



PARLAMENTO EUROPEU

2009 - 2014

Documento de sessão

A7-0340/2012

18.10.2012

RELATÓRIO

sobre a prevenção de doenças das mulheres relacionadas com a idade
(2012/2129(INI))

Comissão dos Direitos da Mulher e da Igualdade dos Géneros

Relatora: Roberta Angelilli

ÍNDICE

	Página
PROPOSTA DE RESOLUÇÃO DO PARLAMENTO EUROPEU	3
EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS.....	19
RESULTADO DA VOTAÇÃO FINAL EM COMISSÃO	22

PROPOSTA DE RESOLUÇÃO DO PARLAMENTO EUROPEU

sobre a prevenção de doenças das mulheres relacionadas com a idade

(2012/2129(INI))

O Parlamento Europeu,

- Tendo em conta o artigo 168.º do TFUE,
- Tendo em conta a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia,
- Tendo em conta o Livro Branco intitulado “Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013)” (COM(2007)0630),
- Tendo em conta o Livro Branco intitulado “Uma estratégia para a Europa em matéria de problemas de saúde ligados à nutrição, ao excesso de peso e à obesidade” (COM(2007)0279),
- Tendo em conta o "Relatório sobre a saúde das mulheres na União Europeia" da Comissão Europeia,
- Tendo em conta a Comunicação da Comissão sobre os benefícios da telemedicina para os doentes, os sistemas de saúde e a sociedade (COM(2008)689),
- Tendo em conta a Comunicação da Comissão intitulada "Gerir o impacto do envelhecimento da população na União Europeia" (COM(2009)0180),
- Tendo em conta a Comunicação da Comissão intitulada “Solidariedade na saúde: reduzir as desigualdades no domínio da saúde na União Europeia” (COM(2009)0567),
- Tendo em conta a Comunicação da Comissão “Ação Contra o Cancro: Parceria Europeia” (COM(2009)0291),
- Tendo em conta o relatório intitulado "Empower Women – Combating Tobacco Industry Marketing in the WHO European Region" (OMS, 2010),
- Tendo em conta o relatório da Comissão "The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies" (European Economy n.º 4/11. Comissão Europeia, 2011)
- Tendo em conta a Decisão n.º 1350/2007/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de outubro de 2007, que cria um segundo Programa de Ação Comunitária no domínio da Saúde (2008-2013)¹,
- Tendo em conta a Decisão n.º 940/2011/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro de 2011, sobre o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da

¹ JO L 301 de 2011.2007, p.3.

Solidariedade entre as Gerações¹,

- Tendo em conta as Conclusões do Conselho sobre «Abordagens inovadoras para as doenças crónicas nos sistemas de saúde pública e de cuidados de saúde», de 7 de dezembro de 2010,
- Tendo em conta o relatório elaborado pela Presidência belga sobre a disparidade salarial entre homens e mulheres, de 23 de novembro de 2010,
- Tendo em conta as Conclusões da Cimeira das Nações Unidas sobre as doenças crónicas não transmissíveis de 19 e 20 de setembro de 2011,
- Tendo em conta o Programa-Quadro de Investigação e Inovação - Horizonte 2020 (COM(2011)0808),
- Tendo em conta o Relatório do Eurostat intitulado "Envelhecimento ativo e solidariedade entre as gerações - Um retrato estatístico da União Europeia em 2012",
- Tendo em conta o Relatório do Eurobarómetro intitulado "Envelhecimento ativo" (2012),
- Tendo em conta a Comunicação da Comissão intitulada "Concretizar o Plano de Execução Estratégica da Parceria Europeia de Inovação para um Envelhecimento Ativo e Saudável" (COM(2012)0083),
- Tendo em conta o Livro Branco intitulado "Uma agenda para pensões adequadas, seguras e sustentáveis" (COM(2012)0055),
- Tendo em conta a sua Resolução, de 18 de outubro de 2006, sobre o cancro da mama na União Europeia alargada²,
- Tendo em conta a sua Resolução, de 6 de dezembro de 2006, sobre a "Promoção de regimes alimentares saudáveis e da atividade física: uma dimensão europeia para a prevenção do excesso de peso, da obesidade e das doenças crónicas"³,
- Tendo em conta a sua Resolução, de 12 de julho de 2007, sobre ações destinadas a combater as doenças cardiovasculares⁴,
- Tendo em conta a sua Resolução, de 19 de fevereiro de 2009, sobre a saúde mental⁵,
- Tendo em conta a sua Resolução, de 6 de maio de 2009, sobre a inclusão ativa das pessoas excluídas do mercado de trabalho⁶,
- Tendo em conta a sua Resolução, de 12 de novembro de 2009, sobre a programação

¹ JO L 246 de 23.9.2011, p.5.

² Textos aprovados P6_TA(2006)0449.

³ JO C 250 E de 25.10.2007, p. 93.

⁴ Textos aprovados P6_TA(2007)0346.

⁵ Textos aprovados P6_TA(2009)0063.

⁶ Textos aprovados P6_TA(2009)0371.

conjunta das atividades de investigação para a luta contra as doenças neurodegenerativas, em especial a doença de Alzheimer¹,

- Tendo em conta a sua Resolução, de 19 janeiro de 2011, sobre a iniciativa europeia em matéria de doença de Alzheimer e outras formas de demência²,
- Tendo em conta a sua Resolução, de 6 de maio de 2010, sobre a Comunicação da Comissão “Luta contra o cancro: uma parceria europeia”³,
- Tendo em conta a sua Resolução, de 7 de setembro de 2010, sobre o papel das mulheres numa sociedade envelhecida⁴,
- Tendo em conta a sua Resolução, de 11 de novembro de 2010, sobre os desafios demográficos e a solidariedade entre gerações⁵,
- Tendo em conta o seu relatório, de 8 de fevereiro de 2011, sobre o rosto da pobreza feminina na União Europeia⁶,
- Tendo em conta a sua Resolução, de 26 de julho de 2011, sobre a situação das mulheres que se aproximam da idade da reforma⁷,
- Tendo em conta a sua Resolução, de 15 de setembro de 2011, sobre a posição e o compromisso assumidos pela União Europeia na perspetiva da reunião de alto nível das Nações Unidas sobre a prevenção e o controlo de doenças não transmissíveis⁸,
- Tendo em conta a sua Resolução, de 7 de março de 2012, sobre as medidas para fazer face à epidemia de diabetes na UE⁹,
- Tendo em conta a sua Resolução, de 24 de maio de 2012, com recomendações à Comissão relativas à aplicação do princípio de igualdade de remuneração entre homens e mulheres por trabalho igual ou de valor igual¹⁰,
- Tendo em conta a sua Resolução, de 13 de março de 2012, sobre a igualdade entre as mulheres e os homens¹¹,
- Tendo em conta o artigo 48.º do seu Regimento,
- Tendo em conta o relatório da Comissão dos Direitos da Mulher e da Igualdade dos Géneros (A7-0340/2012),

¹ Textos aprovados, P7_TA(2009)0065.

