



COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS

Bruxelas, 22.03.2000
COM(2000)165 final

**RELATÓRIO INTERCALAR DA COMISSÃO AO CONSELHO, AO
PARLAMENTO EUROPEU, AO COMITÉ ECONÓMICO E SOCIAL E AO
COMITÉ DAS REGIÕES**

**sobre a execução do programa de acção comunitária de promoção, informação,
educação e formação em matéria de saúde (1996-2000)**

ÍNDICE

Preâmbulo	3
Coerência e complementaridade	3
Cooperação internacional	4
Acompanhamento e adaptações	4
Gestão do programa	5
Observações dos Estados-Membros.....	7
Eficácia e prossecução dos objectivos	9
Dotação orçamental para o Programa de Promoção da Saúde	11

Preâmbulo

Na sequência da adopção do programa de acção comunitária em matéria de promoção da saúde pelo Parlamento Europeu e pelo Conselho, a Comissão apresenta um relatório intercalar, nos termos do disposto no artigo 7º da Decisão nº 645/96/CE¹.

Neste relatório, a Comissão sublinha o grau de coerência e complementaridade entre este plano e outras políticas, programas e iniciativas comunitárias na matéria, dando um visão global da cooperação internacional no domínio da promoção da saúde e descrevendo as adaptações reputadas necessárias na sequência das informações coligidas.

Com base nas respostas a um questionário enviado aos representantes dos Estados-Membros no Comité do programa, foram definidas as relações com as políticas dos Estados-Membros e a influência no desenvolvimento da promoção da saúde nos respectivos países.

Além disso, a Comissão apresenta os primeiros resultados de um estudo realizado por um grupo de peritos independentes contratado pela Comissão, que analisou os processos de tomada de decisão relativos aos projectos que beneficiaram de apoio e os níveis de actividade nas várias áreas prioritárias durante o trénio de 1996-1998. Nesta secção, foi prestada especial atenção à eficácia e à prossecução dos objectivos definidos para as medidas adoptadas.

Coerência e complementaridade

A Comissão velou pela coerência e complementaridade entre as medidas de promoção da saúde e as restantes políticas, programas e iniciativas da Comunidade noutros domínios. Para o efeito mobilizou uma série de esforços a vários níveis operacionais, como a seguir se exemplifica.

Procedeu-se a uma supervisão rigorosa do Quarto Programa-Quadro de Investigação, Desenvolvimento Tecnológico e Demonstração (1994 – 1998) das Comunidades Europeias mediante consultas interserviços sobre as publicações de convites à apresentação de propostas e a aprovação dos projectos a financiar.

A preparação do Quinto Programa-Quadro de Investigação, Desenvolvimento Tecnológico e Demonstração (1998 – 2002) foi objecto de um acompanhamento activo mediante consultas interserviços sobre o projecto de proposta e sobre as propostas de projectos, por forma a garantir a coerência e complementaridade.

Além disso, os funcionários da Direcção "Saúde Pública" foram convidados a participar em todas as reuniões dos comités do programa tendo por objecto programas

¹ JO CE L 95, de 16.4.1996.

de investigação específicos; de forma análoga, os funcionários das direcções incumbidas da investigação foram convidados a participar nas reuniões do comité do programa.

No decurso da adopção do programa, os candidatos parecem ter tido uma percepção mais cabal da diferença entre saúde e investigação dos serviços de saúde, explicitada nos programas-quadro de investigação e nas medidas tendo em vista a promoção da saúde contempladas no presente plano de acção.

Cooperação internacional

Com base numa compreensão mútua da promoção da saúde e do seu impacto sobre a saúde das pessoas e as transformações infra-estruturais e ambientais, a Comissão tem vindo desde sempre a cooperar estreitamente com organismos internacionais, em particular com a OMS. Assim, foram organizadas em conjunto conferências e *workshops* internacionais sobre aspectos específicos, tendo os serviços da Comissão contribuído de forma significativa para a Quarta Conferência Mundial da Saúde, subordinada ao tema da promoção da saúde, realizada em Jacarta.

