixos. Houve um aumento anual de 5% em França e no Reino Unido desde 1992. Esses números devem ser interpretados com reservas, uma vez que o interesse renovado por esta doença transmissível deve ter conduzido a uma notificação mais diligente dos casos. Por outro lado, as definições utilizadas não são sempre as mesmas.
42. Nalguns países da Europa do Norte, a imigração de países onde a tuberculose é endémica parece constituir um factor-chave. Por exemplo, na Alemanha, o número de casos de tuberculose notificados nos nacionais continuou a diminuir entre 1986 e 1989, enquanto o número de casos notificados entre os jovens oriundos de países onde a tuberculose é endémica subiu numa média de 7% por ano durante este período. De igual modo, nos Países Baixos houve uma diminuição anual de 5% no número de casos notificados entre os nacionais neerlandeses, entre 1984 e 1990, acompanhado por um aumento anual de 13% entre a população estrangeira. Um aumento nos casos entre a população imigrante não parece, no entanto, ter criado novos surtos de infecção de tuberculose noutros locais.
43. No que se refere às possíveis ligações entre a epidemia da SIDA (e de modo mais vasto, a infecção por VIH), por um lado, e a ressurgência da tuberculose por outro lado, não existem provas claras de uma relação absoluta e sistemática. A proporção de doentes de SIDA com tuberculose varia entre 2,3% no Reino Unido e 23,9% em Portugal. Esta proporção é também mais elevada entre os toxicodependentes e entre as pessoas infectadas através de transmissão heterossexual.

c) Infecções nosocomiais

44. Entre todas as categorias de doenças transmissíveis, existe uma categoria de que se tem consciência há já algum tempo, mas que é praticamente desconhecida do público geral. Trata-se da categoria das infecções nosocomiais, isto é, infecções que os doentes contraem em hospitais e outros estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde.
45. A sua importância é actualmente conhecida e estão a empreender-se medidas preventivas, consideradas prioritárias em todos os estabelecimentos de saúde. Isto é essencial porque os custos das infecções nosocomiais são consideráveis, tanto em termos humanos (taxas de morbilidade e de mortalidade) como em termos económicos

(custam à Comunidade dezenas de milhares de milhões de ecus por ano). A taxa de prevalência das infecções nosocomiais, isto é, a relação entre o número de infecções e o número de pessoas presentes nos estabelecimentos de cuidados de saúde varia, mas a sua média é de 8 a 10% no conjunto da Comunidade.

46. A ocorrência destas infecções está frequentemente associada a actos invasivos durante a hospitalização, como a cirurgia, a inserção de cateteres ou a utilização de ventilação pulmonar artificial. Mas é também facilitada se o doente for idoso ou tiver uma resistência reduzida à infecção (imunodepressão). Isto explica, por exemplo, a recente ocorrência de tuberculoses nosocomiais entre os doentes infectados pelo VIH.
47. Relativamente à sua frequência, as infecções nosocomiais ocorrem mais frequentemente no sistema urinário (sensivelmente metade dos casos), em seguida no pulmões e nas incisões operatórias. Os germes mais frequentemente isolados são os *Escherichia coli*, o estafilococo e o *Pseudomonas*, que desenvolveram uma multi-resistência aos antibióticos tradicionais muito maior.

III. PERSPECTIVA DAS ACTIVIDADES JÁ EMPREENDIDAS NOS ESTADOS-MEMBROS A NÍVEL COMUNITÁRIO

I. CONSELHO

48. A Directiva 92/117/CEE do Conselho, de 17 de Dezembro de 1992, relativa às medidas de protecção contra zoonoses e certos agentes zoonóticos em animais e produtos de origem animal a fim de evitar focos de infecção e de intoxicação de origem alimentar⁽⁴⁾ prevê, entre outras coisas, a recolha de dados sobre a incidência de zoonoses e a presença de agentes zoonóticos na população humana, nos animais domésticos, nos alimentos para animais e na vida selvagem. Foi estabelecido um sistema comunitário correspondente destinado a assegurar uma aplicação óptima das acções para combater e prevenir estas doenças.
49. No que se refere a outras doenças transmissíveis, tomando em consideração a existência do mercado único e a livre circulação de pessoas e géneros alimentícios, o Conselho focou especificamente a necessidade de, a nível comunitário, dar mais atenção aos riscos da propagação de doenças transmissíveis (incluindo as doenças de origem alimentar) devido à existência do mercado único e à livre circulação de pessoas e alimentos, adoptando em 13 de Novembro de 1992 uma resolução sobre o controlo e a vigilância de doenças transmissíveis⁽⁵⁾, na qual convida a Comissão a notificar as redes transnacionais de vigilância existentes neste domínio e apresentar propostas para a melhoria e a extensão destas redes quando tal se revele útil. Além disso, nas suas conclusões de 13 de Dezembro de 1993⁽⁶⁾, o Conselho realçou a necessidade de estabelecer uma rede epidemiológica na Comunidade que deve abranger todas as doenças, quer sejam comunicáveis quer não, e dar prioridade à recolha de dados sobre doenças transmissíveis, com vista a adquirir um melhor conhecimento das suas causas e do seu contexto epidemiológico. Esta ênfase sobre a

⁽⁴⁾ JO n° L 62 de 15.3.1993, p. 38.

⁽⁵⁾ JO n° C 326 de 11.12.1992, p. 1.

⁽⁶⁾ JO n° C 15 de 18.1.1994, p. 6.

vigilância, a análise e a formação no domínio epidemiológico foi também partilhada pelo Parlamento Europeu que, na sua resolução sobre políticas de saúde pública, após Maastricht⁽⁷⁾, convidou a Comissão a criar um serviço de investigação epidemiológica e a recolher, analisar e divulgar dados sobre doenças notificáveis, e a encorajar a criação e o funcionamento de esquemas de intercâmbio para profissionais da saúde.

50. Em 3 de Maio de 1989, o Conselho adoptou uma directiva que alarga o âmbito das Directiva 65/65/CEE e 75/319/CEE⁽⁸⁾, e que estabelece uma série de disposições específicas que regulam a colocação de vacinas no mercado comunitário.
51. Os produtos médicos activos contra o VIH são classificados como "produtos médicos de alta tecnologia", e como tal, devem ser tratados no âmbito de um procedimento centralizado, que facilita e torna mais rápido o processo de obtenção de autorizações para estes produtos serem colocados no mercado a nível comunitário. Desde 1987, as vacinas derivadas da alta tecnologia ou da biotecnologia têm sido abrangidas pela legislação farmacêutica da CEE nos termos da Directiva 87/22/CEE. Outras vacinas foram incluídas no campo da legislação farmacêutica da CEE pela Directiva 89/342/CEE. Uma futura vacina anti-SIDA seria abrangida pela mesma legislação e beneficiaria, através do procedimento centralizado, de disposições controlando a sua colocação no mercado a nível comunitário.
52. A Directiva 89/381/CEE do Conselho abrange os derivados do sangue preparados industrialmente e destinados a um grande número de doentes, como a albumina, os factores de coagulação e as imunoglobulinas, mas não se aplica ao sangue completo, ao plasma e às células sanguíneas de origem humana. Estes produtos são também sujeitos às disposições gerais relativamente ao fabrico e à autorização da comercialização. Os princípios de uma boa prática de fabricação estabelecidos na Directiva 91/356/CEE, assim como a qualidade, segurança e eficácia dos testes referidos na Directiva 91/507/CEE são, pois, aplicáveis a estes produtos.
53. Para além destas disposições gerais, que são aplicáveis a todos os produtos médicos, a Directiva 89/381/CEE contém vários elementos que se relacionam mais especificamente com os produtos médicos derivados do sangue ou do plasma humano. As medidas de selecção e controlo de dadores de sangue recomendadas pelo Conselho da Europa e pela Organização Mundial da Saúde tornaram-se obrigatórias em consequência desta directiva. Além disso, para este tipo de produtos particularmente sensíveis, o Conselho exigiu a aplicação de processos de fabricação e de codificação validados de forma a garantir, na medida em que o estado da tecnologia o prevê, a ausência de contaminação viral específica (nomeadamente pelo VIH).
54. Em resposta a uma solicitação do Conselho que manifestava a sua preocupação sobre a qualidade, a segurança e o fornecimento de produtos sanguíneos e de plasma na Comunidade na sequência da adopção da Directiva 89/381/CEE do Conselho sobre produtos médicos derivados do sangue ou do plasma humanos, em Junho de 1989, a Comissão apresentou a comunicação sobre "Auto-suficiência sanguínea na Comunidade Europeia". Esta comunicação identificou as questões- que dizem respeito aos Estados-membros e às acções específicas a considerar.

(7) JO n°

(8) JO n° L 142 de 25.5.1989, p. 14.

55. Em 13 de Dezembro de 1993, na sequência da aprovação da Comunicação da Comissão sobre auto-suficiência sanguínea, o Conselho adoptou conclusões sobre auto-suficiência na Comunidade Europeia, que, entre outros, requer uma promoção contínua da qualidade e da segurança da recolha de sangue e da produção de derivados de sangue⁽⁹⁾.
56. A Directiva do Conselho 93/43/CEE, de 14 de Junho de 1993, relativa à higiene dos géneros alimentícios⁽¹⁰⁾, estabelece um contexto jurídico completo para tomar qualquer medida apropriada para combater os riscos para a saúde inerentes nos géneros alimentícios. Ao tratar de cada fase prática na cadeia de utilização dos géneros alimentícios, desde as condições de armazenamento, ao transporte e ao consumidor, esta directiva realça a importância da higiene alimentar e, ao ser utilizada, deverá contribuir de forma significativa para assegurar que o requisito de um elevado nível de saúde seja cumprido.
57. Na sua resolução de 29 de Maio de 1986, o Conselho e os Ministros da Saúde dos Estados-membros, reunidos em Conselho, solicitaram à Comissão a organização de um intercâmbio de informação e experiência sobre SIDA⁽¹¹⁾. Em consequência, em 11 de Fevereiro de 1987, a Comissão apresentou uma comunicação ao Conselho⁽¹²⁾ que estabelece determinados domínios de acção relativos à prevenção, informação e educação em matéria de SIDA.
58. Nos anos seguintes, o Conselho e os Ministros da Saúde dos Estados-membros, reunidos em Conselho, adoptaram uma série de textos relativos aos problemas para a saúde colocados pela SIDA, dos quais o mais importante é a Decisão de 4 de Junho de 1991 que estabelece o programa "A Europa contra a Sida".
59. Este programa de saúde, programado para ser executado entre 1991 e 1993, centra-se principalmente em acções preventivas, como a informação e a educação. De acordo com a Decisão, a Comissão enviou ao Conselho, em 10 de Março de 1993, o relatório sobre a aplicação do plano de acção em 1991-1992. Neste, a Comissão prestou informações sobre os meios utilizados para alcançar os objectivos estabelecidos na Decisão do Conselho, assim como observações sobre os primeiros resultados obtidos e a relevância e pertinência das actividades empreendidas ou que necessitam de ser empreendidas a fim de aplicar eficazmente os objectivos de decisão, estabelecidos no contexto da propagação da epidemia. A Comissão formulou igualmente a opinião de que seria útil a Comunidade empreender mais acções sobre aspectos de saúde pública relacionados com o VIH e a SIDA, após a expiração do plano de acção no final de 1993.
60. Após consideração do relatório da Comissão, o Conselho e os Ministros da Saúde, na sua reunião de 27 de Maio de 1993, acordaram em convidar a Comissão a tomar as iniciativas necessárias para continuar as acções do programa "A Europa contra a SIDA" em 1994, antecipando a entrada em vigor do Tratado da União Europeia, que estabelece no seu artigo 129º uma acção comunitária no domínio da saúde pública.

(9) JO n° C 15 de 18.1.1994, p. 6.

(10) JO n° L 175 de 19.7.1993, p. 1.

(11) JO n° C 184 de 23.7.1986.

(12) COM(87) 63.

61. A avaliação subsequente no Conselho sobre a eficácia do trabalho empreendido concluiu que deverá ser mantida a estrutura geral dos domínios de acção incluídos na decisão do Conselho, mas que deverão efectuar-se uma série de modificações nos objectivos prosseguidos, introduzir-se novos domínios, eliminar outros de modo a reflectir as necessidades dos Estados-membros, em constante mutação, e melhorar os conhecimentos sobre os problemas colocados pela doença, assim como a sua evolução e tendências.
62. Para evitar uma interrupção nas acções realizadas no âmbito do programa "A Europa contra a SIDA" e de forma a responder aos desejos do Conselho, a Comissão apresentou ao Conselho, em 29 de Setembro de 1993, uma proposta de decisão relativa à extensão até ao final de 1994 do plano de acção de 1991-1993 no âmbito do programa "A Europa contra a SIDA"⁽¹³⁾.
63. Na sequência da entrada em vigor, em 1 de Novembro de 1993, do Tratado da União Europeia, o Conselho adoptou em 13 de Dezembro de 1993 uma resolução relativa à extensão até ao final de 1994 do plano de acção para 1991-1993 no âmbito do programa "A Europa contra a SIDA"⁽¹⁴⁾.