² Textos aprovados, P7_TA(2011)0016.

³ Textos aprovados, P7_TA(2010)0152.

⁴ Textos aprovados, P7_TA(2010)0306.

⁵ Textos aprovados, P7_TA(2010)0400.

⁶ Textos aprovados, P7_TA(2011)0086.

⁷ Textos aprovados, P7_TA(2011)0360.

⁸ Textos aprovados, P7_TA(2011)0390.

⁹ Textos aprovados, P7_TA(2012)0082.

¹⁰ Textos aprovados, P7_TA(2012)0225.

¹¹ Textos aprovados, P7_TA(2012)0069.

Contexto geral

- A. Considerando que a União Europeia promove a dignidade humana e reconhece o direito de cada pessoa a aceder à prevenção e ao tratamento médico, pelo que o artigo 168.º, n.º 7, do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia estabelece, de forma clara, que os Estados-Membros são responsáveis pela organização, gestão e prestação de serviços de saúde e cuidados médicos, incluindo a distribuição de recursos; que é essencial o direito das pessoas idosas a uma existência condigna e independente e à sua participação na vida social e cultural,
- B. Considerando que o envelhecimento demográfico é um dos principais desafios para a Europa; que, na UE, mais de 87 milhões de pessoas (17,4 %) têm mais de 65 anos e que, segundo as projeções, este número será superior a 150 milhões em 2060 (cerca de 30 %),
- C. Considerando que, apesar do aumento substancial da esperança média de vida, a par da subida contínua do nível de vida nos países industrializados, o que permite aos idosos de hoje ser muito mais ativos do que em décadas anteriores, os estereótipos negativos e os preconceitos relativos aos idosos continuam a constituir grandes obstáculos à sua integração social, resultando em exclusão social com um impacto direto na sua qualidade de vida e saúde mental,
- D. Considerando que as mulheres têm uma esperança de vida mais elevada do que os homens (82,4 anos para as mulheres contra 76,4 anos para os homens) e que a disparidade é menor em matéria de esperança de vida saudável, sendo de 61,7 anos para os homens e de 62,6 anos para as mulheres,
- E. Considerando que a taxa de emprego das mulheres com idades entre 55 e 64 anos foi de 38,6% em 2010, enquanto nos homens da mesma idade atingiu os 54,5%, e que, até 2020, de acordo com os objetivos da UE, 75 % da população com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos deveriam ter emprego,
- F. Considerando que os salários das mulheres são inferiores aos dos homens (na UE a disparidade salarial média entre os sexos é de 17,5 %); que a disparidade salarial entre homens e mulheres na faixa etária dos 55-64 anos é superior a 30 % em alguns Estados-Membros e ascende a 48 % quando se trata de pessoas com idade superior a 65 anos, e que a disparidade salarial entre homens e mulheres resulta em disparidade nas pensões, o que implica, frequentemente, que as mulheres se encontrem abaixo do limiar da pobreza,
- G. Considerando que as mulheres, frequentemente, para conciliar a vida familiar e a vida profissional, escolhem trabalhos flexíveis, ao domicílio, a tempo parcial, pontuais ou atípicos, que impedem a progressão das suas carreiras e que têm consequências importantes em termos de contribuições para o regime de pensões, o que as torna particularmente vulneráveis à precariedade e à pobreza,
- H. Considerando que a geração das mulheres com mais de 50 anos, por vezes descrita como «geração sanduíche» ou como «filhas que trabalham e mães que trabalham»,

tende a ter menos oportunidade para cuidar da sua própria saúde, pois cuida, frequentemente, da saúde dos pais e dos netos,

- I. Considerando que, na Europa, 23,9 % da população entre os 50 e os 64 anos está em risco de ficar em situação de pobreza, dos quais 25,9 % são mulheres, enquanto 21,7 % são homens, e que, na União Europeia, essas percentagens oscilam entre 39 % e 49 % em alguns países e ascendem a 51 % num dos países da UE,
- J. Considerando que, na sequência de divórcio, separação ou viuvez, 75,8 % das mulheres com mais de 65 anos vivem sozinhas e que, em média, 3 em cada 10 famílias na União Europeia são famílias unipessoais, a maioria das quais inclui mulheres que vivem sozinhas, particularmente mulheres idosas, e que esta percentagem está a aumentar; que, na maioria dos Estados-Membros, as famílias unipessoais, ou que auferem um único rendimento, são objeto de um tratamento desfavorável, tanto em termos absolutos como relativos, em matéria de tributação, segurança social, habitação, prestação de cuidados de saúde, seguros e pensões; que as políticas públicas não devem penalizar as pessoas por – voluntária ou involuntariamente – viverem sozinhas,
- K. Considerando que, em 2009, a taxa de privação material grave das mulheres com mais de 65 anos era de 7,6%, face a 5,5% para os homens,
- L. Considerando que as mulheres idosas, enquanto grupo desfavorecido, são frequentemente vítimas de discriminação múltipla, por exemplo devido à sua idade, sexo e origem étnica; que as mulheres idosas, frequentemente com um baixo estatuto socioeconómico e que enfrentam inúmeras dificuldades, beneficiariam de medidas de proteção social e de acesso aos sistemas nacionais de saúde,
- M. Considerando que o acesso aos cuidados de saúde primários é mais difícil nas zonas rurais do que nas urbanas e que essas zonas padecem de uma escassez de profissionais de saúde especializados e de instalações hospitalares, incluindo de emergência,
- N. Considerando que, frequentemente, as mulheres idosas, sobretudo as que vivem isoladas, enfrentam situações socioeconómicas desfavoráveis que afetam a sua qualidade de vida e estado de saúde físico e mental,
- O. Considerando que, para dar resposta às necessidades das mulheres idosas, é necessário compreender melhor as doenças que as afetam,
- P. Considerando que estes fatores afetam a capacidade das mulheres de criar e/ou manter redes sociais e, conseqüentemente, de ter uma vida ativa,

