NEWSLETTER SAÚDE + PÚBLICA

EM FOCO

SEQUENCIAÇÃO GENÓMICA DE VIRUS

INTERNOS PELO MUNDO

DEPUTADA AO PARLAMENTO EUROPEU

LEITURAS SUGERIDAS

“GLOBAL HEALTH IN TIMES OF VIOLENCE”

AGOSTO 2021

NOTA INTRODUTÓRIA & ÍNDICE

A Saúde de uma forma Global

Nesta edição, a leitura que sugerimos traz-nos uma visão da saúde global em tempos de violência... "Global Health in times of violence" editado por Barbara Rylko-Bauer, Linda Witheford e Paul Farmer é o livro em destaque que sensibiliza para este tema. No "Em Foco" com o auxílio da diretora da Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística do IHMT, Ana Abecasis, e da investigadora do IHMT, Marta Pingarilho, destacamos a sequenciação genómica de doenças infecciosas virais e a sua importância para a Saude Pública. Nos "Internos pelo Mundo" viajamos até Bruxelas com a Deputada ao Parlamento Europeu, Sara Cerdas, para conhecermos melhor a organização da União Europeia. Pelo caminho, também vão encontrar vários artigos interessantes sugeridos pela equipa S+P.

NOTA INTRODUTÓRIA & ÍNDICE — 2
ARTIGOS SUGERIDOS — 2
LEITURAS SUGERIDAS — 3
EM FOCO — 4
INTERNOS PELO MUNDO — 6

Fotografia de capa por Jan Kopřiva @ Unsplash.

ARTIGOS SUGERIDOS

POLÍTICAS DE SAÚDE E GOVERNANÇA

HEALTH POLICY

The effect of commissioning on Portuguese Primary Health Care units' performance: A four-year national analysis
Health Policy. 2021 Jun;125(6):709-716. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.02.008. Epub 2021 Feb 26.

HEALTH POLICY

COVID-19 Apps as a Digital Intervention Policy: A Longitudinal Panel Data Analysis in South Korea
Health Policy. 2021 Apr;125(4):504-511. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.01.003. Epub 2021 Jan 30.

BMC Series
BMC Health Services Research

Which criteria characterize a health literate health care organization? – a scoping review on organizational health literacy
BMC Health Serv Res . 2021 Jul 6;21(1):664. doi: 10.1186/s12913-021-06604-z.

DETERMINANTES DA SAÚDE

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

Determinants of inequalities in years with disability: an international-comparative study
Eur J Public Health. 2021 Jul 13;31(3):527-533. doi: 10.1093/eurpub/ckaa194.

nature climate change

The burden of heat-related mortality attributable to recent human-induced climate change
Nat Clim Chang . 2021 Jun;11(6):492-500. doi: 10.1038/s41558-021-01058-x. Epub 2021 May 31.

THE LANCET Public Health

Modifications to residential neighbourhood characteristics and risk of 79 common health conditions: a prospective cohort study
Lancet Public Health . 2021 Jun;6(6):e396-e407. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00066-9.

LEITURAS SUGERIDAS

Barbara Rylko-Bauer, Linda Witheford and Paul Farmer
Global Health In Times of Violence

Global Health In Times of Violence, written in 2009, is a book edited by Barbara Rylko-Bauer, Linda Witheford and Paul Farmer. Its eleven chapters revolve around the impacts of different types of violence in population development and health, resulting from a combination of powerful ethnographic studies from renown anthropologists. It takes us on a journey around the world and shows us that violence can be everywhere, even if we do not recognize it.

The first chapter, written by the book editors, is named "Prologue: Coming to Terms with Global Violence and Health", and addresses violence, its manifestations, causes and consequences. It concerns the normalization of violence and its nefarious consequences, particularly on the poorest and marginalized people, and states the importance of increasing violence visibility as a mean to fight against it. It recognizes violence as a global health problem and reinforces the importance of health care in mitigating suffering.