2. PARLAMENTO EUROPEU

64. Já em 1984, ao adoptar uma série de resoluções relativas à luta contra a SIDA, o Parlamento Europeu revelou a sua preocupação crescente relativamente à propagação inexorável da epidemia e realçou a necessidade de uma intervenção comunitária.
65. O Parlamento Europeu há muito que se interessa sobre a frequência e incidência de várias doenças infecciosas transmissíveis, interesse que se reflecte nas numerosas perguntas escritas e orais dirigidas à Comissão pelos deputados do Parlamento Europeu. Dois domínios, sobretudo, foram objecto de atenção e de relatórios por parte do Serviço parlamentar europeu de avaliação de opções científicas e técnicas (STOA).
66. O primeiro destes relatórios, publicado em 1992, diz respeito à protecção da saúde pública através da vacinação. As conclusões realçam a necessidade de mais informação sobre os níveis de cobertura de vacinação em todos os Estados-membros, advoga o estabelecimento de um programa europeu para a vigilância de doenças evitáveis através de vacinação e exige uma política de apoio aos fabricantes de vacinas europeus face à competitividade internacional. Este relatório, muito abrangente e sensível a todos os aspectos do problema, equilibrado e razoável, constitui um contributo importante para o debate sobre a saúde pública, e poderia servir de inspiração à Comunidade.
67. O segundo relatório, actualmente em vias de publicação, trata dos problemas relacionados com a recrudescência da tuberculose na Europa, e sobretudo a sua relação com a epidemia da SIDA e os movimentos de populações que emigram de lugares onde a tuberculose é endémica e que vivem em circunstâncias socioeconómicas precárias. As conclusões do STOA centram-se na necessidade de

⁽¹³⁾ COM(93) 453 final.

⁽¹⁴⁾ JO n° C 15 de 18.1.1994, p. 4.

facilitar a recolha, a análise e divulgação regular de dados epidemiológicos relativos a casos de tuberculose e de criar uma rede de laboratórios para controlar as estirpes do bacilo tuberculoso multi-resistentes aos antibióticos.

68. O Parlamento Europeu adoptou duas resoluções durante a sessão de Julho e Dezembro de 1993, sobre auto-suficiência e segurança do sangue e seus derivados. A primeira solicita à Comissão e ao Conselho a aprovação de um plano de acção destinado a melhorar a segurança e a promover a auto-suficiência através de dádivas voluntárias e gratuitas. A segunda exige um reforço dos controlos praticados, de modo a garantir a segurança do sangue e dos produtos sanguíneos, a criação de um instrumento que garanta o controlo da segurança do sangue desde a dádiva até à sua utilização, e o estabelecimento de uma autoridade europeia para a segurança do sangue.

IV. ABORDAGEM COMUNITÁRIA

1. Objectivos e meios

69. Tal como indicado na Comunicação da Comissão sobre o quadro de acção no domínio da saúde pública, a acção comunitária incidirá, em particular, no estímulo da cooperação entre os Estados-membros, dando apoio à sua acção e promovendo, em contacto estreito com os Estados-membros, a coordenação das suas políticas e programas. Na prática, isto implicará o desenvolvimento e a criação de redes, acções conjuntas e sistemas de intercâmbio de informação.
70. 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. As actividades devem ser seleccionadas com base numa avaliação prévia e devem produzir um valor acrescentado comunitário, alcançando a melhor relação custo-eficácia.
71. Tal como referido na introdução, os critérios indicados no parágrafo 54 da Comunicação da Comissão são cumpridos do ponto de vista da saúde pública, uma vez que a SIDA e as outras doenças transmissíveis podem, sem dúvida, causar um número significativo mortes prematuras, ter uma morbilidade significativa e o potencial para devastar populações desprotegidas. Constituem assim um risco significativo para os indivíduos e para o conjunto da sociedade, têm impactos socioeconómicos muito importantes, sobretudo no que se refere aos custos de intervenção e tratamento. Por outro lado, existem medidas de prevenção praticáveis. As lições a retirar do primeiro plano da SIDA, segundo o estabelecido no processo de avaliação, revelam que existe um espaço substancial para o valor acrescentado obtido pelas acções comunitárias, tanto das economias de escala como da divulgação dos resultados dos projectos.
72. A Comunicação propõe, no parágrafo 50 da sua Comunicação sobre saúde pública, quatro objectivos que deverão constituir a base para 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 de doença;

- iii) promover a qualidade de vida melhorando o estado geral de 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.

Este programa deverá ter em conta todos estes objectivos.

73. De futuro serão adoptados, nomeadamente, os seguintes critérios na avaliação da necessidade de acção comunitária para este domínio:

- actividades numa escala tal que dificilmente possam, ou mesmo não 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, proporcionam 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.

2. *O quadro de saúde pública e o programa de acção comunitário sobre SIDA e outras doenças transmissíveis*

74. Ao estabelecer o programa comunitário proposto, a Comissão tomou plenamente em consideração os substanciais programas que os Estados-membros já possuem. De acordo com os princípios desenvolvidos na Comunicação da Comissão sobre o quadro de saúde pública, o programa comunitário proposto deve complementar e realçar a eficácia das acções dos Estados-membros e evitar qualquer duplicação de esforços.

75. Através das suas propostas, a Comissão procura assegurar que as acções sobre prevenção da SIDA e outras doenças transmissíveis sejam objecto da máxima prioridade e de financiamento adequado e que lhes sejam atribuídos objectivos precisos. Será dada prioridade aos projectos de grande impacto e realizados em grande escala que envolvam, tanto quanto possível, a participação de organizações governamentais e não-governamentais com experiência demonstrada neste domínio.

76. A abordagem comunitária deve ser concebida para assegurar a coerência e a continuidade das acções preventivas. O programa de actividades tem que dirigir-se a cada fase do processo de prevenção, incluindo informação e dados, educação, intervenções preventivas específicas, aconselhamento e apoio. Deve igualmente incluir todas as intervenientes e sectores implicados nestas actividades, de forma a promover o desenvolvimento das capacidades necessárias, reforçar a cooperação entre as partes que empreendem as acções, e promover a coordenação entre as partes que iniciam as acções preventivas e as autoridades competentes. A fim de atingir a máxima eficácia, a Comissão concederá um apoio especial à criação de redes de organizações nos diferentes domínios e ao fortalecimento da cooperação entre as redes já existentes.

77. No que se refere à educação para a saúde, à promoção da saúde, à formação, informação e acções relacionadas com as doenças transmissíveis, devem estas em parte ser conduzidas no âmbito do programa sobre promoção da saúde, educação e formação e em parte ao abrigo do programa proposto, centrando-se em duas áreas, nomeadamente:

- doenças sexualmente transmissíveis (DST), com especial ênfase nas iniciativas da educação para a saúde para os jovens. Poderia tratar-se, por exemplo, de campanhas de educação/informação, utilizando técnicas de comunicação apropriadas, quer para o público geral ou para os grupos de pessoas num determinado ambiente;
- doenças evitáveis através da vacinação. A informação sobre campanhas de vacinação para determinadas doenças, como a tuberculose ou a tripla combinação de sarampo/parotidite/rubéola, destinadas aos pais ou a profissionais da saúde, sobretudo os médicos de família, é uma área em que a Comunidade deverá dar um contributo substancial.

3. *Outros instrumentos de acção comunitária*

78. Será dada especial atenção à obrigação contida no artigo 129º, que define que as exigências de protecção da saúde devem formar parte integrante das outras políticas comunitárias. Muitos aspectos da política comunitária afectam a prevenção de doenças transmissíveis e, na sua comunicação sobre saúde pública, a Comissão compromete-se a tomar plenamente em conta as questões de prevenção de doenças transmissíveis e de protecção da saúde. A Comissão estabeleceu procedimentos apropriados para assegurar que este compromisso é respeitado através da coordenação e consulta adequadas no desenvolvimento das políticas relevantes. Para além disso, a Comissão apresentará anualmente um relatório sobre os aspectos de protecção da saúde das políticas que farão parte do relatório anual da Comissão.

79. Dão-se em seguida exemplos de outras políticas e instrumentos comunitários passíveis de ter um impacto sobre a prevenção de doenças transmissíveis:

- determinados instrumentos relativos à realização do mercado único e à política dos consumidores, nomeadamente no que se refere aos precursores de drogas, aos produtos farmacêuticos, em particular as vacinas, e aos produtos médicos;
- políticas e instrumentos relacionados com as questões sociais, sobretudo no que se refere a emigrantes, pobreza, emprego, protecção da saúde e segurança dos trabalhadores e o Fundo Social Europeu;
- educação e formação para os jovens e para os profissionais da saúde, e actividades dirigidas aos jovens no domínio da cultura, da comunicação e da informação;
- instrumentos concebidos para proteger os direitos dos cidadãos e garantir a livre circulação de informação, nomeadamente medidas de protecção de dados pessoais.

80. O programa específico de investigação e desenvolvimento tecnológico no domínio da biomedicina e saúde (1994-1998) realça a integração da investigação fundamental e clínica e inclui os seguintes elementos:

- investigação viro-imunológica, genética, e a estrutura molecular e estrutural do VIH e a sua variabilidade;
 - investigação no sentido do desenvolvimento de uma vacina segura e eficaz contra a SIDA, e de marcadores para avaliar a sua eficácia e controlar a evolução da doença;
 - identificação, síntese e avaliação de componentes anti-virais e de drogas destinadas a combater a SIDA;
 - investigação clínica centrada nos ensaios clínicos, tratamento da SIDA e das doenças oportunistas, incluindo a investigação sobre o prognóstico e a progressão destas doenças e o impacto do tratamento;
 - estudos sobre a resposta dos hospedeiros, patogénese, modelos experimentais e novas patologias, e resistência às formas convencionais de terapia, tomando em consideração o problema das infeções hospitalares.
81. Foram feitos progressos significativos na luta contra a SIDA graças à investigação sobre a SIDA apoiada e coordenada pela Comunidade.
82. O estabelecimento de um programa de investigação de biomedicina e saúde (BIOMED 1), no âmbito do Terceiro Programa-Quadro permitiu a mais de 6 000 equipas de investigação colaborar entre si no seio de 400 redes criadas para estimular a cooperação entre as equipas de investigação em toda a União Europeia e no Espaço Económico Europeu, e entre disciplinas complementares, com vista a fazer face a problemas sobre saúde que seriam difíceis de resolver num contexto mais limitado.
83. No que se refere à investigação médica e biomédica, no domínio específico de outras doenças transmissíveis distintas da SIDA, a Comissão centrou-se numa série destas doenças ao abrigo do programa BIOMED 1 e tenciona fazer o mesmo na fase seguinte, BIOMED 2. Embora a investigação não se relacione particularmente com saúde pública, têm sido envidados alguns esforços especiais pelas equipas europeias, nomeadamente no campo da prevenção terciária no caso da hepatite C, uma vez que se trata de uma doença infecciosa e transmissível que frequentemente evolui para um cancro do fígado ou expõe as pessoas infectadas ao risco de contraírem a borreliose de Lyme. É importante também mencionar o estudo relativo aos marcadores genéticos específicos em relação com a epidemiologia molecular da tuberculose, uma nova disciplina que terá de desenvolver-se muito mais, mas que tem uma importância clara para a saúde pública, e o problema grave da múltipla resistência aos antibióticos do bacilo da tuberculose.

4. *Cooperação entre Estados-membros.*

84. Com base nos trabalhos anteriores, os domínios prioritários para uma potencial cooperação entre Estados-membros foram já identificados. Estes incluem:
- intercâmbios de informação sobre regimes de gestão de pessoas infectadas com o VIH ou a SIDA, incluindo assistência e os cuidados externos na Comunidade;
 - cooperação para o melhoramento da metodologia para avaliar a assistência e os regimes terapêuticos, nomeadamente a utilização de drogas;
 - consideração do acesso ao tratamento e cuidados e a forma de satisfazer as necessidades de grupos particulares, como as crianças, as mulheres grávidas e os emigrantes.

85. Sempre que for apropriado, a Comunidade encorajará a cooperação entre os Estados-membros nestes domínios apoiando os intercâmbios de informação e experiência, assim como a divulgação da melhor prática. A cooperação será também estimulada através do desenvolvimento de redes de apoio a programas ou projectos-piloto que tenham objectivos comuns com os Estados-membros.

5. *Cooperação com organizações internacionais e países terceiros*

86. As actividades do programa comunitário devem, por um lado, acrescentar à eficácia da luta global contra a SIDA e beneficiar igualmente com as experiências relevantes adquiridas em Estados não comunitários e do trabalho das organizações internacionais. As actividades do Conselho da Europa, nomeadamente sobre questões éticas, e o trabalho da Organização Mundial de Saúde (OMS) em muitos domínios da saúde pública devem ser tomados em consideração durante a aplicação do programa. De igual modo, as acções devem ter uma relação com as acções desenvolvidas pelos Estados não-comunitários e pelas organizações internacionais. A cooperação neste domínio é, pois, necessária, conduzindo, sempre que for adequado, a uma acção conjunta.

