

**Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre a Proposta de regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho que institui o programa Saúde para o Crescimento, o terceiro programa plurianual de ação da UE no domínio da saúde para o período 2014-2020**

COM(2011) 709 final — 2011/0339 (COD)

(2012/C 143/19)

Relatora-geral: **Béatrice OUIIN**

Em 30 de novembro e 12 de dezembro de 2011, o Parlamento Europeu e o Conselho, respetivamente, decidiram, nos termos do artigo 304.º do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia, consultar o Comité Económico e Social Europeu sobre a

*Proposta de regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho que institui o programa Saúde para o Crescimento, o terceiro programa plurianual de ação da UE no domínio da saúde para o período 2014-2020*

COM(2011) 709 final – 2011/0339 (COD).

Em 6 de dezembro de 2011, a Mesa do Comité incumbiu a Secção Especializada de Emprego, Assuntos Sociais e Cidadania da preparação dos correspondentes trabalhos (relatora-geral: Béatrice OUIIN).

Dada a urgência dos trabalhos, o Comité Económico e Social Europeu designou, na 478.<sup>a</sup> reunião plenária de 22 e 23 de fevereiro de 2012 (sessão de 23 de fevereiro), Béatrice OUIIN relatora-geral e adotou, por 169 votos a favor, 1 voto contra e 4 abstenções, o seguinte parecer:

## **1. Conclusões e recomendações**

1.1 O Comité saúda a iniciativa da Comissão. A existência de um terceiro programa nesta época de crise constitui uma mensagem positiva que é enviada aos cidadãos europeus. Congratula-se igualmente com a existência de um programa dedicado especificamente à saúde, cujo orçamento, apesar de modesto, foi aumentado.

1.2 O CESE aprecia o facto de o programa se centrar num número reduzido de prioridades e congratula-se com o aumento do limite máximo das subvenções a conceder aos países cujo rendimento nacional bruto *per capita* é inferior a 90 % da média da UE <sup>(1)</sup>.

1.3 O CESE concorda que é necessário buscar uma melhor utilização dos recursos financeiros e humanos, mas adverte contra a tentação de reduzir os orçamentos e os serviços públicos de saúde em período de crise.

1.4 O CESE entende que, em matéria de saúde, o valor acrescentado do nível europeu está em encorajar a troca de boas práticas e a difusão de princípios de inclusão da saúde em todas as políticas, bem como de luta contra as desigualdades na saúde e do combate à pobreza e à exclusão social.

1.5 O CESE insiste na prevenção como forma de conservar a boa saúde da população. Isso inclui a educação para a saúde e a melhoria das condições de trabalho, de vida e de habitação. O envelhecimento saudável requer preparação ao longo da vida.

1.6 O CESE afirma que a escassez de mão-de-obra é generalizada neste setor e que, por isso, importa procurar soluções comuns que passem pela igualdade profissional, a reavaliação das competências e das remunerações, o reconhecimento da elevada natureza técnica do trabalho, a ponderação dos conhecimentos práticos adquiridos através do trabalho informal na família, a diversidade de empregos, a melhoria das condições de trabalho e da organização do tempo de trabalho, a formação ao longo da vida e a organização da parte final do percurso profissional de forma a levar em conta as pressões físicas e psicológicas suportadas pelos profissionais de saúde.

1.7 O CESE considera preferível formar pessoas desempregadas para desempenharem estas funções, em vez de atrair pessoal já formado de países terceiros ou de outros países da União, de forma a evitar que os países de origem sejam privados das competências destes trabalhadores.

1.8 O CESE insiste na necessidade de providenciar às famílias e à comunidade (amigos, vizinhos...) os meios necessários para se ocuparem de pessoas doentes e dependentes, gozando de uma melhor divisão do tempo de trabalho ao longo de toda a vida.

1.9 O CESE encoraja as trocas de experiências quanto à utilização de sistemas de saúde em linha, tanto para os profissionais como para os utentes, e reclama a definição de um enquadramento europeu destinado a:

— proteger os dados confidenciais em caso de troca transfronteiras de processos clínicos ou de receitas médicas;

<sup>(1)</sup> cf: EE, HU, LV...

— garantir a correção das informações difundidas para todos nos sítios Web, através de um sistema de acreditação por parte das autoridades de saúde competentes.