Doenças relacionadas com o envelhecimento

- Q. Considerando que, devido à esperança de vida mais longa e à diferente vulnerabilidade a algumas doenças por parte dos homens e das mulheres, as mulheres são mais frequentemente afetadas por doenças crónicas e invalidantes e que, por isso, estão mais sujeitas a uma deterioração da qualidade de vida,
- R. Considerando que existem diferenças entre homens e mulheres em termos da incidência,

evolução e consequências de várias patologias,

- S. Considerando que, segundo os últimos dados disponíveis (IARC), os tumores que atingem mais frequentemente as mulheres são o cancro da mama (29,7%), o cancro colorretal (13,5%) e o cancro do pulmão (7,4%),
- T. Considerando que, todos os anos, as doenças cardiovasculares provocam mais de 2 milhões de mortes nos Estados-Membros, o que representa 42% de todas as mortes na UE e são responsáveis por 45% das mortes entre as mulheres, em relação a 38% entre os homens,
- U. Considerando que a diabetes é uma das doenças não transmissíveis mais comuns, que afeta mais de 33 milhões de cidadãos da UE, com um provável aumento para 38 milhões até 2030, e que, em 2010, cerca de 9% da população adulta da UE (20-79 anos) era diabética,
- V. Considerando que a idade é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças neurodegenerativas, como a doença de Alzheimer (a forma mais comum de demência); que as doenças neurodegenerativas são mais frequentes nas pessoas com mais de 65 anos (afetam uma pessoa em 20 depois dos 65 anos, uma em cinco depois dos 80 anos e uma em três depois dos 90), que mais de 7,3 milhões de pessoas sofrem de demência na Europa; que os estudos mostram que a taxa da doença de Alzheimer nas mulheres com mais de 90 anos é de 81,7 % contra 24 % nos homens; que o estigma e a falta de sensibilização para as doenças neurodegenerativas, como a demência, conduz a um diagnóstico tardio e, por conseguinte, a fracos resultados em termos de tratamento;
- W. Considerando que a demência é mais comum em pessoas com mais de 65 anos, afeta cerca de uma em cada 20 pessoas com mais de 65 anos, uma em cada cinco pessoas com mais de 80 anos e uma em cada três pessoas com mais de 90 anos, e que, geralmente, a prevalência é mais elevada nas mulheres do que nos homens,
- X. Considerando que as mulheres estão em maior risco de desenvolver doenças dos ossos e das articulações (osteoartrite, artrite reumatóide, osteoporose e fragilidade óssea) (cerca de 75 % das fraturas da articulação coxofemoral provocadas pela osteoporose afetam mulheres),
- Y. Considerando que os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, tumores, diabetes, obesidade e doenças crónicas obstrutivas são o tabaco, a inatividade física, a má alimentação, o abuso do álcool e a poluição ambiental,
- Z. Considerando que a depressão e a ansiedade representam formas de perturbação mental graves que afetam mais as mulheres do que os homens; que a sua incidência em mulheres, na Europa, se situa entre os 2 % e os 15 %, para a faixa etária acima dos 65 anos, segundo estimativas da OMS,
- AA. Considerando que a perda de acuidade auditiva e visual contribuem bastante para o peso dos anos vividos com limitações funcionais, e que um diagnóstico atempado e adequado, um tratamento de qualidade e o acesso a dispositivos médicos de qualidade podem evitar o agravamento ou restabelecer parcialmente o funcionamento dessas

faculdades,

- AB. Considerando que a maioria dos cerca de 600 mil europeus com esclerose múltipla são mulheres, e que se trata da doença neurodegenerativa mais comum e uma das principais causas de incapacidade não traumática nas mulheres idosas,

Acesso aos serviços de saúde

- AC. Considerando que é necessário garantir um acesso equitativo aos serviços de saúde para homens e mulheres e uma melhor qualidade da assistência médica e que deve ser dedicada mais atenção às circunstâncias específicas das mulheres que vivem muitas vezes só nas zonas rurais, respeitando o disposto no artigo 168.º, n.º 7, do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia,
- AD. Considerando que a situação económica das mulheres idosas, devido às desigualdades baseadas no género em termos de salários, pensões e outros rendimentos, as torna particularmente vulneráveis à precariedade e à pobreza, e que as mulheres idosas dispõem de menos recursos financeiros para utilizar em cuidados de saúde e tratamentos médicos necessários,
- AE. Considerando que a telemedicina pode melhorar o acesso aos cuidados de saúde não disponíveis em zonas de difícil acesso e aumentar o nível de especialização e a frequência dos cuidados de saúde a prestar às pessoas idosas,

Investigação e prevenção

- AF. Considerando que o investimento em investigação e inovação é fundamental para a manutenção de elevados padrões de vida, ao mesmo tempo que permite enfrentar o desafio premente do envelhecimento,
- AG. Considerando que a prevenção e o diagnóstico precoce levam a uma melhoria da saúde física e mental dos homens e das mulheres, o que permite aumentar a esperança média de vida saudável e diminuir as despesas com a assistência médica, garantindo a sua sustentabilidade a longo prazo,
- AH. Considerando que as medidas de prevenção devem ser uma prioridade nos cuidados de saúde, prestando especial atenção aos grupos desfavorecidos;
- AI. Considerando que a literacia em saúde é indispensável para os cidadãos se poderem orientar melhor em sistemas de saúde complexos e melhorar a compreensão do seu papel na prevenção de doenças relacionadas com a idade durante a sua vida,
- AJ. Considerando que a vulnerabilidade a doenças e a sensibilidade a fármacos em função do género não estão suficientemente estudadas no presente, uma vez que os estudos clínicos são realizados principalmente em homens jovens,
- AK. Considerando que, segundo a Agência Internacional para a Investigação do Cancro (IARC), se a taxa de cobertura da mamografia fosse superior a 70% , seria possível reduzir entre 20% e 30% a mortalidade provocada pelo cancro da mama nas mulheres

com mais de 50 anos,

- AL. Considerando que as mulheres recorrem mais a medicamentos e a remédios à base de plantas, sendo necessário efetuar mais investigações sobre o impacto dos últimos no sentido de minimizar os riscos de interação,
- AM. Considerando que as mulheres, durante a sua vida, sofrem muitas alterações hormonais e recorrem a medicamentos específicos para a idade em termos de fertilidade e para a menopausa,
- AN. Considerando que 9% das mulheres recorrem frequentemente a antidepressivos, face a 5% dos homens,
- AO. Considerando que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre 4% a 6% dos idosos foram vítimas de algum tipo de maus-tratos nas suas próprias casas, desde maus-tratos físicos, sexuais ou psicológicos à exploração financeira, à negligência e ao abandono,

