

Universidade do Minho
Escola de Letras, Artes e Ciências Humanas

Rúben Simão Carpinteiro Anjo

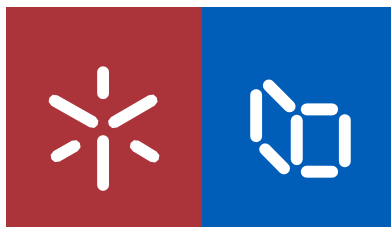
**Literacia em Saúde:
Desafios de Tradução**

Literacia em Saúde: Desafios de Tradução

Rúben Simão Carpinteiro Anjo

UMinho | 2023

abril de 2023



Universidade do Minho
Escola de Letras, Artes e Ciências Humanas

Rúben Simão Carpinteiro Anjo

**Literacia em Saúde:
Desafios de Tradução**

Relatório de Estágio
Mestrado em Tradução e Comunicação
Multilíngue

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Idalete Dias

abril de 2023

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição By

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, ao curso que me formou, Línguas e Literaturas Europeias e à respetiva Escola de Letras, Artes e Ciências Humanas (ELACH) da Universidade do Minho.

À empresa que me acolheu, a *World Federation of Public Health Associations*, pela incrível oportunidade de estágio e pela proposta de trabalho como *Junior Reviser* após o término do período de estágio.

À Professora Idalete, que felizmente me apoia desde o primeiro dia do curso e foi minha coordenadora académica neste projeto, e também ao Professor Fernando Alves, que tem sido imensamente prestável desde o primeiro dia do mestrado.

A todos os professores do Mestrado em Tradução e Comunicação Multilingue pelos ensinamentos ao longo destes dois anos.

Gostaria também de agradecer à minha família, nomeadamente ao meu pai João, à minha mãe Maria Madalena e ao meu irmão Edgar, que desde o primeiro dia da licenciatura sabiam o percurso que iria tomar, que seria Tradução, e me apoiaram desde o primeiro dia para nunca desistir.

Quero de igual modo agradecer à Ana Margarida, a pessoa mais importante para mim nos tempos da universidade, e que ainda hoje o é.

Ao Miguel Nunes, à Ana Barbosa, à Ana Patrícia Duarte e à Catarina Mendes, ex-alunos do Mestrado em Tradução e Comunicação Multilingue, sem ordem preferencial, que me ajudaram a tomar a decisão final de seguir este mestrado e que clarificaram as minhas dúvidas relativas ao mestrado quando necessário.

Quero, ainda, agradecer ao meu grupo de amigos de Braga, os quais sabem quem são, que também muito me convenceram a seguir este percurso.

À minha segunda família, os meus nove amigos, que conheço desde o Ensino Secundário.

À Sofia Sousa, minha colega do Mestrado em Tradução e Comunicação Multilingue, que desde maio de 2021 tem sido incansável a lutar pelo meu sucesso, desejo-lhe o dobro no futuro dela.

Por fim, mas não menos importante, quero agradecer à Sofia Marques, a qual conheço desde o Secundário, tendo sido das minhas amigas mais importantes desde o primeiro dia da universidade.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho acadêmico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Literacia em Saúde: Desafios de Tradução

Sumário

O presente relatório tem como principal objetivo dar a conhecer o estágio que foi realizado ao longo do primeiro semestre de 2022, no âmbito do Mestrado em Tradução e Comunicação Multilíngue da Universidade do Minho.

O estágio foi realizado remotamente, na empresa *World Federation of Public Health Associations* (WFPHA), localizada na Suíça. A empresa tem como missão promover e proteger a saúde pública mundial. Fá-lo em todo o mundo através do apoio ao desenvolvimento de organizações de saúde pública, facilitando e apoiando o intercâmbio de informação, conhecimento e transferência de competências e recursos, e através da promoção e realização de ações de defesa de políticas, programas e práticas públicas que resultem num mundo saudável e produtivo.

Primeiramente, irá ser realizada uma introdução à WFPHA, assim como um enquadramento teórico, no qual irá conter o resumo de alguns artigos da mesma área de tradução, para o qual o relatório foi baseado.

De seguida, partindo de análise de dificuldade e problemas de tradução que surgiram ao longo do estágio, far-se-á uma reflexão sobre estratégias de tradução, incluindo as ferramentas utilizadas, e o trabalho terminológico.

Palavras-chave

Literacia em Saúde, Legendagem, Localização, Revisão, Saúde Pública, Tradução

Health Literacy: Translation Challenges

Abstract

The main purpose of the following report is to present the internship that was carried out during the first semester of 2022, within the scope of the Master's in Translation and Multilingual Communication.

The internship was carried out remotely at the World Federation of Public Health Associations, located in Switzerland. The company's mission is to promote and protect public health worldwide. It does this worldwide by supporting the development of public health organizations, by facilitating and supporting the exchange of information, knowledge and transfer of skills and resources, and by promoting and advocating for public policies, programs and practices that result in a healthy and productive world.

First, there will be an introduction to the company, as well as a theoretical framework, which will contain the summary of some articles from the same area of translation, for which the report was based.

Next, based on the analysis of the difficulties and translation problems the student had during the internship, we will reflect on how the translator deals with the different areas, both in terms of terminology and the tools used.

Keywords

Health Literacy, Localization, Public Health, Revision, Subtitling

ÍNDICE

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS	ii
AGRADECIMENTOS	iii
DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE	iv
Sumário.....	v
Abstract.....	vi
Capítulo I: Introdução.....	1
1.1. Breve Contextualização do estágio.....	1
1.2. Apresentação do Estágio Curricular	2
1.2.1. Apresentação da WFPHA	2
1.2.2. Objetivos do estágio	5
1.3. Estrutura do relatório de estágio.....	6
Capítulo II: Literacia em Saúde.....	7
2.1. Literacia em Saúde no Período Pandémico COVID-19	8
2.2. Literacia em Saúde: Desafios de Tradução.....	12
Capítulo III: Descrição do trabalho realizado no âmbito do Estágio.....	16
3.1. Processo de Integração na WFPHA	16
3.1.1. Descrição Sucinta das Traduções.....	21
3.1.2. Descrição Sucinta das Revisões	22
3.1.3. Quantificação das traduções e revisões realizadas.....	23
3.2. Ferramentas e Recursos de Tradução.....	25
3.3. Manual do Tradutor.....	29
3.4. Termos adicionados ao Glossário da GoogleDrive	32
3.5. Dificuldades de tradução	34
Capítulo IV: Considerações Finais	39
Capítulo V: Referências Bibliográficas e Webgrafia.....	40
5.1. Referências Bibliográficas.....	40
5.2. Webgrafia	41
Capítulo VI: Anexos.....	43
ANEXO 1 - Public Health Answers: Health Literacy in Times of COVID-19 Pandemic.....	43

ANEXO 1A - Respostas da Saúde Pública Educação Para a Saúde em Tempos de Pandemia da COVID-19	50
ANEXO 2 - Routine Vaccination of Health Workforce's in LMIC's and LIC's	58
ANEXO 2A - Rotina de Vacinação dos Profissionais de Saúde nos PMBR e PBR	65
ANEXO 3 - Equitable Access to COVID-19 Vaccine for All	72
ANEXO 3A - Acesso Equitativo para Todos da Vacina da COVID-19	102
ANEXO 4 - Programme of the Event: “People’s Global Summit” - 29 June - 2 July 2022	133
ANEXO 4A - Programa do Evento: “People’s Global Summit” - 29 Junho a 2 Julho de 2022	136
ANEXO 5 - Presentation of Keynote Speaker Tarcila Rivera Zea, Founder of the International Indigenous Women’s Forum.....	138
ANEXO 5A - Apresentação da Oradora Principal Tarcila Rivera Zea, Fundadora do Fórum Internacional de Mulheres Indígenas	141
ANEXO 6 - Vaccines for older adults	146
ANEXO 6A - Vacinas para Adultos mais velhos	208

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Missões da WFPHA.....	2
Figura 2 - Grupos de Trabalho da World Federation of Public Health Associations	3
Figura 3 - Pasta geral da Federação destinada aos tradutores e revisores no Google Drive.....	16
Figura 4 - Glossários fornecidos pela WFPHA, na pasta geral da empresa da Drive	17
Figura 5 - Pasta do aluno, com as respetivas tarefas realizadas	18
Figura 6 - Pasta REVISIONS, com as respetivas tarefas realizadas	18
Figura 7 - Processo de realização de uma tradução de um documento (elaboração própria).....	19
Figura 8 - Processo de realização de revisão de um documento (elaboração própria).....	20
Figura 9 - Base terminológica criada a partir dos glossários (elaboração própria)	
	26
Figura 10 - Pesquisa na língua original – inglês (à esquerda) e na língua-alvo – português (à direita)	27
Figura 11 - Tradução do termo "Green Economy Coalition Convenor" no Linguee	27
Figura 12 - Definição do termo "cátedra" no dicionário Priberam	28
Figura 13 - Termo na língua original – inglês (em cima) e na língua-alvo – português (em baixo)	29
Figura 14 - Termo na língua original – inglês (em cima) e na língua-alvo – português (em baixo)	29
Figura 15 - Exemplo de formatação para uso em legendagem.....	31

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Equivalentes do termo “Literacia em Saúde” nas línguas alemã, francesa e portuguesa	14
Tabela 2 - Contextualização das traduções realizadas ao longo do estágio	21
Tabela 3 - Descrição das revisões	22
Tabela 4 - Detalhes quantitativos referentes às tarefas de tradução.....	23
Tabela 5 - Detalhes quantitativos referentes às tarefas de revisão	24
Tabela 6 - Ferramentas de tradução automática	26
Tabela 7 - Dicionários.....	27
Tabela 8 - Manuais	28
Tabela 9 - Termos adicionados aos glossários da WFPHA.....	32

Capítulo I: Introdução

1.1. Breve Contextualização do estágio

No âmbito do 4º semestre do Mestrado em Tradução e Comunicação Multilíngue, o presente relatório de estágio apresenta a descrição e análise das tarefas executadas ao longo do estágio curricular, o qual decorreu entre janeiro e julho de 2022, na Federação Mundial de Associações de Saúde Pública (WFPHA), com início a 1 de janeiro e com término a 15 de julho, depois de uma extensão pedida pela própria empresa. De notar, também, que o estágio foi realizado num regime puramente remoto.

O estágio consistiu em traduzir e rever documentos públicos da área da saúde, principalmente relacionados com a COVID-19, tendo como objetivo legendar vídeos da plataforma online, Youtube.

Devido ao trabalho fornecido pela empresa em Portugal e no mundo em geral, esta é a única sociedade profissional mundial que representa e serve o vasto campo da saúde pública e daí também ter surgido o tema deste relatório: A Literacia em Saúde.

Porquê este tema? É cada vez mais importante na sociedade atual, educar e ensinar as pessoas. A abrangência global da COVID-19, veio realçar ainda mais o facto de termos de aprender mais sobre esta pandemia e de ensinar nas escolas/serviços públicos sobre literacia em saúde.

As motivações, que em muito contribuíram para a escolha realizada em detrimento de outras opções de estágio, foram o gosto pela área da saúde no geral, a oportunidade de trabalhar numa empresa estrangeira e o facto de ter membros de família na mesma área de trabalho.

Este estágio foi uma boa oportunidade para conseguir entrar no mercado de trabalho e aperfeiçoar as competências de tradução, de revisão e de utilização de ferramentas de apoio à tradução.

1.2. Apresentação do Estágio Curricular

1.2.1. Apresentação da WFPHA

WFPHA, ou *World Federation of Public Health Associations*, é uma empresa sediada em Genebra, na Suíça. Esta foi fundada em 1967 durante a 20ª Assembleia Mundial da Saúde e é uma organização internacional, não governamental, composta por associações nacionais multidisciplinares de saúde pública, representada por 130 membros em 104 países.

A WFPHA está acreditada como ONG em relações oficiais com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Colabora com a OMS para fazer avançar o campo da saúde pública através da promoção de políticas, estratégias e melhores práticas pró-saúde em todo o mundo. A Federação também tem estatuto de consulta com o Conselho Económico e Social das Nações Unidas (ECOSOC).¹

Figura 1 - Missões da WFPHA

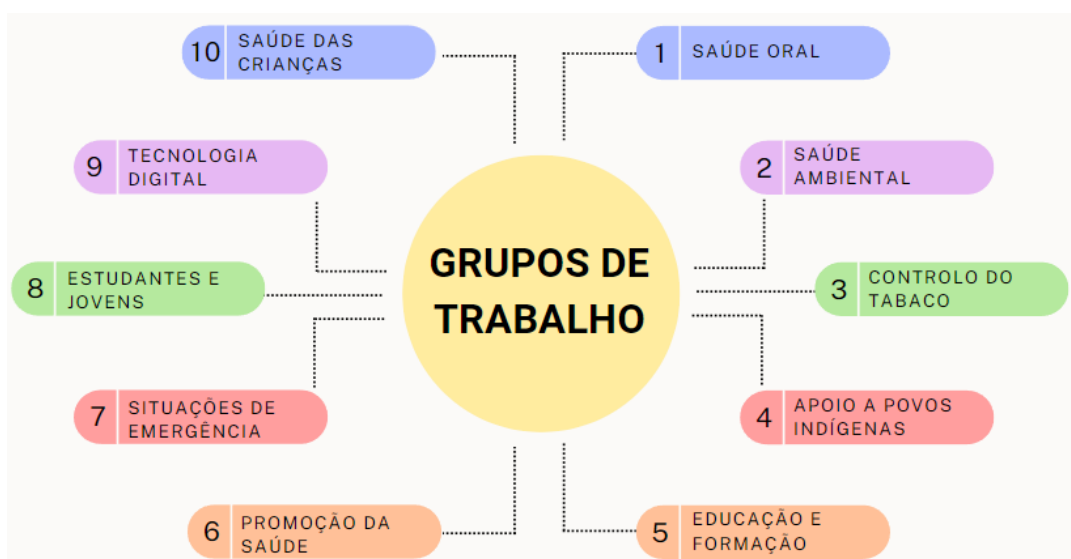


¹ Informação traduzida pelo autor do relatório, obtida através do *website*: <https://www.facebook.com/ngowfpha/>

² Informação traduzida pelo autor do relatório, obtida através do *website*: <https://www.wfpha.org/mission/>

A empresa conta também com 5 missões principais, que passam por defender a equidade na saúde e nas políticas globais para melhorar a saúde das populações; promover, apoiar e reforçar as associações membros; desenvolver e fazer avançar as práticas de saúde pública, educação, formação e investigação; cultivar novas parcerias com grupos ou indivíduos que partilham os valores da WFPHA e, por fim, construir uma WFPHA eficaz, eficiente e sustentável.

Figura 2 - Grupos de Trabalho da World Federation of Public Health Associations



A figura 2 representa os grupos de trabalho que compõem a WFPHA, tais como:

1 - Grupo de Saúde Oral

Este grupo dedica-se a melhorar a saúde pública dentária a nível mundial, através de advocacias globais⁴, tais como a integração da saúde oral nos sistemas de saúde pública ou também a defesa para a prevenção do cancro oral. Este grupo conta também parcerias e colaborações inovadoras⁵, para a Saúde Pública no âmbito da saúde oral.

³ Informação traduzida pelo autor do relatório, obtida através do website: <https://www.wfpha.org/working-groups/>

⁴ Mais informação relativamente a advocacias globais poderão ser consultadas em: <https://globaldentalhealth.org/advocacy/>

⁵ Para mais informação, consultar: <https://globaldentalhealth.org/>

2 - Grupo de Saúde Ambiental

O principal objetivo deste grupo é influenciar a política internacional relativamente à saúde do ambiente e levar uma abordagem de saúde pública à comunidade de defesa do ambiente.

3 - Grupo do Controlo do Tabaco

Este grupo apoia a implementação de políticas de controlo de tabaco a nível nacional e internacional, incluindo a Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabaco⁶.

4 - Grupo de Apoio a Povos Indígenas

Este grupo ajuda a reduzir a disparidade e as desigualdades na saúde experienciadas pelos povos indígenas a nível global, através da advocacia coletiva.

5 - Grupo de Educação e Formação dos Profissionais de Saúde Pública

Este grupo desenvolve estratégias para harmonizar globalmente as funções e competências essenciais, com base nas necessidades práticas e padrões de desempenho dos profissionais de saúde pública.

6 - Grupo de Promoção de Saúde e Prevenção de DNTs

Este grupo fornece contributos diretos ao Codex Alimentarius⁷ em nome da WFPHA e apoia a implementação da política da WFPHA em matéria de rotulagem nutricional. O grupo junta-se também às missões do Mecanismo de Coordenação Global da OMS sobre as Doenças Não Transmissíveis.

7 - Grupo de Saúde Pública para Situações de Emergência e Catástrofes

Este grupo concentra a sua atenção nos efeitos das emergências e catástrofes (tanto naturais como provocadas pelo homem) na Saúde Humana e ajuda a moldar políticas globais.

⁶ Para mais informação, consultar:

⁷ Para mais informações, consultar o *website* da Direção Geral de Alimentação e Veterinária sobre o Codex Alimentarius: <https://www.dgav.pt/alimentos/conteudo/codex-alimentarius/>

8 - Grupo de Estudantes e Jovens Profissionais

Este grupo tem como objetivo representar os interesses dos estudantes e dos jovens profissionais no seio da WFPHA.

9 - Grupo de Equidade na Saúde Global e na Tecnologia Digital

Este grupo desenvolve conhecimentos e investigação sobre questões relacionadas com a equidade na saúde e na tecnologia digital.

10 - Grupo das Mulheres, Adolescentes e Saúde das Crianças

Este grupo aborda as questões de saúde destes grupos populacionais referidos através da advocacia, do avanço das práticas de saúde pública e da expansão de parcerias.

Relativamente ao estágio em si, ao seu funcionamento: todo o trabalho realizado foi orientado por Razieh Azari, Doutorada em Estudos de Tradução responsável pela entrega e gestão das tarefas, e responsável também por toda a supervisão do processo de tradução e revisão dos documentos. Para além dos dois tradutores estagiários, incluindo o autor do presente relatório, a equipa era composta por revisores de texto de inglês para português e pelos legendadores responsáveis pela última tarefa dos documentos.

Os projetos de tradução na WFPHA envolvem quatro etapas intrinsecamente ligadas: transcrição (pelos coordenadores) → tradução (pelos tradutores) → revisão (pelos revisores) → legendagem (pelos legendadores).

1.2.2. Objetivos do estágio

A realização deste estágio apresentou-se com os seguintes objetivos:

- Colocar em prática os conhecimentos adquiridos no Mestrado em Tradução e Comunicação Multilíngue da Universidade do Minho;
- Desenvolver competências relevantes no mercado de trabalho, tais como gestão de prazos, gestão de tempo e stress, desenvolvimento de capacidades tecnológicas e por fim, competências de gestão de qualidade de tarefas;

- Desenvolver competências com ferramentas de apoio à tradução;
- Desenvolver competências linguísticas e terminológicas na área de especialização dos documentos;
- Aprofundar conhecimentos não só na área de tradução, bem como na área da revisão;
- Adquirir competências na redação de traduções em linguagem simples em contextos de literacia em saúde;
- Adquirir experiência do funcionamento de uma entrega de tradução/revisão e cumprir horários de entrega dos mesmos.

1.3. Estrutura do relatório de estágio

Primeiramente, uma breve contextualização do estágio, que incide sobre a temática da Literacia em Saúde. Teremos também uma pequena apresentação do estágio e os seus objetivos e uma apresentação resumida da empresa.

Seguidamente, no Capítulo II, temos o nosso tema em análise, a literacia em saúde, abordando artigos de vários especialistas da área da medicina e também professores de literacia em saúde, tal como Professor Doutor Orkan Okan, Professores Universitários de Ciências de Desporto e Saúde, tal como a Professora Associada Leena Paakkari ou mesmo Doutorados e Conselheiros Globais para Literacia em Saúde, tal como Kristine Sørensen. Artigos estes sobre a COVID-19, a literacia em saúde num período pandémico COVID-19 e mesmo artigos sobre como o vírus da COVID-19 é problema subestimado.

O capítulo III focar-se-á no trabalho desenvolvido no âmbito do estágio, desde todo o processo que foi passado pela empresa, a partir da entrada, até ao processo de entrega de tradução, tudo mais detalhado. Numa segunda fase dentro desta mesma secção, irá ser realizada uma descrição sucinta, tanto das traduções, como das revisões. Numa terceira fase, iremos passar pelo processo de pré-tradução e pré-revisão. Para finalizar este capítulo irá ser descrito ao pormenor como foi realizada a adição de termos ao glossário e também as dificuldades que foram encontradas nas traduções e revisões.

Para finalizar o relatório, temos então as conclusões finais, assim como reflexões críticas, referências bibliográficas e os anexos.

Capítulo II: Literacia em Saúde

Entende-se por Literacia em Saúde: “[...] the degree to which individuals and groups can obtain, process, understand, evaluate, and act upon information needed to make public health decisions that benefit the community.” (como citado em Freedman et al., 2009); e também por: “The degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions.” (como citado em Selden C.R. et al., 2000).

Na realidade, ambas as definições complementam-se, ou seja, os cidadãos terão que saber usar e aplicar a informação que acabaram de obter, de processar, para poderem ser capazes de tomar a melhor decisão relativamente à saúde pública em prol da sociedade e da comunidade.

O tema da literacia em saúde desempenha um papel de maior relevância no âmbito dos 17 objetivos de desenvolvimento sustentável definidos na Agenda 2030 pelas Nações Unidas⁸, em geral, e especificamente no seio do 3.º objetivo: “Saúde de Qualidade”, que contém cerca de 13 metas para atingir, como referido, até ao ano de 2030, tais como “Atingir a cobertura universal de saúde, [...] e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais para todos de forma segura, eficaz, de qualidade e a preços acessíveis.” e “[...] reduzir num terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.”⁹

Neste contexto surgem as competências associadas à literacia em saúde: ler, compreender e analisar informação, gráficos, diagramas, etc. para conseguir tomar decisões, não só em prol de si, mas em prol dos outros, da comunidade, até porque este é um termo que envolve indivíduos, famílias, comunidades e até sistemas que englobam desafios, especificamente associados à prevenção de doenças e à promoção da saúde.

A realidade é que a pandemia da COVID-19 veio demonstrar o quão fulcral este tema da Literacia em Saúde realmente é. É essencial ensinar, educar as pessoas sobre o tema e o facto de a pandemia da COVID-19 ter atingido tanta gente

⁸ Para mais informações sobre os 17 objetivos, por favor consultar: <https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/>

⁹ Para mais informações sobre o objetivo 3: “Saúde de Qualidade”, por favor consultar: <https://unric.org/pt/objetivo-3-saude-de-qualidade-2/>

a um regime global, realçou ainda mais este mesmo facto.

A secção seguinte irá ser dividida em duas subsecções: a primeira, uma vertente sobre Literacia em Saúde no Período Pandémico COVID-19, que tem como ponto de partida *webinar* realizado pela própria WFPHA, que aborda os desafios que as pessoas com baixa literacia em saúde teriam de enfrentar durante a pandemia da COVID-19, seguido de 2 artigos de renome que falam da literacia em saúde como uma vacina social e também que a mesma literacia em saúde é um problema subestimado. A segunda subsecção, denominada Literacia em Saúde: Desafios de tradução, que incidirá sobre 2 artigos que focam nas dificuldades de tradução na área da saúde e também na criação de glossários para ajuda dos cidadãos.

2.1. Literacia em Saúde no Período Pandémico COVID-19

Rochelle Aberer, Coordenadora de Campanha Nacional “Mês Sem Tabaco” (*Month Without Tobacco*) na Impact Hub de Genebra, Suíça¹⁰ (2021), refere na introdução do vídeo intitulado “Public Health Answers: Health Literacy in Times of the COVID-19 Pandemic”, publicado no canal oficial do Youtube da WFPHA, que a pandemia da COVID-19 levou a uma mudança rápida de comportamentos, reafirmando a necessidade de compreender e aplicar informação de saúde de forma correta. Cada vez mais passamos tempo *online*, confrontados constantemente com informação falsa, fazendo da literacia em saúde um desafio crescente de saúde pública. O vídeo em questão centra-se especificamente no tema principal do relatório de estágio, designadamente a literacia em saúde e respetivos desafios de tradução.

Neste mesmo vídeo, Rochelle Aberer (2021) pergunta à sua convidada, Professora Ilona Kickbusch, cientista política alemã de renome, que desafios, a nível de literacia em saúde, é que as pessoas com baixa literacia em saúde iriam ter de enfrentar durante aquele ano da pandemia, ao qual a Professora Ilona Kickbusch (2021) responde que os desafios que essas pessoas iriam enfrentar seriam múltiplos. Em primeiro lugar, dificuldades em entender como a informação é apresentada, ou seja, o que acreditar, como acreditar, em que acreditar, isto

¹⁰ Informação retirada do Perfil Oficial Do LinkedIn da própria Rochelle Aberer: <https://www.linkedin.com/in/rochelle-e-aberer-0a538b14b/?originalSubdomain=ch>

significa que é preciso ter muito cuidado com o fenómeno designado por *fake news*, não acreditar em tudo o que se lê na Internet e procurar consultar em informação de *websites* oficiais e de notícias confiáveis. A Professora Kickbusch referiu também o surgimento de algumas piadas nos últimos meses sobre o fenómeno de toda a gente se estar a tornar um virologista ou um epidemiologista, dando ênfase ao ponto referido anteriormente, isto é, a importância da consulta de fontes fiáveis e o cuidado a ter no que respeita à informação fornecida por pessoas não-especialistas. Referiu ainda que tornar a informação mais palpável e simples para as pessoas com baixa literacia para a saúde é uma tarefa complexa devido às mesmas não conseguirem compreender conteúdo mais elaborado e de natureza mais científica, destinado maioritariamente a públicos com níveis de literacia em saúde mais elevados.

No âmbito da Literacia em Saúde no Período Pandémico COVID-19, a próxima subsecção irá basear-se em dois artigos importantes relacionados com o tema do relatório, artigos estes que foram escolhidos pela importância e pelo renome dos autores: *Health Literacy as a social vaccine in the COVID-19 pandemic*, de Okan, O. et al. (2022) e também *Covid-19: Health literacy is an underestimated problem*, de Paakkari, L. & Okan, O. (2020).

O primeiro artigo: *Health literacy as a social vaccine in the COVID-19 pandemic*, mereceu a minha atenção devido à equiparação de literacia em saúde a uma vacina social. A literacia como uma vacina social vai poder ajudar os indivíduos, os cidadãos e a comunidade a reduzir e a prevenir a propagação do vírus, porque esta mesma literacia ajuda os cidadãos a compreender, interpretar e aplicar a informação, quando fornecida e comunicada corretamente e de forma adequada e acessível pelo governo e pelas autoridades de saúde.

O artigo inicia com a seguinte relação entre a literacia em saúde e o conceito de empoderamento: “(...) improving people's access to health information and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment.” (como citado em Nutbeam, 1998). Isto quer dizer que o empoderamento das populações com baixa literacia em saúde depende, em primeira mão, do acesso à informação, mas informação acessível, criada utilizando estratégias de comunicação especificamente pensadas para este público-alvo, dotando as pessoas

de capacidade para interpretar a informação e, por conseguinte, melhorar a sua condição de saúde e dos demais elementos da comunidade. A literacia em saúde está diretamente dependente dos níveis gerais de alfabetização, ou seja, um baixo nível de alfabetização, mais deficiente *per se*, pode afetar diretamente a saúde das pessoas, limitando também o seu desenvolvimento pessoal, social e cultural, bem como dificultar o desenvolvimento da literacia em saúde.

Refere também este artigo que a literacia em saúde como vacina social também atua como um meio para compreender e aplicar a informação sobre a proteção contra o coronavírus. Isto refere-se à informação culturalmente apropriada e socialmente sensível sobre o comportamento sanitário necessário (por exemplo, higiene, lavagem das mãos, distanciamento físico, usar uma máscara), com o objetivo de apoiar a estratégia de combate da pandemia da COVID-19 dos governos e autoridades de saúde. Além disso, o desenvolvimento de competências da literacia em saúde serve como um meio relevante para equipar os cidadãos e as instituições de modo a impulsionar a mudança política e social para assegurar a igualdade em todos os esforços para lidar com a pandemia e tomar ações coletivas baseadas na solidariedade nos esforços para impedir a propagação do coronavírus.