Acompanhamento e adaptações

O acompanhamento de acções específicas foi garantido principalmente através de um acompanhamento contínuo pelos serviços da Comissão das obrigações contratuais dos projectos financiados.

Para promover o valor acrescentado europeu a título de objectivo global importante, os serviços da Comissão adoptaram uma estratégia com vista a reforçar a rede de candidatos, garantindo assim uma melhor cooperação transfronteiriça, i. e., enquanto meio de divulgação das melhores práticas na Europa.

Para contemplar áreas de interesse comunitário, que não se encontram abrangidas por acções específicas seleccionadas até à data, e através de uma análise minuciosa dos vários projectos em curso, a Comissão adoptou planos de trabalho anuais. Por seu turno, estes planos de trabalho concorreram para identificar prioridades com vista aos próximos convites à apresentação de propostas e à selecção das novas propostas de acção.

Para melhorar a transparência e, concomitantemente, simplificar o processo de divulgação os serviços da Comissão produziram relatórios anuais, em 1996², 1997³ e

² Directorate Public Health and Safety at Work, Unit V/F/3, Community action programme on health Promotion, Information, Education and Training, Projects subsidised in 1996, CE-V/3- 97-001-EN.

³ Directorate Public Health and Safety at Work, Unit V/F/3, Community action programme on health Promotion, Information, Education and Training, Projects subsidised in 1997, CE-V/3-98-011-EN/FR/DE-C.

1998⁴, que oferecem uma perspectiva global do trabalho das várias unidades da Comissão.

Na sequência de sugestões externas e da análise interna das deficiências, foi reforçado o nexo entre o programa de promoção da saúde e outros programas de saúde pública.

Gestão do programa

A gestão do programa de promoção da saúde, em relação aos primeiros anos de adopção, melhorou, havendo ainda margem para melhorias.

O programa entrou em vigor no final de Março de 1996. Por conseguinte, a criação de uma infra-estrutura de gestão formal - incluindo a constituição do comité do programa, a definição do seu regulamento interno e das práticas de trabalho - apenas ocorreu após a entrada em vigor oficial do programa.

Tem-se verificado continuidade na gestão das acções de saúde pública garantida pela Comissão, desde o período prévio ao estabelecimento do programa de promoção da saúde até ao desenvolvimento de práticas de gestão do novo programa nos seus primeiros anos.

Devido à constituição tardia da estrutura de gestão formal do programa, só se poderá proceder a uma avaliação adequada da gestão na segunda fase da avaliação. Todavia, é possível tecer observações preliminares no presente estágio de adopção. Proceder-se-á a uma avaliação mais pormenorizada da gestão na segunda fase de avaliação.

Os peritos independentes apresentaram várias sugestões para continuar a aperfeiçoar o calendário e os procedimentos de avaliação e selecção dos projectos apresentados:

- os serviços da Comissão deverão envidar esforços para melhorar a transparência dos processos de tomada de decisão e decidir sobre o momento oportuno para transmitir as suas comunicações ao Comité de Promoção da Saúde;
- deverão ser envidados esforços suplementares para promover a participação de projectos parceiros dos Estados-Membros do Sul da Europa;
- as recomendações deverão ser revistas por forma a integrar os seguintes aspectos: (a) dar-se-á prioridade absoluta aos projectos que incluam os 15 Estados-Membros; (b) em circunstâncias normais, os projectos que incluam menos de oito Estados-Membros não serão considerados elegíveis; não obstante, os projectos-piloto que investigam a transferência

⁴ Directorate Public Health and Safety at Work, Unit V/F/3, Community action programme on health Promotion, Information, Education and Training, Projects subsidised in 1998 by the European Commission, CE-V/3-99-003-EN/FR-C.

de métodos específicos e inovadores para outros Estados-Membros serão financiados mesmo que contem com menos de oito participantes;