In chapter three, "Landmine Boy and the Tomorrow of Violence", Paul Farmer presents the story of two Rwandan boys picked by a landmine while farming cows, in 2006. Although they did not die, they were severely injured. This story exemplifies how the violence from the past echoes in the future – the landmine, and the poverty that leads those two boys to work instead of going to school, are direct consequences of past violence, and are themselves violence. But the author goes far beyond and unveils all that lead to this unfortunate incident in 2006. This narrative begins with the Belgian colonization of Rwanda and the segregation of Hutus promoted by the colonizers, followed then by the independence of Rwanda and the interference by the French in Rwandan internal affairs. Hate and conflict escalated between Hutus and Tutsis, leading to the Rwandan genocide in 1994 which had grievous consequences, such as suffering, death, poverty and mental illness. The writer also explores the weapon responsible for mutilating these kids – the landmine, designed to look like a toy - and other warlike artifacts. The profits of selling them make wars appetizing for many countries and nearly impossible to end.

Chapter five, "Failure to Protect, Failure to Provide: Refugee Reproductive Rights", by Linda Whiteford, is a raw portrait of the failure to protect women's rights in refugee camps. It tell us about the normalization of rape in these places and the stigma that women carry after being raped (many are shamed and ignored by camp administrators and even by their own families). It also describes the lack of protection of women's health – the inexistence of emergency contraception or abortive pills for these women, and the absence of health care, which leads to the spread of sexually transmitted infections. In addition, this chapter focus on the intricate network of refugee camps funding, giving the example of the USA conservative policy and the cutting of funding to refugee camps that provided emergency contraceptives to women.

In chapter ten, "Medicine in the Political Economy of Brutality: Reflections from the Holocaust and Beyond", Barbara Rylko-Bauer reports the major role of Nazi doctors in supporting the ideologic regime brutality against Jewish, Gypsy and other ethnicities, considered by them as inferior, with pseudoscientific facts and heinous acts such as involuntary mass sterilization, scientific experiments, the murder of the mentally and physically disabled and the collaboration in concentration camps, namely in gas chamber's killings. The author made a parallel between these doctors and her mother, a Polish medical doctor and prisoner that worked in concentration camps hospitals. She describes her mother's struggle to survive and to give a proper treatment for those in need, in spite of the hospital's terrible conditions – the lack of space and hygiene, often with more than one patient per bed and the shortage of healthcare staff and medicines available – and the impotence and guilt she felt by not being able to perform her medical duty. This chapter also compares Nazi doctors and the USA military doctors and the psychologists responsible for the torture and death of war prisoners, stating that, even though seventy years had gone by since World War II, the Hippocratic oath continued to be broken, and atrocities were still being perpetrated by the ones who had vowed to protect the health and wellbeing of their patients.

In the last chapter, "Epilogue: Global Health in Times of Violence – Finding Hope", editors state that, although we are surrounded by violence, there is still hope for a better world and emphasize that the first step is to acknowledge and expose that violence is present in our daily life. They advocate for the victim's rights, not forgetting that many times the perpetrator is also a victim.

In conclusion, Global Health in Times of Violence shows the importance of narrative and ethnographic studies in the understanding of the phenomenon of violence, its manifestations, causes, and consequences. At the same time, it humanizes the thematic, making it easier for the message to reach the audience. The main message of this book is that violence is a global health problem, ubiquitous, most of the time unrecognized. It is up to us, health professionals in particular, to recognize and expose violent patterns, advocate for victim's rights and in, in this way, improve populations' health.

Image 1: Morning in Kabul, Afghanistan, photo by Mohammad Rahmani on Unsplash.