Contexto geral

1. Reconhece que, apesar de as mulheres viverem mais do que os homens, não vivem muitos mais anos de vida saudável, ou seja, sem limitações físicas ou incapacidades graves (62,6 anos para as mulheres e 61,7 para os homens);
2. Observa que as mulheres idosas necessitam de um acesso adequado a cuidados de saúde e domiciliários, para, assim, poderem usufruir da igualdade de direitos e de uma vida autónoma;
3. Insta a Comissão a publicar um novo relatório sobre a saúde das mulheres, dando particular atenção à faixa etária superior aos 65 anos e aos indicadores relativos ao envelhecimento ativo;
4. Defende que as políticas destinadas a conciliar a vida familiar e profissional e a participação social permitem à mulher encarar melhor o envelhecimento ativo e saudável e, para tal, convida os Estados-Membros a intensificarem os seus esforços nesse sentido;
5. Insta os Estados-Membros a encorajarem a integração plena, um maior envolvimento e a participação ativa das mulheres idosas na vida social;
6. Sublinha a importância de uma oferta cultural e educativa destinada à terceira idade;
7. Solicita medidas concretas e eficazes, como a adoção da diretiva relativa à igualdade de tratamento, para melhor combater a discriminação múltipla de que as mulheres idosas são frequentemente vítimas;
8. Apoia as iniciativas destinadas a melhorar a prevenção de doenças e a promoção da saúde, bem como a manutenção da autonomia dos idosos;

9. Solicita à Comissão e ao Conselho que publiquem um relatório sobre as ações levadas a cabo pelos Estados-Membros para apoiar o envelhecimento ativo e sobre o seu impacto, a fim de identificar as melhores práticas e de avaliar as ações futuras que devem ser desenvolvidas a nível europeu;
10. Insta a Comissão e os Estados-Membros a promoverem uma atitude mais positiva relativamente ao envelhecimento, bem como a sensibilizarem os cidadãos da UE para as questões relacionadas com a idade e os respetivos efeitos reais, algo que tem sido uma das principais mensagens do ano 2012, enquanto ano do envelhecimento ativo e da solidariedade intergeracional;
11. Entende que uma abordagem da vida na sua totalidade, na qual as interligações entre o envelhecimento e o género sejam tomadas em consideração, é o rumo a seguir no respeitante às políticas no domínio do envelhecimento;
12. Assinala que a despesa pública no domínio da saúde representa 7,8% do PIB na UE e prevê-se que, até 2060, devido ao envelhecimento demográfico, a despesa para a assistência a longo e a curto prazo aumente 3%;
13. Insta os Estados-Membros a prestarem atenção às mulheres idosas imigrantes, que estão sujeitas a condições socioeconómicas desfavoráveis e que se deparam, frequentemente, com dificuldades de acesso às medidas de proteção social e aos serviços de saúde; considera que deve ser prestada especial atenção a cada mulher individualmente, viúvas e mulheres separadas, cuja qualidade de vida e saúde foram conseqüentemente afetadas;
14. Insta a Comissão e os Estados-Membros a reconhecerem plenamente a dimensão de género na saúde como uma parte essencial das políticas de saúde da UE e das políticas de saúde nacionais;
15. Insta os Estados-Membros a alcançarem um equilíbrio entre a implementação de medidas drásticas para o combate à crise financeira e económica e a prestação de financiamento suficiente e adequado destinado aos cuidados de saúde e sociais para ajudar a gerir a tendência demográfica de uma população envelhecida;
16. Solicita à Comissão que publique um estudo sobre o impacto que a crise económica e financeira exerceu sobre as mulheres idosas, dando particular atenção ao acesso a cuidados de saúde preventivos e curativos;
17. Observa que estratégias abrangentes e aprofundadas no setor da saúde exigem a colaboração dos governos, dos profissionais da área da saúde, das organizações não-governamentais, das organizações da saúde pública, das organizações que representam os pacientes, dos meios de comunicação e outros intervenientes relacionados com o envelhecimento saudável;
18. Sublinha a necessidade de construir e promover uma União Europeia mais sensível às necessidades e aos interesses das mulheres e dos homens idosos, incluindo uma perspetiva de género em todas as medidas e políticas de sensibilização e de informação que sejam levadas a cabo;