87. A Comissão propõe:

- basear-se na cooperação existente com a OMS, o Conselho da Europa e outros organismos internacionais, através do desenvolvimento de acções conjuntas e empregando a sua competência em trabalhos específicos;
- reforçar a cooperação com países terceiros sempre que for possível, promovendo acções conjuntas, fazendo-os participar nos projectos da Comunidade e dando assistência aos seus programas;
- contribuir para o objectivo da OMS de erradicar as seguintes doenças: sarampo, parotidite, rubéola congénita, tétano neonatal, difteria, e poliomielite. Para este fim, a Comissão tenciona estabelecer uma parceria eficaz com o Programa Alargado de Imunização (EPI) da OMS, que inclui os responsáveis pela aplicação do EPI em cada Estado-membro;
- estabelecer formas de consulta e cooperação com a OMS para a produção conjunta de um instrumento informativo baseado nos diversos dados sobre vigilância recolhidos, para divulgação entre especialistas.

88. O programa PHARE, criado em 1990, fornece apoio financeiro e técnico para reformas nos países da Europa Central e Oriental. Neste contexto, fornece apoio para a reestruturação dos sistemas de saúde com vista a melhorar a sua qualidade e eficácia. As actividades contra a SIDA podem ser apoiadas sempre que sejam incluídas em domínios de acção prioritários, como o desenvolvimento da formação, a promoção da saúde e medidas de prevenção. Analogamente, pode disponibilizar-se assistência para os novos estados independentes da ex-União Soviética ao abrigo do programa TACIS.

89. A Comunidade Europeia iniciou actividades relacionadas com a SIDA para os países em vias de desenvolvimento ao abrigo do seu programa de desenvolvimento, com base nas resoluções do Parlamento e do Conselho de Ministros⁽¹⁵⁾. Baseando-se na

⁽¹⁵⁾ Resolução do Parlamento sobre SIDA, JO n° C 88 de 14.4.1986, e Resolução do Conselho, JO n° C 184 de 23.7.1986.

experiência de sete anos de programas de apoio em países em vias de desenvolvimento, a Comissão apresentou ao Conselho uma Comunicação (COM (93) 479) que define os princípios de política fundamentais assim como as estratégias prioritárias para a Comunidade e os Estados-membros no domínio do VIH/SIDA nos países em vias de desenvolvimento. A Comunicação foi sancionada por uma Resolução do Conselho em Maio de 1994. A Comissão apresentou igualmente uma comunicação mais geral intitulada "A política da Comunidade e dos Estados-membros sobre cooperação com os países em vias de desenvolvimento no domínio da saúde" (COM (94) 77).

90. No âmbito das Convenções de Lomé, foram, e continuam a ser, envidados esforços significativos destinados a ajudar os países ACP a desenvolver sistemas de cuidados de saúde que possam contribuir para reduzir eficazmente o fardo das doenças transmissíveis. É dada atenção particular ao desenvolvimento de actividades de prevenção a nível periférico, à melhoria da acessibilidade física e financeira aos cuidados de saúde básicos e a medicamentos essenciais, sobretudo antibióticos. O Programa SIDA CE/ACP foi lançado em 1987, com a colaboração dos países ACP (os países de África, Caraíbas e Pacífico ligados pela Convenção de Lomé). Um ano mais tarde, em 1988, o programa da Comunidade contra a SIDA foi alargado para abranger todos os países em vias de desenvolvimento, tendo a tónica sido colocada especificamente na prevenção. A contribuição financeira total da Comissão para o período de 1987-1992 foi de 74,8 milhões de ecus, excluindo os fundos concedidos para investigação. Os Estados-membros contribuíram com 156,4 milhões de ecus durante o mesmo período, elevando a contribuição total dos Doze a 231,2 milhões de ecus.
91. Desde 1988 que o Programa Específico de Investigação e Desenvolvimento Tecnológico da Comunidade Europeia no domínio das Ciências e Tecnologias da Vida para os Países em Desenvolvimento (CEE-SDT) se centra também nos aspectos específicos da epidemia da SIDA nos países em vias de desenvolvimento. Este programa contribui para a melhoria do equilíbrio entre a investigação biomédica e a investigação sobre programas, promovendo a investigação socioeconómica, desenvolvendo as capacidades de investigação dos institutos de investigação nacionais e regionais nos países em vias de desenvolvimento, e melhorando a utilização dos resultados da investigação de modo a assegurar que estes são rapidamente postos em prática.

V. PLANO DE ACCÃO COMUNITÁRIA

92. Em muitos aspectos, a participação da Comunidade nas actividades de saúde pública para a prevenção de doenças infecciosas e transmissíveis, com excepção da SIDA, é relativamente recente. A contribuição comunitária complementa os trabalhos em curso neste domínio levados a cabo pelos Estados-membros e por várias organizações internacionais competentes na esfera da saúde pública, nomeadamente a OMS. As acções prioritárias aqui descritas baseiam-se nas necessidades dos Estados-membros, para as quais é rentável empreender uma acção a nível comunitário.

93. Os objectivos gerais são:
- contribuir para a melhoria da prevenção de doenças transmissíveis na Comunidade, desenvolvendo instrumentos adequados para a difusão de informação realizada oportunamente, assim como para assegurar a consulta prévia sobre doenças transmissíveis e medidas tomadas contra as mesmas, tomando em consideração a situação actual;
 - desenvolver e melhorar as medidas práticas existentes destinadas a evitar a emergência ou o ressurgir destas doenças.

94. No que se refere à epidemia do VIH/SIDA, consideram-se sobretudo três objectivos gerais:

- contribuir para a redução da propagação do VIH/SIDA na Comunidade;
- contribuir para minimizar as consequências adversas da epidemia para os indivíduos e para a sociedade;
- cooperar com os esforços para combater a SIDA e o VIH no exterior da Comunidade.

A. Acções contra o VIH/SIDA e as doenças sexualmente transmissíveis

1. Recolha de dados

95. Os dados epidemiológicos nacionais transmitem-se actualmente ao Centro Europeu para o Controlo Epidemiológico da SIDA, em Paris, que produz estatísticas para a Comunidade. Os dados de que se dispõe para o conjunto da Comunidade limitam-se, contudo, à SIDA. Devido às diferenças de abordagens nos Estados-membros sobre os testes do VIH para fins epidemiológicos, não se dispõe de dados sobre a prevalência e a incidência da infecção por VIH na Comunidade. Por outro lado, as diferenças existentes nos sistemas de recolha de dados nos Estados-membros e na aplicação de definições podem atrasar a transmissão dos dados para o Centro de Paris e causar dificuldades na sua interpretação, sempre que provenham de diferentes fontes.
96. Não só os dados epidemiológicos, mas também a informação exacta sobre os conhecimentos, as atitudes e o comportamento do público no que se refere ao VIH/SIDA são importantes para desenvolver políticas e avaliar uma acção preventiva. A informação dos Estados-membros varia, e aquela de que se dispõe não é sempre directamente comparável.
97. Em último lugar, as medidas tomadas para combater a SIDA e o VIH nos Estados-membros consomem enormes recursos financeiros e humanos, sendo provável que estes aumentem. É importante desenvolver e promover parâmetros objectivos para avaliar a eficácia das medidas de prevenção, assim como o é o intercâmbio de informação e da experiência que permite que os Estados-membros comparem acções, utilizem as melhores práticas desenvolvidas até ao momento e aprendam com os outros Estados-membros sobre o que provou ser eficaz.
98. Os objectivos de acções comunitárias poderiam ser:

- melhorar a recolha, a análise e a difusão de dados epidemiológicos e outros sobre a SIDA, e aumentar a quantidade de dados disponíveis sobre a infecção por VIH, garantindo ao mesmo tempo, no que respeita a dados pessoais identificáveis, a existência de salvaguardas adequadas para proteger a privacidade dos indivíduos;
- melhorar a informação disponível sobre os conhecimentos, as atitudes e o comportamento do público geral e de grupos determinados relativamente à SIDA;
- melhorar a qualidade de informação sobre medidas preventivas e a sua eficácia e promover a sua difusão.

99. As acções a empreender para alcançar estes objectivos poderiam ser:

- consolidar a cooperação e os intercâmbios entre Estados-membros para melhorar a qualidade, comparabilidade e acessibilidade de dados sobre a SIDA e explorar a forma de obter mais dados sobre o VIH, sendo neste contexto uma clara prioridade o estabelecimento de níveis equivalentes de protecção para dados pessoais a nível dos Estados-membros; apoiar o Centro Europeu para o Controlo Epidemiológico da SIDA para permitir um maior desenvolvimento do seu trabalho;
- recolher, analisar e difundir a informação existente sobre os conhecimentos, as atitudes e o comportamento do público geral e dos grupos específicos e sobre as medidas preventivas empreendidas na Comunidade Europeia: desenvolvimento de outros inquéritos realizados no âmbito do Eurobarómetro sobre os conhecimentos e as atitudes da população geral no que se refere à SIDA;
- promover o desenvolvimento e a utilização de parâmetros de avaliação para avaliar a eficácia das medidas preventivas, incluindo o número e os temas abordados nos telefonemas para as linhas SOS SIDA, o nível e o tipo de cobertura média, e as tendências da incidência das doenças sexualmente transmissíveis.

2. *Medidas para crianças e jovens*

100. O melhor é informar as crianças e os jovens no momento apropriado, durante o seu processo de crescente consciência sexual e desenvolvimento pessoal. O facto de proporcionar informação sobre o VIH/SIDA e as DST aos jovens que podem ver-se tentados a experimentar actividades de alto risco relativas ao sexo e às drogas ajuda a minimizar os riscos de infecção e a compreender o impacto das doenças. Essa informação pode ser transmitida dentro e fora de um contexto educativo formal, quer seja nos clubes de jovens ou de desporto, durante as actividades organizadas durante as férias ou nos locais de diversão.
101. Independentemente do local onde a informação é transmitida, deverá ter-se em conta a idade, o nível de maturidade e as bases culturais, religiosas e sociais dos jovens. Por outro lado, existem determinados meios específicos, como as instituições penitenciárias e militares, os orfanatos e os lares residenciais onde seria útil fornecer

uma informação especificamente talhada para os jovens que aí se encontram, assim com outros grupos específicos, como as crianças oriundas de situações familiares desastrosas, ou com dificuldade de aprendizagem, ou ainda que abandonam as escolas, para as quais deveriam desenvolver-se iniciativas especiais.

102. Os programas de educação geral em matéria de saúde e de sexo, que cobrem o desenvolvimento físico, mental e social e as relações pessoais, assim como a formação dos docentes e outras pessoas implicadas, são tratadas no programa proposto de promoção, educação e formação no domínio da saúde.
103. Os objectivos a levar a cabo poderiam ser:
- fomentar o fornecimento de informação sobre o VIH/SIDA e as DST a grupos específicos de crianças e de jovens em meios específicos;
 - consolidar a cooperação e os intercâmbios entre as autoridades nacionais e outras organizações implicadas nos trabalhos para melhorar a coerência da informação proporcionada nos diversos Estados-membros.
104. As acções a empreender para alcançar estes objectivos poderiam ser:
- promoção de iniciativas para fornecer informação pertinente a grupos específicos de crianças e de jovens em ambientes específicos sobre os conhecimentos, opiniões, comportamentos e necessidades em relação ao VIH/SIDA e as DST, e intercâmbio de material educativo e de formação, assim como promoção de projectos-piloto;
 - estímulo de estudos e de intercâmbios que analisem a informação que se fornece actualmente sobre o VIH/SIDA e as DST a crianças e jovens, especialmente no exterior do contexto educativo, incluindo os programas que surgem em meios específicos e para grupos específicos, e promoção de projectos-piloto.

3. *Prevenção da transmissão do VIH e das DST*

105. A informação dirigida à redução de transmissão sexual do VIH e das DST entre o público geral deve ser complementada por iniciativas preventivas específicas dirigidas a grupos de pessoas, excluindo as crianças e os jovens, que podem correr um risco maior ou que se encontram em ambientes onde poderão defrontar-se com problemas específicos. A experiência indica que estas medidas são úteis para pessoas que se prostituem e respectivos clientes, utilizadores de droga por via parental, viajantes e turistas, instituições penitenciárias e profissionais dos serviços de saúde.
106. A Comunidade Europeia tomou já medidas para assegurar que os preservativos são fabricados de acordo com normas de segurança máxima. Mas existem também outros problemas a enfrentar, nomeadamente assegurar que as pessoas utilizam os preservativos correctamente e a necessidade de desenvolver e promover novos métodos de protecção.
107. Os objectivos a seguir poderiam ser :
- reduzir a transmissão materno-infantil do VIH;
 - reduzir a transmissão do VIH e das DST em meios específicos, como penitenciárias e hospitais, onde existem problemas particulares;

- reduzir a transmissão do VIH e das DST entre os grupos cujos membros podem adoptar um comportamento de alto risco, especialmente os consumidores de droga por via intravenosa e os prostitutas;
- assegurar que os preservativos disponíveis na Comunidade têm a máxima segurança se forem correctamente utilizados e promover outros métodos de protecção para serem utilizados pelas mulheres;

108. As acções a empreender poderiam incluir:

- informação sobre turismo transnacional e viagens entre os Estados comunitários e não-comunitários, e promoção de projectos-piloto adequados, por exemplo, nos centros turísticos ou zonas fronteiriças;
- informação para mulheres grávidas, em especial toxicómanas, que possam correr o risco de transmitir a infecção por VIH aos seus filhos;
- informação para seropositivos VIH e doentes de SIDA e DST em instituições penitenciárias, incluindo a informação aos reclusos e propor medidas de redução dos danos, nomeadamente colocando seringas à disposição dos consumidores de droga por via intravenosa;
- avaliação dos conhecimentos, das atitudes e do comportamento dos toxicómanos relativamente ao VIH/SIDA e das estratégias de prevenção do VIH dirigidas aos mesmos; intercâmbio de informação sobre o abastecimento de seringas seguras e sobre os programas de metadona;
- intercâmbios de informação sobre a situação das pessoas que correm um risco específico de infecção por VIH e DST, incluindo trabalhadores do sexo e mulheres toxicodependentes, e sobre as acções actualmente empreendidas;
- intercâmbio de informação sobre o desenvolvimento e a promoção de novos métodos de protecção.