Joana Carvalho *Autoria*
Filipa Gomes *Edição*

EM FOCO

Ana Abecasis
MD, PhD, PharmD

Marta Pingarilho
PhD

O vírus Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) foi detetado pela primeira vez num grupo de doentes na província de Hubei na China em Dezembro de 2019. A maior parte dos primeiros casos tinham em comum o facto de terem visitado um mercado de venda de animais vivos em Wuhan (Huanan Seafood Wholesale Market). Estes doentes apresentavam clinicamente pneumonia com hipoxémia, com alterações radiográficas no pulmão com consolidação ou opacidades em padrão de vidro despolido e, em alguns casos graves, linfopenia e alterações da função renal e hepática, entre outros [1].

Este surto foi reportado a 31 de Dezembro de 2019 pelas autoridades chinesas, sendo que nos primeiros artigos publicados em Janeiro não havia qualquer indicação da existência de transmissão entre humanos. No início de Janeiro foi isolado o vírus causador destes casos de pneumonia atípica e no dia 11 de Janeiro, a sequência do genoma do vírus foi partilhada publicamente através da plataforma virological.org. Este vírus foi classificado na família Coronaviridae, subgénero *Sarbecovirus* e na espécie *Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus*, à qual pertence também o vírus SARS-CoV que tinha causado uma pandemia de muito menores dimensões em 2002-2003 [2]. As análises filogenéticas realizadas indicam que o genoma mais próximo do SARS-CoV-2 circulante em humanos é um sarbecovirus isolado a partir de morcegos (RaTG13), com uma data de divergência estimada em 1948 (95% highest posterior density (HPD): 1879–1999), 1969 (95% HPD: 1930–2000) e 1982 (95% HPD: 1948–2009), indicando que a linhagem que deu origem ao SARS-CoV-2 circula em morcegos há décadas [3].

Um artigo publicado em Março de 2020, que analisou a dinâmica de transmissão de SARS-CoV-2 no início da epidemia em Wuhan, indicou que em Dezembro de 2019 já havia evidência de transmissão entre humanos. Em meados de Janeiro, o vírus já circulava em toda a província de Hubei e a 23 de Janeiro, foi declarado o lockdown de Wuhan, numa tentativa de travar a disseminação do vírus.

No entanto, estes esforços foram infrutíferos: no final de Janeiro começaram a ser reportados casos de transmissão entre humanos fora da China e, a 30 de Janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou uma Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional causada pela pandemia de SARS-CoV-2 [4].

Desde o momento em que o primeiro genoma de SARS-CoV-2 foi partilhado publicamente, foram sequenciados e partilhados quase 1 milhão de genomas de SARS-CoV-2. Esta pandemia constitui por esse motivo o primeiro exemplo de uma pandemia que foi acompanhada quase em tempo real pela geração de genomas virais e a vigilância em tempo real do surgimento de novas mutações no genoma viral.

No caso do SARS-CoV-2, a vigilância em tempo real do surgimento de novas variantes virais permitiu guiar decisões de enorme importância em saúde pública, como a decisão de encerramento de fronteiras entre países ou as limitações de viagens entre determinados países. Permitiu também analisar rapidamente o impacto dessas variantes na efetividade das vacinas atualmente disponíveis [5].

O SARS-CoV-2 é o primeiro exemplo de vigilância epidemiológica molecular em tempo real. No entanto, estes tipos de abordagens surgiram há mais de 20 anos no contexto da pandemia de VIH/SIDA. Quando esta pandemia – que circulou indetetada em África durante dezenas de anos - foi detetada, já existiam inúmeros subtipos e formas circulantes recombinantes em circulação [6]. Muito cedo, percebeu-se que o vírus tinha uma taxa evolutiva elevada e que, em doentes tratados em monoterapia com AZT, rapidamente surgiam mutações de resistência que comprometiam a sensibilidade ao fármaco [7]. Por outro lado, percebeu-se também que se podia utilizar sequências genómicas do vírus em contexto forense, para reconstruir cadeias de transmissão da infeção [8]. Uma vez que cada doente apresenta variantes do vírus com características únicas, servindo como uma impressão digital da sua infeção, podemos utilizar estas sequências em árvores filogenéticas que permitem reconstruir a história de transmissão da infeção. Esta metodologia foi e é usada em tribunal para fornecer evidência que favoreça ou não a hipótese de ter havido infeção de um doente por outro(s) em casos criminais de transmissão da infeção [9].