- as directrizes deverão especificar que os candidatos devem comprovar os seguintes aspectos relativamente à concepção e execução do projecto:
 - uma metodologia científica fiável;
 - no caso de estudos quantitativos, os *corpus* de amostras devem ser representativos da população-alvo, suficientemente amplos para que os resultados sejam significativos, e combinados nos Estados-Membros em função de critérios como a idade, o sexo e o estatuto socioeconómico;
 - a análise dos resultados deverá ser adequada à informação coligida;
 - deverá proceder-se a uma avaliação;
 - deverá proceder-se à divulgação dos resultados;
 - demonstrar a existência de cooperação efectiva entre os Estados-Membros;
- as directrizes deverão conter instruções claras sobre a estrutura e o número de páginas dos relatórios intercalar e final.
- A primeira parte do formulário de candidatura deve conter uma secção especificando quais as rubricas orçamentais destinadas à avaliação e divulgação. A segunda parte do formulário deveria ser revista e alargada por forma a incluir secções de meia página destinadas a incluir descrições da concepção, metodologia, participantes, análises, avaliação e divulgação dos projectos.
- A avaliação e divulgação dos projectos deverão ser substancialmente melhoradas. As actividades de avaliação e divulgação devem ser incluídas na descrição das funções feita pelos candidatos e constar dos contratos. Se a avaliação de um projecto não foi realizada e/ou se não foram envidados esforços suficientes para divulgar os resultados, o pagamento final ao contratante deverá ser suspenso.

Com vista a acções futuras na área da promoção da saúde, recomenda-se o seguinte:

- Uma decisão sobre acções futuras deverá instituir um comité consultivo externo e independente que congregasse peritos de alto nível em matéria de promoção da saúde. O comité consultivo científico deveria prestar aconselhamento à Comissão sobre as prioridades do programa, apresentar recomendações com vista ao financiamento, avaliar os relatórios finais dos projectos apoiados. Os membros do comité consultivo deveriam auferir honorários adequados ao seu nível de responsabilidades, sendo além disso necessário velar pela sua independência e imparcialidade.

- Em futuras acções, deveria ser possível financiar projectos durante um período de dois ou mais anos sem ser necessário voltar a apresentar uma nova candidatura.
- Acções futuras deveriam conceder prioridade ao papel das condições socioeconómicas, como a urbanização, o alojamento, o desemprego e a exclusão social, na promoção da saúde, nomeadamente para a população que reside em áreas desfavorecidas.
- Acções futuras deveriam ainda conceder prioridade à investigação sobre as convicções das pessoas em matéria de saúde à luz das várias culturas, dos grupos educativos e socioeconómicos, para que a promoção da saúde na Europa possa ser mais eficaz e a divulgação possa ser definida de forma adequada consoante os vários segmentos da população a que se destina.

Como resultado de todas estas sugestões, durante a fase de execução, a Comissão procurou suprir as deficiências processuais, adaptando os processos e as práticas à luz das necessidades definidas graças a revisões internas ou sugestões apresentadas por candidatos e peritos externos.

Observações dos Estados-Membros

Foi elaborado um questionário enviado aos Estados-Membros e países do EEE que permitiu retirar as seguintes conclusões pontuais:

Treze Estados-Membros e a Islândia declararam que o programa teve impacto sobre o desenvolvimento da promoção da saúde nos seus países. Oito Estados-Membros e a Islândia declararam que o programa contribuiu num aspecto ou outro para a política de promoção da saúde a nível nacional (A, D, DK, EL, IC, IRL, FIN, P, S). Apenas três países (DK, NO, UK) declararam que o programa não teve qualquer impacto sobre o desenvolvimento da promoção da saúde a nível nacional. Dois desses três países (UK e NO) declararam que as políticas de promoção da saúde nacionais já se encontravam bem consolidadas. Dois desses três países (DK e NO) declararam ainda que o programa não teve qualquer impacto sobre as políticas de promoção da saúde, mencionando não obstante um impacto positivo em relação a aspectos específicos.