4. *Segurança do sangue e seus derivados*

109. A administração de sangue e de produtos sanguíneos contaminados pelo VIH a doentes de hemofilia e talassemia e a outras pessoas que durante estes últimos anos precisaram de transfusões, e as consequências trágicas destes actos, realçaram os perigos potenciais da transfusão sanguínea e realçaram a importância de garantir a segurança do sangue e seus derivados e a necessidade de alcançar na Comunidade a auto-suficiência em sangue como material de origem para produtos abrangidos pela Directiva 89/381/CEE, a partir de dádivas voluntárias não-remuneradas.

110. O controle do sangue e dos derivados sanguíneos para garantir a segurança da sua utilização é uma questão que está a ser examinada actualmente pela Comissão, em estreita colaboração com os Estados-membros, com o objectivo de determinar quais as regras comunitárias necessárias. Os resultados desta análise serão tornados públicos numa comunicação que a Comissão tenciona transmitir ao Conselho e às outras instituições comunitárias em devido tempo. Além disso, a Comissão está a levar a cabo, em estreito contacto com os Estados-membros, um trabalho referente à avaliação da situação na Comunidade sobre auto-suficiência, vigilância de atitudes, comportamentos e práticas no que se refere à dádiva e à sua promoção, utilização óptima do sangue e dos derivados sanguíneos, e apoio à criação de redes com vista a assegurar o intercâmbio de informação e facilitar as transferências de sangue e seus derivados.

5. *Apoio social e psicológico*

111. As necessidades sociais e psicológicas do número crescente de pessoas afectadas directamente pelo VIH/SIDA fazem com aumentar a pressão em matéria de prestação de serviços por parte dos Estados-membros. Um problema específico é o das famílias onde um ou mais membros estão infectados. Essas famílias deparam-se com dificuldades enormes, incluindo a estigmatização e a discriminação.
112. Em resposta a estes problemas, verifica-se que na Comunidade, os organismos não-governamentais desempenham um papel cada vez mais importante no fornecimento de informação, assistência e apoio social e psicológico. Uma tendência paralela tem sido o aparecimento de grupos de auto-ajuda entre os seropositivos VIH. A Comunidade pode desempenhar um papel em áreas de apoio não médico com o objectivo de colaborar nos esforços nacionais.
113. Os objectivos neste campo poderiam ser:
- ajudar os Estados-membros a melhorar a eficácia dos seus dispositivos de apoio social e psicológico;
 - apoiar as actividades de organismos não-governamentais, incluindo os grupos de auto-ajuda, e consolidar as suas capacidades.
114. As acções a levar a cabo poderiam incluir:
- intercâmbios de experiências sobre modelos de ajuda e apoio, promoção de projectos-piloto e de estudos sobre os aspectos psicossociais da doença;
 - intercâmbios sobre as necessidades nas famílias com membros seropositivos VIH;
 - elaboração de manuais, boletins e guias informativos sobre a transmissão do VIH, assistência e terapia, dos quais constem os nomes de organizações que proporcionam conselho e apoio;
 - fomentar a criação de redes de organizações nestes domínios, particularmente em regime de voluntariado.

6. *Luta contra a discriminação*

115. A discriminação dos seropositivos VIH e dos doentes de SIDA, assim como das pessoas que deles estão próximos, nomeadamente através da sua exclusão do acesso a determinados empregos, a habitação, seguros, educação ou cuidados de saúde é moralmente censurável, relevando-se além disso contraproducente para as medidas sanitárias públicas. Se se depararem com preconceitos e estigmatização, é mais provável que os seropositivos ocultem o seu estado - que inclusivamente se neguem a submeter-se a análises que poderiam revelar que o são - e menos provável que se ponham em contacto com os serviços sanitários e sociais que poderiam ajudá-los.
116. A menos que as pessoas que trabalham voluntariamente se prestem a este tipo de contactos, e a menos que a confidencialidade e as liberdades fundamentais sejam garantidas, a doença ficará por detectar, o que dificulta mais ainda o seu combate. Por outro lado, quando essa discriminação se alia ao preconceito contra os grupos marginais e as minorias, como os homossexuais e os imigrantes, podem produzir-se graves tensões e desfasamentos sociais.

117. Outra forma de discriminação é a de submeter determinados grupos a testes obrigatórios de VIH por razões não relacionadas com a saúde pública. Existem em vários países do mundo estas práticas de testes obrigatórios para determinados grupos de pessoas, como presidiários, soldados, pessoas à procura de emprego ou que realizam determinados trabalhos, emigrantes ou viajantes que chegam a um país. Trata-se também de discriminação se o teste do VIH for realizado sem o consentimento do próprio, se houver violação da confidencialidade sobre a infecção de uma pessoa ou se for realizada um controlo obrigatório dos contactos sexuais.
118. À luz desta situação, os objectivos poderiam ser:
- aumentar a compreensão sobre a SIDA e o VIH e respectivos efeitos, e reduzir o medo e os preconceitos que podem conduzir a discriminações;
 - apoiar os esforços dos Estados-membros para combater a discriminação, e complementá-los através da acção comunitária, quando apropriado.
119. As acções a empreender poderiam ser:
- revisão, com os Estados-membros, das disposições em matéria de discriminação constantes da Resolução do Conselho e dos Ministros da Saúde dos Estados-membros, de 22 de Dezembro de 1989⁽¹⁶⁾, assim como das medidas tomadas na Comunidade para evitar ou reduzir a discriminação;
 - análise de situações discriminatórias reais e potenciais na Comunidade, nomeadamente nos domínios do emprego, dos seguros, da habitação, da educação e dos cuidados de saúde e nas fronteiras, assim como dos testes obrigatórios para grupos como imigrantes, reclusos, pessoas à procura de emprego, doentes e soldados.

B. Medidas comunitárias específicas para determinadas doenças transmissíveis

1. Acções relacionadas com a vacinação

120. Um dos métodos mais eficazes para proteger uma pessoa contra determinadas doenças transmissíveis é a vacinação, desde que exista uma vacina efectiva, o que, infelizmente, não acontece sempre. Além disso, a vacinação é uma das medidas de protecção sanitária existentes mais rentáveis, tanto a nível da população como dos indivíduos.
121. Em termos de saúde pública, os riscos de epidemia são mais baixos quando se vacinou um número suficiente de pessoas contra uma doença; isto está também relacionado com o nível de cobertura vacinal, sendo o ideal, evidentemente, uma cobertura de 100%. É óbvio que o nível de transmissão de um agente infeccioso responsável por uma doença no seio de uma determinada população depende do nível de cobertura de vacinação dessa população.

⁽¹⁶⁾ JO nº C 10 de 16.1.1990, p. 3.

122. Consequentemente, uma política de saúde pública eficaz neste domínio implica estabelecer, aperfeiçoar e aplicar um programa de vacinação o mais eficaz possível, cabendo aos Estados-membros executar este programa. Qualquer programa nacional de imunização contra uma determinada doença compreenderá necessariamente duas etapas. A primeira consiste em constituir uma reserva da vacina apropriada, contar com pessoal para executar a vacinação e estimular as pessoas a vacinarem-se. Na segunda deve verificar-se a eficácia do programa: isto implica determinar o nível de cobertura de vacinação e as diferenças neste nível em relação ao tempo decorrido e por zonas geográficas, o controle da doença e a criação de serviços laboratoriais de referência para identificar as estirpes responsáveis pela doença.
123. Em geral, não existem dados coerentes e fiáveis sobre os níveis de cobertura de vacinação para determinadas doenças ou sobre a vigilância das mesmas. Além disso, as fontes de informação diferem muito de um Estado-membro para o outro, sendo incerta a fiabilidade da informação referente aos esquemas de imunização e sua aplicação. Estes esquemas reflectem-se nos calendários de vacinação, que diferem em termos de dose, idade da primeira inoculação, inoculações seguintes, etc. Disto resulta que não há uma indicação clara do nível de protecção das populações, o que cria um risco potencial quando numa população aparecem casos de uma doença importada.
124. Para cumprir o requisito de um elevado nível de protecção da saúde, uma política de vacinação a nível comunitário poderia ter em conta os seguintes objectivos em termos de saúde pública:
- determinar tão exactamente quanto possível os níveis de cobertura de vacinação para determinadas doenças em cada Estado-membro, a fim de estabelecer um quadro do estado global de imunização na Comunidade Europeia;
 - contribuir para melhorar a cobertura de vacinação onde for necessário, doença a doença, fornecendo apoio para iniciar campanhas de vacinação com vista a alcançar um nível de cobertura de vacinação suficientemente elevado para evitar a circulação de agentes infecciosos responsáveis pela doença.
125. Poderiam prever-se as seguintes acções neste domínio:
- publicação de um documento que mostre todas as pautas de vacinação actualmente disponíveis e em vigor nos Estados-membros;
 - estabelecimento e criação de uma metodologia normalizada para avaliar os níveis de cobertura de vacinação;
 - avaliação dos níveis de cobertura de vacinação em determinados grupos da população, como, por exemplo, crianças.
2. *Criação e desenvolvimento de redes*
- a) Vigilância
126. A vigilância, que inclui a recolha, o tratamento e a análise de dados sobre as doenças transmissíveis, e a comunicação posterior dos resultados às autoridades de saúde pública, toma várias formas, dependendo do tipo de doenças transmissíveis em estudo.

127. Pode realizar-se com base em critérios clínicos e/ou biológicos (os dados são fornecidos por médicos de clínica geral e laboratórios de análises) ou com base em inquéritos (quer exaustivos quer por amostra, dependendo do tipo de doença em estudo: as doenças raras e graves requerem inquéritos exaustivos, por exemplo, notificações obrigatórias ou registos de morbilidade, enquanto as doenças comuns e menos graves exigem inquéritos por amostra de redes de médicos ou de laboratórios). Além disso, a validade da vigilância depende da frequência da recolha de dados, que pode ser contínua ou periódica (mas repetida em intervalos suficientemente pequenos). Os dados podem ser recolhidos de forma passiva (isto é, aguardando a chegada da informação) ou activa (isto é, através do contacto regular ou permanente com a fonte de informação).
128. A vigilância depende também do nível administrativo (isto é, local, nacional ou internacional), e o meio seleccionado deve ser o mais adequado para os requisitos (sobretudo no que se refere à velocidade), por exemplo, questionário escrito, inquérito telefónico ou transmissão electrónica de dados. Além disso, uma operação de vigilância verdadeiramente rigorosa deverá oferecer pelo menos dois sistemas independentes e complementares de vigilância para a mesma doença: a integralidade e a representatividade dos dados recolhidos podem então ser verificadas comparando os dados dos diversos sistemas. Isto requer recursos adequados para assegurar um nível satisfatório de operação e eficácia.
129. Todas estas observações indicam existir a necessidade de melhorar, a nível comunitário, a disponibilidade, qualidade, relevância e difusão de dados sobre determinadas doenças transmissíveis.
130. As doenças sujeitas a esta vigilância podem ser agrupadas em categorias:
- doenças pelas quais ressurgiu o interesse: tuberculose (resistência aos antibióticos) e transmissão pelo sangue (hepatite);
 - doenças que podem ser evitadas através da vacinação, que justificam uma abordagem específica;
 - infecções nosocomiais;
 - doenças gastrointestinais (E. Coli entero-hemorrágico, salmonelose, etc.) e algumas outras doenças (doença dos legionários, etc.).
131. Os objectivos desta vigilância podem enumerar-se do seguinte modo:
- detecção precoce de surtos epidémicos;
 - estabelecimento de orientações para que a intervenção epidemiológica conduza à contenção destes surtos;
 - identificação das tendências a médio e longo prazo no que se refere a doenças concretas;
 - identificação dos grupos de risco;
 - estudo de alterações nos modos de transmissão;
 - avaliação de estratégias de prevenção e de medidas correspondentes;
 - estabelecimento de hipóteses para a investigação subsequente e formulação de um plano de saúde pública.
132. Tendo em conta os objectivos a nível da Comunidade Europeia, poderiam propor-se as seguintes acções:

- interligar os sistemas de vigilância dos Estados-membros, dando ênfase a determinados tipos de sistema: notificação obrigatória de certas doenças acordadas, recolha de dados sobre doenças nosocomiais; redes de médicos e de laboratórios ligadas por computador; estudos singulares; inquéritos num determinado dia;
- estabelecer um consenso para a adopção de uma definição de caso comum a todos os Estados-membros, assim como da frequência de recolha de dados e natureza das variáveis a recolher;
- melhorar a qualidade destes sistemas proporcionando o auxílio financeiro apropriado, a ser conjuntamente acordado num grupo que inclua servidores e utilizadores dos sistemas;
- oferecer ajuda aos Estados-membros que a solicitem, através do desenvolvimento de uma estrutura de redes baseada em recursos reunidos.