Também diretamente ligado ao ponto acima, os cidadãos necessitam de informação fidedigna sobre como manter e adotar um estilo de vida promotor de saúde durante a pandemia, tanto física como mental, e o bloqueio e distanciamento físico associado, quando passam a maior parte do tempo sozinhos e isolados. Além disso, o governo depende dos cidadãos para levar a cabo as recomendações a fim de mitigar a doença, enquanto os cidadãos dependem uns dos outros para uma ação coletiva na prevenção da infeção, bem como do governo para implementar políticas e ações de apoio. No entanto, refere ainda também que, na era da informação digital recebida numa base constante, a literacia digital em saúde não deverá ser negligenciada.

O segundo artigo, *Covid-19: Health literacy is an underestimated problem*, inicia com os autores a mencionar que: “Rapid development of coronavirus disease 2019 (COVID-19) into a pandemic has called for people to acquire and apply health information and adapt their behaviour at a fast pace.” (como citado em Paakkari e

Okan, 2020), ou seja, o autor quer dizer que a comunicação sanitária destinada a educar as pessoas sobre o síndrome respiratório agudo coronavírus 2 (SARS-CoV-2) e como evitar a obtenção ou propagação da infecção tornou-se amplamente disponível. Isto significa que, a informação mais relevante, tal como lavar as mãos, manter a distância física, e onde encontrar informação sobre as últimas recomendações, deve ser pensada, estruturada e redigida de uma forma simples de compreender. Infelizmente, como também já foi referido previamente, existe também informação complexa, contraditória e falsa. Do mesmo modo, considera-se que os cidadãos sejam capazes de adquirir, compreender e utilizar a informação obtida de uma forma ética e responsável, para serem alfabetizados na literacia em saúde.

“In Europe, nearly half of adults reported having problems with health literacy and not having relevant competencies to take care of their health and that of others.” (como citado em Sørensen K. et al., 2015), ou seja, a literacia em saúde é cada vez mais premente e crucial, com investimentos na educação e comunicação que deverão procurar ser medidas sustentáveis a longo prazo. O autor do artigo refere que, no entanto, quando a COVID-19 emergiu rapidamente, dois aspetos tornaram-se cruciais. Primeiro, globalmente, a literacia em saúde é tão importante para a prevenção de doenças transmissíveis como para doenças não transmissíveis. Em segundo lugar, juntamente, não só com a preparação do sistema de saúde, a preparação individual é também fundamental para a resolução de problemas complexos da vida real. Nesta pandemia, é difícil, mas possível, dedicar tempo a melhorar a literacia em saúde porque é necessária uma ação imediata por parte dos governos e dos cidadãos.

Para concluir o artigo, o autor refere que o desenvolvimento da literacia em saúde é ainda mais atual do que nunca para preparar os indivíduos para situações que requerem uma reação rápida e assumir responsabilidade social, pensar para além dos interesses pessoais, e compreender como as pessoas fazem escolhas - como pontos de vista éticos e perceções comportamentais - também devem ser considerados no âmbito da literacia em saúde. Acima de tudo, a literacia em saúde deve ser vista em relação à responsabilidade e solidariedade social, desempenhando um papel importante não só para as pessoas que necessitam de

informação e serviços de saúde, como para indivíduos que os fornecem e asseguram a sua acessibilidade para a população em geral.

2.2. Literacia em Saúde: Desafios de Tradução

A segunda subsecção deste capítulo incide especificamente sobre a temática do relatório, designadamente desafios de tradução na literacia em saúde, baseando-se nos seguintes dois artigos: *Health literacy: How much is lost in translation?* de Effing, T. et al. (2013) e também *Health Literacy lost in translations? Introducing the European Health Literacy Glossary*, de Sørensen, K., & Brand, H. (2013).

O primeiro destes dois artigos começa com os autores a afirmar que, entre as revistas académicas, os autores são normalmente encorajados a comunicar com os seus colegas de profissão, numa linguagem simples e a evitar jargão, abreviaturas e linguagem demasiado complexa. Isto quer dizer que, mais comunicação entre os agentes do meio académico e os profissionais de saúde resultará em menos mal-entendidos e a transmissão de informação de forma mais clara para o público e, conseqüentemente, em menos admissões nos hospitais e menos situações de risco de vida.

Este artigo refere também que a literacia em saúde requer um grupo complexo de competências que incluem a capacidade de interpretar documentos, tais como: ler e escrever em prosa (literacia escrita), utilizar informação quantitativa (literacia em numeracia/aritmética) e falar e ouvir eficazmente (literacia oral) (Berkman, ND. et al., 2011), ou seja, isto exige refletir sobre a forma como a informação deverá ser apresentada a um determinado público-alvo e como citado em Berkman, ND. et al (2011): “Low levels of health literacy (print or oral literacy or numeracy) are associated with higher risk of death, more frequent hospitalizations and higher use of health-care services. Daí a importância dos profissionais de saúde e dos criadores de conteúdo nesta área adequarem o seu discurso ao paciente e/ou doente de forma a que este consiga entender e interpretar a informação que lhe é transmitida para poder tomar decisões conscientes e informadas.

O segundo artigo, intitulado *Health Literacy lost in translations? Introducing*

the European Health Literacy Glossary, tem como principal objetivo examinar as traduções europeias do termo “Literacia em Saúde” como fator influente para a integração na investigação, política e prática europeias, com base na recolha de dados que permitiram obter traduções, a partir de 29 línguas diferentes, aplicando as técnicas de tradução de Fawcett, que são as seguintes:

- Empréstimo (*Borrowing*)
- Decalque (*Calque*)
- Tradução literal (*Literal translation*)
- Transposição (*Transposition*)
- Modulação (*Modulation*)
- Equivalência (*Reformulation*)
- Adaptação (*Adaptation*)
- Compensação (*Compensation*)

Estas técnicas foram utilizadas de forma a assegurar uma análise coerente e firme, como um género de, como diz o artigo: “analytical framework to ensure a firm and coherent analysis of the considerable amount of receptor translations included”. Ao aplicar estas técnicas de Fawcett, o termo de origem e as traduções para a língua-alvo foram meticulosamente examinadas numa análise a duas fases.

As duas fases eram as seguintes: primeiramente, a análise linguística inicial do termo “literacia em saúde” em inglês, a segunda, uma análise comparativa das línguas alvo, ou seja, as traduções europeias de literacia em saúde para explorar semelhanças e diferenças em termos de um conjunto específico de critérios de tradução, derivados das técnicas de tradução de Fawcett, referidas acima.

Mais tarde, com o objetivo de transmitir a análise da fonte do termo original em inglês, foi decidido consultar a *Encyclopaedia Britannica* (2011), bem como rever o *thesaurus* nas versões digitais do *New Oxford American Dictionary* (NOAD, 2008) e do *British Merriam-Webster Dictionary* (BMWD, 2011). Os dois dicionários foram escolhidos para garantir que tanto uma perspetiva americana, como uma perspetiva britânica fossem aplicadas. No entanto, a pesquisa de dados para a análise da língua de origem não revelou qualquer resultado para a noção do termo

"literacia em saúde" em nenhuma das fontes usadas, as palavras "saúde" e "literacia" foram exploradas separadamente como uma tentativa de compreender a noção combinada de "literacia em saúde".

De forma a analisar os termos das línguas-alvo, neste estudo foram também identificadas e usadas cinco fontes de dados que incluíam várias traduções do termo "literacia em saúde". As cinco fontes consistiram em duas fontes baseadas em organizações, duas baseadas na investigação e uma baseada num serviço automático de tradução, respetivamente:

1. European Commission's Health Strategy
2. World Health Organisation
3. HLS-EU Consortium
4. Health (literacy) Professionals
5. Google Translate

Como referido previamente, o estudo foi realizado com um total de 29 línguas, no entanto, para simplificar a análise, irão ser apenas analisadas 3 línguas neste relatório: a língua alemã, a francesa e claro, a portuguesa. A escolha destas 3 línguas em específico será clarificada após a tabela 1¹¹:

Tabela 1 - Equivalentes do termo "Literacia em Saúde" nas línguas alemã, francesa e portuguesa

LÍNGUA	EU HEALTH STRATEGY	WHO	HLS-EU CONSORTIUM	HEALTH PROFESSION ALS	GOOGLE TRANSLATE
Alemão	Gesundheits-kompetenz	Gesundheits-kompetenz	Gesundheits-kompetenz	Gesundheits-kompetenz	Gesundheits-kompetenz
Francês	Connaissances en matière de santé	Connaissance s en matière de santé	-	Alphabetisme en matière de santé, littéracie en matière de santé	Littératie en santé
Portuguê s	Literacia em saúde	-	-	Literacia em saúde	Educação em saúde

¹¹ Para ver a tabela com os resultados das 29 línguas, consultar: <https://academic.oup.com/view-large/8972127>

Passando para a análise dos resultados, a língua alemã foi selecionada pelo facto de todas as 5 fontes de dados terem fornecido o mesmo resultado para a tradução do termo “literacia em saúde”: “Gesundheitskompetenz”, ou seja, consistência em todas as traduções. Relativamente ao francês, a divisão pelos “grupos” das fontes, vimos que havia 2 fontes que eram organizações, 2 fontes que eram institutos de investigação e um tradutor automático, as organizações deram o mesmo resultado, as instituições de investigação propõem outro resultado e o tradutor sugere um terceiro resultado. Relativamente ao português, escolha óbvia, por ser a nossa língua, em que tanto a organização como a investigação dão a opção mais formal, que é “literacia em saúde”, enquanto o tradutor automático fornece uma tradução mais aberta, no sentido compreensão do leitor, que é o termo “educação”, substituindo “literacia”.

Resumindo, este estudo comprovou que a polarização foi especialmente transparente com referência à interpretação da palavra “literacia”, uma vez que se apresentava tanto como uma literacia funcional como uma competência crítica.

Essencialmente, a ideia do estudo foi gerada a partir da observação de que as traduções do termo “literacia em saúde” diferiam no domínio dos documentos da EU, o que, por sua vez, levou à confusão e à impressão de que o significado de “literacia em saúde” se perdia na tradução e se tornava um obstáculo para a sua maior valorização na Europa. Contudo, os resultados do estudo atual oferecem uma compreensão mais profunda da variedade de traduções e de como estas influenciam a investigação, a política e a prática.

Para concluir, a literacia em saúde não se perde na tradução; pelo contrário, é claro que as traduções clarificam a noção e ilustram como ela faz parte da linguagem como um fenómeno orgânico, em constante crescimento e mudança. Embora os termos “saúde” e “literacia” tenham sido explorados independentemente na análise da fonte, uma vez que a “literacia em saúde” não foi incluída em enciclopédias e dicionários, pode argumentar-se que este é um conceito legítimo por si só, representando todas as dimensões da saúde e todas as dimensões da literacia que é muito mais do que os dois termos nos seus próprios direitos.

Capítulo III: Descrição do trabalho realizado no âmbito do Estágio

3.1. Processo de Integração na WFPHA

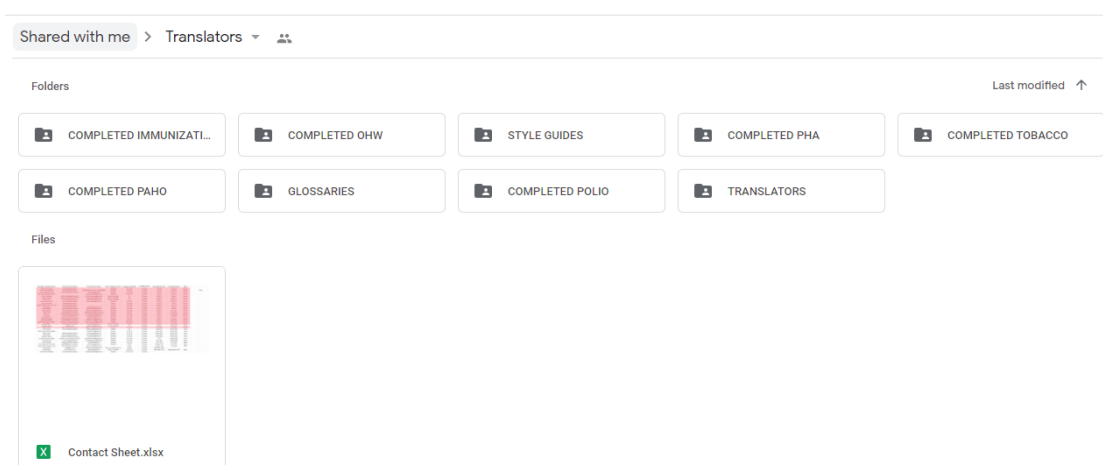
Este capítulo tem como objetivo dar a conhecer todo o processo de integração na Federação Mundial de Associações de Saúde Pública (WFPHA), até à primeira tradução e revisão.

Após ter sido colocado na WFPHA, participei em várias reuniões com a Coordenadora Geral. Estas reuniões tinham o intuito de explicar, tanto o processo de integração na empresa, como de tradução. Numa destas reuniões, foi-me pedido que realizasse tarefas de revisão no par de línguas Inglês-Português, devido à falta de revisores na Federação, desafio que aceitei.

Fui informado que iria ter de realizar uma tradução de três em três semanas, independentemente de quanto tempo demorasse, no entanto, podiam surgir situações urgentes em que precisassem de traduções com mais urgência. Relativamente às revisões, estas podiam ser solicitadas a qualquer hora, sendo que, a maior parte destas seriam da minha outra colega tradutora, significando que, quando a colega acabasse a sua tradução, recebia a respetiva tarefa de revisão.

No final de novembro, ou seja, ainda no processo prévio à entrada na WFPHA, foi partilhado comigo via pasta no Google Drive da Federação o manual de instruções contendo as diretrizes relevantes para o trabalho de tradução a realizar enquanto estagiário:

Figura 3 - Pasta geral da Federação destinada aos tradutores e revisores no Google Drive



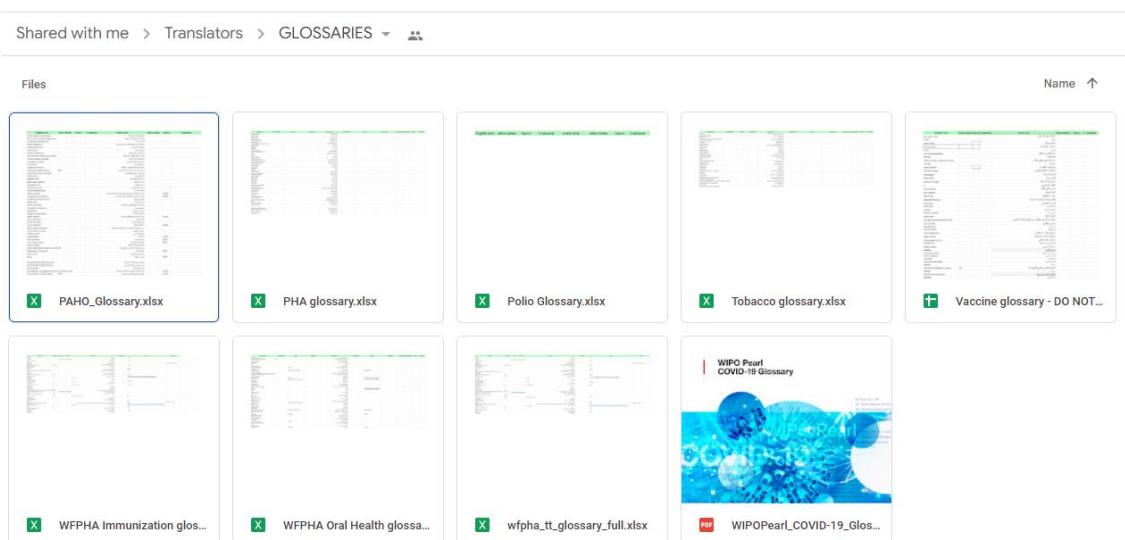
A figura 3 apresenta apenas 4 categorias de pastas, sendo elas: *guidelines/style guides (Style Guides)*, a pasta de tradutores atuais (*TRANSLATORS*), a pasta de glossários (*GLOSSARIES*) e por fim, as pastas restantes, começadas por *COMPLETED ...*, que são as pastas que contém traduções de antigos tradutores/estagiários.

Logo após a admissão na WFPHA, foi-me solicitado o preenchimento de uma folha Excel, nomeada Contact Sheet, com os seguintes dados pessoais: nome completo, número de telemóvel, duração do estágio, função na empresa, línguas de tradução e e-mail pessoal para contacto futuro.

Nessa mesma altura recebi acesso à subpasta *Glossaries* que, como pode ser observado na Figura 4, continha nove glossários em formato *Excel*, documentos fundamentais para os projetos de tradução, tendo sido recomendado o uso dos mesmos. Os glossários incidiam sobre as seguintes temáticas:

- Controlo de Tabaco;
- Avaliação Sanitária Periódica (*Periodic Health Assessment - PHA*);
- Organização Pan-Americana da Saúde (Pan American Health Organization - PAHO);
- Vacinação;
- Imunização;
- Saúde Oral.

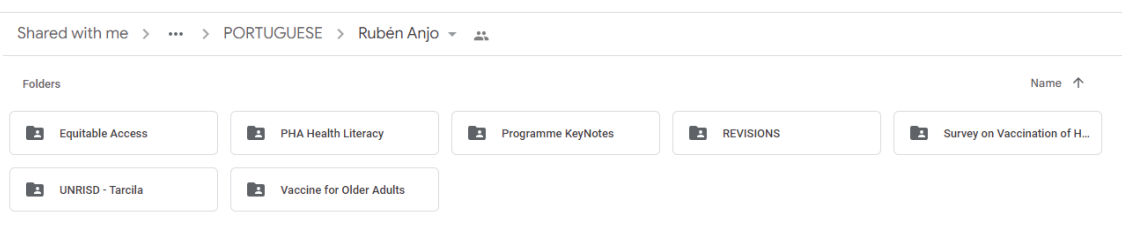
Figura 4 - Glossários fornecidos pela WFPHA, na pasta geral da empresa da Drive



Cada glossário continha um ficheiro *Excel*, com diferentes pares de línguas, tais como: inglês – árabe, inglês – francês, inglês – espanhol e inglês – português. Uma das tarefas associadas ao trabalho de tradução a realizar foi proceder à atualização dos glossários, sendo que, no início do estágio, os nove glossários acima representados continham aproximadamente 300 termos de tradução. Como resultado das traduções realizadas, foi-me possível adicionar 12 termos nos glossários (ver ponto 3.3).

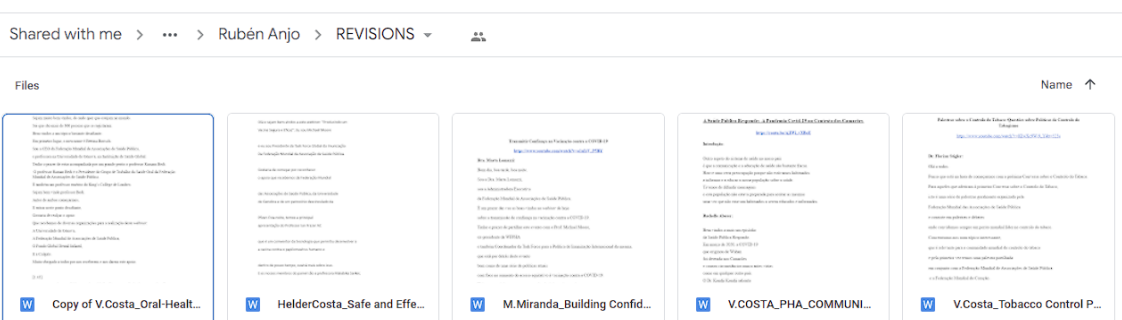
Como foi referido previamente, o estágio durou seis meses e meio, de janeiro a julho, e durante este período foram realizadas seis traduções e cinco revisões, como representadas na pasta de tradutor da empresa, no Google Drive, como se pode ver na figura 5:

Figura 5 - Pasta do aluno, com as respetivas tarefas realizadas



Como podemos ver na imagem, as 6 traduções encontram-se cada uma na sua respetiva pasta, ou seja, “Equitable Access”, “PHA Health Literacy”, “Programme Keynotes”, “Survey on Vaccination of Health Workforce”, “UNRISD – Tarcila” e “Vaccine for Older Adults”. Por sua vez, as revisões encontram-se numa pasta à parte, como se pode ver na figura 5, denominada “REVISIONS”.

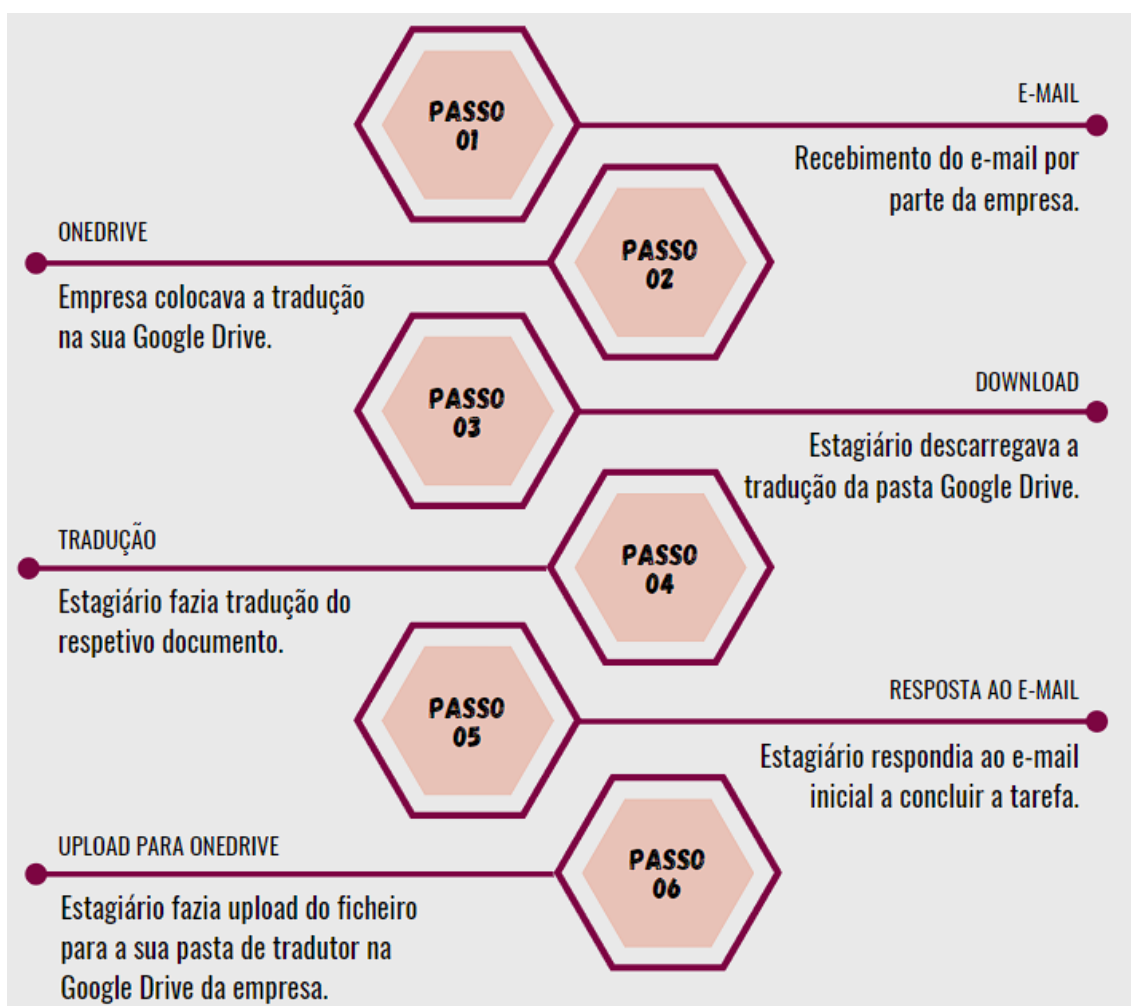
Figura 6 - Pasta REVISIONS, com as respetivas tarefas realizadas



Já nesta figura 6 podemos então ver as 5 revisões realizadas ao longo do estágio, revisões essas que serão mais aprofundadas e sucintamente descritas no ponto 3.1.2.

De seguida, irá ser explicado como funcionava o processo de tradução, desde o momento em que a tarefa era recebida pelo estagiário, até ao momento em que a tradução se torna no produto final. Para complementar este resumo, veja-se o fluxograma da figura 7:

Figura 7 - Processo de realização de uma tradução de um documento (elaboração própria)



O processo começava com o recebimento de um e-mail institucional a informar da existência de uma nova tarefa, carregada para a pasta do Google Drive, com a respetiva data limite de entrega. Acedia à pasta, identificada com o meu nome, e fazia *download* do documento para traduzir. Uma vez concluída a tarefa de

tradução propriamente dita, o estagiário respondia então ao e-mail inicial a informar a empresa acolhedora que a tarefa tinha sido concluída e o passo final seria fazer *upload* da tradução para a sua pasta de tradutor do Google Drive. O passo seguinte para o produto final era a revisão por outra pessoa da WFPHA e a legendagem para vídeos *podcast* do YouTube por outros elementos da equipa.

Assim era o processo de tradução de um documento. No entanto, e como já foi referido previamente, também me foi pedido a revisão de documentos, processo que passará a ser explicado, atentando ao fluxograma na figura 8:

Figura 8 - Processo de realização de revisão de um documento (elaboração própria)



O processo de revisão começava a partir do momento em que recebia a tradução realizada pela minha colega que, tal como eu, exercia a função de tradutora estagiária na WFPHA. A revisão era realizada com recurso à caixa de comentários do Microsoft Word. Finalizada a primeira revisão, esta era enviada para a minha colega, a qual teria de fazer as mudanças que acharia necessárias. No caso de se verificar divergências entre a(s) proposta(s) da tradutora e do revisor, a

versão era trabalhada conjuntamente de forma a chegar-se a um consenso final. A versão final da tradução revista era carregada para a minha pasta “REVISIONS”.

3.1.1. Descrição Sucinta das Traduções

Neste capítulo irá ser apresentada, através de uma tabela, uma sucinta descrição das seis traduções realizadas ao longo do estágio, com o intuito de contextualizar as temáticas em causa e a tipologia de documentos traduzidos.

Tabela 2 - Contextualização das traduções realizadas ao longo do estágio

TRADUÇÃO	DESCRIÇÃO
Tradução n.º 1 - <i>Public Health Answers: Health Literacy in Times of COVID-19 Pandemic</i>	Podcast do canal de Youtube da WFPHA. Fala sobre a aplicação meticulosa de informação de saúde, principalmente no mundo virtual. Aborda, ainda, a importância da COVID-19 para a educação na saúde e os desafios que as pessoas com baixa literacia em saúde enfrentaram durante a pandemia.
Tradução n.º 2 - <i>Routine Vaccination of Health Workforce's in LMIC's¹² and LIC's¹³</i>	Questionário desenvolvido pela WFPHA sobre os calendários e cobertura da rotina de vacinação dos profissionais de saúde nos países de baixo rendimento e nos de médio-baixo rendimento.
Tradução n.º 3 - <i>Equitable Access to COVID-19 Vaccine for All</i>	Assunto principal: importância de refletir sobre o acesso às vacinas e o acesso à imunidade, principalmente na região da América Latina. Fatores a melhorar para a campanha de vacinação.

¹² lower middle income countries

¹³ low income countries

Tradução n.º 4 - <i>Programme of the Event: "People's Global Summit" - 29 June - 2 July 2022</i>	Tabela de horários de <i>THE PEOPLE'S GLOBAL SUMMIT, 29 JUNE – 2 JULY 2022</i>
Tradução n.º 5 - <i>Presentation of Keynote Speaker Tarcila Rivera Zea, Founder of the International Indigenous Women's Forum</i>	Discurso proferido por Tarcila Zea, presidente da Chirapag, uma associação indígena, que é a base da Rede Continental de Mulheres Indígenas, sobre as necessidades de participação e advocacia e liderança de Mulheres Indígenas de diferentes regiões em espaços mundiais.
Tradução n.º 6 - <i>Vaccines for older adults</i>	Incide sobre a vacinação entre os idosos. Breve visão geral sobre o projeto que a WFPHA desenvolveu para reforço das políticas de vacinação para adultos idosos.