1.10 Na opinião do CESE, importa juntar às atuais prioridades (tabagismo, alcoolismo, obesidade e VIH) os novos riscos associados aos seguintes fatores:

- alterações climáticas, poluição, proliferação de produtos químicos, nanotecnologias;
- segurança dos medicamentos e próteses e consumo excessivo de medicamentos;
- transformações nos modos de vida e nos hábitos alimentares e respetivas consequências para a reprodução humana;
- saúde mental, incluindo fatores como o stresse, a depressão ou a doença de Alzheimer.

1.11 Há que continuar a estimular a utilização das novas tecnologias nos cuidados de saúde, a fim de reduzir a carga de trabalho para o pessoal do setor, de aumentar a qualidade dos cuidados e do apoio aos pacientes e de melhorar e promover a mobilidade dos idosos.

## 2. Contexto

2.1 Nos dois últimos anos, o Comité Económico e Social Europeu emitiu numerosos pareceres sobre temas relativos à saúde, que vão desde a luta contra as desigualdades na saúde ao combate ao alcoolismo, da doença de Alzheimer ao cancro, passando pela luta contra o tabagismo e pela segurança dos doentes <sup>(2)</sup>.

2.2 Mesmo sendo verdade que o setor dos cuidados de saúde pode dar um contributo valioso para o crescimento económico, a saúde não se pode limitar a este aspeto. Para melhorar a viabilidade dos sistemas de saúde, que intervêm quando já se está doente, é necessário, antes de mais, preservar a boa saúde da população através de medidas de prevenção e de saúde pública. Importa também incluir a saúde em todas as políticas. Seria útil dispor de mais dados estatísticos sobre as atividades dos sistemas de prestação de cuidados.

2.3 A crise económica está a provocar cortes nefastos nos orçamentos, que põem em perigo a qualidade dos serviços públicos de saúde e o acesso de todos aos cuidados por eles prestados. Para conservar a saúde da população num contexto de alterações demográficas e climáticas, é necessário afetar recursos suficientes a este objetivo.

<sup>(2)</sup> Ver os seguintes pareceres do CESE:

JO C 18 de 19.1.2011, p. 74.  
JO C 339 de 14.12.2010, p. 1.  
JO C 255 de 22.9.2010, pp. 72 e 76.  
JO C 128 de 18.5.2010, p. 89.  
JO C 228 de 22.9.2009, p. 113.  
JO C 318 de 23.12.2009, p. 110.  
JO C 306 de 16.12.2009, p. 64.  
JO C 317 de 23.12.2009, p. 105.  
JO C 218 de 11.9.2009, p. 91.  
JO C 175 de 28.7.2009, p. 116.  
JO C 77 de 31.3.2009, p. 115.  
JO C 224 de 30.8.2008, p. 88.  
JO C 77 de 31.3.2009, p. 96.

2.4 Ser saudável requer uma educação para a saúde adequada desde a infância (facultada pela família, os estabelecimentos de ensino e a comunicação social), uma alimentação sã em todas as idades, a redução da exposição a produtos perigosos, condições de vida e de trabalho dignas, etc. Importa dar especial atenção ao envelhecimento saudável, uma vez que a maioria dos utentes dos sistemas de prestação de cuidados de acompanhamento é constituída, para além dos recém-nascidos, por pessoas idosas. O envelhecimento saudável deve ser preparado cedo.

2.5 A melhoria das condições de vida e de trabalho e a prevenção constituem o meio mais adequado para melhorar o estado de saúde da população e, por conseguinte, reduzir o absentismo profissional e os custos dos cuidados de saúde.

2.6 Nesta ótica, o primeiro flagelo a combater é a pobreza e a exclusão social: o frio, a fome, a alimentação desequilibrada, a falta de higiene, as más condições de habitação (frequentemente associadas à solidão), a falta de medicina preventiva e outros fatores propiciam o aparecimento de doenças, especialmente de doenças crónicas, que representam um custo muito elevado para os sistemas de proteção social, ou seja, para todos os cidadãos que contribuem para o financiamento desses sistemas.

2.7 O Comité partilha o objetivo de contribuir para sistemas de saúde inovadores e viáveis, que requerem a elaboração de ferramentas e mecanismos comuns para fazer face à escassez de recursos humanos e financeiros. É necessário mobilizar mais recursos para os cuidados de saúde no domicílio e os cuidados de saúde primários requalificando a despesa hospitalar, o que permitirá reconhecer o papel importante das famílias na preservação da saúde da população e na melhoria da sustentabilidade do sistema de saúde.