133. Além disso, no que se refere às doenças nosocomiais, os objectivos de uma política comunitária poderiam ser:

- melhorar a consciência da existência das infecções nosocomiais, que se dissimulam frequentemente devido ao estado de saúde debilitado do doente, através do estabelecimento da consulta e da coordenação entre as poucas redes de vigilância nacionais ou regionais existentes neste domínio, com vista a atingir um nível mínimo de comparabilidade dos resultados registados a nível local e a identificar o papel e a distribuição dos factores de risco;
- promover intercâmbios de experiência sobre as formas como os intervenientes neste domínio analisam, processam e utilizam os resultados da vigilância, com vista a evitar infecções nosocomiais e a reduzir os custos de hospitalização relacionados;
- promover e apoiar a criação gradual de novas redes de vigilância para que as autoridades de saúde pública nacionais fiquem mais conscientes do problema e comecem a incluir dados sobre as infecções nosocomiais nos seus inquéritos de rotina relativos às condições hospitalares.

134. Para alcançar estes objectivos, a Comissão poderia levar a cabo as seguintes acções específicas:

- elaboração de protocolos normalizados para a vigilância das infecções nosocomiais, incluindo critérios de definição da infecção, critérios de inclusão e convenções de codificação das infecções;
- criação de uma base de dados de referência utilizável por todos os estabelecimentos de assistência médica da rede, mostrando a incidência de certas infecções nosocomiais importantes com referência a tipos de factores de risco e a tipos de práticas de prevenção actualizadas. Ao realçar as diferenças regionais em matéria de práticas de prevenção e tratamento, a base de dados permitirá igualmente identificar os problemas reais que os resultados nacionais agregados tendem a não revelar.

b) Divulgação de informação epidemiológica

135. É evidente que, após serem validados e interpretados, os dados recolhidos na vigilância de doenças infecciosas transmissíveis devem ser divulgados de forma adequada entre as autoridades sanitárias públicas, para que estas possam definir e

adoptar medidas preventivas apropriadas, devendo também ser transmitidos aos agentes neste domínio, nomeadamente os clínicos gerais, que são frequentemente as fontes originais de informação.

136. A informação em questão pode servir um de dois objectivos: pode referir-se a uma situação de emergência em que se tenham observado surtos ou uma epidemia de uma doença infecciosa transmissível, caso em que se deverá alertar as autoridades sanitárias públicas para poder empreender uma acção rápida, ou pode referir-se a uma situação de rotina, tratando-se apenas de uma transmissão periódica dos dados de vigilância harmonizados produzidos pelos sistemas ou pelas redes nacionais de vigilância.
137. No primeiro caso, a informação sucinta e validada deve ser rapidamente comunicada através dos sistemas de comunicação, como a transmissão electrónica de dados. No segundo caso, a informação é de natureza mais complexa e transmite-se aos profissionais da saúde e às autoridades sanitárias sob forma de boletim para especialistas, após ter decorrido um certo tempo, embora não excessivamente longo. Em ambos os casos, é necessário existir a combinação de uma rede de sistemas de vigilância com a informação validada disponível e um meio de comunicação apropriado.
138. Tendo em conta o que foi referido anteriormente, os objectivos da Comunidade nesta área poderiam ser:
- conhecimento melhorado e difusão mais ampla (quer dizer, para além do Estado-membro de origem) de boletins epidemiológicos nacionais existentes que contenham dados de vigilância de rotina (informação quantitativa) e artigos originais específicos (informação qualitativa);
 - criação de um serviço informativo epidemiológico aberto aos especialistas e aos responsáveis no domínio da saúde pública em toda a Comunidade. A informação seria difundida a intervalos compatíveis com os requisitos da acção de saúde pública neste âmbito.
139. Para alcançar estes objectivos, a Comissão poderia levar a cabo as seguintes acções:
- um estudo-piloto para estabelecer o valor-acrescentado de uma informação semanal, que estaria electronicamente à disposição de todas as redes nacionais de vigilância de doenças transmissíveis;
 - um estudo-piloto para a produção de um boletim bimensal ou trimestral da Comunidade Europeia, de quatro a seis páginas, concebido para o público acima referido e que incluía dados processados.

3. *Informação, educação e formação*

140. É necessário aumentar os conhecimentos e a compreensão da população sobre as doenças transmissíveis e suas implicações, a fim de evitar a sua transmissão e reforçar os esforços preventivos. A elaboração e execução de campanhas de informação, dirigidas ao público em geral ou a grupos específicos, são instrumentos-chave da prevenção. Devem, sem dúvida, ser essencialmente empreendidas por cada Estado-membro, e o que é apropriado e eficaz em cada Estado varia de acordo com as suas diferentes tradições e características da doença. Contudo, a Comunidade pode

ajudar os Estados-membros a aproveitar os resultados da experiência adquirida noutra local, dado que a coordenação de campanhas em toda a Comunidade pode ajudar a tornar conhecidas as actividades nacionais e o respectivo impacto.

141. Existe também uma necessidade crescente de actividades de informação para responder à mobilidade cada vez maior da população da Comunidade, assim como de medidas específicas dirigidas a grupos-alvo, como turistas, migrantes, refugiados e viajantes profissionais. Além disso é necessária informação para os que trabalham nos meios de comunicação social, de modo a assegurar uma informação exacta relativamente ao VIH/SIDA e outras doenças transmissíveis. As actividades empreendidas a nível comunitário podem ajudar a complementar as medidas nacionais neste domínio.
142. As pessoas com problemas pessoais particulares necessitam de ter acesso a uma informação e a um aconselhamento específicos respeitando a sua privacidade e confidencialidade. Juntamente com os centros especializados de aconselhamento, as linhas telefónicas SOS e outros mecanismos de resposta utilizando tecnologia moderna desempenham um papel apreciável. Contudo, este tipo de instrumento não existe em todos os pontos da Comunidade e nem sempre proporciona o mesmo nível de serviço.
143. As pessoas que participam na prevenção de doenças transmissíveis, nas actividades de assistência e apoio, assim como os profissionais cujo trabalho pode pô-los em contacto com pessoas infectadas, nomeadamente pelo VIH, com SIDA ou hepatite, tal como os serviços de urgência e o pessoal das prisões, necessitam de obter informação e formação sobre a doença e as técnicas preventivas básicas, e também sobre como dispensar conselhos e apoio psicológico. As iniciativas destinadas a melhorar a sua formação ajudarão a garantir que os recursos disponíveis são utilizados da melhor forma em toda a Comunidade.
144. Dada a escassez de mão-de-obra no campo da epidemiologia, particularmente no que se refere às metodologias de vigilância, e a grande diversidade de métodos utilizados para avaliar o grau de doenças infecciosas e controlá-las, a utilização de métodos de avaliação comparativos é actualmente difícil. Qualquer tentativa para melhorar esta situação deve também ter em conta a dimensão internacional, e em especial a dimensão da Comunidade Europeia. Isto é particularmente verdade no que se refere a agrupar casos de uma doença de etiologia desconhecida.
145. A epidemiologia de terreno requer a aplicação de métodos epidemiológicos de vigilância, produção de dados, acção de saúde pública e controlo de doenças transmissíveis, para tomar todas as medidas conducentes a deter a propagação de um surto epidémico e a extingui-lo.
146. Actualmente, a informação proveniente dos Estados-membros não é comparável devido à grande diversidade dos seus sistemas de vigilância. Acrescenta-se a isto o facto de poucos surtos epidémicos serem detectados e adequadamente investigados. Quando surge um problema de saúde pública desta natureza, raramente se realiza uma investigação de caso e se estabeleçam as recomendações apropriadas, frequentemente pela ausência de uma formação epidemiológica que permitiria às pessoas que trabalham nos sistemas de vigilância lidarem com este tipo de situação.

147. Existe, pois, a necessidade de fornecer formação específica, que incluiria não só um elemento académico básico, como também experiência prática de aproximadamente dois anos em vários Estados-membros. Este modelo demonstrou a sua eficácia nos Estados Unidos e no Canadá, mas não existe na Europa. O objectivo é formar um número limitado de especialistas que investiguem os surtos e epidemias, os controlem e previnam as doenças infecciosas transmissíveis.
148. Neste contexto, um objectivo da Comunidade poderia ser o de melhorar as práticas de saúde pública no que se refere à vigilância de rotina das doenças infecciosas e surtos epidémicos, sempre e onde quer que se produzam na Comunidade.
149. Os objectivos nesta área poderiam ser:
- aumentar o nível de conhecimento e compreensão da população geral e de grupos específicos sobre determinadas doenças transmissíveis e o seu impacto;
 - maximizar a eficácia das campanhas dos Estados-membros mediante a coordenação de actividades, sempre que seja possível, complementando-as com iniciativas comunitárias;
 - ampliar o sistema de linhas telefónicas SOS existente e outros mecanismos de resposta, e melhorar a sua eficácia e cooperação;
 - melhorar as capacidades e os conhecimentos das pessoas directamente implicadas ou cujo trabalho as possa pôr em contacto com doenças transmissíveis;
 - controlar, e ajudar a melhorar, os cursos de formação e os materiais existentes;
 - assegurar uma sensibilização relativamente à prevenção de doenças transmissíveis e a outros problemas;
 - estimular um planeamento multi-sectorial e pluridisciplinar da prevenção.
150. Com vista a alcançar estes objectivos, a Comissão poderia:
- fomentar os intercâmbios entre Estados-membros e melhorar a cooperação em matéria de campanhas de informação dirigidas ao público em geral e a grupos específicos, incluindo o estabelecimento de formas de reforçar e coordenar campanhas de informação utilizando meios comunitários e produzindo materiais específicos para dar às campanhas uma dimensão comunitária;
 - promover o fornecimento de informação a ser utilizada no local de trabalho e no âmbito da investigação e vigilância da saúde;
 - estudar a oferta de linhas telefónicas SOS e de outros instrumentos de resposta, bem como de centros que proporcionam informação, fomentar a formação de redes e os intercâmbios de pessoal e de experiência, e criar projectos-piloto;
 - facilitar o exame dos programas de formação que se empregam actualmente para profissionais de saúde e outras pessoas que estão em contacto com as doenças transmissíveis, para identificar carências e ajudar a conceber programas de formação contínua;
 - promover novas oportunidades de formação para as pessoas directamente relacionadas com as doenças transmissíveis e o intercâmbio de materiais, de experiência e de pessoal, assim como de instrutores e de estudantes; criação de programas-piloto que impliquem intercâmbios entre determinados tipos de organismos de direito público e organizações de voluntários, e aplicação de outros programas-piloto de formação contínua para pessoas que, devido ao seu

- trabalho, estão em contacto com o VIH/SIDA, como o pessoal dos serviços de urgência e as instituições penitenciárias;
- facilitar uma avaliação da formação do pessoal em organizações não-governamentais e promover os intercâmbios para a difusão de competências e de uma melhor prática;
 - criar um grupodirectivo, com representantes dos Estados-membros, para examinar a forma de melhorar a formação para os epidemiologistas de terreno especialistas em doenças transmissíveis;
 - ajudar a desenvolver uma rede de epidemiologistas de saúde pública com vista a definir objectivos de acção e métodos comuns.

4. *Deteccção precoce e sistemática*

151. A deteção sistemática e precoce das doenças transmissíveis é um elemento importante, tanto para limitar a sua propagação entre a população como para melhorar o prognóstico das pessoas afectadas, permitindo iniciar um tratamento eficaz o mais cedo possível.
152. Algumas doenças transmissíveis dão uma indicação clara e rápida da sua presença, tornando assim supérflua qualquer abordagem que implique o seu rastreio sistemático e precoce. A situação é diferente no caso das doenças transmissíveis que se desenvolvem silenciosamente e de forma mais ou menos crónica (hepatite C, certas parasitoses) e no caso de algumas formas específicas de doenças transmissíveis (tuberculose) ou, por último, no de doenças com consequências específicas entre certos grupos de risco da população (toxoplasmose nas mulheres grávidas). Devido ao carácter oculto destas doenças transmissíveis, a sua deteção precoce deve incluir exames complementares específicos: análise serológica específica para hepatite C e a toxoplasmose, radiografia dos pulmões para a tuberculose, exame parasitológicos das fezes para determinadas helmintíases, etc.
153. A análise da situação nos Estados-membros revela que os métodos de rastreio precoce e sistemático para estas doenças transmissíveis variam frequentemente e que seria proveitoso promover o intercâmbio de informação e de experiência neste campo. Estes intercâmbios poderiam conduzir à implementação de projectos-piloto e à elaboração de recomendações a nível comunitário. A experiência retirada do rastreio precoce e sistemático num número inicial de doenças transmissíveis específicas poderia aplicar-se a outras doenças, caso estudos de viabilidade e as análises associadas de rentabilidade demonstrem a sua utilidade.
154. Os objectivos poderiam ser os seguintes:
- contribuir para o desenvolvimento e o estabelecimento da deteção precoce e de sistemas eficazes de rastreio de doenças transmissíveis;
 - aumentar a utilização de práticas apropriadas baseadas em orientações a elaborar a nível europeu nos protocolos de garantia de qualidade em matéria de rastreio e diagnóstico precoce de doenças transmissíveis;
 - melhorar a qualidade da deteção de doenças transmissíveis através do desenvolvimento da formação contínua do pessoal de saúde.