Mais informação sobre as traduções desenvolvidas no estágio, poderá ser consultado a secção dos anexos, no final do relatório.

3.1.2. Descrição Sucinta das Revisões

Neste capítulo apresenta-se uma sucinta descrição das cinco revisões realizadas ao longo do estágio.

Tabela 3 - Descrição das revisões

REVISÃO	DESCRIÇÃO
Revisão n.º 1 - <i>Tobacco Control Talks: Tobacco Control Policies Matter</i>	Uma série de palestras geralmente organizada pela WFPHA sobre as políticas de controlo de tabaco.
Revisão n.º 2 - <i>Public Health Answers: The COVID-19 Pandemic in the Context of Cameroon</i>	Podcast do canal de Youtube da WPFHA sobre a situação da COVID-19 nos Camarões; o impacto no seu respetivo

	sistema de saúde e a necessidade de promover sistemas de saúde sustentáveis.
Revisão n.º 3 - <i>Building Confidence in COVID-19 Vaccination</i>	<i>Webinar</i> sobre a transmissão de confiança na vacinação contra a COVID-19, abordando, também uma série de políticas atuais com foco no aumento do acesso equitativo à vacinação contra a COVID-19.
Revisão n.º 4 - <i>Producing a Safe and Effective Vaccine</i>	<i>Webinar</i> do canal de Youtube da WFPHA sobre como ter uma maior compreensão da vacinação nesta era da COVID-19 e também como fazer chegar a informação sobre a vacinação às pessoas.
Revisão n.º 5 - <i>Oral Health for Children: A Human Right</i>	<i>Webinar</i> sobre saúde oral infantil como um direito humano fundamental. Desafios da saúde oral infantil.

3.1.3. Quantificação das traduções e revisões realizadas

De seguida referem-se o número de palavras traduzidas, tendo como língua de chegada o português, e o tempo concedido para a realização de cada tarefa.

Tabela 4 - Detalhes quantitativos referentes às tarefas de tradução

TRADUÇÃO	NÚMERO DE PALAVRAS (EN)	NÚMERO DE PALAVRAS (PT)	PERÍODO PARA REALIZAR TAREFA
Tradução n.º 1	1,618	1,718	6 de janeiro – 28 de janeiro
Tradução n.º 2	862	769	1 de maio – 6 de maio
Tradução n.º 3	11,034	10,766	2 de junho – 23 de junho

Tradução n.º 4	982	1,202	10 de junho – 12 de junho
Tradução n.º 5	1,155	1,373	10 de junho – 12 de junho
Tradução n.º 6	10,764	10,773	16 de junho – 1 de julho

Tabela 5 - Detalhes quantitativos referentes às tarefas de revisão

REVISÃO	NÚMERO DE PALAVRAS DA TRADUÇÃO (EN)	NÚMERO DE PALAVRAS DA REVISÃO (PT)	PERÍODO PARA REALIZAR TAREFA
Revisão n.º 1	7,595	7,798	10 de fevereiro – 24 de fevereiro
Revisão n.º 2	1,536	1,580	13 de abril – 27 de abril
Revisão n.º 3	10,553	10,591	18 de abril – 25 de abril
Revisão n.º 4	13,625	13,994	28 de abril – 2 de maio
Revisão n.º 5	4,430	4,428	12 de maio – 20 de maio

Ao longo dos seis meses e meio do estágio, foram traduzidas um total de 15,828 palavras no conjunto das 6 traduções.

Relativamente às revisões, foi possível rever aproximadamente 37,739 palavras em inglês, e cerca de 35,391 em português, ou seja, um total de 73,130 palavras.

Tal como é possível verificar nas tabelas 4 e 5, o fluxo de trabalho mensal foi irregular.

O mês de maior trabalho, como podemos ver numa análise mais profunda à tabela, foi claramente junho, em que foi um mês que conteve 4 traduções, seguido imediatamente de abril, com cerca de 3 revisões.

3.2. Ferramentas e Recursos de Tradução

A ferramenta utilizada na tradução foi o *MemoQ*, ferramenta utilizada no Mestrado em Tradução e Comunicação Multilíngue na unidade curricular “Ferramentas Avançadas de Tradução”, a cargo do Professor Fernando Alves, tendo aproveitado o estágio para assistir a uns tutoriais online de funcionalidades mais aprofundadas deste mesmo programa. Com base nos glossários fornecidos pela WFPHA (ver ponto 3.1.), com cerca de 300 termos, foi criada uma base terminológica, uma ferramenta de apoio fundamental à tradução. Estes glossários foram todos agrupados num único ficheiro *Excel*, de forma a ser possível criar a base terminológica, criada com o intuito de ajudar o tradutor a usar os termos que a empresa acolhedora requereu que fossem utilizados; esta base terminológica é essencial para os tradutores hoje em dia, dado que no caso de aparecimento de um destes termos no texto, o próprio programa (neste caso *MemoQ*) informava, através de um painel à direita da tradução, que já havia uma tradução para o termo, e a partir daí, o tradutor poderia usar o próprio termo em português, já previamente traduzido pela empresa.

De forma a não colocar a tabela com os 300 termos, irei colocar apenas uma secção parcial da base terminológica, como podemos ver na figura 9:

Figura 9 - Base terminológica criada a partir dos glossários (elaboração própria)

English (United Kingdom)	Portuguese
English term	Portuguese term
Centers for Disease Control and and Prevention	Centro de Controlo de Prevenção de Doenças
Declaration of Alma-Ata	Declaração de Alma-Ata
Desk review	Análise documental
Ebola	Ébola
Emergency preparedness	prontidão para emergências
Essential Public Health Functions	Funções Essenciais de Saúde Pública
Essential Public Health Services	Serviços Essenciais de Saúde Pública
Excess deaths	Mortalidade em excesso
Framework of Engagement with Non-State Actors	Quadro de Compromisso com Atores Não-Estatais
Federal Office of Public Health	Gabinete Federal de Saúde Pública
Governing body	Órgão social
Healthcare	Serviços de saúde
Health status	Estado de saúde
Herd immunity	Imunidade de grupo
Human immunodeficiency virus	Vírus da Imunodeficiência Humana
Impact report	Relatório de impacto
Immunization services	Serviços de imunização
Integrated public individual and collective health services	Prestação de serviços de saúde públicos integrados individuais e coletivos
Intensive care unit	Unidade de cuidados intensivos
Inter-American Development Bank	Banco Interamericano de Desenvolvimento
Internacional Organization for Migration	Organização Internacional para as Migrações
Maternal child care	Cuidados materno-infantis
Multi-hazard emergency	Emergência multirrisco
National health authorities	Autoridades nacionais de saúde
National Vaccine Deployment Plans	Plano Nacional de Implantação e Vacinação
Noncommunicable disease	Doença não transmissível
Palliative care	Cuidados paliativos
Pan American Health Organisation	Organização Pan-Americana da Saúde

À esquerda, aparece o termo em inglês, e à direita, o mesmo termo em português.

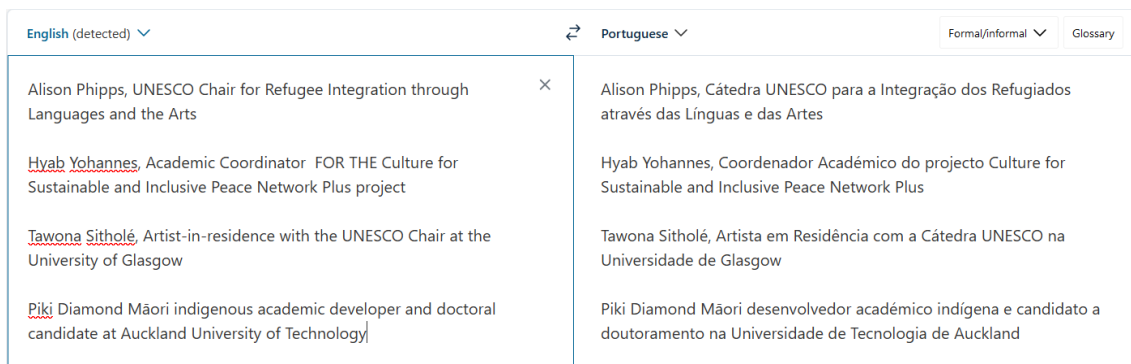
De seguida, elencam-se as ferramentas e os recursos *online* utilizados para ambos os processos de tradução e revisão:

Tabela 6 - Ferramentas de tradução automática

FERRAMENTAS DE TRADUÇÃO AUTOMÁTICA	
DeepL	Linguee
Motor de tradução automático <i>online</i> . Imensamento melhorado relativamente ao <i>Google Translator</i> . Usado em diversas situações para perceber o significado de algumas orações, etc.	Por outro lado, este foi, definitivamente, o dicionário e motor de pesquisa de tradução mais utilizado durante o estágio. Dicionário completo EN→PT, com exemplos para ajudar à tradução.

Na figura seguinte, segue-se um exemplo usado na ferramenta de tradução automática DeepL.

Figura 10 - Pesquisa na língua original – inglês (à esquerda) e na língua-alvo – português (à direita)



Outro exemplo, agora na ferramenta Linguee, do termo “Green Economy Coalition Convenor”:

Figura 11 - Tradução do termo "Green Economy Coalition Convenor" no Linguee



Tabela 7 - Dicionários

DICIONÁRIOS		
Priberam	Infopédia	Merriam Webster
Este foi, definitivamente, o <i>website</i> mais utilizado para consultar dicionário português, <i>website</i> de referência na área para clarificar algumas situações.	Depois do Priberam, também este é um <i>website</i> para dicionário português, também muito utilizado pelo aluno, devido a ser dos mais confiáveis disponíveis.	<i>Website</i> americano muito confiável que publica referências de livros e dicionários

Como primeiro exemplo, de acordo com a tabela, temos um exemplo usado no Priberam, para o termo “cátedra”:

Figura 12 - Definição do termo "cátedra" no dicionário priberam

cátedra

cátedra | *n. f.*

cá·te·dra

(latim *cathedra*, -ae, do grego *kathédra*, -as, assento, cadeira, banco, fundamento)

nome feminino

1. [Termo eclesiástico] Cadeira ou trono do papa no Vaticano. = CADEIRA DE SÃO PEDRO, CADEIRA PONTIFÍCIA, SÓLIO PONTIFÍCIO
2. [Termo eclesiástico] Cadeira para autoridade eclesiástica.
3. Cadeira destinada a professor catedrático.
5. Disciplina leccionada por um professor catedrático.
6. Cargo de professor catedrático.
7. Instituição de investigação numa área específica, sediada numa universidade (ex.: *cátedra de estudos luso-brasileiros*).

de cátedra

- Com autoridade ou conhecimento (ex.: *falar de cátedra*). = DE CADEIRA

Tabela 8 - Manuais

MANUAIS
MSD Manuals
<p>Website mais utilizado para textos mais técnicos, nos quais o aluno teve de traduzir palavras mais especializadas na área da medicina/saúde, tais como: “Herpes Zoster” ou “Pertussis”.</p>

Nas duas figuras seguintes, temos o exemplo de “herpes zoster” em inglês, que em português ficaria “herpes-zóster” e “pertussis” em inglês, que em português será “coqueluche”.

Figura 13 - Termo na língua original – inglês (em cima) e na língua-alvo – português (em baixo)

Herpes Zoster

(Shingles; Acute Posterior Ganglionitis)

By [Kenneth M. Kaye](#), MD, Harvard Medical School

Last review/revision Sep 2021 | Modified Sep 2022

Herpes-zóster

(Cobreiro, Ganglionite posterior aguda)

Por [Kenneth M. Kaye](#), MD, Harvard Medical School

Avaliado clinicamente set 2021 | modificado out 2021

Figura 14 – Termo na língua original – inglês (em cima) e na língua-alvo – português (em baixo)

Pertussis

(Whooping Cough)

By [Larry M. Bush](#), MD, FACP, Charles E. Schmidt College of Medicine, Florida Atlantic University;

[Maria T. Vazquez-Pertejo](#), MD, FACP, Wellington Regional Medical Center

Last review/revision Apr 2022 | Modified Sep 2022

Coqueluche

(Tosse Comprida)

Por [Larry M. Bush](#), MD, FACP, Charles E. Schmidt College of Medicine, Florida Atlantic University;

[Maria T. Vazquez-Pertejo](#), MD, FACP, Wellington Regional Medical Center

Avaliado clinicamente abr 2022

3.3. Manual do Tradutor

Como referido previamente na secção “Processo de Integração na WFPHA”, foi-me dado acesso a um manual de instruções, com diretrizes a seguir no processo de realização de uma tradução. O documento, denominado “Manual do Tradutor”, compreendia várias regras a seguir e estava dividido em duas secções, a primeira denominada “Considerações Gerais”, a segunda denominada “Terminologia e Recursos Terminológicos”.

A primeira secção continha, em primeiro lugar, com informação de como

nomear um documento traduzido, passando a citar o manual fornecido:

“Deve-se sempre nomear o documento em questão através do seguinte formato: Inicial do nome; Apelido; Nome do documento_língua_script (quando se trata de um *webinar*)

Exemplo: J.Smith Webinar_EN_script”

De seguida, encontrava-se informação relativamente à língua-alvo, prescrevendo que se deve traduzir usando a variante do português europeu, evitando, assim, o uso de outras variantes do português, como a do português brasileiro e regionalismos.

A última parte da secção de “Considerações Gerais”, incidia especificamente sobre o registo linguístico da tradução em si, informando o tradutor que os documentos da WFPHA são, geralmente, formais, visto ter um público-alvo mais institucional e global. Assim sendo, deve-se manter esse mesmo registo nas traduções. Mesmo que o tradutor se depare com um registo mais oral nas transcrições dos *webinars*, dever-se-ia sempre manter um registo formal.

Mais concretamente, a segunda pessoa do singular “tu” deveria ser evitada, sendo prescritas as formas de cortesia como “o senhor”, “a senhora”, “o professor”, “a professora”, “o doutor”, “a doutora”.

Na segunda secção do documento, referente à temática de “Terminologia e Recursos Terminológicos”, recomendava-se o uso Corpus OPUS – An Open-Source Parallel Corpus (Tiedemann, 2012), que é uma plataforma que um número significativo de corpora paralelos das mais variadas áreas, tais como áreas jurídica e legislativa (legislação europeia) e área da saúde (*European Medicines Agency - EMA*). Importa referir que o OPUS disponibiliza textos em cem línguas¹⁴ e uma interface de pesquisa multilingue¹⁵ que permite a utilização de corpora paralelos como recurso na tradução.

De seguida, apresentava-se informação sobre dicionários portugueses *online*, tais como a Infopédia, que também já foi referido, e o Dicciomed, *website* muito utilizado em Espanha, conseguido através de uma cooperação entre várias universidades espanholas, contendo informações de termos médicos, biológicos,

¹⁴ Para mais informação, por favor consultar: <https://opus.nlpl.eu/opus-100.php>

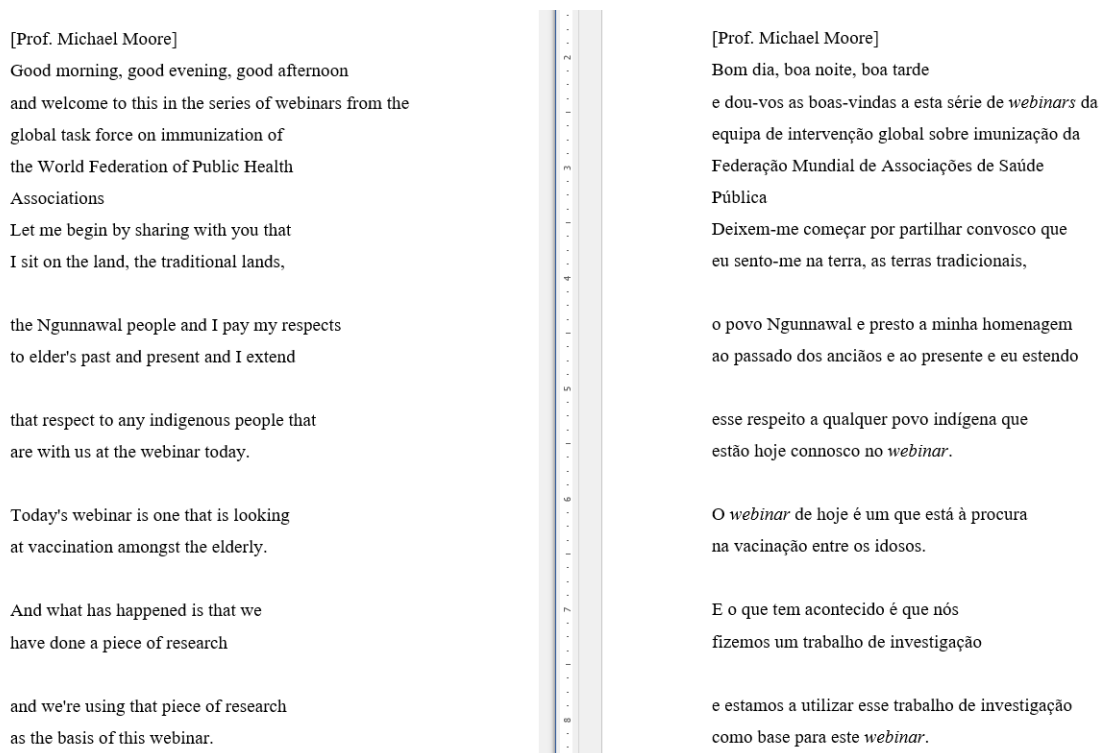
¹⁵ Para mais informação, por favor consultar: <https://opus.nlpl.eu/bin/opuscp.pl>

históricos e etimológicos.

Por fim, constava informação relativamente aos glossários, citando: “Os tradutores estão encarregues da criação de glossários à medida que traduzem os textos que lhes são enviados. Os glossários encontram-se no seguinte Google Doc:”, após esta informação encontra-se uma hiperligação para a pasta dos glossários, a qual já foi demonstrada na secção anterior deste relatório: “Processo de Integração na WFPHA”.

No processo de legendagem, o aluno teria de ter em atenção o uso de palavras ou expressões longas, devido ao facto da tradução ser usada como produto final para legendar um vídeo, ou seja, palavras traduzidas de forma simples e expressões de formulação curta para o legendador poder fazer o seu trabalho, de tal forma que a formatação teria que ser alinhada nas traduções recebidas de acordo com as transcrições na língua de origem, como podemos ver na figura 15 (exemplo usado apenas para demonstrar a formatação do texto para legendagem):

Figura 15 - Exemplo de formatação para uso em legendagem



Como pode ser observado, à esquerda, na imagem, temos a transcrição

original na língua de origem, inglês, e à direita temos a língua-alvo, o português. Como a transcrição contém espaçamento entre as falas do locutor do vídeo, o tradutor teria, ainda, que, na sua tradução, deixar o mesmo espaço, para de tal forma, simplificar o trabalho do legendador.

3.4. Termos adicionados ao Glossário da GoogleDrive

Nesta secção mostrar-se-á, em forma de tabela, os termos adicionados aos glossários ao GoogleDrive da WFPHA.

Tabela 9 - Termos adicionados aos glossários da WFPHA

TERMO EM INGLÊS	TERMO EM PORTUGUÊS	OBSERVAÇÕES
Digital Literacy	Educação na tecnologia	Aluno seguiu a lógica do glossário já adicionado: “Health literacy” → “Literacia na saúde”, da mesma forma de que “Digital Literacy” → “Educação na saúde”
National Health Service	Serviço Nacional de Saúde	Informação obtida no <i>website</i> oficial do SOS – Portal do SNS: https://www.sns.gov.pt/
Graduate Institute of International and Development Studies	Instituto Universitário de Altos Estudos Internacionais	Tradução encontrada apenas no <i>website</i> da Wikipédia, única solução possível encontrada.
Brazilian Tuberculosis Network	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose	Informação obtida no <i>website</i> oficial da Rede Tuberculose do Brasil: https://redetb.org.br/
Herpes Zoster	Herpes-zóster	Informação obtida no

Pneumococc	Vacina pneumocócica	<i>website</i> oficial do MSD
Diphtheria	Difteria	<i>Manual Professional Edition:</i>
Pertussis	Coqueluche	https://www.msmanuals.com/professional
Listeria	Listeriose	
Secretary General of the United Nations Conference on Trade and Development	Secretário(a)-Geral da Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento	Informação obtida no <i>website</i> oficial da Secretaria-Geral Ibero-Americana – SEGIB https://www.segib.org/pt-br/
Refugee Integration through Languages and the Arts	Integração de Refugiados através das Línguas e das Artes	Termo completo original: “Alison Phipps, UNESCO Chair for Refugee Integration through Languages and the Arts”, única opção do tradutor aqui seria mesmo utilizar o processo de tradução literal devido a não haver uma tradução prévia.
International Federation of Social Workers	Federação Internacional de Assistentes Sociais	Informação obtida no <i>website</i> oficial da <i>International Federation of Social Workers:</i> https://www.ifsw.org/

3.5. Dificuldades de tradução

Esta secção tem como objetivo expor as dificuldades de tradução que surgiram ao longo do estágio e apresentar as respetivas soluções encontradas.

(1) INGLÊS	PORTUGUÊS
“She is also the Founding Director and Chair of the <u>Global Health Center</u> at the Graduate Institute for International and Development Studies in Geneva.”	“Ela é também a Diretora Fundadora e Presidente do <u>Centro de Saúde Global</u> no Instituto Universitário de Altos Estudos Internacionais, em Genebra.”

No primeiro exemplo, a dúvida de tradução coloca-se ao nível da entidade nomeada Global Health Center, que designa um centro de investigação em saúde global: optar por manter a designação em inglês e/ou um equivalente em português.

Uma vez que não foi encontrado equivalente em português na pesquisa Google realizada, propôs-se a tradução direta das partes que compõem a designação, mantendo a estrutura de unidades polilexicais em português: Centro de Saúde Global.

Devido às restrições de espaço, não foi proposta uma outra opção viável de incluir a designação nas duas línguas. Esta solução teria a vantagem de facilitar a pesquisa online de informação sobre centro de investigação por via do inglês.

A área de investigação é em Saúde Global. Uma vez que se trata de um centro de investigação, esta opção é a única possível.

(2) INGLÊS	PORTUGUÊS
“Prof. Kickbusch is a global health consultant with a strong commitment to the <u>empowerment</u> of women.”	“A Prof. Kickbusch é consultora de saúde global com um forte compromisso para com o <u>empoderamento</u> das mulheres.”

Neste exemplo, havia duas possíveis alternativas de tradução para a palavra “empowerment”, nomeadamente “empoderamento” e “capacitação”. A primeira

opção tem a sua origem na palavra inglesa “empowerment”, colocando a tónica na raiz da palavra: “power” – “poder” (“dar poder às mulheres para”). A segunda opção coloca ênfase no processo de capacitar para algo, por via da (in)formação, de recursos, competências, etc. A escolha de uma das alternativas possíveis dependerá da interpretação que o tradutor fizer das palavras do autor do texto.

No final, foi decidido o uso da palavra “empoderamento” devido à sua relação lexical e semântica à palavra de origem.

(3) INGLÊS	PORTUGUÊS
“Thank you very much for your time and all these <u>key insights</u> : elaborating on the need to prepare better to minimize this health literacy gap.”	“Muito obrigado pelo seu tempo e todos estes <u>pontos-chave</u> : elaborando na necessidade de melhor preparação, de forma a minimizar a lacuna da educação para a saúde.”

A dificuldade neste exemplo n.º 3 começa a partir do momento em que temos, na realidade, pelo menos três possibilidades diferentes de tradução, as quais são: “pontos-chave”; “ideias-chave”; “pontos importantes”.

Após uma pesquisa *online* no Linguee ou no DeepL, as traduções mais sugeridas são “principais perceções” e “ideias-chave”. Podemos excluir automaticamente a primeira opção que não corresponde ao sentido transmitido pelo texto original. A opção ‘pontos importantes’ foi descartada devido ao número elevado de caracteres quando comparada com as opções ‘ideias-chave’ e ‘pontos-chave’.

Sendo assim, entre “ideias-chave” e “pontos-chave”, qualquer opção seria perfeitamente viável, tendo sido escolhida a segunda opção.

(4) INGLÊS	PORTUGUÊS
“Who funds the vaccination of the <u>Health Workforce</u> in your country?”	“Quem financia a vacinação dos <u>Profissionais de Saúde</u> no seu país?”

A dificuldade neste exemplo assenta na palavra *Workforce*. Como traduzir

Workforce?

De acordo com o dicionário *online* inglês *Merriam Webster*, temos a seguinte definição para o termo *Workforce*:

“1: the workers engaged in a specific activity or enterprise

|the factory's workforce

2: the number of workers potentially assignable for any purpose

|the nation's workforce”¹⁶

Ou seja, como traduzir *Workforce*? Talvez “Força de trabalho”? “Pessoal de trabalho”? “Mão de obra”? “Operários”? Tudo opções possíveis de facto, mas nunca opções que vemos ligadas à área de saúde, área esta que não tem “força de médicos”, ou “força de enfermeiro”, ou “médicos operários” ou “doutores operários”. Devido a estas razões, chegamos à conclusão que a melhor opção é “profissionais de saúde”.

(5) INGLÊS	PORTUGUÊS
LISTA DE PAÍSES	
“Benin”	“Benim”
“Burundi”	“Burundi”
“Chad”	“Chade”
“Comores”	“Comores”
“Djibouti”	“Djibuti”
“Eswatini”	“Essuatíni”
“Kiribati”	“Quiribati”
“Kyrgyz Republic”	“Quirguistão”
“Vanuatu”	“Vanuatu”
LISTA DE TERMOS MÉDICOS	
“Measles”	“Sarampo”
“Meningococcal Vaccination”	“Vacina Meningocócica”
“Rubella”	“Rubéola”
“Polio”	“Poliomielite”

¹⁶ Informação retirada de: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/workforce>

Os recursos utilizados para a procura dos equivalentes portugueses dos nomes de países mencionados e termos médicos foram a *Wikipedia* e os *Manuais MSD* respetivamente. Ambos os *websites* destes recursos são especializados nos domínios referidos: na *Wikipedia* encontram-se os equivalentes dos nomes nas versões em inglês (EN) e português (PT) dos sites dos respetivos países; os *Manuais MSD* constituem uma base de dados da área médica com traduções para um número significativo de línguas.

(6) INGLÊS	PORTUGUÊS
“And with that, I'd like to say that we are very much counting on the <u>Developing Countries Vaccine Manufacturers Network</u> , which is present in 17 countries and it has 50 associates already (...)”	“E com isso, gostaria de dizer que estamos a contar com a <u>Rede de Fabricantes de Vacinas dos Países em Desenvolvimento</u> , que está presente em 17 países e já conta com 50 associados (...)”

A dificuldade aqui consistiu na tradução do substantivo polilexical “*Developing Countries Vaccine Manufacturers Network*”. Importa referir que existe alguma dificuldade em encontrar conteúdo online sobre esta rede quando a pesquisa é realizada pela forma extensa, sendo que esta entidade é muito frequentemente referenciada por via do seu acrónimo DCVMN.

A tradução envolveu dividir a designação em 3 subunidades de informação: *Developing Countries/Vaccine Manufactures/Network*. Começou-se por traduzir a base *Network* para “Rede”; de seguida, *Vaccine Manufacturers* para “Fabricantes de Vacinas” e, por último, com *Developing Countries* para “Países em Desenvolvimento”.

(7) INGLÊS	PORTUGUÊS
“And for the presentations, wfpha.org, World Federation of Public Health Associations <u>can be Googled.</u> ”	“E para as apresentações, <i>wfpha.org</i> , Federação Mundial das Associações de Saúde Pública pode também ser <u>pesquisado no Google.</u> ”

A dificuldade consistiu na tradução do verbo (*to be*) *Googled*. A primeira opção considerada foi a utilização do verbo ‘googlar’ que já se encontra lexicalizado. Vejamos a entrada do verbo ‘googlar’ no Dicionário Priberam:

“verbo transitivo e intransitivo

Procurar ou pesquisar no motor de busca Google.”¹⁷

Tendo em conta o público-alvo e o registo mais formal do texto em questão, foi escolhida a tradução mais adequada “pesquisar no Google”, fórmula que parece ser mais frequentemente utilizada no Português Europeu.