Nos catorze países que referiram um impacto efectivo, o maior impacto obteve-se graças a projectos relacionados com questões específicas (estabelecimentos de ensino, local de trabalho, etc.). Este resultado é corroborado nos vários comentários constantes das várias partes do questionário. Nove Estados-Membros (A, B, E, D, DK, IRL, L, NL, P), a Islândia e a Noruega mencionaram as redes de promoção da saúde na Europa como um aspecto positivo. Além destes onze países, dois Estados-Membros (a Grécia e a Finlândia) mencionaram a cooperação transnacional resultante do programa e dois outros (França e Reino Unido) declararam que projectos

específicos tiveram ou poderão vir a ter um impacto positivo nos seus países. Por conseguinte, um total de quinze Estados-Membros e países referiu o valor acrescentado do programa (mínimo num caso).

A Grécia, a Alemanha e a Itália declararam que, de momento, seria prematuro ou demasiado difícil avaliar o impacto do programa. A França referiu dificuldades em estabelecer redes e as lacunas na divulgação do programa. Este último aspecto foi igualmente mencionado pela Suécia que referiu ainda problemas linguísticos entre os profissionais e os leigos e as várias estruturas e especificidades dos Estados-Membros. Sete países responderam positivamente ao questionário em matéria de prática. Apenas seis países referiram que as acções de promoção da saúde tiveram algum impacto. A Alemanha considerou que a avaliação das intervenções não foi suficiente. A França colocou também a questão da avaliação dos projectos. Além disso, no preâmbulo da sua resposta ao questionário, a França declarou que futuramente a promoção da saúde institucionalizada deveria recorrer a metodologias consolidadas.

A impressão que ressalta dos relatórios dos Estados-Membros e dos países do EEE é que o programa teve um impacto limitado mas positivo sobre as políticas nacionais de muitos Estados-Membros. Apesar das divergências culturais e dos vários estádios de desenvolvimento da promoção da saúde nos Estados-Membros e nos países do EEE, a maioria refere que já são visíveis as influências positivas. Por exemplo, as redes de promoção da saúde europeias suscitam o interesse de vários Estados-Membros.

Os aspectos operacionais do programa foram objecto de várias críticas por parte dos Estados-Membros. Os representantes nacionais presentes no Comité de Promoção da Saúde consideraram, na sua maioria, que não houve uma transparência suficiente nos processos de tomada de decisão dos serviços da Comissão, que a competência dos membros do Comité não foi cabalmente capitalizada e que o Comité teve uma parca influência no processo de selecção dos projectos. Alguns Estados-Membros referiram melhorias recentes. Todavia, há boas razões que levam a crer que os processos do Comité não funcionam de forma adequada e que é necessário proceder a uma reestruturação das disposições actuais. Há que envidar esforços suplementares para melhorar a eficácia da comunicação entre os serviços da Comissão e o Comité de Promoção da Saúde.

Embora a maioria dos Estados-Membros tenha referido um impacto positivo do programa, apenas quatro referiram progressos como um resultado directo do programa. Contudo, cinco estão cientes dos novos progressos em áreas específicas. Sete Estados-Membros deram uma resposta positiva relativamente à utilidade dos progressos ocorridos. Dois Estados-Membros referiram que o programa suscitou o interesse dos intervenientes no domínio da saúde pela promoção da saúde. A França comentou que é necessário adoptar estratégias para identificar e adoptar modelos pertinentes e para melhorar a divulgação.

Eficácia e prossecução dos objectivos

COBERTURA DOS PROJECTOS QUE BENEFICIARAM DE AUXÍLIO

Dada a especificidade dos objectivos para o presente programa, a actual cobertura por acções específicas na sequência dos primeiros convites à apresentação de propostas para o período de 1996 e 1997 mostrou um défice, referido aliás pelos peritos independentes:

A distribuição das candidaturas e as despesas variaram significativamente nas cinco áreas de actividade. Até à data, nas áreas B, C e A verificou-se o maior nível de despesas e nas áreas D e E um nível mínimo. Se se pretende executar plenamente o programa em todos os domínios prioritários e prosseguir os objectivos em todas as áreas, há que envidar esforços específicos para distribuir os níveis de actividade de forma mais equitativa pelas cinco áreas prioritárias. A actividade E (Formação profissional nos domínios da saúde pública e da promoção da saúde) parece ter sido a de menor execução até à data, com apenas 15 projectos de pequena dimensão, tendo-se utilizado apenas 1,26 milhões de ecus do orçamento do programa.