155. A estratégia poderia incluir os seguintes elementos-chave:

- promoção de investigações sobre a eficácia e a viabilidade do rastreio para determinados tipos de doença transmissível (tuberculose, hepatite, etc.);
- apoio à formação de pessoal de saúde, especialmente no contexto da detecção precoce e do rastreio sistemático de doenças transmissíveis;
- análise da rentabilidade do rastreio para diversos tipos de doenças transmissíveis, em especial entre as mulheres grávidas.

VI. CONSULTA, AVALIAÇÃO E RELATÓRIOS

1. MECANISMOS DE CONSULTA E PARTICIPAÇÃO

a) Comité Consultivo

156. A experiência do programa "A Europa contra a SIDA" entre 1991 e 1993 demonstrou claramente o valor de uma estrutura de consulta e coordenação apropriada. A fim de permitir uma integração tão completa quanto possível dos vários parceiros implicados no programa, 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 competentes no domínio da SIDA e de outras doenças transmissíveis. O Comité assistirá a Comissão em todas as questões de política relacionadas com a SIDA e com outras doenças transmissíveis, sobretudo no que se refere ao desenvolvimento e à abordagem do programa.

b) Outros participantes

157. A Comissão apoiará os Estados-membros na criação de comités de coordenação nacional para o programa sobre SIDA e outras doenças transmissíveis de modo a estimular a motivação e a participação dos agentes nacionais. Estes comités nacionais, cuja composição e estatutos são integralmente fixados a nível local, mostraram já o seu valor noutros programas melhorando a coerência das acções empreendidas a nível nacional e auxiliando os parceiros nacionais implicados a trabalharem em conjunto de uma forma mais estreita.

158. Nos anos mais recentes do programa comunitário contra a SIDA, as ONG implicadas contribuíram generosamente para a realização das acções comunitárias, tanto em termos de financiamento como em termos de 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 formações directas com as mesmas.

159. A Comissão procurará, em particular, implicar outros parceiros, uma vez que tal se justifica pela envergadura da sua acção contra a SIDA e as doenças transmissíveis e pelas implicações noutros domínios de acção no âmbito da saúde pública. Neste contexto, a Comissão assegurará de que a sua acção contra a SIDA e outras doenças transmissíveis seja coerente com acções "horizontais" e com acções de programas de acção específicos que abordam outras doenças.

2. AVALIAÇÃO E RELATÓRIOS

160. A avaliação do plano de acção compreenderá três elementos principais:
- um relatório intercalar sobre a execução do programa dirigido ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões;
 - uma avaliação das principais actividades e estudos subvencionados realizada por peritos independentes;
 - um relatório global sobre a eficiência e a eficácia de projectos empreendidos no âmbito do plano de acção, a ser apresentado pela Comissão às instituições competentes no termo da execução do Programa.

161. Relatório intercalar e relatório global sobre a execução do plano de acção

O relatório intercalar tem por objectivo assegurar que as instituições e, através delas, todas as partes 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 a SIDA e outras doenças transmissíveis. A Comissão apresentará igualmente um relatório global final no termo do plano de acção.

162. Avaliação das principais acções e estudos subvencionados realizada por peritos independentes

A experiência adquirida nas acções realizadas entre 1991 e 1993 ao abrigo do programa "A Europa contra a SIDA" realçou a necessidade de uma avaliação mais eficiente das acções subvencionadas pelo programa, tanto no plano nacional como no plano comunitário. Estas avaliações facilitariam 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.

3. ACTIVIDADES DE INFORMAÇÃO GERAL

163. Além das acções de informação contidas no programa, a Comissão providenciará no sentido de facultar os resultados das acções, estudos e avaliações mais significativos às partes interessadas e ao público em geral.

Proposta de
DECISÃO DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO 94/0222 (COD)

que estabelece um programa de acção comunitária relativo à prevenção da SIDA
e de outras doenças transmissíveis no âmbito do quadro de acção
no domínio da saúde pública

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

1. Na sua Comunicação de 24 de Novembro de 1993 sobre o quadro de acção no domínio da saúde pública, a Comissão definiu o âmbito das futuras iniciativas a nível comunitário a fim de alcançar os objectivos de protecção da saúde fixados pelos artigos 3º, alínea o) e 129º do Tratado que institui a União Europeia. O papel da Comunidade está definido como de apoio aos esforços dos Estados-membros no domínio da saúde pública, prestando assistência na formulação e aplicação de planos e estratégias e contribuindo para a protecção da saúde na Comunidade, definindo como objectivo os melhores resultados já alcançados numa determinada área. As acções comunitárias são dirigidas à prevenção das doenças e ao fornecimento de informação e educação para a saúde. As exigências em matéria de protecção da saúde constituem uma componente das demais políticas comunitárias.
2. As futuras acções comunitárias no domínio da saúde pública devem ter em conta, entre outros, o princípio da subsidiariedade e o requisito da proporcionalidade. Neste contexto, é de salientar que a diversidade observada no interior dos Estados-membros e entre os mesmos em termos geográficos, climáticos, de estilos de vida, cultura, condições sócio-económicas e meio ambiente são tais que, de um modo geral, a Comunidade não pode propor requisitos pormenorizados. As actividades devem ser seleccionadas com base numa avaliação prévia e devem proporcionar um valor acrescentado comunitário alcançando simultaneamente uma relação custo-eficácia máxima.
3. A presente proposta define os objectivos e os domínios de acção para um programa sobre SIDA e determinadas outras doenças transmissíveis, o qual deverá ser levado a cabo entre 1995 - 1999. O papel da Comunidade consistirá em primeiro lugar em promover a cooperação entre os Estados-membros, apoiar as respectivas acções, promover a coordenação entre as suas políticas e programas em estreita colaboração com os próprios Estados-membros, complementar as suas acções, quando tal for adequado, através de medidas a nível comunitário e assegurar que as políticas comunitárias noutros domínios, como a educação, a política social e a realização do mercado único, apoiam a prevenção destas doenças.
4. Os objectivos do programa consistem em reduzir tanto quanto possível na Comunidade a propagação de doenças transmissíveis, incluindo o VIH e a SIDA, minimizar as consequências negativas para os indivíduos e a sociedade e cooperar através de esforços para combater estas doenças no exterior da Comunidade. À luz destes objectivos, a abordagem da Comunidade deve ser concebida para assegurar a coerência e a continuidade da acção preventiva e deve, conseqüentemente, contemplar cada fase do processo de prevenção, incluindo informação e dados, educação, intervenções específicas de prevenção, como o rastreio e a vacinação quando forem viáveis e adequados, e aconselhamento e apoio, assim como abranger todas as partes e situações implicadas nas várias fases.

5. Com vista a prosseguir estes objectivos, será necessário tomar uma vasta série de medidas preventivas, devendo algumas destas ser aplicadas em estreita ligação com outros programas comunitários existentes, nomeadamente no domínio da investigação e da assistência ao desenvolvimento, ou com as medidas que estão actualmente a ser desenvolvidas, como as relacionadas com a toxicodependência, promoção da saúde, educação e formação, dados e indicadores de saúde e controlo e vigilância de doenças.
6. Os programas de acção anteriores sobre SIDA realçavam uma série de domínios de actividade. Propõe-se continuar estas acções, alargando o âmbito do programa de modo a incluir determinadas outras doenças transmissíveis. Os domínios de actividade identificados na comunicação sobre o quadro de acção no domínio da saúde pública são: dados epidemiológicos, fornecimento de informação ao público e a grupos-alvo específicos, educação para a saúde, formação, detecção precoce e rastreio, investigação e cooperação com organizações internacionais e países terceiros. Outras áreas prioritárias identificadas são a recolha e divulgação de vários tipos de informação sobre a propagação de doenças e as medidas tomadas para lhes fazer face, medidas destinadas às crianças e aos jovens, intervenções preventivas com alvos determinados, doenças transmitidas através da transfusão sanguínea, apoio social e psicológico, combate à discriminação e testes de despistagem.
7. A Comissão transmitirá ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões um relatório intercalar e um relatório global sobre a aplicação do programa. Um grupo de peritos independentes procederá ainda a uma análise das principais acções e dos principais estudos financiados. Estas iniciativas irão permitir que as instituições avaliem o progresso e o impacte dos trabalhos e das acções desenvolvidas, podendo, então, ser modificados os métodos de aplicação, caso seja necessário.

Proposta de
DECISÃO DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO 94/0222 (COD)

que estabelece um programa de acção comunitária relativo à prevenção da SIDA e de outras doenças transmissíveis no âmbito do quadro de 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⁽¹⁾,

Tendo em conta o parecer do Comité Económico e Social⁽²⁾,

Tendo em conta o parecer do Comité das Regiões⁽³⁾,

Considerando que a prevenção de doenças, principalmente dos grandes flagelos, incluindo a toxicod dependência, constitui uma prioridade para a acção comunitária, exigindo uma abordagem global e coordenada entre os Estados-membros;

Considerando que a SIDA é actualmente uma doença incurável que, tendo em conta os seus modos de transmissão, só pode ser eficazmente combatida através de medidas preventivas;

Considerando que o plano de acção estabelecido pela Decisão 91/317/CEE do Conselho e dos Ministros da Saúde dos Estados-membros, reunidos no Conselho⁽⁴⁾, no âmbito do programa "A Europa contra a SIDA" terminou no final de 1993;

Considerando que, nas suas conclusões de 27 de Maio de 1993⁽⁵⁾, o Conselho e os Ministros da Saúde, reunidos em Conselho, realçaram a necessidade de prosseguir as actividades do programa "A Europa contra a SIDA";

(1) JO n° ...

(2) JO n° ...

(3) JO n° ...

(4) JO n° L 175 de 4.7.1991, p. 26.

(5) Doc 6946/93 SAN 36.

Considerando que, conseqüentemente, a Comissão apresentou ao Conselho, em 29 de Setembro de 1993, uma proposta de decisão relativa à extensão até ao fim de 1994 do plano de acção de 1991-1993 adoptado no quadro do programa "A Europa contra a SIDA"⁽⁶⁾, de modo a assegurar a continuação das acções comunitárias para combater a SIDA até à adopção de um programa de acção plurianual; considerando que o Conselho adoptou, em 2 de Junho de 1994, uma posição comum relativa a esta proposta⁽⁷⁾, com vista a prolongar o programa "A Europa contra a SIDA" pelo período de 1994-1995;

Considerando que, nas suas conclusões de 13 de Dezembro de 1993⁽⁸⁾, o Conselho acordou ser necessário um melhor conhecimento na globalidade da Comunidade das patologias em função das suas causas e do seu contexto epidemiológico;

Considerando que, nas mesmas conclusões, o Conselho realçou que o funcionamento correcto de uma rede de recolha de dados epidemiológicos requer que a formação teórica em epidemiologia e a preparação prática em epidemiologia neste domínio sejam desenvolvidas para as equipas que participam na rede;

Considerando que, na sua Resolução de 13 de Novembro de 1992⁽⁹⁾, o Conselho e os Ministros da Saúde dos Estados-membros, reunidos em Conselho, convidaram a Comissão a analisar as disposições existentes que estabelecem a cooperação entre os Estados-membros no domínio do controlo e da vigilância das doenças transmissíveis;

Considerando que as acções empreendidas a nível comunitário no domínio da SIDA necessitam de ser continuadas e alargadas para cobrir outras doenças transmissíveis, assim como consolidadas no âmbito do quadro de acção no domínio da saúde pública estabelecido pela Comissão⁽¹⁰⁾;

Considerando que, de acordo com o estabelecido pelo Conselho na sua Resolução de 27 de Maio de 1993⁽¹¹⁾, estas acções têm de tomar em consideração outras acções empreendidas pela Comunidade no domínio da saúde pública ou que têm um impacto sobre a saúde pública;

Considerando que, na sua Resolução de 2 de Junho de 1994 relativa ao quadro de acção comunitária no domínio da saúde pública⁽¹²⁾, o Conselho acordou que deve ser dada prioridade, no momento presente, à SIDA e a outras doenças transmissíveis;

Considerando que, de acordo com o princípio de subsidiariedade, as acções sobre questões que não sejam das atribuições exclusivas da Comunidade, nomeadamente a acção sobre VIH/SIDA e doenças transmissíveis, apenas devem ser empreendidas a nível comunitário quando, por razões da sua dimensão ou efeitos, os seus objectivos podem ser melhor alcançados ao nível comunitário;

(6) COM (93) 453 final, de 29.9.1993.

(7) JO n° C 213 de 3.8.1994, p. 220.

(8) JO n° C 15 de 18.1.1994, p. 6.

(9) JO n° C 326 de 11.12.1992, p. 1.

(10) COM (93) 559 final, de 24.11.1993.

(11) JO n° C 174 de 25.6.1993, p. 1.

(12) JO n° C 165 de 17.6.1994, p. 1.