Doenças relacionadas com o envelhecimento

19. Sublinha que muitas doenças nas mulheres são frequentemente subvalorizadas, como, por exemplo, no caso das doenças cardíacas, que são consideradas como um problema masculino; lamenta que muitos casos de enfarte nas mulheres não sejam diagnosticados, já que os sintomas são geralmente diferentes dos verificados nos homens; salienta que os tratamentos devem igualmente ter em consideração as especificidades biológicas de género;
20. Insta os Estados-Membros a desenvolverem campanhas de educação pública destinadas às mulheres e tendo em vista sensibilizar para os fatores de risco relacionados com as doenças cardiovasculares e os programas especializados para a formação complementar dos profissionais da saúde;
21. Lamenta a falta de atenção para com os efeitos do aumento do consumo de álcool entre as mulheres idosas na Europa e insta a Comissão Europeia e os Estados-Membros a lançarem estudos com vista à resolução deste problema e do impacto que este exerce na saúde física e mental das mulheres idosas;
22. Assinala com preocupação o aumento do número de fumadoras com o conseqüente aumento do risco de contrair cancro do pulmão, para além de doenças cardiovasculares; convida os Estados-Membros a introduzirem programas de luta contra o tabagismo, com especial atenção para as jovens mulheres (a OMS estima que, na Europa, a percentagem de mulheres fumadoras subirá dos atuais 12% para cerca de 20% até 2025);
23. Insta a Comissão a encorajar iniciativas que visem promover uma melhor saúde, através de informação adequada sobre os riscos associados ao consumo de tabaco e de álcool, sobre os benefícios de um regime alimentar correto e de uma atividade física apropriada como meios de prevenção da obesidade e da hipertensão arterial e complicações conexas;
24. Apela à Comissão e aos Estados-Membros para que realizem campanhas de informação dirigidas às mulheres que estão a entrar ou já entraram em menopausa;
25. Exorta os Estados-Membros a promoverem a sensibilização pública para as doenças dos ossos e das articulações através da organização de campanhas públicas de informação e educação sobre prevenção e cura;
26. Insta a Comissão Europeia a lançar um plano de ação da UE sobre doenças não transmissíveis, como seguimento dos resultados da Cimeira das Nações Unidas sobre as Doenças Não Transmissíveis, em setembro de 2011, e o processo de consulta pública iniciado pela Comissão em março – abril de 2012;
27. Exorta a Comissão a dar maior destaque aos jovens na futura revisão da Diretiva 2001/37/CE relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados-Membros no que respeita ao fabrico, à apresentação e à venda do tabaco;
28. Convida a Comissão a elaborar e a pôr em ação uma estratégia específica da União

Europeia para a prevenção, o diagnóstico, a gestão, a educação e a investigação no domínio da diabetes, incluindo uma abordagem transversal em matéria de género e de igualdade entre homens e mulheres, no respeito do disposto no artigo 168.º, n.º 7, do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia;

29. Insta a Comissão e os Estados-Membros a adotarem uma abordagem holística e sensível ao género no que se refere à doença de Alzheimer e outras demências, para melhorar a qualidade de vida e reforçar a dignidade dos doentes e das respetivas famílias;
30. Insta a Comissão e os Estados-Membros a elaborarem campanhas de informação dirigidas ao grande público sobre a doença de Alzheimer (informações sobre a doença, possibilidades de tratamento, cuidados aplicáveis), em conjunto com as associações Alzheimer a nível nacional e europeu;
31. Insta os Estados-Membros a criarem urgentemente planos e estratégias nacionais para a doença de Alzheimer, caso ainda não o tenham feito;
32. Observa com preocupação que, na UE, a taxa mais elevada de suicídios se regista entre as pessoas com mais de 65 anos e que os casos de tentativa de suicídio entre as mulheres são superiores aos registados entre os homens e que estão a aumentar devido ao impacto agravado da recessão económica em mulheres idosas; e insta a Comissão a publicar um estudo sobre a ligação entre estas estatísticas e o impacto desproporcionado da crise económica nas mulheres idosas;
33. Insta os Estados-Membros a melhorarem, em colaboração com a Comissão e o Eurostat, a recolha de dados, repartidos por sexo e idade, e de informações sobre a saúde mental e a relação entre a mesma e os anos de vida sã;
34. Solicita aos Estados-Membros que instituem cursos de formação específica, destinada aos médicos generalistas e ao pessoal dos serviços psiquiátricos, incluindo médicos, psicólogos e enfermeiros, sobre a prevenção e o tratamento das doenças neurodegenerativas e dos distúrbios depressivos, prestando especial atenção aos desafios adicionais enfrentados pelas mulheres idosas;
35. Insta os Estados-Membros a darem prioridade a ações na área das doenças incapacitantes causadoras de perturbações da memória, como a demência, e a aumentarem os seus esforços na área da investigação médica e social para aumentar a qualidade de vida dos doentes e dos respetivos prestadores de cuidados, garantir a sustentabilidade dos serviços de saúde e de prestação de cuidados e incentivar o crescimento a nível europeu;
36. Insta os Estados-Membros a garantirem que o pessoal dos setores público e privado que presta cuidados a idosos participa em programas de formação e é avaliado com regularidade;
37. Exorta os Estados-Membros a incentivarem os estudos médicos especializados em gerontologia nas universidades públicas;

Acesso aos serviços de saúde

38. Insta os Estados-Membros a apoiar as iniciativas necessárias para facilitar o acesso das mulheres idosas aos serviços médicos e de saúde, inclusivamente as que vivem longe das grandes urbes e em zonas de difícil acesso, independentemente da sua situação económica pessoal, dando particular importância à prestação de cuidados individualizados e, inclusive, aos cuidados prestados ao domicílio, bem como à telemedicina, uma vez que tal pode melhorar a qualidade de vida dos doentes crónicos e contribuir para a redução das listas de espera;
39. Insta os Estados-Membros a analisarem, a acompanharem e a garantirem a dimensão de género no momento da elaboração dos orçamentos relativos aos serviços de saúde;
40. Insta os Estados-Membros a continuarem a desenvolver os serviços de saúde em linha e um ambiente sensível às questões de género, auxiliando soluções assistidas de vida, de molde a favorecer uma vida independente em casa e a tornar os serviços de saúde mais eficientes e acessíveis às mulheres idosas que se encontrem isoladas por razões de mobilidade e que, mais frequentemente, são excluídas dos benefícios de tais serviços, e a criarem serviços de saúde em linha e uma rede de assistência telefónica de 24 horas;
41. Apela a que se proceda a uma abordagem baseada nos direitos do indivíduo, de modo a permitir que a população idosa possa ter um papel ativo na tomada de decisões relativamente à escolha e ao tipo de cuidados e de serviços sociais que lhe são prestados;
42. Solicita aos Estados-Membros que os sistemas de proteção social e, particularmente, de seguro de doença, tenham em consideração o desemprego e as dificuldades sociais das mulheres, para que estas últimas não fiquem sem proteção.
43. É importante apoiar e facilitar o acesso aos serviços médicos, de saúde e de assistência para as mulheres que, apesar dos seus problemas pessoais de saúde, têm de prestar cuidados a outras pessoas dependentes;
44. Apela para que as instituições públicas e privadas que prestam cuidados de saúde aos idosos e funcionam de forma semelhante aos hospitais sejam reorganizadas para que proporcionem um ambiente mais agradável aos seus pacientes, prestando, não só cuidados médicos, mas dando prioridade, igualmente, a atividades que promovam a independência ou a criatividade, a fim de prevenir que sejam internados em instituições;
45. É sua convicção que os pacientes idosos internados em lares devem participar na gestão dessas instituições;
46. Insiste na necessidade de o número crescente de pessoal médico e paramédico ser formado e preparado devidamente para uma abordagem que, pela especificidade de género e idade dos pacientes, deverá ter em conta as necessidades psicológicas, relacionais e de informação específicas das mulheres idosas;
47. Solicita que a formação do pessoal médico inclua estudos sobre técnicas de escuta e de psicologia; solicita igualmente que os trabalhadores sociais sejam associados a esta política de prevenção;