A utilização da metodologia de reconstrução de cadeias de transmissão de VIH-1 com base em sequências genómicas do vírus e métodos de filogenética passou, entretanto, a ser comum e atualmente é utilizada para melhor compreender os determinantes da transmissão da infeção e para guiar estratégias de prevenção em saúde pública. Temos feito alguns estudos em que usamos esta abordagem para melhor compreender os determinantes de transmissão da infeção VIH em Portugal em diferentes grupos de doentes [10].

Por outro lado, o estudo das mutações de resistência aos diferentes ARVs é crucial para as decisões relativas ao acompanhamento clínico dos doentes e para gerar guidelines terapêuticas, que podem diferir em diferentes regiões do globo. Por exemplo, a elevada prevalência de mutações de resistência aos NNRTIs motivou o abandono de regimes de 1ª linha que utilizavam NNRTIs para os substituir por inibidores da integrase. Por outro lado, a baixa prevalência global de resistências primárias aos inibidores da integrase motiva que os testes de resistência aos inibidores da integrase ainda não estejam recomendados para doentes drug naive, ao contrário do que acontece para outras classes de fármacos, em que se efetuam testes de resistência logo após o diagnóstico da infeção [11].

Importa que este tipo de decisões sejam fundamentadas com base em investigação. Por exemplo, no nosso laboratório gerámos informação num pool de doentes que indica um nível ainda muito baixo de resistências primárias aos inibidores da integrasse (INSTIs) em Portugal, indicando que por enquanto não há necessidade de testar resistências aos INSTIs em doentes drug naive [12].

Tanto o VIH-1 como o SARS-CoV-2 são exemplos de zoonoses que foram bem-sucedidas na sua adaptação à espécie humana, ganhando potencial para transmissão humano-humano. Para prevenir