(8) INGLÊS	PORTUGUÊS
“The only country that could be taken out of our research as performing well, <u>so at least five I've seen the for the target population</u> , was El Salvador.”	“O único país que poderia ser retirado da nossa investigação como tendo um bom desempenho, era El Salvador.”

A dificuldade neste exemplo é muito mais do que uma dificuldade normal de tradução; ou seja, começa a partir do momento em que a transcrição recebida contém partes de difícil compreensão devido à natureza própria de uma entrevista.

Dito isto, o tradutor teve acesso ao vídeo original da transcrição, fazendo assim também da sua própria tarefa ouvir o áudio e na realidade, podemos concluir que a entrevistada se corrige, interrompe a sua frase a meio para reformular a ideia que pretendia transmitir.

Como podemos ver a sublinhado, temos então *so at least five I've seen the for the target population*, e devido às razões esclarecidas no parágrafo acima, o tradutor decidiu retirar a parte a negrito porque como dito também, foi uma autocorreção da entrevista.

Para concluir, foram traduzidos maioritariamente documentos de quatro tipos de texto, sendo eles podcasts, webinars, entrevistas e palestras. Importa referir a importância da análise aprofundada do contexto em questão e a utilização de recursos especializados que apoiem a tradução.

¹⁷ Informação retirada de: <https://dicionario.priberam.org/googlar>

Capítulo IV: Considerações Finais

Neste relatório foi apresentado o trabalho realizado durante o estágio curricular de seis meses na empresa *World Federation of Public Health Associations* e como o mesmo contribuiu para o desenvolvimento e consolidação de competências de tradução e também de revisão.

Este estágio foi também a primeira experiência no mercado de trabalho, tendo contribuído para entender como funciona, o mundo na área da tradução e da revisão. Foi possível pôr em prática os conhecimentos adquiridos no âmbito do Mestrado de Tradução e Comunicação Multilingue da Escola de Letras, Artes e Ciências Humanas da Universidade do Minho nos últimos dois anos, assim como todas as ferramentas e diretrizes fornecidas durante o mesmo.

Este estágio contribuiu para o aperfeiçoamento da língua de origem das traduções realizadas, o Inglês, assim como o manuseamento das ferramentas *CAT* e dos recursos terminológicos *online*. A experiência de trabalhar com vários tipos textuais na área da literacia em saúde ajudou-me a colocar o(s) público(s)-alvo no centro da tradução e refletir sobre estratégias que possam ser aplicadas para tornar a informação a transmitir mais acessível.

Foi um desafio interessante, principalmente devido às dificuldades encontradas, como por exemplo, o facto de nunca ter trabalhado na área da saúde, de só ter acesso a uma ferramenta *CAT*. Acresce a aprendizagem de conseguir cumprir com datas de entrega e, conseqüentemente lidar com a pressão de tempo. Estas razões constituíram desafios, os quais tiveram de ser enfrentados e ultrapassados.

O estágio acentuou mais o interesse pela área da saúde, especificamente a área da literacia em saúde, devido ao papel importante que tem e terá no futuro no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030.

A nível pessoal, foram conseguidos contactos para o futuro, até porque a WFPHA sempre afirmou a vontade de auxiliar no estabelecimento de contactos no mercado de trabalho em questão.

No geral, há o sentimento de que o estágio foi bem realizado e conseguido, o que ficou assente no término do estágio, quando a WFPHA propôs que desempenhasse a função de revisor, proposta que prontamente aceitei.

Capítulo V: Referências Bibliográficas e Webgrafia

5.1. Referências Bibliográficas

- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., Holland, A., Brasure, M., Lohr, K. N., Harden, E., Tant, E., Wallace, I., & Viswanathan, M. (2011). Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evidence report/technology assessment*, (199), 1–941.
- Effing, T. W., Williams, M. T., & Frith, P. A. (2013). Health literacy: How much is lost in translation? *Chronic Respiratory Disease*, 10(2), 61–63.
<https://doi.org/10.1177/1479972313484481>
- Freedman D. A., Bess K. D., Tucker H. A., Boyd D. L., Tuchman A. M., Wallston K. A. (2009) Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36, 446–451.
- Jörg Tiedemann, 2012, Parallel Data, Tools and Interfaces in OPUS.
In Proceedings of the 8th International Conference on Language Resources and Evaluation (LREC'2012)
- Nutbeam D. (1998) Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13, 349–364. [[Google Scholar](#)]
- Okan, O., Messer, M., Levin-Zamir, D., Paakkari, L., & Sørensen, K. (2022). Health literacy as a social vaccine in the COVID-19 pandemic. *Health promotion international*, daab197. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1093/heapro/daab197>
- Paakkari, L., & Okan, O. (2020, April 14). *Covid-19: Health literacy is an underestimated problem*. The Lancet Public Health.
[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30086-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30086-4/fulltext)
- Selden, C. R., Zorn, M., Ratzan, S. C., & Parker, R. M. (2000). *Health literacy* (Current Bibliographies in Medicine 2000-1)

Sørensen, K., & Brand, H. (2013, March 11). *Health Literacy lost in translations? introducing the European Health Literacy Glossary*. OUP Academic.

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agraftotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Broucke, S. van, & Brand, H. (2015). Health Literacy in europe: Comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

5.2. Webgrafia

DeepL translate: The world's most accurate translator. DeepL Translate: The world's most accurate translator. (n.d.). <https://www.deepl.com/>

Global People's summit. International Federation of Social Workers. (n.d.). <https://www.ifsw.org/event/global-peoples-summit/>

Infopédia. (n.d.). *Porto Editora*. infopedia.pt - Porto Editora. <https://www.infopedia.pt/>

Manuais MSD Para Profissionais. Manuais MSD edição para profissionais. (n.d.). <https://www.msdmanuals.com/pt/professional>

Merriam-Webster. (n.d.). *Dictionary by Merriam-Webster: America's most-trusted online dictionary*. Merriam-Webster. <https://www.merriam-webster.com/>

MSD manual for the professional. MSD Manual Professional Edition. (n.d.). <https://www.msdmanuals.com/professional>

Priberam Informática, S. A. (n.d.). *Página principal*. Dicionário Priberam. <https://dicionario.priberam.org/>

Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose. (n.d.). <https://redetb.org.br/>

Secretaria-Geral Ibero-Americana - Segib. (n.d.). <https://www.segib.org/pt-br/>

SNS 24. SNS24. (n.d.). <https://www.sns24.gov.pt/>

The Open Parallel Corpus. OPUS. (n.d.). <https://opus.nlpl.eu/>

World Federation of Public Health Associations. (2021, January 26). *Public health answers: Health literacy in times of the COVID-19 pandemic.* YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=f2pNlovj4jQ>

Capítulo VI: Anexos

ANEXO 1 - Public Health Answers: Health Literacy in Times of COVID-19 Pandemic

Public Health Answers: Health Literacy in Times of COVID-19 Pandemic

<https://www.youtube.com/watch?v=f2pNlovj4jQ>

Rochelle Aberer:

Welcome to another episode of Public Health Answers.

COVID-19 has led to rapid change of behaviours, reaffirming the need to understand and apply accurate health information.

We are now spending more time in the world virtually, constantly confronted with false information, making health literacy a growing public health challenge.

The World Health Organization defines health literacy as a skill to improve personal and community health by changing personal lifestyle and living conditions.

I'm honoured to introduce you to Prof. Kickbusch who is known worldwide for her expertise in health promotion and global health.

Today, she will elaborate on health literacy within the times of COVID-19.

Prof. Kickbusch is a global health consultant with a strong commitment to the empowerment of women.

She is also the Founding Director and Chair of the Global Health Center at

the Graduate Institute for International and Development Studies in Geneva.

Thank you very much, Prof. Kickbusch for joining us today.

I'll start with my first question:

How has COVID-19 impacted the health literacy gap and how can we advocate for clear and accurate information during COVID-19?

Prof. Ilona Kickbusch:

Well good afternoon, Rochelle and thank you very much for inviting me to discuss health literacy.

Of course, during COVID-19 we have seen just how important health literacy is and particularly how important health literacy is in combination with digital literacy.

I think we'll probably talk a little bit more about that.

I think what we have seen is that a whole lot of our health literacy debates, and also our programmes, at least in our part of the world, have been very, very focused on non-communicable diseases, and that many people who were “confronted” with the coronavirus knew very little about viruses,

knew very little about infectious disease,

about means of transmission,

about many of the things that have become so important in the context of COVID-19 –

this whole thing about social and physical distancing.

It was also very new for people.

I think also that we saw very clearly that

it's not just enough to give information

but that there has to be a discussion about the information.

There has to be a debate about the information.

The information has to be understandable and,

as you rightly say, it has to reach people throughout society.

Not just the well-educated. You alluded to the health literacy gap.

Of course, people who already have low levels of literacy,

low levels of health literacy and don't have easy access to digital communications are the people who are then left behind.

That's really a warning signal for our health literacy programme.

Rochelle Aberer:

Which challenges do people with weaker health literacy skills face during this

pandemic?

Prof. Ilona Kickbusch:

Well, I think the challenges they face are manifold.

First of all, to literally understand the information that is given – you know, there were some jokes over the last months about everyone becoming a virologist or everyone becoming an epidemiologist – but what it does say is that some very, very complex concepts were used in trying to convince people about how they should adapt their behaviours.

You know, things beginning with R and exponential growth and statistical terms, epidemiological terms, death rates, infection rates.

Here we already see that probably when talking about health literacy we underestimated the other literacies that are important – science literacy, for example, a certain amount of statistical literacy.

What do percentages really mean?

What do they mean for me as an individual?

What do they mean for our whole group, our country or my town or things like that?

This making things tangible for people has, I believe, been really, really difficult, because many people have not been able to understand it and because they don't have high science literacy.

So, it means they can't understand why the information is changing.

Two months ago, they told me this, now they're telling me this.

So this whole issue of trust in health literacy has become much more important than I think it was in the past.

Rochelle Aberer:

You already mentioned the need of trust, but how can we really build up trust with health literacy during a pandemic?

Prof. Ilona Kickbusch:

You build up trust by having a conversation,
by being reliable, by being transparent
and by being understandable.

Remember, a key element of our discussions in health literacy has been this notion
of navigation.

How do I navigate information?

Which sources are trustworthy?

Who can I talk to if I have doubts without being told straight away you're stupid
if you don't accept this or if you don't understand this?

Where can I be sure that the information I get is really reliable?

Who explains all these things to me and who is giving the message?

I think we have seen that this is becoming very important.

Does the head of government give a message?

Is there an identifiable person in the public health administration
that is regularly, you know as some people have said, the face of COVID.

It's these kinds of things that have to be built up.

If every time I turn on the television or go on my smartphone

I see another person talking to me about the virus,

maybe using different words,

different explanations,

That makes it very difficult for me if I'm not used to having

to deal with complex information and complex decisions

because everything I hear I have to translate into my everyday life.

One can see in all these discussions we have,

people are constantly asking:

Well, what does this mean for me?

Shall I take my child to school?

Can I visit granny?

Should I go shopping?

When should I wear a mask?

People want to translate this into their everyday life.

And sometimes,

the way we have communicated hasn't really taken this seriously.

And sometimes,

we've called people stupid

if they ask the same question again and again and again.

Rochelle Aberer:

So, you already mentioned giving clear guidelines,

which can be implemented in everyday lives.

How can we guide people

with weaker health literacy skills

during this pandemic?

Prof. Ilona Kickbusch:

Well, first of all,

I think we've been given a truly important signal

about neglecting health literacy.

So the gaps that we did not fill before the pandemic

of course are coming to the fore in the pandemic

so there's a big catch up game

that we have to play.

That is really worrying.

Of course, what we have also seen during the pandemic

is that information through digital means,

particularly the smartphone has become more and more important

so that people need to understand that information,

how to access it.

What does it mean to have a COVID App?

What data are really being gathered about me?

Who knows what I'm doing?

Are my rights being respected?

So, you know, this scope of health literacy has been widened.

For me, always

some concepts of health literacy have been too narrow
and have focused on information only.
It's about decision-making power,
it's about trust,
it's about being able to deal with new information,
and really being able to understand that it's not just about me.
You mentioned the WHO definition,
it's not just about me.
It's also about the others.
It's about the whole community
So even if what I do doesn't just save me,
if I can contribute to community health
and I understand what community health is –
that makes a big difference.
I think too much of health literacy
has focused only on the individual.

Rochelle Aberer:

How can we ensure that people can distinguish
between false and accurate information?

Prof. Ilona Kickbusch:

Well, there have been a range of approaches
already before COVID-19
to offer platforms that are safe
and that actually certify information.
So you know, the National Health Service
in the United Kingdom,
has a service where people can check
if health information and health apps are reliable.
The Austrian health system has built up a system
where people can go for certified information.

So increasingly,
we need that additional effort to be able to tell people:
before you believe everything, check here.
That, of course, has also been part of the work
of the WHO with many of the big platforms
and many of the big tech companies.
That when a question is asked on a search platform,
then the first answer, for example,
that comes is an answer from the
World Health Organization or that
they warn if information is not sound.
You know, there has been much more of that.
But of course, there is a general problem
because there are groups that question science,
there are groups that question vaccination,
there are groups that mix scientific information
with political intentions.
So, I think it's a really, really difficult time.
And I don't think our public health institutions
and our approaches to health literacy were
quite prepared for how political this would get.
Arguments are not always sufficient to be able
to convince people to believe the authorities
or to behave differently.
So I don't think we have a perfect solution yet.
It's definitely not something you can sort out
in a week or two.
It's really a long-term effort where we have to learn
from our failures and our gaps and move forward in a new way.

Rochelle Aberer:

Thank you very much for your time

and all these key insights:
elaborating on the need to prepare better
to minimize this health literacy gap.
We are delighted that you're a part of our programme.

Prof. Ilona Kickbusch:

Thank you very much, Rochelle for having me, goodbye.

ANEXO 1A - Respostas da Saúde Pública Educação Para a Saúde em Tempos de Pandemia da COVID-19

Respostas da Saúde Pública Educação Para a Saúde em Tempos de Pandemia da
COVID-19

<https://www.youtube.com/watch?v=f2pNlovj4jQ>

Rochelle Aberer:

Sejam bem-vindos a outro episódio de Respostas da Saúde Pública
A COVID-19 levou a uma rápida mudança de comportamentos,
reafirmando a vontade de entender
e aplicar informação de saúde meticulosa.

Estamos a passar mais tempo no mundo virtual,
confrontados constantemente com informação falsa,
fazendo com que a educação para a saúde seja um desafio crescente para a saúde
pública.

A Organização Mundial da Saúde define educação para a saúde como uma aptidão
para melhorar a saúde pessoal e também a da comunidade
ao mudar o estilo de vida pessoal e condições de vida.

É com grande honra que vos apresento à Prof. Kickbusch
que é mundialmente conhecida pela sua especialização
em divulgação de saúde e saúde global.

Hoje, ela irá elaborar sob educação para saúde nos tempos da COVID-19.
Prof. Kickbusch é consultora de saúde global
com um forte compromisso ao empoderamento das mulheres.
Ela é também a Diretora Fundadora e Presidente
do Centro de Saúde Global
no Instituto Universitário de Altos Estudos Internacionais, em Genebra.
Muito obrigada, Professora Kickbusch, por se juntar a nós hoje.
Começarei então com a minha primeira questão:
Como é que a COVID-19 afetou a lacuna da educação para a saúde
e como podemos nós advogar por informação correta e clara durante a COVID-19?

Prof. Ilona Kickbusch:

Boa tarde Rochelle, e muito obrigado
por me convidar hoje para falar sobre educação para a saúde.
Obviamente que, durante a COVID-19 vemos o quão importante é a educação para
a saúde
e particularmente o quão importante a educação para a saúde é, em combinação
com a educação para a tecnologia.
Penso que vamos falar um pouco mais sobre isso.
Penso que o que acabamos de ver é que, uma grande parte dos debates da nossa
educação para a saúde,
e também os nossos programas, pelo menos nesta nossa parte do mundo,
têm sido muito, muito focado em doenças não transmissíveis,
e que muitas pessoas que foram «confrontadas» com o COVID-19 sabiam muito
pouco sobre os vírus,
sabiam muito pouco sobre doenças infecciosas,
sobre os meios de transmissão,
sobre muitas das coisas que se tornaram tão importantes no contexto da COVID-19
-
toda esta situação de distanciamento físico e social.
Também foi tudo muito novo para as pessoas.
Também penso que vimos claramente que,

não é suficiente apenas dar informação
mas também tem que haver discussão sobre a informação.
Tem que haver debate sobre a informação.
A informação tem que ser compreensível e,
como afirmou corretamente, tem que chegar ao povo através da sociedade.
Não apenas às pessoas instruídas. Você referiu a lacuna da educação para a saúde.
Claro, pessoas que já têm baixos níveis de educação,
baixos níveis de educação para a saúde e não têm acesso fácil a comunicações
digitais
são as pessoas que ficam para trás.
Isso é mesmo um sinal de alerta para o nosso programa de educação para a saúde.

Rochelle Aberer:

Que desafios enfrentam as pessoas com menores competências de educação para a saúde durante esta pandemia?

Prof. Ilona Kickbusch:

Bem, eu penso que os desafios que essas pessoas enfrentam são múltiplos.
Em primeiro lugar, para entender, literalmente, como a informação é apresentada
-
sabe, havia algumas piadas nos últimos meses sobre
toda a gente tornar-se um virologista ou um epidemiologista
mas o que isso quer dizer é que alguns conceitos muito, muito complexos
foram usados para tentar convencer as pessoas como estas deviam adaptar os seus
comportamentos.
Sabe, coisas começadas pela letra R e aumento exponencial e termos estatísticos,
termos epidemiológicos, taxas de mortalidade, taxas de infeção.
Aqui conseguimos provavelmente ver que, falando-se de educação para a saúde,
nós subestimamos que os outros tipos de educação que são importantes -
como por exemplo, a educação para a ciência, uma certa quantidade de educação
para a estatística.
O que significam, na realidade, as percentagens?

O que significam para mim, como um indivíduo?

O que significam para o nosso grupo, para o nosso país ou para a minha cidade ou coisas como estas?

Isto de tornar as coisas palpáveis para as pessoas, creio eu, tem sido muito, muito difícil porque muitas pessoas não são capazes de compreender

e porque não têm uma educação avançada para a ciência.

Portanto, significa que não conseguem compreender porque é que a informação está a mudar.

Há dois meses, disseram-me isto, agora estão-me a dizer isto.

Então, todo este problema de confiança na educação para a saúde está-se a tornar muito mais importante do que no passado, penso eu.

Rochelle Aberer:

Já mencionou na necessidade de confiança, mas como podemos mesmo construir confiança com a educação para a saúde durante a pandemia?

Prof. Ilona Kickbusch:

Constrói-se confiança durante uma conversa, sendo confiável, sendo transparente e sendo compreensível.

Lembre-se, um elemento-chave das nossas discussões na educação para a saúde tem sido esta noção de transmissão.

Como é que eu transmito informação?

Que fontes é que são confiáveis?

Com quem posso eu falar se tendo dúvidas sem me dizerem imediatamente que sou estúpido

se não aceitar isto ou não compreender aquilo?

Onde posso ter a certeza que a informação que me vão dar é mesmo confiável?

Quem me explica todas estas coisas e quem vai passar a mensagem?

Creio que vimos que isto se tornou extremamente importante.

Será o Chefe do Governo a dar a mensagem?

Há uma pessoa identificável na administração da saúde pública que é regularmente, como sabe, que algumas pessoas disseram, que é o rosto da COVID-19.

É este tipo de coisas que têm que ser construídas.

Se cada vez que eu ligar a televisão ou pegar no meu smartphone

Vir outra pessoa a falar comigo sobre o vírus,

a usar talvez palavras diferentes,

explicações diferentes,

Isso faz com que seja muito difícil para mim se eu não estiver habituado

a lidar com informação complexa e decisões complexas

porque tudo o que eu ouvir eu vou ter que adaptar ao meu quotidiano.

É possível ver em todas estas discussões que tivemos,

peessoas a questionar constantemente:

Afinal, o que significa isto para mim?

Será que devo levar a criança à escola?

Posso visitar a minha avó?

Será que devo ir às compras?

Quando devo usar uma máscara?

As pessoas querem adaptar isto no seu quotidiano.

E por vezes,

a forma como comunicamos não tem sido levada a sério.

E por vezes,

nós chamamos as pessoas de estúpidas,

se eles repetirem e repetirem e repetirem a pergunta.

Rochelle Aberer:

Então, já mencionou fornecer normas claras,

que poderão ser implementadas no nosso quotidiano.

Como podemos nós guiar as pessoas

com menores competências de educação para a saúde

durante esta pandemia?

Prof. Ilona Kickbusch:

Bem, primeiro de tudo,

Penso que fomos dados um sinal extremamente importante sobre negligenciar educação para a saúde.

Portanto, as lacunas que não preenchemos antes da pandemia estão, obviamente, a vir ao de cima na pandemia

portanto há mesmo um jogo de recuperação

que temos que jogar.

Isso é muito preocupante.

Claro que, o que também vimos durante a pandemia

é que a informação através de meios digitais,

particularmente através de smartphones tornou-se cada vez mais importante

para que as pessoas compreendam esta informação,

como chegar até ela.

O que significa ter a Aplicação COVID-19?

Que dados estão mesmo a ser recolhidos sobre mim?

Quem sabe o que estou a fazer?

Estão os meus direitos a ser respeitados?

Portanto, como sabe, este alcance de educação para a saúde foi ampliado.

Para mim,

alguns conceitos de educação para a saúde foram sempre muito restritivos

e focados apenas em informação.

É sobre o poder de fazer uma decisão,

é sobre confiança,

é sobre ser capaz de lidar com nova informação,

e ser mesmo capaz de entender que isto não é apenas sobre mim.

Você referiu a definição da OMS,

não é apenas sobre mim.

Também envolve os demais.

É sobre a comunidade inteira,

Mesmo que o que eu faço não me salve,

se eu poderei contribuir para a saúde da comunidade e se eu compreendo o que é a saúde da comunidade - isso faz uma diferença enorme.

Eu penso que muita da educação para a saúde tem sido focada apenas no indivíduo.

Rochelle Aberer:

Como podemos garantir que as pessoas possam distinguir entre informação falsa e verdadeira?

Prof. Ilona Kickbusch:

Bem, tem havido um conjunto de abordagens já previamente à COVID-19, para oferecer às plataformas que são seguras e que têm informação certificada.

Para que saiba, o Serviço Nacional de Saúde no Reino Unido,

tem um serviço onde as pessoas podem verificar se a informação de saúde e as aplicações de saúde são confiáveis.

O Sistema de Saúde da Áustria construiu um sistema para que as pessoas possam consultar para informação certificada.

Ou seja, cada vez mais,

precisamos daquele esforço adicional para sermos capazes de dizermos às pessoas:

antes que acreditem em tudo, verifiquem aqui.

Isso, claro, tem sido parte do trabalho da OMS com muitas das grandes plataformas e muitas das grandes companhias tecnológicas.

Que, quando uma questão é procurada numa plataforma de pesquisa, então a primeira resposta, por exemplo,

que é encontrada, é uma resposta

Da Organização Mundial da Saúde ou então

são avisados que a informação não é sólida.

Sabe, tem havido muitas coisas destas.

Mas claro, existe um problema geral porque há grupos que questionam a ciência, há grupos que questionam a vacinação, há grupos que misturam informação científica com questões políticas.

Portanto, acho mesmo que é um tempo muito, muito difícil.

E não creio que as instituições de saúde pública e as nossas abordagens à educação para a saúde foram bem preparadas para o quão político isto ficou.

Argumentos não são sempre suficientes para poder convencer as pessoas a confiar nas autoridades ou para se comportarem de forma diferente.

Portanto, não penso que temos ainda a solução perfeita.

Não é mesmo algo que se possa descobrir numa ou em duas semanas.

É um esforço a longo prazo que temos que aprender com os nossos fracassos e das nossas lacunas para que possamos seguir em frente com um novo rumo.

Rochelle Aberer:

Muito obrigado pelo seu tempo

e todas estas visões-chave:

elaborando na necessidade de melhor preparação, para minimizar a lacuna da educação para a saúde.

Estamos encantados que faça parte do nosso programa.

Prof. Ilona Kickbusch:

Muito obrigado Rochelle, por me ter aqui, adeus.

ANEXO 2 - Routine Vaccination of Health Workforce's in LMIC's and LIC's

Routine Vaccination of Health Workforce's in LMIC's and LIC's

WFPHA is building a project on Health Workforce routine vaccination schedules and coverage in low income countries (LIC's) and lower middle income countries (LMIC's), with the aim to highlight evidence-based recommendations, present cases of best practices and inspire countries to strengthen their current immunization policies and procedures.

For the purpose of this project the Health Workforce includes all people who deliver or aid in the delivery of health services and support of populations.

We are requesting your participation as a health professional. The completion of this survey will take around 10 to 15 minutes. Your participation in this study is voluntary. There will be no direct benefits given to participants. By submitting this survey, you are indicating that you have read and agreed to the terms described above.

Please complete the survey by May 31st, 2022

Please do not hesitate to contact Marta Lomazzi (marta.lomazzi@wfpha.org) if you have any questions about the survey.

Thank you for your time.

1. Email
2. Please provide your full name
3. What country are you representing in this survey?
 - Afghanistan
 - Algeria

- Angola
- Bangladesh
- Belize
- Benin
- Bhutan
- Bolivia
- Burkina Faso
- Burundi
- Cabo Verde
- Cambodia
- Cameroon
- Central African Republic
- Chad
- Comoros
- Congo, Democratic Republic
- Congo, Republic
- Côte d'Ivoire
- Djibouti
- Egypt
- El Salvador
- Eritrea
- Eswatini
- Ethiopia
- Gambia
- Ghana
- Guinea
- Guinea-Bissau
- Haiti
- Honduras
- India
- Indonesia
- Iran

- Kenya
- Kiribati
- Korea, Democratic People's Republic
- Kyrgyz Republic
- Laos
- Lesotho
- Liberia
- Madagascar
- Malawi
- Mali
- Mauritania
- Micronesia, Federated States of
- Mongolia
- Morocco
- Mozambique
- Myanmar
- Nepal
- Nicaragua
- Niger
- Nigeria
- Pakistan
- Papua New Guinea
- Philippines
- Rwanda
- Samoa
- São Tomé and Príncipe
- Senegal
- Sierra Leone
- Solomon Islands
- Somalia
- South Sudan
- Sri Lanka

- Sudan
- Syria
- Tajikistan
- Tanzania
- Timor-Leste
- Togo
- Tunisia
- Uganda
- Ukraine
- Uzbekistan
- Vanuatu
- Vietnam
- West Bank and Gaza
- Yemen
- Zambia
- Zimbabwe
- Other, please specify

4. What region is the country you are representing located in?

- African Region
- Eastern Mediterranean Region
- European Region
- Region of the Americas
- South-East Asia Region
- Western Pacific Region

5. What is your Public Health Association? (If you are not a member of a Public Health Association, please put N/A)

6. What is your profession?

- Allied health professional
- Community health worker

- Dentist
- Health management professional
- Health support professional (cleaner, guard etc.)
- Midwife
- Nursing professional
- Occupational health and safety personnel
- Pharmacist
- Physician
- Public health professional
- Social health worker
- Other, please specify

7. What is the institute responsible for the policy development of your national vaccination schedule of health workers? (If any; answer N/A if none)

8. What is the institute responsible for the implementation of your national vaccination schedule of health workers? (If any; answer N/A if none)

9. Who funds the vaccination of the Health Workforce in your country?

- Employers
- Health Workforce
- The State
- Other Entities, please specify

10. Where is the Health Workforce vaccinated in your country?

- Clinics
- Community centers
- Educational institutions
- Health facilities
- Health posts/units
- Hospitals
- International vaccination centers

- Pharmacies
- Other, please specify

11. What is the institute responsible for collecting vaccine coverage data? (If any; answer N/A if none)

12. Does your country have a national Health Workforce routine vaccination schedule for any of the following? (Please select all that apply and add any not listed using the “other” option)

- Covid-19
- Diphtheria
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Influenza
- Measles
- Meningococcal
- Pneumococcal
- Pertussis
- Polio
- Rubella
- Tetanus
- Tuberculosis
- Varicella
- Other

13. Please upload relevant Health Workforce vaccination schedule here or provide a link in the next field

14. If available, please upload or provide a link in the next field to the most recent immunization coverage rate for each applicable vaccine in the national Health Workforce schedule

15. Which of the following vaccinations do you think should be offered

routinely to the Health Workforce? (Please select all that apply and add any not listed using the “other” option)

- Covid-19
- Diphtheria
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Influenza
- Measles
- Meningococcal
- Pneumococcal
- Pertussis
- Polio
- Rubella
- Tetanus
- Tuberculosis
- Varicella
- Other

16. What are the barriers that impact vaccination of the Health Workforce in your country? (Please describe the most prominent barriers)

17. What are the top recommendations you would provide for setting up and implementing routine national vaccination for health workers? (Please only highlight the three main ones)

18. Does your country have a structure in place to vaccinate all adults specifically for Covid-19?

- Yes
- No
- Under preparation
- I do not know

ANEXO 2A - Rotina de Vacinação dos Profissionais de Saúde nos PMBR e PBR

Rotina de Vacinação dos Profissionais de Saúde nos PMBR e PBR

A WFPHA está a desenvolver um projeto sobre os calendários e cobertura da rotina de vacinação dos profissionais de saúde nos países de baixo rendimento (PBRs) e nos países de médio a baixo rendimento (PMBRs), com o objetivo de destacar recomendações baseadas em provas, apresentar casos de melhores práticas e inspirar países a fortalecer as suas atuais políticas e procedimentos de imunização.