48. Incentiva as associações e as linhas telefónicas de assistência a prestarem cuidados, proteção e apoio psicológico aos idosos;
49. Insta os Estados-Membros e a Comissão a recolherem dados e a procederem ao intercâmbio de boas práticas, tendo o cuidado de incluir elementos relacionados com a perspetiva de género que possam contribuir para a identificação de boas práticas sobre o acesso aos serviços de saúde e para evitar os pesados procedimentos burocráticos, e a procederem à elaboração de medidas e políticas concretas que permitam melhorar a qualidade de vida das mulheres idosas e a aconselhar, simultaneamente, os governos sobre a criação de um contexto favorável à sensibilização, nos Estados-Membros, para a prevenção de doenças relacionadas com a idade;
50. Encoraja os Estados-Membros a reforçarem os cuidados de saúde preventivos para as mulheres idosas, facultando o acesso regular, por exemplo, a mamografias e a testes de esfregaço cervical, a eliminar os limites de idade no acesso à prevenção de doenças, como a despistagem do cancro da mama, e a aumentar a consciencialização sobre a importância da despistagem;
51. Convida a Comissão a aumentar os seus esforços, a fim de divulgar em toda a União Europeia uma cultura de prevenção, e os Estados-Membros a intensificar as campanhas de informação e de sensibilização específicas nas escolas, nas universidades, nos locais de trabalho e nos centros de idosos, com a colaboração dos profissionais do setor, das entidades locais e das organizações não-governamentais;

Investigação e prevenção

52. Observa com preocupação os resultados da investigação da UE, publicados em abril de 2011, revelando que 28 % das mulheres com idade igual ou superior a 60 anos foram alvo de maus-tratos nos últimos 12 meses; considera que é necessário dar prioridade à proteção dos idosos contra abusos, maus tratos, negligência e exploração, sejam intencionais, deliberados ou por negligência; insta os Estados-Membros a reforçarem as suas ações em matéria de prevenção de maus-tratos a idosos no domicílio e nas instituições;
53. Considera que é importante garantir uma abordagem da investigação médica que tenha em conta os problemas específicos dos homens e das mulheres;
54. Sublinha que a Estratégia para a Igualdade entre Homens e Mulheres 2010-2015 reconhece que homens e mulheres estão sujeitos a doenças e a ameaças para a saúde específicas a cada sexo, o que deve ser adequadamente tido em conta na investigação médica e nos serviços de saúde;
55. Solicita que, no âmbito do Horizonte 2020, seja desenvolvido um plano estratégico de investigação destinado à saúde das mulheres para a próxima década e criado um centro de investigação em saúde feminina, a fim de assegurar a execução do plano;
56. Sustenta que é importante garantir a presença de mulheres peritas nas comissões consultivas técnico-científicas nacionais de avaliação dos medicamentos;

57. Insta o Conselho, a Comissão e os Estados-Membros a incluírem os maus-tratos a idosos como tema de investigação no Programa Conjunto para a Luta contra as Doenças Neurodegenerativas, visando calcular a sua incidência e o seu impacto em pessoas com demência;
58. Apoia a Parceria Europeia de Inovação para um Envelhecimento Ativo e Saudável, uma iniciativa piloto que visa aumentar em dois anos a esperança média de vida saudável dos cidadãos da UE até 2020, e está determinado a conquistar uma tripla vitória para a Europa, melhorando a saúde e a qualidade de vida dos idosos, reforçando a sustentabilidade e a eficiência dos sistemas de saúde;
59. Congratula-se com os projetos e as iniciativas que visam melhorar os hábitos alimentares e os estilos de vida (Projeto EATWELL, Plataforma de Ação Europeia em Matéria de Regimes Alimentares, Atividade Física e Saúde, Quadro de Redução do Consumo de Sal), bem como a Parceria Europeia de Ação Contra o Cancro;
60. Salaria que todos os objetivos e ações abrangidos pelo segundo Programa de Ação Comunitária no domínio da Saúde devem contribuir para a promoção de uma melhor compreensão e de um reconhecimento das necessidades e atitudes respetivas de homens e mulheres em matéria de saúde;
61. Congratula-se com a proposta da Comissão no sentido de adotar um pacote de medidas para a política de coesão (2014-2020), que identifique as questões do envelhecimento ativo e saudável e da inovação enquanto prioridades de investimento;
62. Lamenta que 97 % do orçamento para a saúde seja atribuído ao tratamento de doenças não transmissíveis e apenas 3 % ao investimento na prevenção, numa altura em que o custo do tratamento e da gestão de doenças não transmissíveis está a aumentar devido à maior disponibilidade de diagnósticos e tratamentos; insta os Estados-Membros a aumentarem o seu orçamento para a saúde, de molde a incluir a ações de prevenção;
63. Insta a Comissão a prestar maior atenção às causas das doenças, promovendo, para o efeito, a prevenção em todos os setores e a todos os níveis da sociedade; solicita à Comissão que promova a saúde mediante a realização de diagnósticos atempados, bem como da manutenção de um estilo de vida saudável, de cuidados de saúde adequados e da garantia de condições de trabalho apropriados para trabalhadores mais idosos;
64. Solicita aos Estados-Membros que concedam mais ênfase às campanhas de sensibilização para a osteoporose e que prestem informações mais claras sobre a despistagem precoce da osteoporose para prevenir as fraturas, através, nomeadamente, de um melhor acesso a exames de densitometria óssea;
65. Subscree o desafio em matéria de «igualdade de géneros» da OMS, segundo o qual é necessária uma melhor avaliação dos fatores de risco que pesam sobre a saúde das mulheres; congratula-se, neste contexto, com as recomendações da OMS visando criar ambientes «compatíveis com a idade» e aumentar as possibilidades de as mulheres idosas contribuírem de forma produtiva para a sociedade, incluindo a colaboração intersetorial para identificar e promover ações fora do setor da saúde que possam melhorar os resultados sanitários para as mulheres;