2.8 É desde a mais tenra idade e na família que começa a educação para a saúde, que inclui noções de higiene, alimentação equilibrada e comportamento, mas também um ambiente afetivo estável. A família é o primeiro local de aprendizagem das regras para se ser saudável, mas é também ela que trata dos doentes, por um lado porque muitas doenças não necessitam de hospitalização e as pessoas ficam em casa sob os cuidados da família e, por outro, porque, quando um doente é hospitalizado, as visitas dos familiares e das pessoas próximas dão-lhe apoio psicológico e material, para além do que é dado pelo pessoal hospitalar. Importa preservar esta função essencial da família e das pessoas próximas, pois, quando a doença reduz as capacidades, é da presença e do apoio destas pessoas que mais se precisa.

2.9 As alterações na estrutura familiar afetam a saúde mental e física, e é necessário agir a montante sobre os fatores que permitem que a família continue a ser um ambiente que garante segurança.

2.10 A diminuição da «disponibilidade de cuidados informais no ambiente familiar» não é um facto inevitável. Não é por profissionais que os doentes preferem ser tratados. A família não pode substituir os profissionais em cuidados que exijam competências técnicas especializadas, mas os doentes e as famílias devem ter a possibilidade de escolha em relação a todos os cuidados de acompanhamento que a permanência dos doentes

em casa implica. Daí a necessidade de permitir a todos os trabalhadores ausentarem-se do trabalho caso um seu familiar necessite de cuidados médicos.

2.11 Numa altura em que todos os sistemas de reforma carecem de revisão, importa aproveitar a ocasião para reequilibrar o tempo de trabalho ao longo de toda a vida. Uma vez que o aumento da esperança de vida torna possível trabalhar mais tempo, homens e mulheres devem poder, durante toda a sua vida ativa, beneficiar de ausências prolongadas, a tempo inteiro ou parcial, financiadas do mesmo modo que a reforma, para se ocuparem de pessoas próximas doentes ou de idosos dependentes. Há que instaurar maior liberdade de escolha para que os trabalhadores possam dispor, em função das suas necessidades, do tempo financiado pelo seu trabalho, e não apenas na altura da reforma. Os parceiros sociais europeus, que já negociaram a licença parental, poderiam continuar as negociações com estas licenças, ou «contas-poupança de tempo de trabalho», que são necessárias para responder à necessidade de melhor conciliar a vida familiar e profissional.

2.12 Para que a família continue a ser o primeiro espaço de solidariedade, é necessário que disponha de meios. Ao calcular os direitos de proteção social e de reforma, há que levar em conta, desde já, o tempo passado a prestar acompanhamento a um familiar doente ou dependente.

2.13 Importa igualmente desenvolver serviços que apoiem as pessoas dependentes nas suas necessidades quotidianas: cuidados de higiene, lida doméstica, preparação de refeições ou cuidados noturnos. O setor do apoio domiciliário está em franco desenvolvimento, com novos empregos a serem criados. Em demasiados países, este trabalho é ainda exercido de forma informal, não declarada, sem proteção e sem reconhecimento das qualificações, frequentemente por trabalhadoras migrantes. Trata-se de um domínio essencial para a paridade entre homens e mulheres, em que os estereótipos têm um grande peso, a natureza técnica do trabalho não é reconhecida, os contratos são precários ou inexistentes e os salários muito reduzidos, apesar de estes empregos serem indispensáveis para o funcionamento da economia. A convenção que a OIT acaba de adotar sobre o trabalho digno para os trabalhadores domésticos deverá ajudar a moralizar e profissionalizar este setor, desde que se encontrem condições de financiamento, que não poderá ser custeado exclusivamente pelos doentes que necessitam desses cuidados ou pelas suas famílias.

### 3. Objetivos do programa

3.1 O programa propõe divulgar soluções inovadoras para dar resposta à escassez de mão-de-obra. No atual período de enorme desemprego na Europa, há que questionar-nos sobre as dificuldades de recrutar pessoal para o setor dos cuidados de saúde. Esta atividade profissional, maioritariamente ocupada por mulheres, não atrai jovens ou homens suficientes porque as qualificações e competências não são devidamente reconhecidas, os horários e condições de trabalho são penosos e os salários são baixos. A igualdade profissional passa por revalorizar os salários e por reconhecer melhor as competências técnicas, bem como por melhorar o acesso à formação ao longo da vida.

3.2 Uma inovação importante seria aumentar a presença dos homens. Para tal, é necessário tomar medidas. Os parceiros sociais devem promover políticas que favoreçam a presença de grupos sub-representados. Impõe-se vigilância para os casos em que o estatuto do autoempresário leva os prestadores de cuidados a negligenciar o tempo de pausa e a trabalhar até à exaustão. Igualmente importante é dar primazia a todas as inovações técnicas, organizacionais e sociais que permitam melhorar as condições de trabalho e torná-las menos penosas.