Considerando que a cooperação com as organizações internacionais competentes e com países não-membros deve ser reforçada;

Considerando que é necessário um programa plurianual, definindo os objectivos da acção comunitária, as acções prioritárias para a prevenção da SIDA e de outras doenças transmissíveis e os mecanismos de avaliação adequados;

Considerando que os objectivos deste programa devem ser contribuir para a melhoria dos conhecimentos relativos à prevalência e aos padrões do VIH/SIDA e de outras doenças transmissíveis, melhorando o reconhecimento das situações de risco e melhorando a detecção precoce e o apoio social e médico, com vista a evitar a transmissão de doenças transmissíveis e reduzindo deste modo a mortalidade e morbilidade associadas;

Considerando que, do ponto de vista operacional, as acções passadas destinadas a estabelecer redes europeias de organizações não governamentais e a mobilizar recursos devem ser mantidas e desenvolvidas;

Considerando que deve evitar-se a possível duplicação de esforços, através da promoção de intercâmbios de experiências e do desenvolvimento do material informativo destinado ao público, aos educadores no domínio da saúde e aos formadores dos profissionais da saúde;

Considerando que o programa deve ter uma duração de cinco anos, dando tempo suficiente para que as várias acções possam ser executadas e os objectivos fixados alcançados;

DECIDEM:

Artigo 1º

É adoptado um programa de acção comunitário relativo à SIDA e a outras doenças transmissíveis, por um período de cinco anos.

Artigo 2º

A Comissão garantirá a execução das acções referidas no Anexo, em conformidade com o artigo 5º e em estreita cooperação e parceria com os Estados-membros. As instituições e organizações activas no domínio da prevenção da SIDA e de outras doenças transmissíveis serão igualmente parte no processo.

Artigo 3º

A autoridade orçamental determinará as dotações disponíveis em cada ano financeiro.

Artigo 4º

A Comissão garantirá a compatibilidade e complementaridade entre as acções comunitárias a executar ao abrigo do presente programa e as acções executadas ao abrigo de outras iniciativas e programas comunitários pertinentes.

Artigo 5º

Para a execução do programa, a Comissão será assistida por um comité consultivo, a seguir designado "o Comité", composto por dois representantes de cada Estado-membro e presidido por um 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 por votação.

Esse 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. A Comunidade incentivará a cooperação com países terceiros e organizações internacionais de saúde pública, nomeadamente a Organização Mundial de Saúde.
2. Os países da EFTA, no âmbito do Acordo EEE, e os países da Europa Central e Oriental com os quais a Comunidade tiver celebrado acordos de associação podem ser associados às actividades descritas no Anexo, de acordo com o disposto nos referidos acordos.

Artigo 7º

1. A Comissão publicará regularmente informações sobre as acções realizadas e sobre as possibilidades de apoio comunitário nos vários domínios de acção.
2. A Comissão apresentará ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões um relatório intercalar sobre as acções empreendidas, bem como um relatório global no final do programa.

Feito em Bruxelas, em

Pelo Parlamento Europeu

O Presidente

Pelo Conselho

O Presidente

ANEXO

PROGRAMA DE ACÇÃO COMUNITÁRIA RELATIVO À PREVENÇÃO DA SIDA E DE OUTRAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

I. ACÇÕES SOBRE O VIH/SIDA E DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)

A. Recolha de dados

1. Exploração conjunta com os Estados-membros sobre a forma de aumentar e melhorar os dados sobre a SIDA e o VIH a nível comunitário, e fornecimento de apoio para fortalecer o trabalho dos sistemas nacionais de vigilância epidemiológica e o Centro Europeu para o Vigilância Epidemiológica da SIDA.
2. Recolher, analisar e divulgar a informação relativa às medidas preventivas e aos conhecimentos, atitudes e comportamentos do grande público e dos grupos-alvo; promoção do desenvolvimento e utilização de medidas para avaliar a eficácia, e novos inquéritos quando a informação existente é inadequada, incluindo inquéritos realizados no âmbito do Eurobarómetro.

B. Medidas destinadas às crianças e aos jovens

3. Estimular as iniciativas destinadas a verificar e a difundir informação sobre os conhecimentos, as atitudes e os comportamentos das crianças e dos jovens relativamente ao VIH/SIDA e às doenças sexualmente transmissíveis, examinar as práticas correntes destinadas a fornecer informação a estes grupos, tanto no interior como no exterior de contextos formais, como as escolas e as instituições de formação, promover o intercâmbio de material educativo e de formação, e estabelecimento de projectos-piloto e de redes.

C. Prevenção da transmissão do VIH e de DST

4. Análise e intercâmbios de informação sobre problemas e situações relacionadas com grupos de risco (utilizadores de droga, trabalhadores sexuais, homossexuais e bissexuais), situações de risco (populações móveis e de zonas fronteiriças, instituições prisionais), modos de transmissão, intercâmbio de experiências sobre medidas de redução de danos e acções preventivas e promoção de medidas preventivas e de projectos-piloto adequados.
5. Promoção de informação e aconselhamento a mulheres grávidas que possam correr o risco de transmitir o VIH aos seus bebés, troca de pontos de vista e experiências sobre o rastreio a mulheres grávidas e coordenação da investigação para a minimização da transmissão mãe-filho.

D. Apoio social e psicológico e combate à discriminação

6. Intercâmbios de experiências e informações relativas aos modelos de assistência e apoio, incluindo as dificuldades específicas com que se deparam as famílias com membros infectados, e relativas às políticas e práticas sobre rastreio e situações discriminatórias, promoção de análises e de projectos-piloto sobre os aspectos psicossociais da doença e criação de redes de organizações que forneçam informação e assistência.

II. MEDIDAS COMUNITÁRIAS ESPECÍFICAS PARA DETERMINADAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

A. Acções relacionadas com a vacinação

7. Apoio às iniciativas concebidas para produzir informação sobre níveis de cobertura de vacinação na Comunidade, sobretudo entre crianças, grupos de risco e pessoas que vivem em determinadas situações de risco, contra doenças transmissíveis evitáveis através da vacinação, promoção de iniciativas concebidas para melhorar a cobertura do grande público, em termos de vacinação especialmente dos grupos de risco e de pessoas que vivem em determinadas situações de risco, estímulo das medidas concebidas para adaptar os programas de vacinação ao contexto epidemiológico.

B. Criação e desenvolvimento de redes

1º Vigilância

8. Contribuir para melhorar a qualidade dos sistemas de vigilância dos Estados-membros, tomando em consideração os pontos de vista de fornecedores e utilizadores, e prestar assistência no desenvolvimento de redes, com base em metodologias e em condições de transmissão de informações acordadas, consulta e coordenação prévias de respostas.
9. Promover o conhecimento e o intercâmbio de experiências sobre os modos como os resultados da vigilância de infecções nosocomiais são analisados, processados e utilizados pelos agentes no domínio, e encorajar as acções de sensibilização relativamente aos problemas, inclusão de dados comparáveis e fiáveis sobre infecções nosocomiais em inquéritos de rotina relativos às condições hospitalares, e apoio à criação de novas redes de vigilância para estas infecções.

2º Divulgação de informação epidemiológica

10. Contribuir, em particular através do fornecimento do apoio logístico necessário, para a produção e a divulgação de um boletim informativo regular e de um boletim da Comunidade Europeia sobre vigilância de doenças transmissíveis, incluindo dados sobre vigilância de rotina e relatórios sobre investigações específicas.

C. Informação, educação e formação

11. Estímulo dos intercâmbios entre Estados-membros sobre campanhas de informação a todos os níveis, desenvolvimento de modos de ligação e reforço de campanhas, como fornecimento de materiais específicos, utilização do telefone e de outros mecanismos de resposta, desenvolvimento e promoção de actividades destinadas a complementar os esforços desenvolvidos a nível nacional, incluindo a criação de redes e o intercâmbio de experiências e conhecimentos.
12. Exame dos actuais programas de formação para profissionais da saúde e outros, e para as pessoas cujo trabalho as obriga a entrar em contacto com determinadas doenças transmissíveis, identificação de pontos fracos e lacunas, concepção e promoção de novas oportunidades de formação e programas.
13. Melhoria das práticas de saúde pública no que respeita à vigilância de rotina das doenças infecciosas e dos surtos epidémicos, sempre e onde quer que estes ocorram na Comunidade, desenvolvimento de uma rede comunitária de epidemiologistas de saúde pública com vista a definir métodos e instrumentos comuns e a aumentar a capacidade de uma resposta coordenada.

D. Detecção precoce e rastreio sistemático

14. Promoção de investigações sobre a eficácia e a viabilidade do rastreio para determinados tipos de doenças transmissíveis (tuberculose, hepatite, etc.).
15. Apoio à formação de pessoal de saúde, especialmente no contexto da detecção precoce e do rastreio sistemático de doenças transmissíveis; análise da rentabilidade do rastreio para diversos tipos de doenças transmissíveis, em especial entre as mulheres grávidas.

FICHA FINANCEIRA

1. Designação da acção

Proposta de Decisão do Parlamento Europeu e do Conselho que estabelece um programa de acção comunitária relativo à prevenção da SIDA e de outras doenças transmissíveis no âmbito do quadro de acção no domínio da saúde pública.

2. Rubrica orçamental implicada

B3-4305 (ex-B3-4301): Luta contra a SIDA e outras doenças transmissíveis.

3. Base jurídica

a) Base jurídica propriamente dita:

Artigo 3º (0) e artigo 129º do Tratado da União Europeia.

b) Referências:

Resoluções do Parlamento Europeu sobre a luta contra a SIDA (JO nº C 46 de 20/2/1984 e JO nº C 88 de 14/4/1986).

Resolução dos representantes dos Governos dos Estados-membros das Comunidades Europeias, reunidos no seio do Conselho de 29 de Maio de 1986, relativa à SIDA (JO nº C 184 de 23/7/1986, p. 21)

Comunicação da Comissão de 11 de Fevereiro de 1987 sobre a luta contra a SIDA/COM(87)63 final

Conclusões do Conselho e dos representantes dos governos dos Estados-membros, reunidos no seio do Conselho, de 15 de Maio de 1987, relativas à SIDA (JO nº C 178 de 7/7/1987, p. 1)

Conclusões do Conselho e dos representantes dos governos dos Estados-membros, reunidos em Conselho, de 31 de Maio de 1988, sobre a SIDA (JO nº C 197 de 27/7/1988, p. 8)

Conclusões do Conselho e dos Ministros da saúde dos Estados-membros, reunidos em Conselho de 15 de Dezembro de 1988, sobre a SIDA (JO nº C 28 de 3/2/1989, p. 1)

Conclusões do Conselho e dos Ministros da saúde dos Estados-membros, reunidos em Conselho de 15 de Dezembro de 1988, relativas à sida e ao local de trabalho (JO nº C 28 de 3/2/1989, p. 2)

Resolução do Parlamento Europeu de 30 de Março de 1989 sobre a luta contra a SIDA (JO nº C 158 de 26/6/1989, p. 477)

Conclusões do Conselho e dos Ministros de saúde dos Estados-membros, reunidos no Conselho, de 16 de Maio de 1989, relativas à prevenção da SIDA entre os consumidores de droga por via parentérica (JO n° C 185 de 22/7/1989, p. 3)

Conclusões do Conselho e dos Ministros de saúde dos Estados-membros reunidos no Conselho, de 16 de Maio de 1989, relativas à sensibilização do pessoal de saúde (JO n° C 185 de 22/7/1989, p. 6)

Conclusões do Conselho e dos Ministros da saúde dos Estados-membros, reunidos no Conselho, de 16 de Maio de 1989, sobre a melhoria do sistema geral de recolha de dados epidemiológicos, incluindo a aplicação da nova definição de casos de SIDA (JO n° C 185 de 22/7/1989, p. 7)

Conclusões do Conselho e dos Ministros da saúde dos Estados-membros, reunidos no Conselho, de 16 de Maio de 1989, relativas às actividades futuras de prevenção e controlo da Sida a nível comunitário (JO n° C 185 de 22/7/1989, p. 8)

Resolução do Conselho e dos Ministros da saúde dos Estados-membros, reunidos no conselho, de 22 de Dezembro de 1989, relativa à luta contra a SIDA (JO n° C 10 de 16/1/1990, p. 3)

Conclusões do Conselho e dos Ministros da saúde reunidos no Conselho de 17 de Maio de 1990, relativas aos cuidados médicos e psicossociais das pessoas vítimas da epidemia da SIDA (doc. 7264/90 - SAN 45)

Conclusões do Conselho e dos Ministros da saúde, reunidos em Conselho de 3 de Dezembro de 1990 sobre a SIDA (JO n° C 329 de 31/12/1990, p. 21)

Decisão 91/3/7/CEE do Conselho e dos Ministros da saúde dos Estados-membros reunidos no Conselho, de 4 de Junho de 1991 que adopta um plano de acção para 1991/1993 no âmbito do programa «A Europa contra a SIDA» (JO n° L 175 de 4/7/1991, p. 26)

Resolução do Conselho e dos Ministros da Saúde dos Estados-membros, reunidos em Conselho, de 13 de Novembro de 1992, relativa ao controlo e à vigilância das doenças transmissíveis (JO n° C 326 de 11/12/1992, p. 1)

Relatório da Comissão sobre a aplicação do plano de acção relativo aos anos 1991-1992 do programa "A Europa contra a SIDA" (COM (93) 42 final, 10/3/1993)

Conclusões do Conselho de Ministros da Saúde reunidos no Conselho de 27 de Maio de 1993 sobre a aplicação e os resultados do programa "A Europa contra o SIDA" (doc. 6946/93 - SAN 36)

Proposta de Decisão do Conselho e dos Ministros da Saúde dos Estados-membros reunidos no Conselho, relativa ao prolongamento até final de 1994 do plano de acção para 1991/1993 adoptado no âmbito do programa "A Europa contra a SIDA" (COM/93/453 final), 29/9/1993.