66. Solicita aos Estados-Membros que ponham em destaque, na formação do pessoal médico e paramédico, as diferenças nos quadros clínicos e nos sintomas de doenças cardiovasculares no caso das mulheres, salientando os benefícios de uma intervenção rápida;
67. Convida a Comissão e o Conselho a incentivarem, no quadro da iniciativa Horizonte 2020, uma colaboração científica mais estreita e a realização de estudos comparativos no domínio da esclerose múltipla, a fim de proporcionar uma boa base para a identificação de tratamentos e cuidados preventivos para esta doença, que causa deficiências motoras graves, sobretudo nas mulheres idosas;
68. Insta a Comissão a prosseguir o seu apoio a campanhas de sensibilização destinadas, em particular, às mulheres idosas, centradas em recomendações sensíveis em matéria de género e relativas a uma alimentação correta e à importância da atividade física, dado que estes fatores podem desempenhar um papel na prevenção de quedas e reduzir a incidência de doenças cardiovasculares e circulatorias, osteoporose e de alguns tipos de cancro;
69. Solicita, neste sentido, que sejam promovidas campanhas de informação e de educação nas escolas, nomeadamente através de informações de saúde relativamente à importância de uma alimentação correta e aos riscos para a saúde decorrentes de uma má alimentação;
70. Convida a Comissão a encetar um debate com o Conselho para relançar e aplicar de forma eficaz a sua recomendação sobre a despistagem do cancro, com especial destaque para as pessoas mais desfavorecidas do ponto de vista socioeconómico, a fim de reduzir as desigualdades no domínio da saúde; solicita que os Estados-Membros que ainda não o fizeram ponham em prática a referida recomendação, de acordo com as orientações europeias relativas à garantia da qualidade;
71. Exorta a Comissão e o Conselho a adaptarem a idade de acesso aos programas de despistagem, pelo menos nos países em que a incidência da doença é mais elevada e nos casos em que existam antecedentes familiares de risco, e a incluir também nos referidos programas as mulheres de idade avançada, devido à sua maior esperança média de vida;
72. Apela à Comissão e aos Estados-Membros para que promovam os direitos das mulheres numa perspetiva de combate a todos os tipos de violência e discriminação relacionados com envelhecimento e o género, incluindo campanhas de sensibilização e de informação dirigidas a toda a população europeia, desde a mais tenra idade;
73. Convida os Estados-Membros a reforçar a investigação clínica sobre as mulheres e observa que a recente proposta de regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho relativa aos ensaios clínicos de medicamentos para uso humano, que revoga a Diretiva 2001/20/CE, pode ser revista nesse sentido;
74. Insta os Estados-Membros a desenvolverem soluções inovadoras em cooperação direta com os doentes, respondendo, assim, mais cabalmente às necessidades das pessoas mais idosas;

75. Encarrega o seu Presidente de transmitir a presente resolução ao Conselho e à Comissão.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

A população da União Europeia tem registado um envelhecimento progressivo devido ao declínio da taxa de natalidade e ao aumento crescente da esperança média de vida. Esta situação tem sido cada vez mais integrada nas políticas europeias, a exemplo do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações em 2012. O objetivo é favorecer um envelhecimento saudável para todos através do acesso a cuidados de saúde de qualidade e de medidas de prevenção que permitam às pessoas idosas permanecer autónomas o máximo período de tempo possível.

O relatório pretende disponibilizar um quadro geral da situação e propor, de forma programada, uma série de ações a realizar a nível nacional e europeu.

Não existe uma definição única de "pessoa idosa". Em alguns casos, considera-se a idade cronológica (para a OMS, a partir dos 65 anos) ou as fases da vida (terceira e quarta idades), outras vezes parte-se do papel social, do nível de atividade (cessação da atividade profissional), da saúde ou do grau de dependência.

A sondagem Eurobarómetro "Envelhecimento ativo" (2012) demonstra que a definição de "jovem" e "idoso" difere muito consoante os países. Em média, para os Europeus uma pessoa pode ser considerada "idosa" a partir dos 64 anos ou "mais velha" a partir dos 41,8 anos.

A faixa da população com mais de 65 anos apresenta um desequilíbrio em termos de género: das 87 milhões de pessoas na UE-27 nessa faixa etária, 50,6 milhões são mulheres.

A disparidade é ainda mais evidente entre as pessoas com mais de 80 anos: 3,1% mulheres e 1,6% homens no total da população.

As mulheres sentem que a velhice começa ligeiramente mais tarde em relação aos homens (65 anos face a 62,7 anos). É interessante realçar a perceção da própria saúde: aos 65 anos, os homens consideram ter uma esperança de vida saudável de 8,2 anos; as mulheres de 8,4 anos.

Segundo o Eurostat, só 48,9% das pessoas na faixa etária dos 50-64 anos é otimista sobre o seu futuro; o número desce ainda para os 44,9% na faixa etária com mais de 65 anos.

Apesar da sua maior longevidade, regista-se entre as mulheres idosas uma incidência significativamente superior de doenças debilitantes - fraturas causadas pela osteoporose, artrite reumatóide e osteoartrite, acidentes vasculares cerebrais, incontinência urinária, cancro - em relação ao homens da mesma idade. O mesmo é válido para o progressivo aparecimento de deficiências provocadas pelo abrandamento psicomotor, de episódios de confusão mental e de demência (como por exemplo, Alzheimer), cuja incidência aumenta de forma exponencial com o passar dos anos.

Entre as doenças que afetam particularmente as mulheres idosas encontram-se as cardiovasculares, respiratórias, o cancro (que continua a ser a principal causa de morte entre as mulheres idosas na UE), a diabetes, as patologias musculoesqueléticas, as doenças degenerativas e a depressão.

Os principais fatores de risco, que devem ser avaliados num quadro de interdependência, são a hipertensão arterial, a hiperglicemia, o sedentarismo, o tabagismo, o excesso de peso e a obesidade, a hipercolesterolemia, assim como, para as mulheres, as mudanças hormonais provocadas pela menopausa.