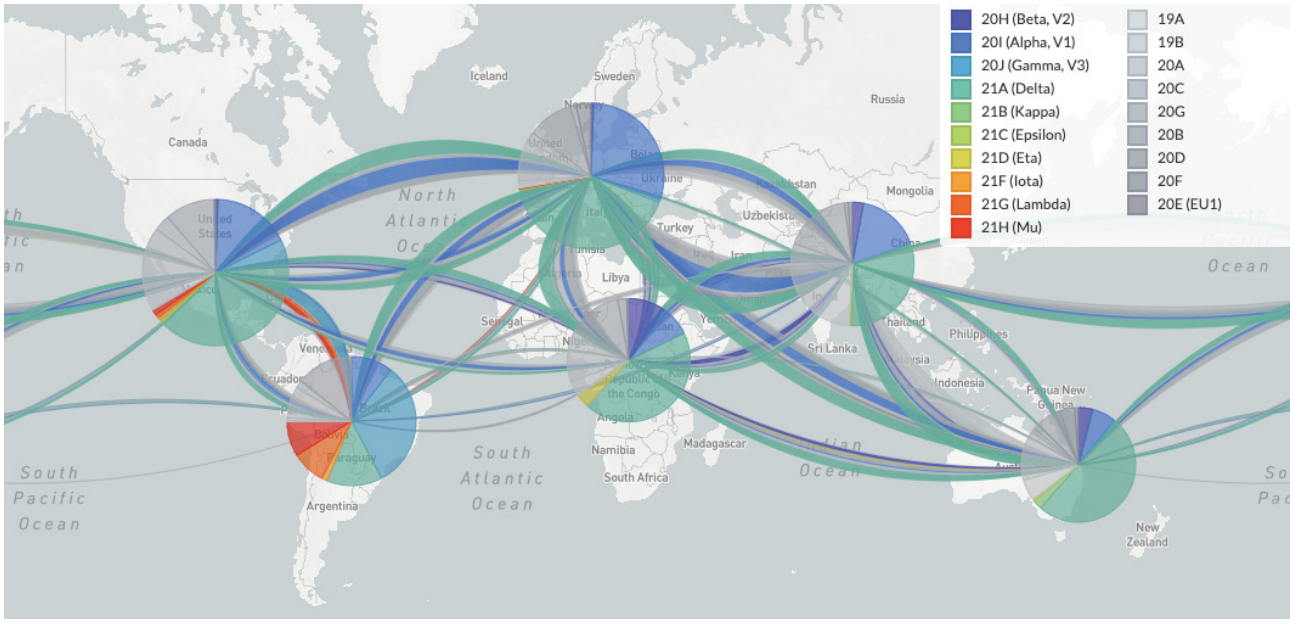

Figura 1: Prevalência das principais varientes de SARS-CoV-2 sequenciadas em cada região, à data de 2021-08-15, adaptado a partir de Nextstrain (dados da GISAID).

uma potencial futura pandemia, a OMS estabeleceu o seu 'blueprint' de doenças infeciosas emergentes para as quais considera crucial desenvolver esforços de R&D urgentes [13]. Na lista destes patogéneos incluem-se várias doenças causadas por vírus de RNA: a febre hemorrágica de Crimeia-Congo, o ébola, marburg, febre de Lassa, MERS, SARS, Nipah, Henipa, RiftValley e Zika. Isto significa que é necessário gerar evidência relativa a estas doenças para suportar decisões de saúde pública que seja necessário tomar no contexto de uma ameaça pandémica. No entanto, a OMS menciona também a doença X, que considera a hipótese de ser um vírus desconhecido a gerar a próxima grande pandemia (como foi o caso do SARS-CoV-2, que desconhecíamos). Para poder abordar essa doença X, é necessário gerar evidência em contexto animal e identificar e prever futuros eventos zoonóticos. Assim, a vigilância e geração de dados genómicos para estes vírus junto dos seus hospedeiros animais e na interface humano - animal é altamente relevante para a prevenção de uma potencial futura pandemia. Neste contexto de prevenção de uma futura pandemia, é necessário adotar uma visão de One Health para guiar futuros esforços de prevenção de spillover de doenças infeciosas emergentes [14].

Ana Abecasis MD, PhD, PharmD

- Licenciada em Medicina e Farmácia e especialista em Bioinformática;
- Doutorada em Ciências Médicas na Katholieke Universiteit de Leuven na Bélgica em Maio de 2009;
- Professora auxiliar no IHMT, Universidade Nova de Lisboa desde Maio de 2019;
- Coordenadora da linha de investigação "Global Pathogen Dispersion & Mobility of Populations" no centro de investigação Global health and Tropical Medicine (GHTM);
- Diretora da Unidade de Saúde Publica Internacional e Bioestatística desde Outubro de 2019

Marta Pingarilho, PhD

- Licenciada em Química Tecnológica;
- Mestrado em biotecnologia/Engª Bioquímica;
- Doutoramento em Ciências da Vida (especialidade genética) na NOVA Medical School;
- Investigadora no Instituto de Higiene e medicina Tropical (IHMT) da UNL desde dezembro de 2018.

Referências:

1. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. N Engl J Med. 2020 Mar 26;382(13):1199–207.
2. Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. Nat Microbiol. 2020 Apr;5(4):536–44.
3. Boni MF, Lemey P, Jiang X, Lam TT-Y, Perry BW, Castoe TA, et al. Evolutionary origins of the SARS-CoV-2 sarbecovirus lineage responsible for the COVID-19 pandemic. Nat Microbiol. 2020 Nov;5(11):1408–17.
4. IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. [cited 2021 Mar 10]. Available from: https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)
5. Lopez Bernal J, Andrews N, Gower C, Gallagher E, Simmons R, Thelwall S, et al. Effectiveness of Covid-19 Vaccines against the B.1.617.2 (Delta) Variant. New England Journal of Medicine. 2021 Jul 21;0(0):null.
6. Robertson DL, Anderson JP, Bradac JA, Carr JK, Foley B, Funkhouser RK, et al. HIV-1 nomenclature proposal. Science. 2000 Apr 7;288(5463):55–6.
7. Larder BA, Darby G, Richman DD. HIV with reduced sensitivity to zidovudine (AZT) isolated during prolonged therapy. Science. 1989 Mar 31;243(4899):1731–4.
8. Hillis DM, Huelsenbeck JP. Support for dental HIV transmission. Nature. 1994 May 5;369(6475):24–5.
9. Abecasis AB, Pingarilho M, Vandamme A-M. Phylogenetic analysis as a forensic tool in HIV transmission investigations. AIDS. 2018 Mar 13;32(5):543–54.
10. Pineda-Peña A-C, Pingarilho M, Li G, Vrancken B, Libin P, Gomes P, et al. Drivers of HIV-1 transmission: The Portuguese case. PLoS One. 2019;14(9):e0218226.
11. Clutter DS, Jordan MR, Bertagnolio S, Shafer RW. HIV-1 Drug Resistance and Resistance Testing. Infect Genet Evol. 2016 Dec;46:292–307.
12. Rossetti B, Fabbiani M, Di Carlo D, Incardona F, Abecasis A, Gomes P, et al. Effectiveness of integrase strand transfer inhibitor-based regimens in HIV-infected treatment-naive individuals: results from a European multi-cohort study. J Antimicrob Chemother. 2021 Jul 2;dkab200.
13. Mehand MS, Al-Shorbaji F, Millett P, Murgue B. The WHO R&D Blueprint: 2018 review of emerging infectious diseases requiring urgent research and development efforts. Antiviral Res. 2018;159:63–7.
14. Houe H, Nielsen SS, Nielsen LR, Ethelberg S, Mølbak K. Opportunities for Improved Disease Surveillance and Control by Use of Integrated Data on Animal and Human Health. Front Vet Sci. 2019;6:301.

Podes encontrar mais artigos longos escritos por especialistas convidados no nosso website:

Em Foco

INTERNOS PELO MUNDO

Sara Cerdas
Deputada ao Parlamento Europeu, Bruxelas, Bélgica
2019-2024

Qual a organização geral da União Europeia?

A União Europeia (UE) norteia-se pelo princípio da democracia representativa, através dos cidadãos diretamente representados ao nível da União no Parlamento Europeu e os Estados-Membros no Conselho Europeu e no Conselho da UE.

Há três grandes instituições na UE: o Parlamento Europeu, diretamente eleito, que representa os cidadãos da UE; o Conselho da União Europeia, que representa os governos nacionais e cuja presidência é assumida rotativamente pelos Estados-Membros; e a Comissão Europeia, que vela pela defesa dos interesses da UE no seu todo.

Em conjunto, estas três instituições adotam, através do processo legislativo ordinário, as políticas e a legislação que se aplicam em toda a UE. A Comissão propõe nova legislação e o Parlamento e o Conselho alteram-na e adotam-na (são co-legisladores). A Comissão e os Estados-Membros são os responsáveis pela sua execução. A Comissão vela ainda pela correta transposição da legislação da UE para as ordens jurídicas nacionais.

Onde se situa e como é constituído o Parlamento Europeu?

O Parlamento Europeu é o órgão legislativo da UE com sede em Estrasburgo (França), Bruxelas (Bélgica) e Luxemburgo (Luxemburgo). O trabalho corrente é realizado em Bruxelas, sendo em Estrasburgo que se realizam as sessões plenárias (de acordo com o Tratado de Funcionamento da União Europeia, temos de realizar 12 sessões plenárias por ano em Estrasburgo). Em Luxemburgo situam-se os serviços administrativos. Os Deputados ao Parlamento Europeu têm os seus gabinetes em Bruxelas (o maior) e em Estrasburgo.