3.3 No setor dos cuidados de saúde, que está sujeito a fortes limitações, os doentes têm necessidade de cuidados vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana. Assim, o trabalho noturno e os horários dificilmente compatíveis com a vida familiar são inevitáveis. Para que seja possível criar condições de trabalho satisfatórias, os trabalhadores terão de participar de perto na tomada de decisões. Os parceiros sociais devem, no quadro do diálogo social setorial, prever práticas inovadoras de organização do local de trabalho, como a gestão individual do tempo de trabalho (*self-rostering*), que possam beneficiar do apoio das tecnologias de informação e comunicação (TIC).

3.4 Os parceiros sociais devem também colaborar com os poderes públicos de forma a apoiar a formação para a aprendizagem ao longo da vida, a mobilidade interna e a obtenção de competências em matéria de gestão e de organização. Para que seja mais fácil conciliar o trabalho e a formação, devem também ponderar uma série de opções, como os destacamentos, a formação no local de trabalho ou a aprendizagem em linha. Para reter pessoal no setor, é essencial alargar as possibilidades de carreira.

3.5 É preferível dar resposta à escassez de mão-de-obra formando mão-de-obra desempregada e fixando remunerações adequadas, em vez de atrair trabalhadores já formados provenientes de países terceiros, até porque os médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros oriundos da África, Ásia ou América Latina farão falta nos seus países, que, além do mais, financiaram a sua formação. Os parceiros sociais europeus do setor da saúde elaboraram um código de conduta referente a práticas éticas de recrutamento e retenção de trabalhadores transfronteiras no setor hospitalar. Esse código deve ser aplicado e alargado. Caso os profissionais de países terceiros queiram, apesar disso, instalar-se na Europa, o Comité propôs, num parecer sobre «Saúde e Migrações» emitido em 2007, a criação de um fundo de compensação que financie a formação de outros profissionais nos países de origem <sup>(3)</sup>.

3.6 O primeiro objetivo do programa é «promover a cooperação europeia em matéria de avaliação das tecnologias da saúde (ATS), e explorar o potencial da e-Saúde e das TIC para a saúde». Há que criar um enquadramento europeu para proteger os dados confidenciais em caso de troca transfronteiras (por exemplo, de processos clínicos ou de receitas médicas).

<sup>(3)</sup> Parecer do CESE, JO C 256 de 27.10.2007, p. 123.

3.7 O segundo objetivo do programa é «melhorar o acesso, igualmente para além das fronteiras nacionais, a informações e conhecimentos médicos especializados sobre estados patológicos específicos e desenvolver soluções e orientações comuns para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e a segurança dos doentes, com vista a melhorar o acesso a cuidados de saúde de melhor qualidade e mais seguros para os cidadãos da UE». Existem sítios Web sobre questões de saúde destinados ao grande público, que são muito consultados e difundem informações médicas, contribuindo para a educação para a saúde. Em caso de pequenos problemas de saúde, a sua consulta pode evitar o recurso a um médico. Além disso, ao prestar informações sobre os benefícios para a saúde das medicinas tradicionais ou alternativas, dos tratamentos à base de plantas, das curas termais, das massagens e de outras práticas, estes sítios Web ajudam a manter a saúde. Conhecer-se melhor e conhecer melhor as suas necessidades psicológicas e fisiológicas é útil para manter um bom estado de saúde da população e limitar o consumo excessivo de cuidados médicos e de medicamentos. Importa organizar intercâmbios e definir um enquadramento europeu para garantir a correção das informações difundidas ao público (através de acreditação), para evitar a proliferação de agentes que procurem somente o lucro, abusando da credulidade dos doentes.

3.8 Cumpre encorajar os intercâmbios de boas práticas sobre os mecanismos utilizados em determinadas regiões para melhorar o acesso aos cuidados ou para manter médicos e pessoal qualificado nos meios rurais ou nas zonas mais pobres – ou para os atrair para essas zonas. Esses intercâmbios devem abranger também boas práticas de planificação dos sistemas e políticas de saúde e dos serviços prestados ao público.

3.9 O terceiro objetivo é «identificar, divulgar e promover a adoção das melhores práticas validadas para medidas de prevenção eficientes atacando os principais fatores de risco, a saber: tabagismo, abuso do álcool e obesidade, bem como o VIH/SIDA». Num programa em que a inovação figura em posição de destaque, importa prever também a troca de informações sobre novos fatores de risco igualmente importantes para o futuro.