Para efeitos deste projeto, os profissionais de saúde incluem todas as pessoas que prestam ajuda na prestação de serviços de saúde e apoio à população.

Estamos a solicitar a sua participação como profissional de saúde. A conclusão deste inquérito irá demorar cerca de 10 a 15 minutos. A sua participação neste estudo é voluntária. Não serão dados benefícios diretamente aos participantes. Ao submeter este questionário, está a confirmar que leu e concordou com os termos referidos acima.

Por favor complete o questionário até 31 de maio de 2022.

Please do not hesitate to contact Marta Lomazzi (marta.lomazzi@wfpha.org) se tiver alguma questão sobre o questionário.

Muito obrigado pelo seu tempo.

E-Mail

Por favor, indique o seu nome completo

Que país está a representar neste questionário?

Afeganistão
Argélia
Angola
Bangladesh
Belize
Benin
Butão
Bolívia
Burquina Faso
Burundi
Cabo Verde
Camboja
Camarões
República Centro-Africana
Chade
Comores
República Democrática do Congo
República do Congo
Costa do Marfim
Djibuti
Egito
El Salvador
Eritreia
Essuatíni
Etiópia
Gâmbia
Gana
Guiné
Guiné-Bissau
Haiti
Honduras
Índia

Indonésia
Irão
Quênia
Quiribati
República Popular Democrática da Coreia
Quirguistão
Laos
Lesoto
Libéria
Madagáscar
Malawi
Mali
Mauritânia
Estados Federados da Micronésia
Mongólia
Marrocos
Moçambique
Birmânia
Nepal
Nicarágua
Níger
Nigéria
Paquistão
Papua-Nova Guiné
Filipinas
Ruanda
Samoa
São Tomé e Príncipe
Senegal
Serra Leoa
Ilhas Salomão
Somália

Sudão do Sul

Sri Lanka

Sudão

Síria

Tajiquistão

Tanzânia

Timor-Leste

Togo

Tunísia

Uganda

Ucrânia

Uzbequistão

Vanuatu

Vietname

Cisjordânia e Gaza

Iémen

Zâmbia

Zimbabué

Outro, por favor especifique

Em que região se encontra o país que está a representar?

Região Africana

Região do Mediterrâneo Oriental

Região Europeia

Região das Américas

Região do Sudeste Asiático

Região do Pacífico Ocidental

Qual é a sua Associação de Saúde Pública? (Se não for membro de uma Associação de Saúde Pública, por favor coloque N/A)

Qual é a sua profissão?

Profissional aliado à saúde
Agente comunitário de saúde
Dentista
Profissional de gestão de saúde
Profissional de apoio à saúde (limpeza, guarda, etc.)
Parteira
Profissional de enfermagem
Pessoal de saúde e segurança no trabalho
Farmacêutico
Médico
Profissional de saúde pública
Assistente social de saúde
Outro, por favor especifique

Qual é o instituto responsável pelo desenvolvimento da política do seu calendário nacional de vacinação dos profissionais de saúde? (Se houver; se não houver responder N/A)

Qual é o instituto responsável pela implementação do seu calendário nacional de vacinação dos profissionais de saúde? (Se houver; se não houver responder N/A)

Quem financia a vacinação dos Profissionais de Saúde no seu país?

Empregadores
Profissionais de Saúde
O Estado
Outras entidade, por favor especificar

Onde é que os Profissionais de Saúde são vacinados no seu país?

Clínicas
Centros Comunitários
Instituições Educativas

Instalações de Saúde

Postos/Unidades de Saúde

Hospitais

Centrais Internacionais de Vacinação

Farmácias

Outro, por favor especifique

Qual é o instituto responsável pela recolha de dados de cobertura da vacina? (Se houver; se não houver responder N/A)

O seu país tem um calendário nacional de vacinação dos Profissionais de Saúde para algum dos seguintes casos? (Por favor, seleciona todos que se aplicam e adicione quaisquer não apresentados utilizando a opção «outro»)

COVID-19

Difteria

Hepatite A

Hepatite B

Gripe

Sarampo

Meningococo

Pneumococo

Tosse convulsa

Poliomielite

Rubéola

Tétano

Tuberculose

Varicela

Outro

Por favor, carregue aqui o calendário de vacinação relevante aos Profissionais de Saúde ou forneça uma ligação no campo seguinte

Se disponível, por favor carregue ou forneça um ligação no campo seguinte

para a taxa de cobertura de imunização mais recente para cada vacina aplicável no calendário nacional dos Profissionais de Saúde

Qual das seguintes vacinas acha que deve ser oferecida rotineiramente para os Profissionais de Saúde? (Por favor, seleciona todos que se aplicam e adicione quaisquer não apresentados utilizando a opção «outro»)

COVID-19

Difteria

Hepatite A

Hepatite B

Gripe

Sarampo

Meningococo

Pneumococo

Tosse convulsa

Poliomielite

Rubéola

Tétano

Tuberculose

Varicela

Outro

Quais são as dificuldades que afetam a vacinação dos Profissionais de Saúde no seu país? (Por favor, descreva as dificuldades mais proeminentes)

Quais são as principais recomendações que forneceria para a criação e implementação de uma rotina de vacinação nacional para os profissionais de saúde? (Por favor, sublinhe apenas as três principais)

O seu país dispõe de uma estrutura para vacinar todos os adultos, especificamente para o COVID-19?

Sim

Não

Em preparação

Não tenho conhecimento

ANEXO 3 - Equitable Access to COVID-19 Vaccine for All

Equitable Access to COVID-19 Vaccine for All

<https://www.youtube.com/watch?v=5MymWHcDyvs&t=19s>

Professor Michael Moore

It's now my pleasure to introduce the first of our three speakers and that will be Dr María del Rocío Sáenz Madrigal. Dr Rocío is a Costa Rican Medical Doctor at the Universidad La Salle, Mexico. However, she's also a health specialist, she's a former Executive President of the Costa Rican Social Security Fund, a former Minister of Health of Costa Rica, and Coordinator of the Social Council. She is a member of the PAHO/WHO Health Emergency Response Team in Central America with main functions relating to support and assistance in the re-establishment of basic health services, including water sanitation, primary health care, and its corresponding evaluation. She's currently a Professor of Health Promotion and responsible for the Master's degree at the University of Costa Rica. It's my pleasure now to introduce Dr Rocío Sáenz, and I'll ask her to share her screen. And, Dr Rocío, you are on mute at the moment.

Dr Rocío Sáenz

Can you see the presentation?

Professor Michael Moore

We can see your presentation, it's now time to go to full presentation. Yes.

(2:05) Dr Rocío Sáenz

Thank you. Good morning. It's really a pleasure and honour to be here and share with you our ideas and some of our lessons learned from the region, especially for Latin America. And I want to give a very good time for my colleagues in this meeting, Mariângela, and my other colleagues and all the attendants. The first idea I want to share with you is the importance of thinking about access to vaccines and access to immunity. This means that we do not only need the product, we need more than that. This is my first idea that I want to share with you.

(3:20)

For instance, Latin America is constituted of continental and island areas. We are a multilingual and multi-ethnic people. Our main production is agriculture and services. Even if we don't have dictatorships or war conflicts, we do however have severe political crises in several countries, unequal within each country and between countries. But also we are a very highly biodiverse area. There is a high percentage of indigenous population, a high percentage of female heads of household, a high percentage of workers in the informal sector of the economy, high coverage in primary and secondary education, however, not necessarily public and of high quality, and our health systems are mostly fragmented and segmented, with low coverage, limited performance in Primary Health Care and Intensive Care Units, according to the report of the Economic Commission.

(4:54)

With this picture, I want to show you the differences that we have on our continent and in our area. This is a view of a huge building that shows the kind of differences in lives that we have in the region. On one hand, we have the favelas and, on the other hand, we have this kind of building that reflects the differences, the similarities that we have, but also the huge distance between the condition of life of these people and the access to different goods, education and health. This is from Brazil.

(5:52)

According to the Economic Commission for Latin America report, prior to COVID-19, the region had low economic growth. Once the pandemic started, the Commission was asking all over the world, but especially the governments in Latin America, if there would be a paralysis of the economic activity and a greater recession than the ones we had in 1914 and 1930, and if there would be the collapse of international trade and the increase of unemployment, poverty, and inequality. And also the World Bank estimated an increase in poverty and extreme poverty.

(6:50)

With this context and COVID, when COVID arose, this is a picture that an artist, also from Brazil, tried to show how we feel about COVID in this context. There's death, desolation, isolation, and we feel almost alone: each of these crosses show isolation and how people feel about COVID-19. We need to change this. We need to change this and the vaccine and immunisation can be these kinds of threads that they can hand to all people together to change this terrible and devastating feeling that we have about COVID-19. And I know it's not only in Latin America, it's all over the world.

(7:57)

One in every two COVID deaths is in Latin America, even though we only make up 8% of the population. This tries to show you the idea of how we are feeling the devastation of COVID-19 in our reality.

(8:20)

Also, the Director of the Panamerican Health Organization, in her speech several weeks ago, recognised that we need to improve our regulatory capabilities in immunisation, build post-marketing surveillance for vaccines, strengthen vaccination programs, and improve or adapt our cold chain facilities. But in these conditions where we have these huge inequalities in the region, we have to think about how to approach this challenge together. For instance, Argentina, Brazil, and Mexico have Phase Three clinical trial projects, in order to have various efficacy

options and to try to avoid distribution problems. Proposals for equitable access to innovations have three pathways that I will share with you. One position is the high-income countries and vaccine producers. They are asking for the nationalisation of production. This could be hoarding and we have to really be looking out for this kind of strategy. For low-income countries, some global groups have stated equitable access as a priority and others are considering subsidies. But what happens with the middle-income countries? We don't have a clear priority. This is not clear for the countries and, I think, it's not clear for companies, and also I think it is not clear for global institutions. We can read several papers from JAMA, Lancet, and some news from different papers, but also the news they announce is from the high-income countries and the low-income countries, and sometimes we feel that we don't exist in this global strategy.

In this sense, the Call for Action that Costa Rica which was made to share knowledge and innovation does not have the support of countries or companies that produce vaccines. And we ask: "why?" And I try to give here the voice that we need to be all together. We cannot divide the world only into the people who have high or low income.

(11:48)

And also the immunization against COVID-19 must be a global public good. For me that means that we have to really put in the discussion questions like: "Is it a price or a cost, a campaign for solidarity or profit? Who will assign the number of vaccines for countries?" I have heard the idea that we will maybe have enough for 20% for the population. And this is very important to share with you, for the governments, for the policymakers, if we go this way, we will put the decision on the governments not only about who will receive vaccines first, but also who will continue to face COVID-19 because we don't have all the vaccines for all people, for all generations, and this is an additional cost for the health care system. We have to think about that, and who the priority groups will be. Maybe the elderly could be. We can, you know, imagine the elderly people, but what about the health workers? What about the poor communities or the most vulnerable people? Do we put all of

them at the bottom of the list? I think we have here an ethical issue to handle.

(13:51)

For that, the ideas for the proposal are these: we must urgently come to a global agreement on access to immunization against COVID-19, and for that, we have to support the health system and strengthen primary health care, priority groups to be vaccinated have to be established, a cost must be agreed upon, not a price, the industrial capacity of the countries has to be strengthened as well, and national legislation in a pandemic situation has to be strengthened, like in several countries in Europe. We don't have these kinds of processes in Latin America. And it must be designed from a global platform based on equity and social justice. And of course, to do that, we need multilateral financial agencies, NGOs, and the WHO to establish a fund for sharing the production and distribution of effective vaccines. And of course, we need the production companies to undertake to define the costs and establish agreements with other companies for mass production. And the technological transfer mechanism has to be established, without the transfer of costs or risks to the countries, with a high level of technological development and production. This is the case in Brazil, but also the case in Costa Rica, where we have a very good technological platform, but medium production capacity. We need to support this kind of autonomy for the different countries to support our region and not only be involved in a global platform where we can be behind or at the bottom of the list. And of course, how to do that in a region with inequality?

(16:14)

We need to work together. We need to put all the voices on the table and, of course, we need the people at the table to listen to the needs of the countries and from the region.

(16:33)

I want to give a grateful acknowledgement to Dr Albin Chaves, a Costa Rican expert, who gave me some ideas for this presentation, and Mirta Lewis. Sorry there is an error in the name of *Mirta*, it's *Mirtha* Lewis, an Argentinian expert. Thank

you very much and I will be here for the comments.

(17:10) Professor Michael Moore

Thank you very much, Dr Rocío Sáñez, that was a very important insight from South America and I really appreciate it. And now as Professor Sheila Tlou gets her presentation ready and shares her screen, I shall introduce her. She's the Co-chair of the Global HIV Prevention Coalition and Co-chair of the Nursing Now global campaign. She's a former UNAIDS Regional Director for Eastern and Southern Africa and she's a former Minister of Health from Botswana. So we've moved from the Minister of Health in South America across to a former Minister of Health Professor Sheila Tlou in Africa. She's a Professor Emerita at the University of Botswana and former Director of the Collaborating Centre for Nursing and Midwifery Development in Primary Health Care. I'd now like to welcome Professor Sheila Tlou to do your presentation. Thank you.

(18:19) Professor Sheila Tlou

Thank you. Thank you very much. And I want to start by acknowledging my fellow panellists and to say how happy I am with this all-female panel. The future is definitely female. So after COVID, we will be right there. OK, so I'm coming at it from more of a civil society perspective, that is saying, OK, equitable access to COVID vaccine for all is not a good we have, it's a must-have, but we need accountability for all the countries to succeed.

So let me get to my next... oh, I'm not getting my next slide, let's see. OK.

(19:12)

Well, the initial challenge... we are talking about the challenges and all that. I have read very much with interest The People's Vaccine and I'm all for it. So there is the current situation, which I'm going to leave to my colleague Mariângela Simão will be telling us how and where it is, but we have hope, especially with the Oxford Group thing. But The People's Vaccine that has been touted has all those, you know, available to all, developed and quickly made to scale, and available to all countries free of charge with mandatory sharing of all the related technology, as in

our TRIPS agreements. But the political challenge is having that global agreement that ensures, you know, this to all, regardless of the ability to pay.

(20:13)

So let's look at that political challenge. To me, that political challenge requires solutions and those solutions require accountability, so there are a few aspects of accountability that I've put forth to say no one country should be left behind in terms of participating and ensuring that we do get a vaccine, and very quickly. Now, the first aspect of accountability for countries, country leaders, and everybody, is really to fulfil the commitments of primary health care. As we say, primary health care has always been there, for more than 40 years, and it is as relevant now as it was then. Everything we talk about is there when you say primary health care: it's accessible, acceptable, but most important, there's the community participation in all aspects of health.

And it is the one thing that talks about the vulnerable and neglected groups so that we don't even have to go very far. We're able to then say of the vulnerable or neglected groups: "Who are the first to be able to get this vaccine?" We are looking at older adults, key populations; we are looking at the health care workers and health caregivers. But let's also look at the reality. The reality is that there is a lack of political commitment to primary health care in a lot of countries. I'll give an example. In Africa, when the primary health care was touted during the height of the AIDS epidemic, our leaders had said in 2001 that they were going to devote 15% of the budget to health. And actually, very few countries did that. My own country did that only because we had a president who was very focused, who was very committed. And even some of us as activists, when I became a Minister, I was very clear that I was not going to go into a ministry where less than 15% of the budget was devoted to health. And indeed, I have got 20% and I was able to work miracles with that 20%. So it's really then that reality that we are grappling with, the other reality that key populations are marginalised rather than prioritised. So you have the indigenous populations that every primary health care aspect talks about. They are still, you know, very much marginalised. We still have the key populations, such as sex workers, men who have sex with men, even under COVID

right now, who are not given access to testing, you know, all of that. So that it is just that aspect that we have to look at.

(22:57)

Another aspect of accountability: we need governments to invest in data systems telling us who needs a vaccine, who is infected right now. And what is happening right now, the reality is that actually very little of that is happening. There are countries that are very much contributing and going ahead with testing people so that they know where they are with COVID, but others are just blasé. It's almost as if those who get infected will get infected and we'll see what to do with them. And you can't do that. It's good, you know, data systems that we very much need. For me, you know, we have over 140 trials going out there. And with the 190 something or so countries, I would expect that many countries would be participating in these global clinical trials, as happened during our HIV vaccine trials. We had a network and countries were able to volunteer and say "we are in there". But right now it's like a little consortium here, another here. So as it is, look, it's not like every country feels that they are part of the solution, but countries should go in and be part and parcel of the solution. You cannot sit behind and watch other people do something, and then, in the end, it's like, "OK, I'm in there too". That's just not the way the world works. So we need to collaborate in research, we need to have that decided global sharing of COVID-related data and technologies. But of course, the reality is simply that there is limited country data, there is limited collaboration in research. And of course, as a result of that, we are actually having a breeding ground for conspiracy theories, where some people say: "No, I'm not going to have a vaccine taking part in my country. Why? Because we've heard that they inject you with a virus or they do something..." So if we were all involved, none of this would be happening. So it's time to now participate together.

(25:11)

Another aspect of accountability is domestic financing. You know, we need to have countries to have contingency plans on domestic financing. It was a surprise to everybody, but developing a vaccine is definitely not a surprise. So, there should be

a COVID fund in all countries and that can at least have that global fund where every country should be able to put in and guarantee that COVID-19 vaccines are then available free-of-charge to everybody. The cost of the vaccine would then be shared, having been procured by the State and then distributed to citizens, so that everybody, every country I see, they would then contribute as much as they are able to afford, even if you said that every country contributes 1% of your GDP. If your GDP is 100,000 U.S. dollars, that's exactly what you contribute, you know, 1,000 and it's better because it shows everybody's being part of this, rather than waiting to say: "Oh, there will be a global fund formed by the rich countries, there will be this." You know, that's not the way it's going to work right now, because everybody is in need. And I'm saying so because the resources are there. In a lot of our countries, there's already evidence that 20 to 40% is wasted on corruption and inefficiency. This was just pronounced during the recent Every Woman, Every Child launch, which shows that we have the funds, and it's really a question of good governance, zero tolerance for corruption, and we are able to do that. So that's the reality, that HIV commodities, even now, they are not free. A lot of countries, we are not able to meet the 3x5 or the 15x15 targets, mainly because they did not put their money where the citizens are. So a lot of non-citizens were left behind in countries even where they said: "Oh, we have like 90% coverage." You find that it was for citizens. Now, in a virus situation, you cannot have something that says we are only going to do this for citizens in our country versus non-citizens. We are all in the same pot, and if there's going to be any cooking, we'll all die together.

(27:42)

So I'm giving an example of domestic financing where things tend to be equal. In Botswana during the 70s, our tripartite university deal, political as usual, fell apart and Botswana had to come with a slogan "One man, one beast". I think that women were also included, but it was "One man, one beast" because it's a cattle-rearing country. They knew that people could have at least, you know, a beast. But if you had a chicken? If you are the poorest person, you had only eggs? You had to contribute and they collected enough to get, actually, one of the best universities in Africa with scholarships guaranteed for citizen students. But there were

preconditions and that's why people rallied. It was good governance, zero tolerance for corruption, peaceful, sustained democracy, and most importantly, respect for human rights. So that these citizens, the communities had that trust that their resources would go to where they are needed most. And we need that kind of thing in countries where even if you said to every citizen "contribute one dollar", you know, they will know that if we do this, it's going to go towards purchasing COVID vaccines for us. So another aspect this time is global funding, but on a bilateral thing, these are some of the things that we can look at. For example, PEPFAR, it was really bilateral agreements with poorer countries and there are actually more than 10 million people on ARVs. So these are the things. And then, of course, we have the Global Fund, but, you know, and that one is already dead, but we can also have countries contributing that small portion that would guarantee that COVID-19 vaccines and tests are available to everyone free-of-charge.

(29:43)

Now, the last aspect of accountability is community engagement. You know, we have the painful lessons from the history of the AIDS response relating to unequal access that are evident right now. And we need, therefore, those victories, the same victories that the activists had, you know, they fought for access to affordable medicines for all. We need that kind of civil society in every country that can say: "Our government invests in vaccines for that." Of course, the reality is simply that COVID activists are not there. And if we do it later, if I have COVID activists, will they be funded to be able to be as powerful as the AIDS activists? We need to look at that. So this is one thing that we need to look at.

(30:39)

So, in conclusion, it's really to say that, yeah, a good vaccine, a people's vaccine is not a good to have, it's a must-have. But for all countries, we have preconditions for success, and that's really the political accountability that adheres to the principles of Primary Health Care, investing in Data Systems, ensuring collaborating in that vaccine research, as well as investing in domestic financing. Community engagement is essential, but we need to ensure that every country is funded to

ensure those human rights principles of access to all. Thank you very much.

(31:30) Professor Michael Moore

Thank you. There we are. Thank you very much, Sheila, that was greatly appreciated. And now, just before I introduce Mariângela Simão, I did note in both your talks, you did mention the vulnerability of Indigenous people. It's as an Australian person myself, my normal practice to acknowledge the role that Indigenous people have played and their relationship to the land and pay my respects to elders past, present, and emerging wherever those Indigenous people are because they are invariably one of the most vulnerable populations in the world.

It's my pleasure to introduce Dr Mariângela Simão, who will now share her screen while I introduce her. She attended medical school in Brazil with degrees in paediatrics and public health, and she has a Master of Science and Child Health from the United Kingdom. She worked in the Brazilian public health system from 1982 in primary health care and was in a series of managerial positions. She also worked for UNAIDS from September 2010, and then worked in the Ministry of Health in Brazil as Director of Sexually Transmitted Diseases, HIV AIDS, and Viral Hepatitis. In 2017, she joined Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus's team as the World Health Organization Director, and she's now an Assistant Director-General with responsibility for access to medicines and health products. And hopefully, she will provide us with some of the solutions to the problems that have been raised. Dr Mariângela.

(33:20) Dr Mariângela Simão

Thank you, thank you, Michael. And thanks to the World Federation for the invitation. And also you forgot, you don't know, but Sheila and I are old friends too. Right, Sheila? So we share a part of our lives together. So it's very timely that we're having this conversation and I'm happy to update on some of the latest discussions globally and the actions that have been taken because this pandemic, obviously, you know, you see the data, this is from last week, has already changed.

(33:57)

But some things have not changed. There's some precedent. It's probably the public health crisis of our time, but it's going much beyond the public health problem. The Secretary-General last week mentioned that this is going to cause us severe depression that will affect years to come because of the social-economic impact. And going to the vaccine, here, the slide is now on the right-hand side, you see that we are talking about products that usually take 7-10 years to be developed and that we have the probability of success going from 7% of the candidates in the pre-clinical stage to 17% of the candidates in the clinical stage. So this is the scenario we are talking about.

(34:54)

But this crisis also brought a lot of, I think, some of the concerns that both Dr Sáenz and my friend Sheila raised before. And I think it's also brought an unprecedented spirit of collaboration. I have 40 years of experience in public health, and I'm seeing things that I have never seen before in terms of sharing knowledge, research and information about research, a much more collaborative spirit, even among the industry. You have collaborations that we never thought of before because the industry is usually set on the secrecy of, you know, going for our patent processes and protecting every aspect of the process to produce a certain health product. And now we see a situation where you have big pharma connecting with the developing countries, manufacture network producers, and with academia, and the world has been turned upside down in a good sense. We also had a change because it's no longer about low-income countries and lower- and middle-income countries and upper-middle and rich countries. Now it's about those countries that produce or don't produce, you may be a high-income country with a small market and you are very concerned you won't have access to a vaccine when it comes. So, WHO together with some heads of state in mid-April has launched the Access to COVID-19 Tools accelerators. And this is the set up that we have right now. We have four pillars: vaccines, therapeutics, diagnostics, and health systems connector, and WHO adds the coordination and support across all

pillars. So in the vaccines, we have CEPI and Gavi, CEPI, you know, for the emergency preparedness for vaccines, and the Wellcome Trust and Unitaid on the therapeutics, as well as The Global Fund and FIND, which is an NGO, which work with diagnostics. And in the Health Systems Connector pillar are the Global Fund and the World Bank. And WHO is coordinating the hub and also different work streams across the pillars. And why is this? Because we are understanding that, unless we have this kind of commitment right now... What I can say now, I have not seen this even in the early HIV times, you know, especially with such an effort to bring a collaborative spirit and bringing it to push from the research and development of effective and safe COVID products to deployment at a country level and as a cross-cutting issue, equitable access and fair allocation of these products. So this is the ACT-A and I'm happy to share other information later on, but please, just get in touch with me, that would be perfectly OK.

(38:15)

And also, we just finished, I just finished actually half an hour ago, the third or fourth Member State briefing on the evolving proposal for a vaccine, the allocation framework initially for vaccines. And now in August, we are going to present it for therapeutics. So why are we calling the vaccine platform, the vaccine pillar, COVAX? It's a collaborative platform because we, I think this is also different from previous pandemics, in the sense that now it's clear, at the moment we're living in now, that no one is safe unless everyone is safe. So there is a difference in paradigm on how the world has to see this solidarity in the work and even the access to, especially to vaccines, right? When I say it's also unprecedented, it's because we've never had so many vaccine candidates at the same time, and at such a fast speed. We already have 23, you see? We are entering the 8th month of the genomic sequence for this virus being known, and we already have 23 vaccines in phase one, two, or three clinical trials, so this is really, really unprecedented. We also have the issue that there's a high risk of failure in vaccine development. So it's good that we have many, many products being developed at the same time.

(39:59)

And then, we do have issues and these slides can be made available, you know? You see on the right-hand side, they are just examples, it's not an exhaustive list, but we have different vaccine technologies under development. Some of them are new technologies. So we have some more established pathways that we know a lot about because we've been doing them forever, like the inactivated virus, for example, and we have very new platforms that had never been tried for vaccines in clinical trials. So we have ones that are protein-based, we have nucleic acid, the RNA and DNA, the messenger RNA. And these are the examples. We have the viral vector where you have an attenuated virus to carry DNA. You have, for example, ones using an adenovirus platform to deliver. We have never seen that before, right? And we have the usual set up, the old ones which are the chemically killed virus or subunits of virus that are grown under controlled conditions. Here we have the examples of the Chinese, but there are many more. So we have all these platforms being developed at the same time, which means we may have different vaccines, hopefully. You know, with these 200 candidates, you have just 23 that are more advanced in the clinical trials. It doesn't mean they will succeed. There's a lot of hype right now on this vaccine, on that vaccine. And they had a thousand patients already tested, 42 patients here and there, but none of them have gone through the entire process yet. So we need to keep a watch on all the candidates right now because we don't know yet who the successful candidate will be and what the immunogenicity will be. Is this vaccine going to need two doses or one? Is it going to work for elderly patients or not?