O Parlamento Europeu é diretamente eleito pelos cidadãos europeus de cinco em cinco anos, sendo composto por 705 deputados que estão agrupados por filiação política e não por Estado-Membro. O número de deputados por país é aproximadamente proporcional à população de cada país, sendo que Portugal tem 21 deputados. Trata-se de uma proporcionalidade degressiva: nenhum país pode ter menos de 6 nem mais de 96 deputados.

Quais as funções do Parlamento Europeu?

O Parlamento tem três principais poderes: legislativos, de supervisão e orçamentais.

Os poderes legislativos englobam a adoção de legislação, juntamente com o Conselho da UE, com base em propostas da Comissão Europeia, decisões sobre os acordos internacionais, decisões sobre os alargamentos na União Europeia e ainda a análise do programa de trabalho da Comissão Europeia.

Os poderes de supervisão permitem ao Parlamento Europeu exercer o controlo democrático de todas as instituições da UE, eleger o Presidente da Comissão e aprovar a Comissão no seu todo; pode votar uma moção de censura, obrigando a Comissão a demitir-se; conceder quitação, isto é, aprovar a forma como o orçamento da UE é gasto; examinar as petições dos cidadãos e abrir inquéritos; debater a política monetária com o Banco Central Europeu; interrogar a Comissão e o Conselho; e ainda realizar observações eleitorais.

É através dos poderes orçamentais que o Parlamento Europeu define o orçamento da UE, juntamente com o Conselho, e aprova o quadro financeiro plurianual da UE.

Quais as Comissões que integras e qual o principal objetivo de cada uma delas?

Integro as seguintes comissões: Comissão do Ambiente, da Saúde Pública e da Segurança Alimentar (ENVI), a Comissão dos Transportes e do Turismo (TRAN), a Comissão Especial sobre a Luta contra o Cancro (BECA). Sou vice-presidente desta última e ainda co-Presido o Grupo de

Figura 1: Hemiciclo no Espace Léopold, que alberga o Parlamento Europeu, fotografia por Marius Oprea no Unsplash.

Trabalho de Saúde do Parlamento Europeu onde debatemos questões de saúde com especialistas externos.

A comissão ENVI tem competência em matéria de políticas do ambiente e medidas de proteção do ambiente; programas e ações específicas no âmbito da saúde pública, produtos farmacêuticos e cosméticos, aspetos sanitários do bioterrorismo, rotulagem e segurança dos produtos alimentares, legislação veterinária relativa à proteção contra os riscos para a saúde humana, controlos sanitários dos produtos alimentares e dos sistemas de produção alimentar. De salientar que a proteção da saúde pública é uma competência partilhada entre UE e Estados-Membros, sendo que a prestação de cuidados de saúde é da competência de cada Estado-Membro.

A comissão TRAN tem competência em matéria de desenvolvimento de uma política comum para os transportes ferroviários, rodoviários e por via navegável, bem como para os transportes marítimos e aéreos, serviços postais e turismo.

A Comissão Especial BECA (que tem a duração limitada de 15 meses) pretende estabelecer um conjunto de recomendações concretas para os Estados-membros e as instituições da UE, a fim de fortalecer a resposta da UE contra o cancro.

Integro ainda as seguintes delegações parlamentares: Delegação para as Relações com a África do Sul, Delegação à Assembleia Parlamentar Euro-Latino-Americana, Delegação para as Relações com os Países da América Central, que têm como objetivo discutir as principais questões políticas, sociais ou económicas, bem como questões jurídicas e de direitos humanos destes países e regiões e a sua relação com a UE.

Como está a União Europeia a preparar-se para futuras crises e ameaças em saúde?

A União Europeia está a realizar uma grande aposta na saúde e com especial enfoque nas respostas às futuras crises e ameaças e em tornar os sistemas de saúde mais resilientes, trabalhando em várias frentes.