O tabagismo, em particular, é a causa de morte de cerca de 6 milhões de pessoas por ano, 21% das quais na Europa; o abuso do álcool é o terceiro fator de risco de morte e de incapacidade na União Europeia, depois do tabaco e da hipertensão, provocando 195000 mortos todos os anos e correspondendo a 12% das mortes prematuras entre os homens e 12% entre as mulheres; em mais de metade dos países da OCDE, pelo menos uma em cada duas pessoas

tem excesso de peso ou está obesa, e, segundo as projeções, dentro de dez anos, em alguns países, duas pessoas em cada três serão obesas. A atividade física pode assumir um papel muito importante para melhorar a qualidade de vida entre as pessoas idosas, pois melhora as condições fisiológicas e psicológicas. Segundo uma sondagem conduzida pelo Eurobarómetro subordinada ao tema "Desporto e atividade física" mais de metade (61%) dos inquiridos com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos afirmou desenvolver atividades desportivas pelo menos uma vez por semana; este número desce para 44% na faixa etária dos 25-39 anos, para 40% na faixa dos 40-54 anos, para 33% na faixa entre os 55 e os 69 anos e finalmente para 22% nas pessoas com mais de 70 anos.

É importante promover a saúde ao longo de toda a vida.

A prevenção e a informação são elementos essenciais para uma estratégia que deve ver envolvidos todos os decisores políticos, particularmente as associações do setor, as instituições nacionais e europeias, os órgãos de informação e a administração local.

De acordo com a OMS, uma alimentação correta, a importância da atividade física, a luta contra o tabagismo e o abuso do álcool deveriam ser constantes ao longo de toda a vida.

Mesmo depois do Ano Europeu dedicado ao Envelhecimento Ativo, as instituições europeias devem colaborar com os parceiros nacionais e locais para difundir junto do grande público as estratégias em termos de prevenção orientadas para a promoção de comportamentos corretos que devem acompanhar um envelhecimento saudável e ativo.

Para além dos programas de despistagem, cabe, de facto, considerar as dificuldades (que muitas vezes se transformam nas impossibilidades) de acesso aos serviços de saúde: complexidade dos sistemas, a falta de orientação, a difícil marcação de consultas de especialidade e de análises de diagnóstico, bem como a longa lista de espera, desencorajam em primeiro lugar os pacientes idosos, em especial a população idosa feminina que vive, muitas vezes, em condições de solidão.

Mesmo quando a oferta de cuidados de saúde poderia responder de maneira adequada às necessidades da mulher idosa, a falta de informação leva-a a não usufruir das possibilidades existentes. É importante considerar que a qualidade da assistência de saúde depende também, e sobretudo para as mulheres idosas, de uma abordagem médico-paciente que tenha em conta a especificidade desta categoria da população.

A investigação clínica deverá ter profundamente em consideração o género, reforçando também, e sobretudo, os fatores causais ou de predisposição (incluindo as alterações hormonais), para além da prevalência de algumas patologias específicas nas mulheres.

Para as mulheres, o envelhecimento (e o aparecimento da menopausa) representa um profundo momento de crise. Ao envelhecer, a mulher vive mudanças profundas: o seu papel social e profissional está a ser alterado; as mudanças físicas são frequentemente difíceis de aceitar.

As consequências psicológicas do envelhecimento podem conduzir a um sentimento de solidão (piorado pelo facto de, muitas vezes, as mulheres idosas viverem sozinhas), um forte sentimento de isolamento e a perda de autoestima. Tudo isto pode levar à depressão. Mais de metade (50,6%) das mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 64 anos na UE estava inativa em 2010.

De acordo com os dados do Eurobarómetro, um terço dos cidadãos europeus declara que gostaria de continuar a trabalhar após ter atingido a idade da reforma.

Dois terços dos cidadãos europeus são a favor de combinar o trabalho a tempo parcial com uma reforma parcial para evitar que a reforma os exclua subitamente da vida social e profissional.

A atividade e o contributo que os idosos podem dar à sociedade após a reforma assumem

diversas formas, entre as quais o voluntariado, o apoio aos familiares, a assistência às pessoas vizinhas doentes ou vulneráveis (prestadores de cuidados informais) e a participação em atividades políticas, culturais, ambientais e religiosas. A nível local, poderão envidar-se esforços para tornar a realidade local mais adaptada aos idosos. Podem melhorar-se as estruturas desportivas e os transportes públicos; podem ser aumentadas as ocasiões de encontro e intercâmbio (atividades sociais e recreativas), com a colaboração das entidades locais e das associações de voluntariado. Também o incentivo à utilização da Internet (eventualmente através de uma formação gratuita) pode ajudar os idosos a empreender uma vida social ou a fazer frente à solidão, permitindo ainda que permaneçam autónomos e independentes (segundo o Eurostat em 2010, 46% das pessoas na faixa etária entre os 55 e os 64 anos utilizava a Internet pelo menos uma vez por semana, enquanto que, na faixa entre os 65 e os 74 anos, a percentagem era de 25%).

RESULTADO DA VOTAÇÃO FINAL EM COMISSÃO

Data de aprovação	10.10.2012
Resultado da votação final	+ : 31 - : 0 0 : 1
Deputados presentes no momento da votação final	Regina Bastos, Edit Bauer, Andrea Češková, Edite Estrela, Iratxe García Pérez, Mikael Gustafsson, Mary Honeyball, Lívia Járóka, Teresa Jiménez-Becerril Barrio, Constance Le Grip, Astrid Lulling, Barbara Matera, Elisabeth Morin-Chartier, Krisztina Morvai, Norica Nicolai, Angelika Niebler, Siiri Oviir, Antonyia Parvanova, Raül Romeva i Rueda, Joanna Katarzyna Skrzydlewska, Britta Thomsen, Anna Záborská
Suplente(s) presente(s) no momento da votação final	Roberta Angelilli, Izaskun Bilbao Barandica, Minodora Cliveti, Mariya Gabriel, Sylvie Guillaume, Ulrike Lunacek, Ana Miranda, Chrysoula Paliadeli, Antigoni Papadopoulou, Angelika Werthmann
Suplente(s) (nº 2 do art. 187º) presente(s) no momento da votação final	Jacek Włosowicz