(42:14)

You know, there are so many uncertainties still in the process, but we do have some certainties that we need to build manufacturing capacity now because whoever manages to develop a safe and efficacious vaccine won't be able to scale up, ramp up capacity as needed, and we are aiming with the vaccine, the COVAX pillar, we are aiming to deliver two billion doses by the end of 2021, which is an extremely ambitious target. But this means that we need to mobilise the capacity across the continents. And that's what I mentioned already, that as part of this ACT-Accelerator, we don't only have the International Federation of Manufacturers

Associations, which is part of big pharma, but we also have the Developing Countries Vaccine Manufacturers Network that includes, for example, several of the producers in Latin America. So this is very paramount because the vaccine will be, the adjuvant will be produced somewhere and filled and finished most likely somewhere else in order for us to scale up rapidly.

(43:33)

The situation is also unique from a regulatory perspective and safety and monitoring perspective. Why? Because we need global regulatory alignment at high speed right now. So we are working with regulators, especially what we call the stringent authorities, the FDA and EMA, on several topics and specific product development already, because once these clinical trials end, we need not only to get a license quickly, but we need to make sure that there is safety and monitoring capacity, at least in sentinel countries, to be able to scale up in a secure manner. So we are working on these both... When I say we are, it's WHO mainly, but also working with its partners, with the regulators and also with the other advisory committees and WHO does have expert advisory groups on safety. So there are three messages here: there is a huge load of research and development happening, not only with vaccines but with therapeutics as well. There are 1700 ongoing clinical trials with therapeutics as we speak in around 200 vaccine trials. So there is a lot of that stuff in the pipeline.

(45:06)

But then the fact is that if we do have a problem, we need to have a product that we need to ensure there's equitable access to and that there is a fair allocation to whatever product, be they therapeutics or a vaccine. And this is a summary of the allocation framework and the allocation mechanism that WHO is developing together with Member States. And we went, like I said, through the third round today. And this is very much connected to the first defect that there will be scarce production next year. We won't have anything on the market before the end of the year, most likely mid-next-year, and there will be a scarcity of the vaccine. We have learned from the previous experience from the pandemic preparedness, influenza

pandemic preparedness from the H1N1, where we had a clear situation in 2009 when high-income countries had access to vaccines. Then by the time lower, especially lower- and lower-low income countries, not so much get upper-middle-income countries, when they had access to the vaccines, the pandemic had gone, right? So there's a huge effort to ensure that allocation happens in a timely fashion across all countries. So that's one, I think, or some of the concerns that Dr Sáenz had raised. We are also working on five equitable access principles. One of them is transparency, the ethical values, allocation addressing public health needs, the flexible and speedy regulatory and procurement approaches, and also the collaboration with the ACT-Accelerator, actually, it's a collaborative platform. So what we are saying to this all-countries approach that we have discussed so far, is there are limitations because we don't know what type of product will be successful. We don't know the profile, we don't know how it's going to work. So tentatively, we are working with the public health goal to protect, to decrease mortality, and to protect the health system, which means vaccinating health and social care workers first. So the proposal is that we work through two phases on this allocation framework. The first phase would be up to 20% for the Member States who have agreed to it, up to 20% of their population. They would receive up to 20% of their population in the first phase. And this would mean that the recommendation would be the first 3% because you know how it is, once you have a vaccine registered and licensed, you have like a 100,000, 200,000, 300,000 doses coming every month. It won't come as two billion at once, right? So they're saying: "Let's have an agreement that all countries will receive doses to cover 3% of their population". The 3% population in high-income countries for health and social care workers. And up to 20% on high-risk adults who are people over 65 and people from 30 to 70 with comorbidities, right? This piece here, it's around two billion people. One and two, it's around two billion people. We're calling this Phase 1, right? Phase 2 would further production and it could be extended to other priority groups, depending on the situation, on the context, the threat in the country, and the vulnerability like you have vulnerable groups that need to be vaccinated as well. So this is how it's being discussed with Member States. We also will have a buffer set aside for emergency deployment based on immediate needs, and that

means for an outbreak somewhere, or issues with refugee populations, humanitarian situations, and so on. But how does this work in practice? Because you can have some things agreed upon by Member States in paper, but we need the product.

(50:02)

And for the product part, and I think this addresses part of the concerns that were raised before, we will discuss with Member States three options, right? You could have a national access mechanism where you buy, so you have the case of these single countries doing bilateral agreements. We have some rich countries doing that right now and they are able to have one or two or three or four, five bilateral agreements maybe. And how do you know that these will be the vaccines that are successful at the end? You know, being in Phase Three trial doesn't mean the safety and the efficacy will get you to the end. So if a single country alone cannot do much, you could have grouped access mechanisms for procurement like the PAHO Revolving Fund and so on. And you could have a global access mechanism. And this is what we are calling the COVAX Facility, which is to be hosted by Gavi, but it's not a Gavi traditional geographic income scope, because it would continue to have countries that are funded by Gavi through the development assistance money. They would be partnered up automatically as well with some small island states. So that's around 90 countries that would be part of this COVAX Facility receiving the vaccines without having to disburse. We issued a call for expressions of interest for high-income countries and upper-middle-income countries. The deadline was last week, the 14th of last week, yeah, the 14th of July, and we had 77 countries that expressed interest in joining the COVAX Facility. So the COVAX Facility is very much a pool kind of mechanism to invest in more candidates at once. And so countries would have access, they would make an advanced commitment in the case of the upper-middle and the high-income countries. If Dr Sáenz, for example, PAHO came in with 35 countries, their Revolving Fund joined in with 35 countries that have already joined the COVAX Facility and expressed interest. Now, there is time for the countries to sign the contracts and to make sure that...

(53:14)

Here there is the map. 76 on the slide, but it's now 77 in the end. And then there's the countries that receive, that would benefit because they would be part of the advance market commitments and the Facility would cater for these 90 countries anyway. So this is the setup that we have. We, WHO, Gavi, and CEPI are working super closely together on that almost on a daily basis. To ensure that we do have agreement by Member States on what these initial global public health goals would be, an agreement on this and an agreement on an initial allocation of three and up to 20% on phase 1 when there are scarce resources, and a pooling of interests on a global facility so countries don't have to fight on their own. You know, it's not like you're going to fight for the market. No, you are coming into a mechanism that will facilitate that you receive the doses that were allocated to you. So this is the stage we're in right now. Last week, Thursday and Friday, we, Gavi, WHO, and CEPI hosted the first discussion, a consultation with the self-financing countries. And yesterday and the day before yesterday, the first consultation with these right-hand side countries that would receive the vaccines through the Gavi mechanism.

(55:06)

Is this all good? Are we in the clear? Is this going to work? My boss, Dr Tedros, says that we have cautious optimism. You know, we are watching all our efforts to make sure that there are mechanisms in place that once a vaccine is proven to be safe and effective and it's licensed, and then we'll be pre-qualified by WHO, that there is a framework that will ensure that countries can have an equitable access and not repeat the problems that we had in the past with high-income countries getting it before other countries. For example, one problem and I think someone will raise this on the chat is, of course, that there are bilateral deals being negotiated between countries, but there are countries who are doing the bilateral deals and have joined the Facility as well. You know, so there is a lot of negotiations ongoing to make sure that we come out of this pandemic with a better world, with more solidarity, maybe with different market rules, as any effective and safe COVID product is a global public health good. Thank you. I'll stop here.

(56:42) Professor Michael Moore

Thank you very much, Dr Mariângela, and that was a very thoughtful presentation and did address some of our issues. I'm sure, because we have two politicians and I was a politician myself, you have some cynicism and we'll address some of that. We also have a number of questions. And I wanted to just take the first one, and that is that will these presentations be made available? And they will be. First of all, the webinar has been recorded and that will be available on the website of the World Federation of Public Health Associations. And also with your agreement, we will also put your presentations up on that site as well. But we'll ask people to remember the importance of intellectual property, acknowledging when you have used somebody else's work.

I think a couple of questions have come in about political decisions. And we've certainly seen the situation where there was a \$2 billion deal done between the United States and Pfizer Biotech with regard to one particular vaccine. And that seems to fly a bit in the face of the notion of the cautious optimism that we see. And yet your maps, Mariângela, show the whole world, and the United States doesn't fit into that, certainly at the moment. Let's hope that changes. I wonder if I can start with Dr Rocío Sáenz and ask her if she shares that cautious optimism. I need you to unmute your audio. Thank you.

(58:43) Dr Rocío Sáenz

Thank you, thank you. You know, I have some dogs here and sometimes it's noisy. Sorry. Yes, I share the feeling that we have to be cautious at this moment. Of course, we are, on the one hand, we feel very, very optimistic because there is a lot of investment in different companies and countries to invest in how to have a vaccine very quickly. But we know that the vaccines need time and need time not only to produce the vaccine but also to pass through the different phases. And also the production: we need a large number of vaccines for all over the world. And I want to say that I was reading about the different strategies that the region and the WHO has handled, but I am also trying to put on the table that we also need to not

only assign the different percentages of vaccine. Maybe we can talk a little bit later about that, because we are asking for an equity moment, not for an equality moment and for that, I think we have to keep in mind this idea.

(1:00:50) Professor Michael Moore

It's a very, very important distinction between equality and equity, and I think you make a very important point. I'm going to move to Professor Sheila Tlou and ask her to also address that same general issue, but also we've had a comment from a group, Home Doctors Uganda, who talk about the importance also of primary health care in this whole process. Now, I know you did touch on it, Sheila, but I wonder if you would just elaborate on both of those issues. And you will need to unmute.

(1:01:33) Professor Sheila Tlou

Thank you very much. Let me also say that I also share that cautious optimism, but based on the experiences that I have had, both as an activist, as a minister, and also as the Regional Director of UNAIDS, where I saw that as much as we say that resources will be shared equally, in real life, they're not. As a minister, I used to have quite a few quarrels with Gavi because they would say: "Well, Botswana has resources, you're well established and, therefore, you don't qualify for Gavi," which is exactly the same graph that was shown by Mariângela. The country does not qualify. And I would say to them: "Look, something has to be done because Botswana it doesn't have any more resources than the other African countries, it's just well governed, that's all." So that even now, when you see the map where you see middle-income countries: Botswana, South Africa, and Namibia, I mean, it becomes a burden on them because they have to use their meagre resources while other countries that sometimes have even better resources than them just because they are not well-governed get that. I mean, now this is my activist coming out to say: "Look, I also mentioned zero tolerance for corruption and the fact that in a lot of countries, 20 to 40% of funds are wasted through corruption and inefficiency." Is there a mechanism that the WHO or that COVIX is going to do to ensure that really there is good governance and even that those resources go where they are

most needed? For example, what guarantees us that when those vaccines are sent to the countries and you say we are prioritising health care workers, we are prioritising the older adults, what guarantees that when they reach me as a minister in Botswana, I decide that, no, my family is going to get them first? And then also, how do I ensure access for the people who have always been labelled as hard to reach? You know, we have that in the lingo “they’re hard to reach”, yet they are there; they are not hard to reach. We are the ones who are hard to reach because they can’t get to us. So you find that it will be still that same thing. Yeah, it was supposed to be like this, but those people are hard to reach. So that’s why in my emphasis I was saying we need accountability by everybody. Yeah. Thank you.

(1:04:16) Professor Michael Moore

Thank you, Sheila, and that issue of good governance is so critical in everything that we do. And I think it’s really important to keep an emphasis on it. Trying to manage it is, of course, incredibly challenging. And I’ve got a couple of questions that no doubt, Mariângela, you would like to pick up from some of those comments. But I have a couple of questions. One is that in May this year, the World Health Assembly Meeting stated that COVID-19 immunisation would be a public health good and it became clear that governments were negotiating both bilateral and exclusive multilateral pacts. You have presented something quite different. But what meaning and impact do you think that the World Health resolution does mean now? Does that fit into your optimism, your cautious optimism? And so can you just address the global public health good in reality?

(1:05:17) Dr Mariângela Simão

In reality, the World Health Assembly COVID resolution is what we are basing our work on. Now, we have the mandate that was given to the WHO by the COVID resolution. And does it impede one country from going into bilateral agreements? It doesn’t, you know, it’s impossible, and you know it. It may be that the political situation changes and then this changes. It doesn’t. But that’s the background where we can rest assured that Member States have approved the resolution and the equitable and fair access and allocation are based on a resolution that was

approved by all Member States, including some of those that are doing bilateral agreements. I know that this gets a lot of media attention, but there are actually not too many of them, right? And it's also like I showed you on the map as well. You can do bilateral agreements with four or five companies or maybe 10, you can, right, but only if you are a very rich country, but we don't know whether it's going to be a Chinese vaccine, an Indian vaccine, which vaccine will be successful, right? So you may be investing in something that won't work, but I hope you are making a good investment anyway. But the issue that Sheila raised about the guarantee, you know, you've been a minister of health, you know that countries have the autonomy to decide their own policies once the vaccine reaches their territory, right? We can recommend, WHO has the Expert Committee group recommendation, the policy recommendations. And then I think that's where it's super important that everybody knows about the criteria that will be in the recommendations. Because right now we have just global public health goals, but once we have a vaccine, there will be a policy recommendation. And then the pressure from academia, the pressure from civil society in general, at the country level too, for countries to follow what they have agreed upon internationally—it's probably what could make a difference. Michael, do you want me to continue, because there are other questions here. Can I address them? How do you want to do this?

(1:07:48) Professor Michael Moore

You're looking at the questions as well. So I'm trying to combine some of them. But the one that I think that you'd like to address one on intellectual property, I think it's important. And also, I think the question about Gavi: is it the best mechanism? If you can address those, that will be good.

(1:08:07) Dr Mariângela Simão

Good, good. On intellectual property, we see that intellectual property is going to interfere with access, may interfere with access for the therapeutics in the first phase, because with the results coming up, except for dexamethasone and possibly other medicines, small molecules, that actually have an impact on the effects of the

virus, not on the virus itself, some medicines that are not under patent and so on. But the rest of them that are in the pipeline are high-cost medicines like biotherapeutics, monoclonal antibodies. So we expect and we are looking into it right now. As we speak, there are groups working on the intellectual property aspects, the protection, and the possibility of getting the biosimilar producers engaged early as well, because this is a biological product. This is different from a chemical one or from a small molecule, in terms of you not having a generic, so it's more complicated. So we expect that there could be a delay of two or three years until you have an affordable product. This needs to be addressed right now, as the studies start to come out. We should have some more robust studies on this, in mid-September or October. With the vaccines, the main barrier to start with is not IP, you know, right now it's not IP, although we do have some groups that are looking at what the confirmation of the IP landscape is. There are too many, there are too many right now, there are too many factors. And the initial constraints will be in regard to the scarcity. And Gavi is already addressing the issue. Gavi will be doing negotiations together with PAHO and UNICEF and WHO in terms of having a ceiling on how much it would be paid by upper-middle-income countries and high-income countries. Because there is also a lot of public investment, a lot of public money on these vaccine developments, right? And except for the ones that are being developed in the US, now, you saw the five hundred million dollars put in, and usually, they don't have access provisions attached to them. But other countries apparently do have some provisions in vaccines that are been developed and CEPI and so on.

On the issue of whether Gavi is the best, it's not the PIP mechanism, it's not, you know, in this, because we've learned a lot on the PIP mechanism. First, it took five years to be negotiated. And right now it controls a very small portfolio of vaccines to be delivered to lower and lower-middle-income countries. We are talking about a different ballgame at this stage. So it's a mechanism that will be hosted by Gavi, but it has a different type of governance. WHO and other parties are in the governance, but we'll have a country participant council. So this is something that we're still developing.

(1:12:01) Professor Michael Moore

So thank you very much. I will go to Dr Rocío Sáenz and by all means, address any of the questions that have come before, but there are two questions that I think are important. The first one is about essential workers. We talked about vulnerable populations, socio-economics, of course, plays a part, indigeneity is important, but where do essential workers fit in? And I want you to think about essential workers, health workers, of course, but also other essential workers, police and so forth. How do they fit in a vulnerability-based program? And can you also address the issue of local production: what do you think the possibility of local production of vaccines will be and the role that might play in equitable distribution? So let's start with Dr Rocío Sáenz.

(1:13:03) Dr Rocío Sáenz

I think, I believe, and I expect that this global investment to produce the vaccine is also going in parallel with how investments are made in the countries, and I think this idea needs to take into account the standing that the country has and the region has, like I was saying before, Brazil, Costa Rica, Panama, and other countries that also already have high technology and knowledge and human resources at a high level to produce and to be part of the global response for producers for all over the world. But also, these kinds of institutions that we have in the region and in the countries need investment: national investments, maybe public investment also, but also from global companies. And I think if they can take a technological transfer, and the global agreement permits and allows them to do that, if it is not unlawful, we can really be part of this global response, strengthening the capacity in the region and also in the countries. But I think it's also important, as I say in my presentation, we don't expect that companies will transfer the risk or the cost. We expect a good relationship that permits development of the technology in the countries and that there is an equitable relationship in this global arena, and not for there to only be a company that I have to pay for its production. In this moment we need, the world needs all people to grow and develop the technology at the regional and local level.

(1:16:00) Professor Michael Moore

And Professor Sheila Tlou, I wonder if you can not only address those issues, give your thoughts, see what you have to add, but also on the issue of vaccine hesitancy and fear of vaccines. We have a question on that one as well. I wonder if you could just address that. After I've heard your answer, I'm going to give each of the speakers the opportunity just to do a summary from their point of view and a very, very brief one, one minute, and then I'll draw the webinar to a close. So, Sheila. We need you to come off mute.

(1:16:46) Professor Sheila Tlou

Ok, in my presentation, I did state how important it is for countries to participate in the global vaccine trials. I'm saying so because, even before I became a minister, I was at the University of Botswana and I participated in the HIV Vaccine Trials Network. As part of that, we have an AIDS institute. You see, that made us have the community advisory boards, and we were able to educate our people on what it is that's needed. And they were able to volunteer, you know, without any fears of what is going to happen. So and we even had to go to Parliament to convince the Members of Parliament to say, when you go to your constituencies, try this, this is what we have. And they were able to spread the message. And we need that very same aspect right now for countries to participate in these vaccine trials, so their citizens get to know what it is. Otherwise, you have those conspiracy theories of where, you know: "They're going to vaccinate us with things that will make us sterile, things that don't work." So that's needed. So that, you know, for me, I know that's quite a number of trials going on, but I still would urge a lot of our countries, especially the very low-income countries in Africa to participate. They have universities and they are able to collaborate with international institutes so that we have a candidate being tried in Botswana, another being tried in Namibia, another in Mexico, another in Costa Rica, another in India. That way, nobody gets to question what kind of product this is and if it is going to harm us. And I think that's where that lack of knowledge, that ignorance is really the thing that is making people so cautious, so that even when that vaccine is found, you know,

you'd be amazed how in some countries they're actually saying: "We don't even want it." So it's really a problem, yes.

(1:18:58) Michael Moore

Thanks, thank so much, Sheila. The final question I want to address was one about conflict of interests. You see on the slide as we thank our sponsors, the University of Geneva, the International Immunization Policy Task Force, and Pfizer. The question was why would we accept money from Pfizer, was it a completely unconnected grant, and does it allow the Task Force to carry on its work? Of course, if we could manage with no money, of course, we would, and this is always a challenge for organisations like ours. But we do appreciate that support. After I've heard just a final overview from each of you, I shall go to a video on the World Congress on Public Health. Mariângela, can I start with you, please?

(1:19:56) Dr Mariângela Simão

You mean the final remarks? Good, good, good. I think this has been a very good discussion and I also like to see the questions on the chat there because I think the reality is we need right now very pragmatic solutions, we need structures that are already there, and that will be helpful in connecting. I totally agree with Sheila in terms of the research and development that the research institutions and the participating as... and there's a lot of that happening already, because there are too many products and the researchers are going after, the producers are also going after the epidemic, as the pandemic is moving from the different regions. And with that, I'd like to say that we are very much counting on the Developing Countries Vaccine Manufacturers Network, which is present in 17 countries and it has 50 associates already, and we are counting on these partnerships to be able to scale up production of any vaccine that proves to be safe and effective.

I think it's important, it's my final remark, that transparency in the processes is key because it is key for accountability and we are trying to be very transparent, it's important that at the country level, the civil society and other stakeholders also hold the government accountable because access is a political commitment. Access

is a political decision at the end of the day. If you're going to have fair and equitable access, you need governments to commit to that in a transparent manner. And I think more than ever, we need solutions that can be used across the globe in all countries. And this is important. Thank you for that.

(1:22:10) Professor Michael Moore

That leads very well into the issues that Sheila was talking about, and she might just like to choose one or two take-home messages.

(1:22:20) Professor Sheila Tlou

For me, it's really to thank WHO for their leadership in this global thing. Having worked with them for quite a while, I know that they are really ready and they are able to work with countries and influence them. But I simply want to emphasise that equitable access ultimately means leaders of countries being accountable to their citizens. So we should not forget that part. I would like a situation where, I mean, this has been a very informative webinar, and I know people have really liked it, as I see some comments even on my phone, but I'm hoping we can hold more. And one of the ones that I would like to have is where we invite speakers from civil society to discuss what they're doing right now to make their leaders accountable so that when a vaccine is developed and available, there is that equitable access even at country level. So it would really be great. Thank you.

(1:23:25) Professor Michael Moore

Thank you. And Dr Rocío Sáenz. You need to unmute.

(1:23:35) Dr Rocío Sáenz

Again, sorry. Thank you for the invitation to be here with these lovely women, Sheila and Mariângela, and also thank you to you, Michael, to give us the opportunity. And I think the last words I want to say is that, as a Latin American woman, we are in the most unequal region in the world. And the idea of my presentation was that, given these conditions, we need a real commitment to equal treatment on how to approach COVID-19 and beyond, and for that to happen, it's

important to extend the health system, the primary health, the investment in industry in our countries, and the commitment to understanding the regulatory processes in the countries. But also we need equity to not only be a political commitment at the country level. Equity needs commitment at the global level. And for that to happen, each strategy has to be reviewed from an ethical point of view. It is contributing to this new world, a new world that is more equitable, and does not only sell products. And I think this is my last comment.

(1:25:29) Professor Michael Moore

Thank you very much. One of the things that the World Federation of Public Health Associations does through its more than 100 members internationally, is trying to influence governments and advocacy is done, first of all, by building up partnerships with others. And it's, I noted that one comment was that somebody has noted that I'm a member of Rotary International. In fact, I'm the District Governor for Rotary International. And it's an organization that first of all started a project to get rid of polio from the world when there were 350,000 cases. At the moment, there are about 87 cases, I think, and that's despite COVID-19. Look, there are many, many things that we do that as individuals and as groups and as governments can make a difference. And the thing that has been most common, what we've talked about today is to remember that issue of equity, not equality, but equity. It's a very important distinction to make, and it's something that has been absolutely key in what we're doing. I want to thank Dr Rocío Sáenz, Dr Sheila Tlou, Dr Mariângela Simão. Thank you so much for all you've put in. And we will be able to continue this discussion further because the World Federation of Public Health Associations' Task Force on Immunisation will do some further webinars, but we also will have workshops at our World Congress on Public Health, and I'm hoping that my colleagues in Geneva will now play a video, a very short video to conclude on that conference. Are you able to do that now, Maria? And while she's doing that, I'll point out that we've had nearly four thousand people who have been watching our webinar or on Facebook where it's been streaming, it has reached very, very widely. I really appreciate your efforts. Are we able to do that?

(1:27:43) Video

AN EXTRAORDINARY TIME

WHERE BEING APART

SEEMS THE ONLY WAY

TO STAY SAFE

HOW TO BRING PEOPLE TOGETHER WHILE KEEPING DISTANCE?

WE RISE TO THE CHALLENGE

BY GOING VIRTUAL WITH THE 16TH WORLD CONGRESS ON PUBLIC HEALTH

AN ONLINE FULL EVENT EXPERIENCE HOSTED ON AN INNOVATIVE VIRTUAL
PLATFORM

MORE THAN

SCIENTIFIC CONTENT WEBINARS

ENJOY premium scientific content

both live and on demand

with a wider choice of topics,

including a dedicated COVID track.

MORE THAN ACCESSIBLE

Join our event

Anywhere

Any time zone

Any device

MORE THAN NETWORKING

CONNECT with a larger and global audience

MORE THAN INTERACTION

ENGAGE with speakers and colleagues

through live chat, Q&A, polls and surveys

MORE THAN EXHIBITION

DISCOVER all the latest innovations

and get in touch with our sponsors

in the virtual exhibition area for a new experience

MORE THAN SYNERGY

SHARE knowledge with professionals

from all over the world

PROMOTING EQUITY

IN A SUSTAINABLE WAY

Going virtual is going green.

A UNIQUE TOOL FOR

Contacts

Information

Scientific content

Surveys

Interaction

THIS IS THE WAY TO ASSURE PUBLIC HEALTH

A NEW FUTURE

A NEW HUMANITY

5 Days

8 Plenaries

30 World Leadership Dialogues

150 Workshops

984 Oral Communications

2,221 Posters

WCPH GOES VIRTUAL

AND YOU?

Register on wcph2020.com

CONGRESS CO-CHAIRS

GET CONNECTED TO MAKE A DIFFERENCE,

GET CONNECTED TO MAKE IT HAPPEN.

(1:30:27) Professor Michael Moore

Thank you everybody for your participation. It is greatly appreciated. There was a question about whether this webinar was recorded: it is. And for the presentations, wfpha.org, World Federation of Public Health Associations can be Googled. Good night from me, good morning where it's appropriate, or good afternoon.

ANEXO 3A - Acesso Equitativo para Todos da Vacina da COVID-19

Acesso Equitativo para Todos da Vacina da COVID-19

<https://www.youtube.com/watch?v=5MymWHcDyvs&t=19s>

Professor Michael Moore

Tenho agora o prazer de apresentar o primeiro dos nossos três oradores, a qual será a Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal. A Dra. Rocío é médica, provinda da Costa-Rica, da Universidade La Salle, México. No entanto, é também especialista em saúde, é ex-Presidente Executiva do Fundo de Segurança Social da Costa Rica, ex-Ministra da Saúde da Costa Rica e Coordenadora do Conselho Social. É membro da Equipa de Resposta a Emergências de Saúde da OPAS/OMS na América Central com funções principais relacionadas com o apoio e assistência no restabelecimento de serviços básicos de saúde, incluindo o saneamento de água, cuidados de saúde primários, e a sua correspondente avaliação. Atualmente é Professora de Promoção da Saúde e responsável pelo Mestrado na Universidade da Costa Rica. Tenho agora o prazer de apresentar a Dra. Rocío Sáenz, e vou pedir-lhe que partilhe o seu ecrã. E, Dra. Rocío, de momento, está com o microfone desligado.

Dr. Rocío Sáenz

Consegue ver a apresentação?

Professor Michael Moore

Podemos ver a sua apresentação, agora é tempo de ir à apresentação completa. Sim.

(2:05) Dr. Rocío Sáenz

Obrigado. Bom dia. É um prazer e uma honra estar aqui e partilhar convosco as nossas ideias e algumas das nossas lições aprendidas na região, especialmente para a região da América Latina. E quero dar bastante tempo de apresentação aos meus colegas nesta reunião, Mariângela, e aos meus outros colegas e a todos os assistentes. A primeira ideia que quero partilhar convosco é a importância de

pensar sobre o acesso às vacinas e o acesso à imunidade. Isto significa que não precisamos apenas do produto, precisamos de mais do que isso. Esta é a minha primeira ideia que quero partilhar convosco.

(3:20)

Por exemplo, a América Latina é constituída por áreas continentais e insulares. Somos um povo multilingue e multi-étnico. A nossa principal produção é a agricultura e os serviços. Mesmo que não tenhamos ditaduras ou conflitos bélicos, temos no entanto crises políticas graves em vários países, desiguais dentro de cada país e entre países. Mas também somos uma área altamente biodiversa. Temos uma elevada percentagem de população indígena, uma elevada percentagem de mulheres chefes de família, uma elevada percentagem de trabalhadores no sector informal da economia, uma elevada cobertura no ensino primário e secundário, contudo, não necessariamente público e de alta qualidade, e os nossos sistemas de saúde são na sua maioria fragmentados e segmentados, com baixa cobertura, desempenho limitado nos Cuidados de Saúde Primários e Unidades de Cuidados Intensivos, de acordo com o relatório da Comissão Económica.

(4:54)

Com esta imagem, quero-vos mostrar as diferenças que temos no nosso continente e na nossa área. Esta é uma vista de um enorme edifício que mostra o tipo de diferenças de vida que temos na região. Por um lado, temos as favelas e, por outro lado, temos este tipo de edifício que reflete as diferenças, as semelhanças que temos, mas também a enorme distância entre a condição de vida destas pessoas e o acesso a diferentes bens, educação e saúde. Isto é do Brasil.