Neste momento encontra-se em fase de implementação o EU4Health, programa Europeu para a Saúde 2021-2027, do qual fui uma das negociadoras. Este programa tem quatro objetivos principais: promoção da saúde e prevenção da doença; resposta às ameaças sanitárias transfronteiriças; melhorar a acessibilidade de medicamentos e dispositivos médicos; reforçar os sistemas de saúde, a sua resiliência e a eficiência dos recursos.

Estamos a discutir um pacto legislativo para uma União Europeia para a Saúde. Nestas várias propostas legislativas temos o reforço do mandato do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC), o reforço do mandato da Agência Europeia dos Medicamentos (EMA), e uma proposta legislativa para reforçar a resposta relativa às ameaças transfronteiriças graves para a saúde, do qual neste relatório também sou uma das negociadoras.

Esta proposta visa assegurar um mandato mais sólido para uma resposta coordenada às ameaças sanitárias transfronteiriças. Para uma resposta coordenada é necessário o reforço das capacidades de prevenção, planeamento e preparação a nível da UE e dos Estados-Membros, assente numa melhoria dos sistemas de alerta e resposta e uma melhor cooperação internacional e a ação a nível mundial. Ao mesmo tempo, estamos a trabalhar para melhorar a avaliação do risco e a gestão das ameaças sanitárias transfronteiriças bem como a comunicação de risco para o público e para os profissionais de saúde.

Nos próximos meses teremos a discussão acerca da Estratégia Farmacêutica Europeia e o Plano Europeu da Luta Contra o Cancro.

No final deste ano, a Comissão irá ainda apresentar uma proposta para a criação da HERA, a Autoridade Europeia de Preparação e Resposta a Emergências de Saúde, que pretende ser uma agência de investigação biomédica com a missão de reforçar a preparação e resposta da UE em termos de contramedidas médicas para ameaças transfronteiriças graves para a saúde, tanto de origem natural como intencional.

Contamos ainda com o Programa Horizonte Europa, o programa europeu de investigação que irá apostar na área da saúde, tanto no investimento de novas terapêuticas, em novos dispositivos médicos além de uma aposta na transformação digital e verde.

Como tem sido trabalhar no Parlamento Europeu?

Encaro o meu mandato como missão e trabalho todos os dias, juntamente com a minha equipa, para uma UE com mais saúde e bem estar para todos.

As competências adquiridas durante a minha formação académica e profissional, bem como no associativismo, capacitaram-me para trabalhar e alcançar os objetivos delineados para estes 5 anos de mandato. Ter sido reconhecida como a segunda eurodeputada mais influente na área da saúde e eleita a melhor deputada na área da saúde do Parlamento Europeu durante uma pandemia foram sem dúvida bons indicadores de que eu e a minha equipa, da qual faz parte o médico especialista em saúde pública Dr. João Vieira Martins, estamos a trabalhar no rumo certo. A carga de trabalho é intensa, mas tem sido uma experiência deveras gratificante. Infelizmente, foi necessário uma pandemia para perceberem o real valor da saúde na sociedade, e aprazme dizer que, felizmente, a UE aprendeu a lição e que, de momento, estamos todos muito empenhados em tornar a UE mais preparada e mais resiliente para futuras ameaças, seja por doenças transmissíveis ou por doenças não transmissíveis.

Que oportunidades de estágio existem para médicos de Saúde Pública, na estrutura da União Europeia?

Existem várias oportunidades de estágio na UE, dos quais destaco:

Os estágios Blue Book da Comissão Europeia, no qual após um período de seleção poderão integrar uma Direção Geral e trabalhar numa proposta legislativa.

Os estágios Schuman no Secretariado Geral do Parlamento Europeu.

E, por fim, estágio diretamente com os deputados, através de candidatura espontânea. Poderão consultar os contactos de cada Deputado no site do Parlamento Europeu.

De notar que os estágios na UE são remunerados.

Podes encontrar mais experiências nacionais e internacionais de internos de Saúde Pública num mapa interativo no nosso website:

Internos pelo Mundo

NEWSLETTER SAÚDE + PÚBLICA