Comunicação da Comissão sobre o quadro de acção no domínio da saúde pública (COM/93/559 final)

Conclusões do Conselho de 13 de Dezembro de 1993 relativas à criação de uma rede em matéria de epidemiologia na Comunidade (JO n° C 15 de 18/1/1994, p. 6)

Resolução do Conselho de 13 de Dezembro de 1993 relativa ao prolongamento até ao final de 1994 do plano de acção para 1991-1993 adoptado no âmbito do programa «A Europa contra a SIDA» (JO nº C 15 de 18/1/1994, p. 4)

Resolução do Conselho de 2 de Junho de 1994 relativa ao quadro de acção da Comunidade no domínio da saúde pública (JO nº C 165 de 17/6/1994, p. 1)

4. Descrição da acção:

4.1 Objectivo geral da acção:

Aplicação de um programa de acções comunitárias no âmbito da prevenção da SIDA e de outras doenças transmissíveis. Desde o início da epidemia, o Parlamento Europeu, o Conselho e os Ministros da saúde dos Estados-membros reunidos no Conselho adoptaram uma série de textos sobre os problemas de saúde pública devidos à SIDA (ver lista supra), sendo o mais importante a Decisão de 4 de Junho de 1991 que cria o programa "A Europa contra a SIDA".

A presente Comunicação tem por objecto definir as bases necessárias à continuação das acções comunitárias empreendidas contra a SIDA, torná-las extensíveis às outras doenças transmissíveis, tendo em conta a entrada em vigor do Tratado da União Europeia e, nomeadamente, o seu artigo 129º, que prevê uma acção comunitária no âmbito da saúde pública contra os grandes flagelos.

O presente programa destina-se a incentivar a cooperação entre os Estados-membros, apoiar a sua acção e promover a coordenação das respectivas políticas e programas no âmbito da prevenção do VIH/SIDA e de outras doenças transmissíveis.

Objectivos intermédios: são definidos objectivos médios como a diminuição da mortalidade e da morbidade devidas a doenças transmissíveis e a diminuição do risco de infecção pelo vírus da SIDA ou por outros agentes infecciosos.

Meios de realizar esse objectivo: incentivo aos Estados-membros no desenvolvimento dos seus próprios meios de prevenção da SIDA e de outras doenças transmissíveis, nas suas estratégias de prevenção e na cooperação intracomunitária, sobretudo mediante apoio aos intercâmbios, à identificação e difusão das melhores práticas, à criação de redes; elaboração de linhas directrizes e auxílio financeiro a programas ou projectos-piloto com vista a contribuir para melhorar a eficácia da prevenção, tanto ao nível dos profissionais do campo socio-sanitário como da população em geral.

4.2 Período coberto pela acção:

- 5 anos: 1995-1999.
- Relatório sobre a aplicação transmitido ao Conselho e ao Parlamento Europeu no 3º ano do programa: alterações necessárias.
- Relatório ao Conselho e ao Parlamento Europeu no final do programa: modalidades de renovação e de adopção.

5. Classificação da despesa:

Despesa não obrigatória; dotações dissociadas.

6. Natureza da despesa:

Subvenção para co-financiamento com outros serviços do sector público e/ou privado (que não ultrapasse uma determinada percentagem do montante total dos projectos propostos).

7. Incidência financeira:

7.1 Modalidade de cálculo do custo geral da acção:

A modalidade deste cálculo resulta da experiência adquirida com a realização das acções de luta contra a SIDA e outras doenças transmissíveis (B3-4301 e B3-4305) nos últimos anos, tendo em conta as perspectivas a médio prazo definidas na Comunicação da Comissão sobre o quadro de acção no âmbito da saúde pública. Será necessário um montante de cerca de 50 milhões de ecus para o período de 1995-1999. A dotação anual será decidida de acordo com os procedimentos orçamentais normais.

7.2 Ventilação por elementos do custo total da acção (em milhões de ecus)

DOENÇAS	ÂMBITOS DE ACÇÃO	ANO					
		APO 1995	1996	1997	1998	1999	TOTAL 1995-1999
VIH/SIDA E OUTRAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS		<i>ventilação indicativa</i>	<i>Programação indicativa</i>				
	<i>Recolha de dados epidemiológicos, constituição de redes</i>	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3	1.4
	<i>Ações específicas de prevenção (vacinação, segurança do sangue e dos produtos sanguíneos)</i>	2	2.2	2.3	2.4	2.6	11.5
	<i>Informação e sensibilização do público e de determinados grupos-alvo</i>	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6	2.7
	<i>Formação e promoção dos recursos humanos</i>	1.6	1.7	1.7	1.8	1.9	8.7
VIH/SIDA	<i>Medidas destinadas às crianças e aos jovens</i>	1.3	1.3	1.4	1.5	1.5	7
	<i>Apoio e assistência sanitária e social</i>	1.7	1.7	1.8	1.9	2	9.1
	<i>Medidas destinadas a combater a discriminação</i>	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5	2.3
OUTRAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	<i>Rastreio e despistagem sistemática</i>	1.3	1.3	1.4	1.4	1.5	6.9
	TOTAL	9	9.4	9.9	10.4	10.9	49.6

Variação em % 1.05 (ver Comunicação sobre saúde pública)

7.3 Calendário indicativo das dotações

	1995	1996	1997	1998	1999	TOTAL
<i>Dotações para autorizações</i>	9	9.4	9.9	10.4	10.9	49.6
<i>Dotações para pagamentos</i>						
50% 1995	3.2					3.2
35% 1996	4.3	4.7				9.0
15% 1997	1.5	3.3	5			9.8
1998		1.4	3.4	5.2		10
1999			1.5	3.7	5.4	10.6
<i>exerc. seg.</i>				1.5	5.5	7
TOTAL	9	9.4	9.9	10.4	10.9	49.6

8. Disposições anti-fraude previstas (e resultados da sua aplicação)

Na fase de instrução dos pedidos de financiamento, os formulários deverão incluir um determinado número de informações relativas à identidade e natureza dos beneficiários, que permitirão, a priori, apreciar a respectiva fiabilidade.

São incluídas disposições anti-fraude (controlo, relatórios intermédios, relatório final) nos acordos ou contratos celebrados entre a Comissão e os beneficiários. Na fase dos pagamentos intermédios e finais, a verificação dos relatórios e da boa execução das tarefas é efectuada pelos serviços da Comissão.

Além disso, serão efectuados controlos pontuais junto dos contratantes com vista a verificar o destino e as modalidades concretas de utilização das dotações atribuídas. Já foram efectuados controlos relativos aos exercícios orçamentais de 1991, 1992 e 1993 e ficou bem patente a sua eficácia.

9. Elementos de análise custo-eficácia

9.1 Objectivos específicos e quantificáveis, população visada:

A acção comunitária deverá contribuir para favorecer:

- um melhor conhecimento das doenças transmissíveis, incluindo a infecção pelo VIH, junto do grande público e dos grupos de risco;
- a prevenção das doenças transmissíveis e do VIH/SIDA junto do grande público e dos grupos de risco;
- orientação e aconselhamento: profissionais do campo socio-sanitário;
- a prestação de cuidados sanitários e sociais: profissionais do campo socio-sanitário, ambiente de trabalho, grupos de risco (toxicómanos, homossexuais, prostitutas, situações de risco).

9.2 Justificação da acção:

Utilização racional da dotação orçamental, baseada nos seguintes princípios:

- a) aplicação concreta do princípio de subsidiariedade, ao nível da identificação das acções a empreender e a co-financiar;
- b) identificação e selecção dos projectos nos âmbitos da educação sanitária, melhoria dos conhecimentos do público e de determinados grupos de risco, formação, incentivo da cooperação entre os Estados-membros no âmbito da prevenção. Estes projectos serão seleccionados e realizados eventualmente com comités nacionais de coordenação, que serão instituídos a pedido dos Estados-membros e nos quais participarão todos os agentes da prevenção do VIH/SIDA e de outras doenças transmissíveis.
- c) noção de valor acrescentado comunitário, que continuará a evidenciar-se através da coordenação das acções nacionais, divulgação da informação e das experiências, definição de prioridades, alargamento das redes europeias existentes, selecção de projectos europeus, motivação e mobilização de todas as partes interessadas.

O apoio a projectos realizados nos Estados-membros constitui o principal método de aplicação do programa. A selecção dos projectos prioritários baseia-se largamente nos objectivos gerais intermédios e a aplicação das próprias acções depende também da qualidade e da fiabilidade dos projectos apresentados ao serviço competente no decorrer do ano.

Os critérios de selecção dos projectos 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 nos outros Estados-membros, informações utilizáveis nos outros Estados-membros, etc.);
- eficácia e rentabilidade esperadas;
- clareza e justificação das necessidades;
- população visada ou abrangida pela acção;
- pertinência da metodologia seleccionada;
- competência e experiência da organização,
- conformidade do orçamento da acção com os objectivos;
- apoio dos parceiros nacionais aos projectos;
- avaliação definitiva de forma objectiva;
- parecer do Comité Consultivo respectivo.

9.3 Acompanhamento e avaliação da acção

9.3.1 Acompanhamento da acção

O acompanhamento da acção é assegurado: a nível comunitário, pelos serviços da Comissão, que apresentará um relatório anual de execução do programa ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões; a nível nacional, por Comités Nacionais de Coordenação se os Estados-membros

optarem pela criação desses comités, pelos Ministérios competentes no âmbito da prevenção da SIDA e de outras doenças transmissíveis, as ONG e os responsáveis pela aplicação e condução de projectos específicos.

9.3.2 Avaliação da acção

A avaliação é assegurada por intermédio de:

- 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 dos estudos subvencionados;
- um relatório global sobre a fiabilidade e a eficácia dos projectos realizados no plano de acção, que a Comissão apresentará às instituições competentes durante o segundo semestre de 1997.

Indicadores dos bons resultados seleccionados para esta avaliação:

- avaliação da população-alvo abrangida e eventuais repercussões mediáticas;
- avaliação dos projectos por funcionários e/ou colaboradores da Comissão;
- análise dos relatórios intermédios sobre as acções previstas e financiadas que permita, se for esse o caso, reorientar as acções;
- estudos de impacto por parte de organismos externos;
- pertinência da metodologia utilizada pelos organizadores;
- conformidade do orçamento da acção com os objectivos;
- clareza dos objectivos de partida;
- competência e experiência dos organismos;
- difusão dos resultados.

Modalidades e periodicidade da avaliação previstas:

- elaboração de relatórios intermédios e finais sobre as diversas acções empreendidas no âmbito;
- elaboração de uma ficha "tipo" de avaliação da acção, a enviar pelos beneficiários com os relatórios finais, e controlo dessas fichas pelos funcionários (quer na Comissão, quer no local).

9.4 Coerência com a programação financeira

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

Indique a qual objectivo mais geral definido na programação financeira da DG corresponde o objectivo da acção proposta:

"Contribuir para assegurar um elevado nível de protecção da saúde humana"
- Artigo 129º do Tratado da União Europeia.

10. Despesas administrativas (Parte A do Orçamento)

- O lançamento do novo programa de acção objecto da presente ficha financeira corresponde às novas competências da Comunidade no âmbito da saúde pública após a entrada em vigor do Tratado de Maastricht (Artigo 129º).

Para além dos efectivos que já desempenham tarefas comparáveis e preparatórias, a aplicação do programa necessitará de mais pessoal: 1 funcionário A, 1 funcionário B, 1 funcionário C, sob reserva dos resultados do procedimento orçamental para 1995 e da decisão da Comissão no atinente à atribuição das dotações. Este pessoal suplementar poderá ser conseguido quer mediante destacamento interno do pessoal dos serviços da Comissão, quer no âmbito da decisão de afectação de recursos humanos que a Comissão adoptará em 1995.

- Estão previstas as seguintes reuniões e deslocações em serviço para 1995, destinadas ao lançamento e à aplicação deste novo programa de acção (as rubricas orçamentais implicadas para as reuniões e as missões são, respectivamente, A 2500 e A 1300):

Reuniões

2 reuniões do Comité Consultivo (2 representantes por Estado-membro)
(2 x 24 x 658 = 31 584) 32 000

4 reuniões de peritos
(4 x 6 x 658 = 15 792) 16 000

Conferências e seminários de apresentação e aplicação
(4 x 48 x 658 = 126 336) 126 000

TOTAL REUNIÕES: 174 000 ecus

Deslocações em serviço

Luxemburgo - Bruxelas (5 deslocações em serviço por mês)
(60 x 200 = 12 000)

Outras deslocações em serviço (Estados-membros)
(25 x 1 000 = 25 000)

TOTAL DESLOCAÇÕES EM SERVIÇO: 37 000 ecus

ISSN 0257-9553

COM(94) 413 final

DOCUMENTOS

PT

05

N° de catálogo: CB-CO-94-443-PT-C

ISBN 92-77-80906-X

Serviço de Publicações Oficiais das Comunidades Europeias
L-2985 Luxemburgo