3.10 Estão a aparecer novas perturbações e novas doenças crónicas que serão problemas graves no século XXI, causadas pelas alterações climáticas, pelo aumento da poluição, pelas transformações nos modos de vida (sedentarização, longas horas passadas frente a um ecrã, etc.) e pela difusão de vários agentes químicos cujos efeitos na saúde a longo prazo ainda não são conhecidos.

3.11 Entre o fim do século XIX, quando começou a ser utilizado na indústria e na construção, e o fim do século XX, quando foi proibido, o amianto matou dezenas de milhares de trabalhadores.

3.12 A agricultura utiliza pesticidas e outros produtos químicos cujos efeitos nocivos para o organismo só serão revelados mais tarde. Há já estudos preocupantes sobre a incidência de cancro nos agricultores. Estes produtos propagam-se pelo ar, a

água e os alimentos. O setor agroalimentar utiliza aditivos para conservar os alimentos durante mais tempo ou para modificar o seu sabor.

3.13 A estes produtos juntam-se os produtos de limpeza doméstica e industrial, os numerosos produtos utilizados na indústria e os medicamentos. O consumo excessivo de medicamentos já provocou uma crescente resistência aos antibióticos, que são também consumidos por animais de criação e que se propagam pela água. Outros produtos, como o gás, a fuligem, etc., propagam-se pela atmosfera. Em conjunto, estes produtos formam um «caldo químico» existente no ambiente e que, aparentemente, provoca, entre outras coisas, um rápido aumento das alergias e dos casos de cancro. Além disso, também as ondas eletromagnéticas provocam danos.

3.14 Outra questão preocupante é a das consequências que a exposição a produtos e a radiações e as transformações nos modos de vida acarretam para a capacidade reprodutiva dos seres humanos. Ainda que as causas da redução da natalidade sejam principalmente de ordem sociológica, convém não esquecer as crescentes dificuldades fisiológicas que vários casais enfrentam quando decidem ter um filho.

3.15 Entre os novos riscos, conta-se o stresse no trabalho, que é uma das causas de depressão e que pode levar ao suicídio. Importa igualmente combater o stresse dos desempregados e, de forma mais geral, de todos os que se sentem inúteis para a sociedade. A saúde mental é uma componente essencial do estado de saúde da população.

3.16 O envelhecimento saudável requer preparação ao longo da vida. As condições de trabalho têm aqui um papel determinante, já que a esperança de vida não é igual para empregados de escritório, trabalhadores por turnos ou trabalhadores agrícolas. Melhorar as condições de trabalho, limitar o trabalho noturno e reduzir o nível de stresse são formas de preparar um envelhecimento saudável.

3.17 Para envelhecer com saúde, é essencial que as pessoas continuem a sentir-se úteis para a sociedade, que conservem a sua rede de relações, se mantenham curiosas, desenvolvam uma atividade – profissional ou voluntária – pratiquem desporto e tenham uma boa higiene de vida.

3.18 Uma outra questão, a do fim da vida, merece ser debatida a nível europeu, uma vez que diz respeito à responsabilidade de cada cidadão e ao conceito que cada um tem de uma vida digna. Hoje em dia, a esmagadora maioria da população morre num hospital. Assim, o fim da vida é uma questão importante.

3.19 É indispensável desenvolver serviços de prestação de cuidados paliativos para evitar o sofrimento quando o doente está condenado e os cuidados curativos são inoperantes. Estes serviços não existem em todos os hospitais, ou não são capazes de acolher todos os doentes que deles necessitam.

3.20 O quarto objetivo do programa é «desenvolver metodologias comuns e demonstrar o seu valor para uma melhor prontidão e coordenação nas situações de emergência sanitária, a fim de proteger os cidadãos contra as ameaças sanitárias transfronteiriças». Visto que as epidemias não conhecem fronteiras, a cooperação neste domínio é fulcral. É importante tirar lições das medidas já aplicadas, de forma a evitar desperdícios no futuro. Há também que distinguir as medidas de prevenção, que se relacionam com a educação e têm validade indeterminada, e as medidas que implicam a aquisição de produtos de validade limitada. A troca de informações sobre os custos e os resultados poderia permitir desenvolver métodos adequados aos objetivos.

Bruxelas, 23 de fevereiro de 2012

O Presidente  
do Comité Económico e Social Europeu  
Staffan NILSSON

---