(5:52)

De acordo com o relatório da Comissão Económica da América Latina, antes da COVID-19, a região apresentava um baixo crescimento económico. Uma vez iniciada a pandemia, a Comissão perguntava em todo o mundo, mas especialmente aos governos da América Latina, se haveria uma paralisia da atividade económica e uma maior recessão do que as que tivemos em 1914 e 1930, e se haveria o colapso

do comércio internacional e o aumento do desemprego, da pobreza e da desigualdade. E também o Banco Mundial estimou um aumento da pobreza e da pobreza extrema.

(6:50)

Com este contexto e COVID, quando o COVID surgiu, este é um quadro que um artista, também do Brasil, tentou mostrar o que sentimos sobre COVID neste contexto. Há morte, desolação, isolamento, e nós sentimo-nos quase sozinhos: cada uma destas cruces mostra isolamento e como as pessoas se sentem em relação a COVID-19. Precisamos de mudar isto. Precisamos de mudar isto e a vacina e a imunização podem ser este tipo de fios que podem dar a todas as pessoas juntas para mudar este sentimento terrível e devastador que temos sobre a COVID-19. E sei que não é só na América Latina, é em todo o mundo.

(7:57)

Uma em cada duas mortes na COVID é na América Latina, embora representemos apenas 8% da população. Isto tenta mostrar-vos a ideia de como estamos a sentir a devastação da COVID-19 na nossa realidade.

(8:20)

Além disso, a Diretora da Organização Pan-Americana da Saúde, no seu discurso há várias semanas, reconheceu que precisamos de melhorar as nossas capacidades reguladoras em matéria de imunização, construir vigilância pós-comercialização de vacinas, reforçar os programas de vacinação, e melhorar ou adaptar as nossas instalações da cadeia de frio. Mas nestas condições em que temos estas enormes desigualdades na região, temos de pensar em como abordar este desafio em conjunto. Por exemplo, a Argentina, o Brasil e o México têm projetos de ensaios clínicos na Fase Três, a fim de ter várias opções de eficácia e tentar evitar problemas de distribuição. As propostas de acesso equitativo às inovações têm três vias que partilharei convosco. Uma posição é a dos países de alto rendimento e dos produtores de vacinas. Pedem a nacionalização da produção. Isto pode estar a acumular e temos de estar realmente atentos a este tipo de estratégia. Para os

países de baixos rendimentos, alguns grupos globais declararam o acesso equitativo como prioridade e outros estão a considerar subsídios. Mas o que acontece com os países de rendimento médio? Não temos uma prioridade clara. Isto não é claro para os países e, penso eu, não é claro para as empresas, e também penso que não é claro para as instituições globais. Podemos ler vários jornais de JAMA, Lancet, e algumas notícias de diferentes jornais, mas também as notícias que anunciam são dos países de alto rendimento e dos países de baixo rendimento, e por vezes sentimos que não existimos nesta estratégia global. Neste sentido, o Apelo à Acção que a Costa Rica fez para partilhar conhecimentos e inovação não tem o apoio de países ou empresas que produzem vacinas. E perguntamos: "porquê?". E eu tento dar aqui a voz de que precisamos de estar todos juntos. Não podemos dividir o mundo apenas nas pessoas que têm rendimentos altos ou baixos.

(11:48)

E também a imunização contra a COVID-19 deve ser um bem público global. Para mim, isso significa que temos realmente de colocar na discussão questões como: "Será um preço ou um custo, uma campanha de solidariedade ou de lucro? Quem irá atribuir o número de vacinas aos países?" Ouvei a ideia de que talvez tenhamos o suficiente para 20% da população. E isto é muito importante para partilhar convosco, para os governos, para os decisores políticos, se formos por este caminho, colocaremos a decisão sobre os governos não só sobre quem receberá as vacinas em primeiro lugar, mas também sobre quem continuará a enfrentar a COVID-19 porque não temos todas as vacinas para todas as pessoas, para todas as gerações, e isto é um custo adicional para o sistema de saúde. Temos de pensar sobre isso, e quem serão os grupos prioritários. Talvez os idosos possam ser. Podemos, sabe, imaginar os idosos, mas e os trabalhadores da saúde? E quanto às comunidades pobres ou às pessoas mais vulneráveis? Colocamo-los todos no fim da lista? Penso que temos aqui uma questão ética a tratar.

(13:51)

Para isso, as ideias para a proposta são estas: temos de chegar urgentemente a um acordo global sobre o acesso à imunização contra a COVID-19, e para isso, temos de apoiar o sistema de saúde e reforçar os cuidados de saúde primários, têm de ser estabelecidos grupos prioritários a serem vacinados, tem de ser acordado um custo e não um preço, a capacidade industrial dos países também tem de ser reforçada, e a legislação nacional numa situação pandémica tem de ser reforçada, como em vários países da Europa. Não temos este tipo de processos na América Latina. E deve ser concebido a partir de uma plataforma global baseada na equidade e justiça social. E, claro, para o fazer, precisamos de agências financeiras multilaterais, ONG, e da OMS para estabelecer um fundo para partilhar a produção e distribuição de vacinas eficazes. E, claro, precisamos que as empresas de produção se comprometam a definir os custos e a estabelecer acordos com outras empresas para a produção em massa. E o mecanismo de transferência tecnológica tem de ser estabelecido, sem a transferência de custos ou riscos para os países, com um elevado nível de desenvolvimento tecnológico e de produção. É o caso do Brasil, mas também o caso da Costa Rica, onde temos uma plataforma tecnológica muito boa, mas com uma capacidade de produção média. Precisamos de apoiar este tipo de autonomia para que os diferentes países apoiem a nossa região e não apenas estar envolvidos numa plataforma global onde possamos estar atrás ou no fundo da lista. E, claro, como fazer isso numa região com desigualdade?

(16:14)

Precisamos de trabalhar em conjunto. Precisamos de colocar todas as vozes em cima da mesa e, claro, precisamos que as pessoas nesta mesma mesa ouçam as necessidades dos países e da região.

(16:33)

Quero agradecer ao Dr. Albin Chaves, um especialista costa-riquenho, que me deu algumas ideias para esta apresentação, e também agradecer a Mirta Lewis. Lamento que haja um erro no nome de *Mirta*, é *Mirtha* Lewis, uma perita argentina. Muito obrigada e estarei aqui para os comentários.

(17:10) Professor Michael Moore

Muito obrigado, Dr. Rocío Sáñez, foi uma visão muito importante da América do Sul e realmente agradeço isso. E agora que a Professora Sheila Tlou prepara a sua apresentação e partilha o seu ecrã, vou apresentá-la. Ela é a Co-Presidente da Coligação Global de Prevenção do HIV e Co-Presidente da Campanha Global de Enfermagem Agora. Ela é a ex-Diretora Regional da ONUSIDA para a África Oriental e Austral e ex-Ministra da Saúde do Botswana. Assim, passámos da Ministra da Saúde da América do Sul para a ex-Ministra da Saúde Sheila Tlou, em África. É Professora Emérita na Universidade do Botswana e antiga Diretora do Centro Colaborador para o Desenvolvimento da Enfermagem e Obstetrícia nos Cuidados de Saúde Primários. Gostaria agora de dar as boas-vindas à Professora Sheila Tlou para fazer a sua apresentação. Obrigada.

(18:19) Professor Sheila Tlou

Obrigado. Muito obrigado. E quero começar por agradecer aos meus colegas de painel e dizer o quanto estou feliz com este painel só de mulheres. O futuro é definitivamente feminino. Por isso, depois da COVID, estaremos lá mesmo. OK, então venho de uma perspetiva mais da sociedade civil, ou seja, OK, o acesso equitativo à vacina COVID para todos não é um bem que tenhamos, é uma obrigação, mas precisamos de responsabilização para que todos os países sejam bem sucedidos. Portanto, deixem-me chegar ao meu próximo... oh, não vou ter o meu próximo slide, vamos ver. OK.

(19:12)

Bem, o desafio inicial... estamos a falar dos desafios e de tudo isso. Li com muito interesse The People's Vaccine e sou a favor disso. Portanto, há a situação atual, que vou deixar à minha colega Mariângela Simão a dizer-nos como e onde está, mas temos esperança, especialmente com a situação do Grupo Oxford. Mas a People's Vaccine que foi tocada tem todas aquelas, sabem, à disposição de todos, desenvolvidas e rapidamente colocadas à escala, e disponíveis a todos os países

gratuitamente com partilha obrigatória de toda a tecnologia relacionada, como nos nossos acordos TRIPS. Mas o desafio político é ter aquele acordo global que assegura, como sabe, isto a todos, independentemente da capacidade de pagamento.

(20:13)

Vejam os então esse desafio político. Para mim, esse desafio político requer soluções e essas soluções requerem responsabilização, por isso há alguns aspetos de responsabilização que eu propus para dizer que nenhum país deve ser deixado para trás em termos de participação e de garantia de que conseguimos uma vacina, e muito rapidamente. Agora, o primeiro aspeto da responsabilização dos países, dos líderes dos países, e de todos, é realmente cumprir os compromissos dos cuidados de saúde primários. Como dizemos, os cuidados de saúde primários estão sempre presentes, há mais de 40 anos, e são tão relevantes agora como eram então. Tudo aquilo de que falamos está lá quando se diz cuidados de saúde primários: é acessível, aceitável, mas mais importante, há a participação da comunidade em todos os aspetos da saúde. E é a única coisa que fala sobre os grupos vulneráveis e negligenciados, para que não tenhamos sequer de ir muito longe. Podemos então dizer dos grupos vulneráveis ou negligenciados: "Quem são os primeiros a conseguir obter esta vacina?" Estamos a olhar para os adultos mais velhos, populações-chave; estamos a olhar para os profissionais de saúde e prestadores de cuidados de saúde. Mas olhemos também para a realidade. A realidade é que existe uma falta de compromisso político com os cuidados de saúde primários em muitos países. Vou dar um exemplo. Em África, quando os cuidados de saúde primários foram tocados durante o auge da epidemia da SIDA, os nossos líderes tinham dito em 2001 que iriam dedicar 15% do orçamento à saúde. E na verdade, muito poucos países o fizeram. O meu próprio país só o fez porque tínhamos um presidente muito concentrado, que estava muito empenhado. E mesmo alguns de nós como ativistas, quando me tornei Ministro, era muito claro que não ia entrar num ministério onde menos de 15% do orçamento era dedicado à saúde. E de facto, consegui 20% e consegui fazer milagres com esses 20%. Portanto, é realmente com essa realidade que estamos a lutar, a outra realidade que as populações chave são marginalizadas em vez de serem priorizadas. Assim,

temos as populações indígenas de que todos os aspetos dos cuidados de saúde primários falam. São ainda, sabe, muito marginalizadas. Ainda temos as populações chave, tais como trabalhadores sexuais, homens que fazem sexo com homens, mesmo sob COVID neste momento, aos quais não é dado acesso a testes, sabe, tudo isso. Para que seja apenas esse aspeto que temos de analisar.

(22:57)

Outro aspeto da responsabilização: precisamos de governos para investir em sistemas de dados que nos digam quem precisa de uma vacina, quem está infetado neste momento. E o que está a acontecer neste momento, a realidade é que, de facto, muito pouco disso está a acontecer. Há países que estão a contribuir muito e a avançar com testes para que as pessoas saibam onde estão com a COVID, mas outros são apenas indiferentes. É quase como se aqueles que são infetados fossem infetados e nós vermos o que fazer com eles. E não se pode fazer isso. É bom, sabe, sistemas de dados de que precisamos muito. Para mim, temos mais de 140 ensaios a decorrer. E com os cerca de 190 países, eu esperaria que muitos países participassem nestes ensaios clínicos globais, como aconteceu durante os nossos ensaios de vacinas contra o VIH. Tínhamos uma rede e os países puderam ser voluntários e dizer "estamos lá dentro". Mas neste momento é como se fosse um pequeno consórcio aqui, outro aqui. Por isso, como está, olha, não é como se todos os países se sentissem parte da solução, mas os países deveriam entrar e ser parte e parcela da solução. Não se pode sentar atrás e ver outras pessoas a fazer algo, e depois, no final, é como: "OK, eu também estou lá dentro". Só não é assim que o mundo funciona. Portanto, precisamos de colaborar na investigação, precisamos de ter essa decisão de partilha global de dados e tecnologias relacionadas com a COVID. Mas, claro, a realidade é simplesmente que há dados limitados dos países, há colaboração limitada na investigação. E claro, como resultado disso, estamos de facto a ter um terreno fértil para teorias da conspiração, onde algumas pessoas dizem: "Não, eu não vou ter uma vacina a tomar parte no meu país. Porquê? Porque ouvimos dizer que o injetam com um vírus ou fazem algo..." Portanto, se

estivéssemos todos envolvidos, nada disto estaria a acontecer. Por isso, é tempo de participarmos agora juntos.

(25:11)

Outro aspeto da responsabilização é o financiamento interno. Precisamos de ter países para ter planos de contingência sobre o financiamento interno. Foi uma surpresa para todos, mas desenvolver uma vacina não é definitivamente uma surpresa. Portanto, deve haver um fundo COVID em todos os países e que possa, pelo menos, ter esse fundo global onde cada país deve ser capaz de colocar e garantir que as vacinas COVID-19 estejam então disponíveis gratuitamente para todos. O custo da vacina seria então partilhado, tendo sido adquirido pelo Estado e depois distribuído aos cidadãos, de modo que todos, todos os países que vejo, contribuiriam tanto quanto pudessem pagar, mesmo que dissessem que cada país contribuiria com 1% do seu PIB. Se o seu PIB é de 100.000 dólares americanos, é exatamente isso que contribuí, sabe, 1.000 e é melhor porque mostra que todos fazem parte disto, em vez de esperar para dizer: "Vai haver um fundo global formado pelos países ricos, vai haver isto". Sabe, não é assim que vai funcionar agora, porque toda a gente está a precisar. E digo isto porque os recursos estão lá. Em muitos dos nossos países, já há provas de que 20 a 40% é desperdiçado em corrupção e ineficiência. Isto acabou de ser pronunciado durante o recente lançamento Every Woman, Every Child, que mostra que temos os fundos, e é realmente uma questão de boa governação, tolerância zero para a corrupção, e somos capazes de o fazer. Portanto, esta é a realidade, que os produtos contra o VIH, mesmo agora, não são gratuitos. Em muitos países, não somos capazes de cumprir os objectivos 3x5 ou 15x15, principalmente porque não puseram o seu dinheiro onde os cidadãos estão. Assim, muitos não-cidadãos foram deixados para trás nos países, mesmo onde disseram: "Temos uma cobertura de 90%". Descobriu-se que era para os cidadãos. Agora, numa situação de vírus, não se pode ter algo que diga que só vamos fazer isto para os cidadãos do nosso país contra os não-cidadãos. Estamos todos no mesmo barco, e se vai haver algum afundação, vamos todos morrer juntos.

(27:42)

Por isso estou a dar um exemplo de financiamento doméstico onde as coisas tendem a ser iguais. No Botswana durante os anos 70, o nosso acordo universitário tripartido, político como de costume, desmoronou-se e o Botswana teve de vir com um slogan "Um homem, uma besta". Penso que as mulheres também foram incluídas, mas foi "Um homem, uma besta" porque é um país de criação de gado. Sabiam que as pessoas podiam ter pelo menos, uma besta. Mas se tivesse uma galinha? Se fosse a pessoa mais pobre, só tinha ovos? Tinha que se contribuir e eles recolheram o suficiente para conseguir, de facto, uma das melhores universidades em África com bolsas de estudo garantidas para os estudantes cidadãos. Mas havia condições prévias e foi por isso que as pessoas se mobilizaram. Era boa governação, tolerância zero para com a corrupção, democracia pacífica e sustentada, e o mais importante, respeito pelos direitos humanos. Para que estes cidadãos, as comunidades tivessem essa confiança de que os seus recursos iriam para onde eram mais necessários. E precisamos desse tipo de coisas em países onde mesmo que se dissesse a cada cidadão "contribuam com um dólar", saberiam que se o fizéssemos, iriam para a compra de vacinas COVID para nós. Portanto, outro aspeto desta vez é o financiamento global, mas numa coisa bilateral, estas são algumas das coisas que podemos considerar. Por exemplo, PEPFAR, foram realmente acordos bilaterais com países mais pobres e há de facto mais de 10 milhões de pessoas em ARV. Portanto, estas são as coisas. E depois, claro, temos o Fundo Global, mas, sabem, e esse já está morto, mas também podemos ter países que contribuam com aquela pequena parte que garantiria que as vacinas e testes COVID-19 estão disponíveis para todos gratuitamente.

(29:43)

Agora, o último aspeto da responsabilização é o envolvimento da comunidade. Sabe, temos as dolorosas lições da história da resposta à SIDA relacionadas com o acesso desigual que são evidentes neste momento. E precisamos, portanto, dessas vitórias, as mesmas vitórias que os ativistas tiveram, lutaram pelo acesso a medicamentos a preços acessíveis para todos. Precisamos desse tipo de sociedade civil em todos os países que possam dizer: "O nosso governo investe em vacinas

para isso". Claro, a realidade é simplesmente que os ativistas da COVID não estão lá. E se o fizermos mais tarde, se eu tiver ativistas da COVID, serão eles financiados para poderem ser tão poderosos como os ativistas da SIDA? Temos de olhar para isso. Portanto, isto é uma coisa que precisamos de ver.

(30:39)

Portanto, em conclusão, é realmente para dizer que, sim, uma boa vacina, uma vacina do povo não é um bem a ter, é um dever a ter. Mas para todos os países, temos condições prévias para o sucesso, e essa é realmente a responsabilidade política que adere aos princípios dos Cuidados de Saúde Primários, investindo em Sistemas de Dados, assegurando a colaboração nessa investigação de vacinas, bem como investir no financiamento doméstico. O envolvimento da comunidade é essencial, mas precisamos de assegurar que todos os países sejam financiados para garantir esses princípios de acesso aos direitos humanos a todos. Muito obrigado.

(31:30) Professor Michael Moore

Obrigado. Aqui estamos. Muito obrigado, Sheila, isso foi muito apreciado. E agora, pouco antes de apresentar Mariângela Simão, notei em ambas as suas conversas, que mencionou a vulnerabilidade dos povos indígenas. É como pessoa australiana, a minha prática normal reconhecer o papel que os povos indígenas têm desempenhado e a sua relação com a terra e prestar a minha homenagem aos mais velhos, passados, presentes e emergentes onde quer que esses povos indígenas estejam, porque são invariavelmente uma das populações mais vulneráveis do mundo. Tenho o prazer de apresentar a Dra. Mariângela Simão, que irá agora partilhar o seu ecrã enquanto eu a apresento. Ela frequentou a escola médica no Brasil com licenciaturas em pediatria e saúde pública, e tem um Mestrado em Ciência e Saúde Infantil do Reino Unido. Trabalhou no sistema de saúde pública brasileiro desde 1982 em cuidados de saúde primários e ocupou uma série de cargos de direcção. Trabalhou também para a UNAIDS desde Setembro de 2010, e depois trabalhou no Ministério da Saúde no Brasil como Directora de Doenças Sexualmente Transmissíveis, VIH/SIDA, e Hepatite Viral. Em 2017, juntou-se à equipa do Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus como Directora da Organização

Mundial da Saúde, e é agora Diretora Geral Adjunta com responsabilidade pelo acesso a medicamentos e produtos de saúde. E esperemos que nos forneça algumas das soluções para os problemas que foram levantados. Dra. Mariângela.

(33:20) Dra. Mariângela Simão

Obrigado, obrigado, Michael. E obrigado à Federação Mundial pelo convite. E também se esqueceu, não sabe, mas Sheila e eu também somos velhos amigos. Não é verdade, Sheila? Portanto, partilhamos uma parte da nossa vida juntos. Portanto, é muito oportuno que estejamos a ter esta conversa e tenho o prazer de me atualizar sobre algumas das últimas discussões a nível mundial e as ações que têm sido tomadas, porque esta pandemia, obviamente, vê os dados, isto é da semana passada, já mudou.

(33:57)

Mas algumas coisas não mudaram. Há alguns precedentes. É provavelmente a crise de saúde pública do nosso tempo, mas está a ir muito além do problema de saúde pública. O Secretário-Geral na semana passada mencionou que isto vai-nos causar uma depressão grave que afetará os próximos anos devido ao impacto sócio-económico. E indo à vacina, aqui, o slide está agora do lado direito, vê-se que estamos a falar de produtos que normalmente levam 7-10 anos a ser desenvolvidos e que temos a probabilidade de sucesso passando de 7% dos candidatos na fase pré-clínica para 17% dos candidatos na fase clínica. Portanto, é este o cenário de que estamos a falar.

(34:54)

Mas esta crise também trouxe muitas, penso eu, algumas das preocupações que tanto o Dr. Sáenz como a minha amiga Sheila levantaram anteriormente. E penso que também trouxe um espírito de colaboração sem precedentes. Tenho 40 anos de experiência em saúde pública, e estou a ver coisas que nunca vi antes em termos de partilha de conhecimentos, investigação e informação sobre investigação, um

espírito muito mais colaborativo, mesmo entre a indústria. Há colaborações em que nunca tínhamos pensado antes, porque a indústria está normalmente empenhada no segredo de, sabe, seguir os nossos processos de patentes e proteger todos os aspetos do processo para produzir um determinado produto de saúde. E agora vemos uma situação em que há uma grande produtora de medicamentos em ligação com os países em desenvolvimento, produtores de redes de fabrico, e com o meio académico, e o mundo foi virado de cabeça para baixo num bom sentido. Também tivemos uma mudança porque já não se trata de países de baixos rendimentos e países de rendimentos médios e baixos, nem de países ricos e médios-altos. Agora é sobre os países que produzem ou não produzem, pode ser um país de alto rendimento com um mercado pequeno e está muito preocupado por não ter acesso a uma vacina quando ela chega. Assim, a OMS, juntamente com alguns Chefes de Estado em meados de Abril, lançou os aceleradores de Acesso a Ferramentas COVID-19. E este é o conjunto que temos neste momento. Temos quatro pilares: vacinas, terapêutica, diagnóstico e conector de sistemas de saúde, e a OMS acrescenta a coordenação e o apoio em todos os pilares. Assim, nas vacinas, temos a CEPI e Gavi, CEPI para a prontidão para emergência para vacinas, e o Wellcome Trust e Unitaaid sobre a terapêutica, bem como o The Global Fund e FIND, que é uma ONG, que trabalha com diagnósticos. E no pilar Health Systems Connector estão o Fundo Global e o Banco Mundial. E a OMS coordena o núcleo e também diferentes fluxos de trabalho através dos pilares. E porque é que isto acontece? Porque estamos a compreender que, a menos que tenhamos este tipo de compromisso neste momento. O que posso dizer agora, não tenho visto isto mesmo nos primeiros tempos do VIH, sabem, especialmente com um tal esforço para trazer um espírito de colaboração e trazê-lo da investigação e desenvolvimento de produtos eficazes e seguros da COVID para a implantação a nível nacional e como uma questão transversal, acesso equitativo e distribuição justa destes produtos. Portanto, este é o ACT-A e tenho o prazer de partilhar outras informações mais tarde, mas por favor, basta entrar em contacto comigo, isso seria perfeitamente aceitável.

(38:15)

E também, acabámos agora mesmo, acabei mesmo há meia hora, o terceiro ou quarto relatório dos Estados-Membros sobre a evolução da proposta de vacina, o quadro de atribuição inicial de vacinas. E agora, em Agosto, vamos apresentá-la para fins terapêuticos. Então, porque é que chamamos à plataforma de vacinas, o pilar da vacina, COVAX? É uma plataforma de colaboração porque nós, penso que isto também é diferente das anteriores pandemias, no sentido de que agora é claro, no momento em que estamos a viver, que ninguém está seguro, a menos que todos estejam seguros. Portanto, há uma diferença de paradigma sobre como o mundo tem de ver esta solidariedade no trabalho e mesmo o acesso a, especialmente a vacinas, certo? Quando digo que é também sem precedentes, é porque nunca tivemos tantos candidatos a vacinas ao mesmo tempo, e a uma velocidade tão rápida. Já temos 23, está a ver? Estamos a entrar no 8º mês da sequência genómica para este vírus ser conhecido, e já temos 23 vacinas na fase um, dois, ou três ensaios clínicos, portanto isto é realmente, realmente sem precedentes. Temos também a questão de que existe um elevado risco de fracasso no desenvolvimento de vacinas. Portanto, é bom que tenhamos muitos, muitos produtos a serem desenvolvidos ao mesmo tempo.

(39:59)

E depois, temos problemas e estes slides podem ser disponibilizados? Vejam no lado direito, eles são apenas exemplos, não é uma lista exaustiva, mas temos diferentes tecnologias de vacinas em desenvolvimento. Algumas delas são novas tecnologias. Por isso, temos algumas vias mais estabelecidas que conhecemos muito porque as temos vindo a fazer desde sempre, como o vírus inativado, por exemplo, e temos plataformas muito novas que nunca tinham sido experimentadas para vacinas em ensaios clínicos. Assim, temos as que são baseadas em proteínas, temos o ácido nucleico, o RNA e o ADN, o RNA mensageiro. E estes são os exemplos. Temos o vetor viral onde se tem um vírus atenuado para transportar ADN. Temos, por exemplo, aqueles que utilizam uma plataforma de adenovírus para entregar. Nunca vimos isso antes, certo? E temos os habituais criados, os antigos que são os vírus ou subunidades de vírus quimicamente mortos que são cultivados em condições controladas. Aqui temos os exemplos dos chineses, mas

há muitos mais. Portanto, temos todas estas plataformas a serem desenvolvidas ao mesmo tempo, o que significa que podemos ter vacinas diferentes, esperemos. Com estes 200 candidatos, temos apenas 23 que são mais avançados nos ensaios clínicos. Isso não significa que serão bem sucedidos. Há muita propaganda neste momento sobre esta vacina, sobre aquela vacina. E já tiveram mil pacientes testados, 42 pacientes aqui e ali, mas nenhum deles passou ainda por todo o processo. Portanto, precisamos de estar atentos a todos os candidatos neste momento, porque ainda não sabemos quem será o candidato bem sucedido e qual será a imunogenicidade. Será que esta vacina vai precisar de duas doses ou de uma? Vai funcionar ou não para pacientes idosos?

(42:14)

Há ainda tantas incertezas no processo, mas temos algumas certezas que precisamos de construir capacidade de fabrico agora porque quem conseguir desenvolver uma vacina segura e eficaz não será capaz de aumentar a escala, aumentar a capacidade conforme necessário, e estamos a apontar com a vacina, o pilar COVAX, estamos a apontar para a entrega de dois mil milhões de doses até ao final de 2021, o que é um objectivo extremamente ambicioso. Mas isto significa que precisamos de mobilizar a capacidade em todos os continentes. E foi isso que já mencionei, que como parte deste ACT-Accelerator, não só temos a Federação Internacional de Associações de Fabricantes, que faz parte de grandes fármacos, mas também temos a Rede de Fabricantes de Vacinas dos Países em Desenvolvimento que inclui, por exemplo, vários dos produtores da América Latina. Portanto, isto é muito importante porque a vacina será, o adjuvante será produzido em algum lugar e preenchido e acabado muito provavelmente noutra lugar, para que possamos aumentar rapidamente.

(43:33)

A situação é também única de uma perspectiva regulamentar e de segurança e monitorização. Porquê? Porque precisamos de um alinhamento regulatório global a alta velocidade, neste momento. Por isso, estamos a trabalhar com os reguladores, especialmente aquilo a que chamamos as autoridades rigorosas, a

FDA e a EMA, em vários tópicos e já no desenvolvimento de produtos específicos, porque uma vez terminados estes ensaios clínicos, precisamos não só de obter uma licença rapidamente, mas também de nos certificarmos de que existe segurança e capacidade de monitorização, pelo menos nos países sentinela, para podermos aumentar a escala de uma forma segura. Portanto, estamos a trabalhar nestes dois... Quando digo que estamos, é principalmente a OMS, mas também a trabalhar com os seus parceiros, com os reguladores e também com os outros comités consultivos e a OMS tem grupos consultivos especializados em segurança. Portanto, há aqui três mensagens: há uma enorme carga de investigação e desenvolvimento a acontecer, não só com vacinas, mas também com terapêutica. Há 1700 ensaios clínicos em curso com terapêutica, enquanto falamos, em cerca de 200 ensaios de vacinas. Portanto, há muitas dessas coisas em preparação.