SUBSIDIARIEDADE DA ACÇÃO COMUNITÁRIA

Com vista a garantir a subsidiariedade, o Comité do Programa solicitou o parecer dos Estados-Membros, tal como estabelecido no programa de acção. Por conseguinte, encorajou-se o apoio dos Estados-Membros à adopção de acções seleccionadas nos respectivos países. Simultaneamente, o Comité do Programa garantiu a transparência necessária das acções da Comissão Europeia nos Estados-Membros. Garantiu ainda a transparência relativamente ao Parlamento Europeu mediante a transmissão prévia a esta Instituição de relatórios e documentação destinada ao Comité do Programa, bem como de uma lista anual de projectos financiados.

VALOR ACRESCENTADO EUROPEU

Foi emitida uma reserva segundo a qual inicialmente o valor acrescentado europeu dos projectos se encontraria em muitas instâncias subdesenvolvido; não obstante, sublinhou-se o desenvolvimento dos projectos da rede para compensar este défice. Este aspecto foi corroborado pelos peritos independentes e pelos representantes dos Estados-Membros, que declararam:

Verificou-se um valor acrescentado comunitário moderadamente elevado em comparação com a situação que ocorreria se o programa não existisse. Alguns índices elevados de valor acrescentado comunitário foram atribuídos a projectos apoiados em 1996, especialmente nas áreas A, B e C. Os responsáveis pelo projecto que beneficiaram de financiamento foram unânimes relativamente ao valor acrescentado comunitário dos projectos.

A maioria dos Estados-Membros referiu que o programa já continha um valor acrescentado comunitário intrínseco.

QUALIDADE DAS MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Para garantir o nível mais elevado possível da qualidade das acções seleccionadas, o Comité não apenas emitiu um parecer favorável sobre os planos de trabalho anuais como foi consultado sobre a preparação dos convites à apresentação de propostas, a selecção dos projectos e o acompanhamento da execução dos mesmos. Por conseguinte, os peritos independentes identificaram os projectos apoiados em 1996, especialmente nas áreas C, D e A que "permitem níveis consideravelmente elevados".

IMPACTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS ESTADOS-MEMBROS

Para garantir o impacto mais elevado possível sobre a promoção da saúde nos Estados-Membros a Comissão conferiu cada vez maior visibilidade aos projectos que englobam a totalidade dos Estados-Membros e os três países do EEE. A Comissão apoiou, assim, o desenvolvimento das redes europeias que congregam representantes em todos os Estados-Membros e nos países do EEE.

O êxito desta iniciativa foi confirmado pelos peritos independentes, que declararam:

"A acção futura deveria considerar prioritária a concessão de apoio contínuo às redes de promoção da saúde europeias que realizaram progressos consideráveis ao abrigo do Programa de 1996-2000".

Estas redes incidiram sobre aspectos específicos como a saúde mental e a promoção da saúde, em contextos específicos como o local de trabalho e os estabelecimentos de ensino, a favor de grupos específicos de destinatários como a população desfavorecida e as crianças. A eficácia e o impacto destes projectos foram corroborados pelos peritos independentes e pelos Estados-Membros.

Dotação orçamental para o Programa de Promoção da Saúde

Área	1996		1997		1998		TOTAL	
	Número de projectos	Orçamento	Número de projectos	Orçamento	Número de projectos	Orçamento	Número de projectos	Orçamento
A- Estratégias e estruturas de promoção da saúde	7	912574,64	6	1252939,12	2	847205,00	15	3012718,76
B- Medidas específicas de prevenção e promoção da saúde	18	237314,66	10	1439257,00	4	642521,00	32	2319092,66
C- Informação sobre a saúde	9	1126822,69	6	1252939,12	2	67500,00	17	2447261,81
D- Educação para a saúde	12	1130736,10	8	1524080,47	3	36687,76	23	2691504,33
E- Formação profissional nos domínios da saúde pública e da promoção da saúde	4	117435,46	4	365328,74	2	201265,00	10	684029,18
TOTAL	50	3524883,55	34	5834544,45	13	1795178,76	97	11154606,76