(45:06)

Mas então o facto é que se temos um problema, precisamos de ter um produto ao qual precisamos de assegurar um acesso equitativo e que haja uma alocação justa para qualquer produto, sejam eles terapêuticos ou uma vacina. E este é um resumo do quadro de atribuição e do mecanismo de atribuição que a OMS está a desenvolver em conjunto com os Estados-Membros. E, como já disse, passámos hoje pela terceira ronda. E isto está muito relacionado com o primeiro defeito que haverá uma produção escassa no próximo ano. Não teremos nada no mercado antes do final do ano, muito provavelmente em meados do próximo, e haverá uma escassez da vacina. Aprendemos com a experiência anterior com a preparação para pandemias, preparação para pandemias de gripe com o H1N1, onde tivemos uma situação clara em 2009, quando os países de elevado rendimento tiveram acesso a vacinas. Depois, quando os países com rendimentos mais baixos, especialmente os de rendimentos mais baixos e os de rendimentos mais baixos, já não tinham tanto acesso às vacinas, a pandemia tinha desaparecido, certo? Portanto, há um enorme esforço para assegurar que a distribuição ocorra de forma atempada em todos os países. Portanto, esta é uma, penso eu, ou algumas das preocupações que o Dr. Sáenz tinha levantado. Estamos também a trabalhar em cinco princípios de acesso equitativo. Um deles é a transparência, os valores éticos, a atribuição de verbas

para responder às necessidades de saúde pública, as abordagens flexíveis e rápidas de regulamentação e provisionamento, e também a colaboração com o ACT-Accelerator, na verdade, é uma plataforma de colaboração. Portanto, o que estamos a dizer a esta abordagem de todos os países que discutimos até agora, é que existem limitações porque não sabemos que tipo de produto será bem sucedido. Não conhecemos o perfil, não sabemos como é que vai funcionar. Por isso, tentamos trabalhar com o objetivo de saúde pública para proteger, diminuir a mortalidade, e proteger o sistema de saúde, o que significa vacinar primeiro os trabalhadores da saúde e da assistência social. Assim, a proposta é que trabalhe em duas fases neste quadro de afetação. A primeira fase seria até 20% para os Estados-membros que concordaram com ela, até 20% da sua população. Estes receberiam até 20% da sua população na primeira fase. E isto significaria que a recomendação seria os primeiros 3% porque, uma vez que se tenha uma vacina registada e licenciada, tem-se umas 100.000, 200.000, 300.000 doses a chegar todos os meses. Não virá como dois mil milhões ao mesmo tempo, certo? É o que eles dizem: "Vamos ter um acordo para que todos os países recebam doses para cobrir 3% da sua população". Os 3% da população dos países de elevado rendimento para os trabalhadores da saúde e da assistência social. E até 20% em adultos de alto risco que são pessoas com mais de 65 anos e pessoas de 30 a 70 com comorbidades, certo? Esta peça aqui, é de cerca de dois mil milhões de pessoas. Um e dois, são cerca de dois mil milhões de pessoas. Chamamos a isto Fase 1, certo? A Fase 2 iria aumentar a produção e poderia ser alargada a outros grupos prioritários, dependendo da situação, do contexto, da ameaça no país, e da vulnerabilidade como tem grupos vulneráveis que também precisam de ser vacinados. É assim que está a ser discutido com os Estados-Membros. Teremos também um tampão reservado para o destacamento de emergência com base nas necessidades imediatas, e isso significa para um surto algures, ou questões com populações refugiadas, situações humanitárias, etc. Mas como é que isto funciona na prática? Porque pode ter algumas coisas acordadas pelos Estados Membros no papel, mas precisamos do produto.

(50:02)

E para a parte do produto, e penso que isto responde a parte das preocupações que foram levantadas anteriormente, vamos discutir com os Estados-Membros três opções, certo? Poder-se-ia ter um mecanismo de acesso nacional onde se compra, pelo que se tem o caso destes países únicos que fazem acordos bilaterais. Temos alguns países ricos a fazer isso agora mesmo e eles podem ter um ou dois ou três ou quatro, cinco acordos bilaterais, talvez. E como é que sabe que estas serão as vacinas que terão êxito no final? Estar na Fase Três não significa que a segurança e a eficácia o levarão até ao fim. Assim, se um único país não pode fazer muito sozinho, poderia ter agrupado mecanismos de acesso para aquisições como o Fundo Rotativo da OPAS e assim por diante. E poderia ter um mecanismo de acesso global. E é a isto que chamamos o Mecanismo COVAX, que será acolhido por Gavi, mas não é um âmbito de rendimento geográfico tradicional de Gavi, porque continuaria a ter países que são financiados por Gavi através do dinheiro da ajuda ao desenvolvimento. Seriam também automaticamente associados a alguns pequenos Estados insulares. Assim, seriam cerca de 90 países que fariam parte desta instalação COVAX a receber as vacinas sem ter de desembolsar. Emitimos um convite à manifestação de interesse para países de elevado rendimento e países de rendimento médio-alto. O prazo foi na semana passada, 14 de Julho, sim, 14 da semana passada, e tivemos 77 países que manifestaram interesse em aderir ao Mecanismo COVAX. Portanto, o Mecanismo COVAX é, em grande medida, um tipo de mecanismo para investir em mais candidatos de uma só vez. E assim, os países teriam acesso, assumiriam um compromisso avançado no caso dos países de média-alta e alta renda. Se o Dr. Sáenz, por exemplo, a OPAS entrasse com 35 países, o seu Fundo Rotativo juntar-se-ia aos 35 países que já aderiram ao Mecanismo COVAX e manifestariam interesse. Agora, há tempo para os países assinarem os contratos e certificarem-se de que...

(53:14)

Aqui está o mapa. 76 no diapositivo, mas agora é 77 no final. E depois há os países que recebem, que beneficiariam porque fariam parte dos compromissos antecipados do mercado e a Facilidade iria, de qualquer forma, atender a estes 90 países. Portanto, este é o esquema que temos. Nós, OMS, Gavi, e CEPI estamos a

trabalhar em super estreita colaboração sobre isso quase diariamente. Para assegurar que temos o acordo dos Estados-Membros sobre quais seriam estes objetivos iniciais globais de saúde pública, um acordo sobre isto e um acordo sobre uma afetação inicial de três e até 20% na fase 1, quando os recursos são escassos, e um agrupamento de interesses num mecanismo global para que os países não tenham de lutar sozinhos. Não é que se vá lutar pelo mercado. Não, está a entrar num mecanismo que lhe facilitará a receção das doses que lhe foram atribuídas. Portanto, esta é a fase em que nos encontramos neste momento. Na semana passada, quinta e sexta-feira, nós, Gavi, OMS, e CEPI acolhemos a primeira discussão, uma consulta com os países autofinanciadores. E ontem e anteontem, a primeira consulta com estes países do lado direito que receberiam as vacinas através do mecanismo Gavi.

(55:06)

Isto está tudo bem? Estamos esclarecidos? Será que isto vai funcionar? O meu chefe, o Dr. Tedros, diz que temos um optimismo cauteloso. Estamos atentos a todos os nossos esforços para nos certificarmos de que existem mecanismos que uma vez provada a segurança e eficácia de uma vacina e licenciada, e depois seremos pré-qualificados pela OMS, que existe um quadro que garantirá que os países possam ter um acesso equitativo e não repetir os problemas que tivemos no passado com países de elevado rendimento a obterem antes de outros países. Por exemplo, um problema e penso que alguém irá levantar esta questão no chat é, evidentemente, que há acordos bilaterais a serem negociados entre países, mas há países que estão a fazer os acordos bilaterais e que também aderiram ao Mecanismo. Por isso, há muitas negociações em curso para garantir que saímos desta pandemia com um mundo melhor, com mais solidariedade, talvez com regras de mercado diferentes, pois qualquer produto COVID eficaz e seguro é um bem de saúde pública global. Obrigado. Vou parar por aqui.

(56:42) Professor Michael Moore

Muito obrigado, Dra. Mariângela, e essa foi uma apresentação muito atenciosa e abordou algumas das nossas questões. Tenho a certeza, porque temos dois

políticos e eu próprio fui político, tem algum cinismo e vamos abordar algumas dessas questões. Temos também uma série de questões. E eu queria apenas pegar na primeira, e isso é que estas apresentações vão ser disponibilizadas? E vão ser. Em primeiro lugar, o *webinar* foi gravado e estará disponível no website da Federação Mundial de Associações de Saúde Pública. E também com o vosso acordo, colocaremos também as vossas apresentações nesse sítio. Mas pediremos às pessoas que se lembrem da importância da propriedade intelectual, reconhecendo quando tiver utilizado o trabalho de outra pessoa. E também com o vosso acordo, colocaremos também as vossas apresentações nesse sítio. Mas pediremos às pessoas que se lembrem da importância da propriedade intelectual, reconhecendo quando tiver utilizado o trabalho de outra pessoa. Penso que algumas perguntas surgiram sobre decisões políticas. E vimos certamente a situação em que foi feito um acordo de 2 mil milhões de dólares entre os Estados Unidos e a Pfizer Biotech em relação a uma vacina em particular. E isso parece voar um pouco em face da noção do optimismo cauteloso que vemos. E no entanto os seus mapas, Mariângela, mostram o mundo inteiro, e os Estados Unidos não se encaixam nisso, certamente neste momento. Esperemos que isso mude. Pergunto-me se posso começar pela Dra. Rocío Sáenz e perguntar-lhe se partilha desse optimismo cauteloso. Preciso que desative o seu áudio. Obrigado.

(58:43) Dr. Rocío Sáenz

Muito muito obrigado. Tenho aqui alguns dos meus cães e, por vezes, é barulhento. Desculpem. Sim, partilho a sensação de que temos de ser cautelosos neste momento. É claro que, por um lado, sentimo-nos muito, muito otimistas porque há muito investimento em diferentes empresas e países para investir em como ter uma vacina muito rapidamente. Mas sabemos que as vacinas precisam de tempo e precisam de tempo não só para produzir a vacina, mas também para passar pelas diferentes fases. E também a produção: precisamos de um grande número de vacinas para todo o mundo. E quero dizer que estava a ler sobre as diferentes estratégias que a região e a OMS lidaram, mas também estou a tentar colocar sobre

a mesa que também precisamos não só de atribuir as diferentes percentagens de vacina. Talvez possamos falar um pouco mais tarde sobre isso, porque estamos a pedir um momento de equidade, não um momento de igualdade e, para isso, penso que temos de ter esta ideia em mente.

(1:00:50) Professor Michael Moore

É uma distinção muito, muito importante entre igualdade e equidade, e penso que o senhor faz um ponto muito importante. Vou passar à professora Sheila Tlou e pedir-lhe que aborde também essa mesma questão geral, mas também tivemos um comentário de um grupo, Home Doctors Uganda, que fala da importância dos cuidados de saúde primários em todo este processo. Agora, eu sei que tocou no assunto, Sheila, mas pergunto-me se poderia apenas desenvolver ambas as questões. E precisará de ligar o microfone.

(1:01:33) Professor Sheila Tlou

Muito obrigado. Permitam-me também dizer que também partilho desse optimismo cauteloso, mas com base nas experiências que tive, tanto como ativista, como ministro, como também como Diretor Regional da ONUSIDA, onde vi que por muito que digamos que os recursos serão partilhados igualmente, na vida real, eles não o são. Como ministro, costumava ter bastantes discussões com Gavi, porque eles diziam: "Bem, o Botswana tem recursos, você está bem estabelecido e, portanto, não se qualifica para Gavi", que é exatamente o mesmo gráfico que foi mostrado por Mariângela. O país não se qualifica. E eu diria a eles: "Olhem, algo tem de ser feito porque o Botswana não tem mais recursos do que os outros países africanos, é apenas bem governado, é só isso". Para que mesmo agora, quando se vê o mapa onde se vêem os países de rendimento médio: Botswana, África do Sul e Namíbia, quer dizer, torna-se um fardo para eles porque têm de utilizar os seus escassos recursos, enquanto outros países que por vezes têm recursos ainda melhores do que eles só porque não são bem governados conseguem isso. Quero dizer, agora este é o meu ativista que sai para dizer: "Olha, também mencionei tolerância zero para com a corrupção e o facto de em muitos países, 20 a 40% dos fundos serem desperdiçados através da corrupção e da ineficiência". Haverá um

mecanismo que a OMS ou que o COVIX vai fazer para garantir que existe realmente uma boa governação e mesmo que esses recursos vão para onde são mais necessários? Por exemplo, o que nos garante que quando essas vacinas são enviadas para os países e o senhor diz que estamos a dar prioridade aos trabalhadores da saúde, estamos a dar prioridade aos adultos mais velhos, o que nos garante que, quando eles me contactarem como ministro no Botswana, eu decido que, não, a minha família vai obtê-los primeiro? E depois também, como assegurar o acesso das pessoas que sempre foram rotuladas como de difícil acesso? Sabe, temos isso na gíria "são difíceis de alcançar", no entanto estão lá; não são difíceis de alcançar. Somos nós que somos difíceis de alcançar porque eles não conseguem chegar até nós. Por isso, descobrimos que continuará a ser a mesma coisa. Sim, era suposto ser assim, mas essas pessoas são difíceis de alcançar. É por isso que na minha ênfase estava a dizer que precisamos de responsabilização por parte de todos. Obrigado.

(1:04:16) Professor Michael Moore

Obrigado, Sheila, e essa questão da boa governação é tão crítica em tudo o que fazemos. E penso que é realmente importante manter uma ênfase sobre ela. Tentar geri-la é, claro, incrivelmente desafiante. E tenho algumas perguntas que sem dúvida, Mariângela, gostaria de retomar de alguns desses comentários. Mas eu tenho algumas perguntas. Uma é que em maio deste ano, a Reunião da Assembleia Mundial da Saúde declarou que a imunização COVID-19 seria um bem de saúde pública e tornou-se claro que os governos estavam a negociar pactos bilaterais e exclusivos multilaterais. Apresentou algo bastante diferente. Mas que significado e impacto pensa que a resolução sobre a Saúde Mundial significa agora? Será que isso encaixa no seu otimismo, no seu otimismo cauteloso? E será que pode, na realidade, simplesmente abordar o bem da saúde pública mundial?

(1:05:17) Dra. Mariângela Simão

Na realidade, a resolução COVID da Assembleia Mundial da Saúde é aquilo em que estamos a basear o nosso trabalho. Agora, temos o mandato que foi dado à OMS pela resolução da COVID. E será que isso impede um país de entrar em acordos

bilaterais? Não, é impossível, e sabe disso. Pode ser que a situação política mude e depois isto mude. Não muda. Mas é nesse contexto que podemos ter a certeza de que os Estados-Membros aprovaram a resolução e de que o acesso equitativo e justo e a atribuição de fundos se baseiam numa resolução que foi aprovada por todos os Estados-Membros, incluindo alguns dos que estão a fazer acordos bilaterais. Sei que isto recebe muita atenção dos meios de comunicação social, mas na verdade não são demasiados, certo? E é também como vos mostrei no mapa. Pode fazer acordos bilaterais com quatro ou cinco empresas ou talvez 10, pode, certo, mas só se for um país muito rico, mas não sabemos se vai ser uma vacina chinesa, uma vacina indiana, que vacina terá sucesso, certo? Portanto, pode estar a investir em algo que não vai funcionar, mas espero que esteja a fazer um bom investimento de qualquer forma. Mas a questão que a Sheila levantou sobre a garantia, sabe, o senhor tem sido ministro da saúde, sabe que os países têm autonomia para decidir as suas próprias políticas quando a vacina chegar ao seu território, certo? Podemos recomendar, a OMS tem a recomendação do grupo do Comité de Peritos, as recomendações políticas. E depois penso que é aí que é super importante que todos conheçam os critérios que estarão nas recomendações. Porque neste momento temos apenas objetivos globais de saúde pública, mas assim que tivermos uma vacina, haverá uma recomendação política. E depois a pressão da academia, a pressão da sociedade civil em geral, também a nível do país, para que os países sigam o que acordaram a nível internacional - é provavelmente o que poderá fazer a diferença. Michael, quer que eu continue, porque há aqui outras questões. Posso abordá-las? Como quer fazer isto?

(1:07:48) Professor Michael Moore

Também está a analisar as perguntas. Por isso, estou a tentar combinar algumas delas. Mas a que penso que gostaria de abordar uma sobre propriedade intelectual, penso que é importante. E também, penso que a pergunta sobre Gavi: é o melhor mecanismo? Se os conseguir abordar, isso será bom.

(1:08:07) Dra. Mariângela Simão

Quanto à propriedade intelectual, vemos que esta vai interferir com o acesso, pode

interferir com o acesso para a terapêutica na primeira fase, porque com os resultados a chegar, com exceção da dexametasona e possivelmente de outros medicamentos, pequenas moléculas, que têm realmente um impacto sobre os efeitos do vírus, não sobre o vírus em si, alguns medicamentos que não estão sob patente e assim por diante. Mas os restantes que estão a ser preparados são medicamentos de alto custo como a bioterapêutica, os anticorpos monoclonais. Por isso, esperamos e estamos a estudar o assunto neste momento. Enquanto falamos, existem grupos que trabalham sobre os aspetos da propriedade intelectual, a proteção, e a possibilidade de conseguir que os produtores biosimilares também se envolvam mais cedo, porque este é um produto biológico. Este é diferente de um químico ou de uma pequena molécula, em termos de não se ter um genérico, por isso é mais complicado. Portanto, esperamos que possa haver um atraso de dois ou três anos até ter um produto acessível. Isto precisa de ser tratado agora mesmo, à medida que os estudos começam a ser divulgados. Deveríamos ter alguns estudos mais robustos sobre isto, em meados de Setembro ou Outubro. Com as vacinas, a principal barreira para começar não é a PI, neste momento não é a PI, embora tenhamos alguns grupos que estão a analisar qual é a confirmação do panorama da PI. Há demasiados, há demasiados neste momento, há demasiados fatores. E os constrangimentos iniciais serão no que diz respeito à escassez. E Gavi já está a abordar a questão. Gavi fará negociações juntamente com a OPAS e a UNICEF e a OMS em termos de ter um limite máximo para o quanto seria pago pelos países de rendimento médio-alto e pelos países de rendimento elevado. Porque também há muito investimento público, muito dinheiro público nestes desenvolvimentos de vacinas, certo? E à exceção dos que estão a ser desenvolvidos nos EUA, agora, viram os quinhentos milhões de dólares colocados, e normalmente, não têm disposições de acesso associadas a eles. Mas outros países aparentemente têm algumas provisões em vacinas que estão a ser desenvolvidas e CEPI e assim por diante. Sobre a questão de saber se Gavi é o melhor, não é o mecanismo PIP, não é, sabe, nisto, porque aprendemos muito sobre o mecanismo PIP. Primeiro, demorou cinco anos a ser negociado. E neste momento controla uma carteira muito pequena de vacinas a serem entregues a países com rendimentos médios e mais baixos. Nesta fase, estamos a falar de um mundo diferente. Portanto, é um mecanismo que

será acolhido por Gavi, mas tem um tipo de governação diferente. A OMS e outras partes estão na governação, mas teremos um conselho de países participantes. Portanto, isto é algo que ainda estamos a desenvolver.

(1:12:01) Professor Michael Moore

Por isso, muito obrigado. Irei à Dra. Rocío Sáenz e, por todos os meios, abordarei qualquer uma das questões que já foram colocadas, mas há duas questões que me parecem importantes. A primeira é sobre os trabalhadores essenciais. Falámos de populações vulneráveis, sócio-económicas, claro, desempenha um papel, a cultura indígena é importante, mas onde é que os trabalhadores essenciais se encaixam? E quero que pensem em trabalhadores essenciais, trabalhadores da saúde, claro, mas também outros trabalhadores essenciais, polícia e assim por diante. Como é que eles se encaixam num programa baseado na vulnerabilidade? E pode também abordar a questão da produção local: qual será, na sua opinião, a possibilidade de produção local de vacinas e o papel que poderá desempenhar na distribuição equitativa? Começemos, então, pela Dra. Rocío Sáenz.

(1:13:03) Dr. Rocío Sáenz

Creio e espero que este investimento global para produzir a vacina esteja também a decorrer em paralelo com a forma como os investimentos são feitos nos países, e penso que esta ideia precisa de ter em conta a posição que o país tem e a região tem, como eu dizia antes, o Brasil, a Costa Rica, o Panamá, e outros países que também já têm alta tecnologia e conhecimento e recursos humanos a um nível elevado para produzir e fazer parte da resposta global para os produtores de todo o mundo. Mas também, este tipo de instituições que temos na região e nos países precisam de investimento: investimentos nacionais, talvez também investimentos públicos, mas também de empresas globais. E penso que se eles puderem fazer uma transferência tecnológica, e o acordo global permitir e permitir que o façam, se não for ilegal, podemos realmente fazer parte desta resposta global, reforçando a capacidade na região e também nos países. Mas penso que também é importante, como digo na minha apresentação, não esperamos que as empresas transfiram o risco ou o custo. Esperamos uma boa relação que permita o desenvolvimento da tecnologia nos países e que haja uma relação equitativa nesta arena global, e não

que haja apenas uma empresa que eu tenha de pagar pela sua produção. Neste momento precisamos, o mundo precisa de todas as pessoas para crescer e desenvolver a tecnologia a nível regional e local.

(1:16:00) Professor Michael Moore

E a Professora Sheila Tlou, pergunto-me se poderá não só abordar estas questões, dar a sua opinião, ver o que tem a acrescentar, mas também sobre a questão da hesitação e medo de vacinas. Temos também uma pergunta sobre essa questão. Pergunto-me se poderá simplesmente abordar essa questão. Depois de ouvir a sua resposta, vou dar a cada um dos oradores a oportunidade de fazer apenas um resumo do seu ponto de vista e um muito, muito breve, um minuto, e depois vou concluir o *webinar*. Portanto, Sheila. Precisamos que ligue o microfone.

(1:16:46) Professor Sheila Tlou

Então, na minha apresentação, afirmei como é importante que os países participem nos ensaios globais de vacinas. Digo isto porque, mesmo antes de ser ministro, estava na Universidade do Botswana e participei na Rede de Ensaio de Vacinas contra o VIH. Como parte disso, temos um instituto da SIDA. Isso fez-nos ter os conselhos consultivos comunitários, e fomos capazes de educar o nosso povo sobre o que é que é necessário. E eles foram capazes de se voluntariar, sabe, sem quaisquer receios do que vai acontecer. Assim, e tivemos mesmo de ir ao Parlamento para convencer os membros do Parlamento a dizer, quando forem aos vossos círculos eleitorais, tentem isto, isto é o que temos. E eles foram capazes de espalhar a mensagem. E precisamos desse mesmo aspeto agora mesmo para que os países participem nestes ensaios de vacinas, para que os seus cidadãos saibam o que é. Caso contrário, têm essas teorias da conspiração de onde, sabem: "Vão vacinar-nos com coisas que nos vão tornar estereis, coisas que não funcionam". Portanto, isso é necessário. Para que, sabe, para mim, eu sei que é uma série de julgamentos em curso, mas mesmo assim, gostaria de exortar muitos dos nossos países, especialmente os países de muito baixos rendimentos em África, a participar. Eles têm universidades e podem colaborar com institutos internacionais para que tenhamos um candidato a ser julgado no Botswana, outro

a ser julgado na Namíbia, outro no México, outro na Costa Rica, outro na Índia. Dessa forma, ninguém pode questionar que tipo de produto é este e se nos vai prejudicar. E penso que é aí que essa falta de conhecimento, essa ignorância é realmente a coisa que está a tornar as pessoas tão cautelosas, de modo que mesmo quando essa vacina é encontrada, sabe, ficaria espantado como nalguns países eles estão realmente a dizer: "Nós nem sequer a queremos". Portanto, é realmente um problema, sim.

(1:18:58) Michael Moore

Muito, muito obrigado, Sheila. A última questão que gostaria de abordar era uma questão sobre conflito de interesses. Vê no slide como agradecemos aos nossos patrocinadores, a Universidade de Genebra, a Equipa de Intervenção Internacional de Política de Imunização, e a Pfizer. A questão era: por que razão aceitaríamos dinheiro da Pfizer, se se tratava de uma subvenção completamente sem ligação, e se permite que a Equipa de Intervenção prossiga o seu trabalho? Claro que sim, se conseguíssemos gerir sem dinheiro, claro que sim, e isto é sempre um desafio para organizações como a nossa. Mas apreciamos esse apoio. Depois de ouvir de cada um de vós apenas uma síntese final, irei a um vídeo sobre o Congresso Mundial de Saúde Pública. Mariângela, posso começar com vocês, por favor?

(1:19:56) Dra. Mariângela Simão

Refere-se às observações finais? Vamos lá então. Penso que esta tem sido uma discussão muito boa e também gosto de ver as perguntas no chat, porque penso que a realidade é que precisamos neste momento de soluções muito pragmáticas, precisamos de estruturas que já existem, e que serão úteis na ligação. Concordo totalmente com a Sheila em termos da investigação e desenvolvimento que as instituições de investigação e os participantes como... e já há muito disso a acontecer, porque há demasiados produtos e os investigadores vão atrás, os produtores também vão atrás da epidemia, uma vez que a pandemia se está a deslocar das diferentes regiões. E com isso, gostaria de dizer que estamos a contar muito com a Rede de Fabricantes de Vacinas dos Países em Desenvolvimento, que está presente em 17 países e já tem 50 associados, e contamos com estas parcerias

para podermos aumentar a produção de qualquer vacina que se revele segura e eficaz. Penso que é importante, é a minha última observação, que a transparência nos processos é fundamental porque é fundamental para a responsabilização e estamos a tentar ser muito transparentes, é importante que a nível do país, a sociedade civil e outras partes interessadas também responsabilizem o governo porque o acesso é um compromisso político. O acesso é uma decisão política no final do dia. Para que o acesso seja justo e equitativo, é necessário que os governos se comprometam a fazê-lo de forma transparente. E penso que, mais do que nunca, precisamos de soluções que possam ser utilizadas em todo o mundo em todos os países. E isto é importante. Obrigado por isso.

(1:22:10) Professor Michael Moore

Isso conduz muito bem às questões de que Sheila estava a falar, e ela poderia apenas gostar de escolher uma ou duas mensagens para serem levadas connosco para casa para refletir.

(1:22:20) Professor Sheila Tlou

Para mim, é realmente agradecer à OMS pela sua liderança nesta situação global. Tendo trabalhado com eles durante bastante tempo, sei que estão realmente prontos e que são capazes de trabalhar com os países e influenciá-los. Mas quero simplesmente salientar que o acesso equitativo significa, em última análise, que os líderes dos países são responsáveis perante os seus cidadãos. Por isso, não devemos esquecer essa parte. Gostaria de uma situação em que, quero dizer, este tem sido um *webinar* muito informativo, e sei que as pessoas têm gostado muito, pois vejo alguns comentários mesmo no meu telefone, mas espero que possamos realizar mais. E um dos que eu gostaria de ter é onde convidamos oradores da sociedade civil a discutir o que estão a fazer neste momento para responsabilizar os seus líderes para que quando uma vacina é desenvolvida e disponível, haja esse acesso equitativo mesmo a nível nacional. Portanto, seria realmente fantástico. Obrigado.

(1:23:25) Professor Michael Moore

Obrigado. E à Dra. Rocío Sáenz. Precisa de ligar o microfone.

(1:23:35) Dr. Rocío Sáenz

Mais uma vez, lamento. Obrigado pelo convite para estar aqui com estas mulheres fascinantes, Sheila e Mariângela, e também obrigado, Michael, por nos dar a oportunidade. E penso que as últimas palavras que quero dizer é que, como mulher latino-americana, estamos na região mais desigual do mundo. E a ideia da minha apresentação foi que, dadas estas condições, precisamos de um verdadeiro compromisso de igualdade de tratamento sobre como abordar a COVID-19 e mais além, e para que isso aconteça, é importante alargar o sistema de saúde, a saúde primária, o investimento na indústria nos nossos países, e o compromisso de compreender os processos regulatórios nos países. Mas também precisamos de equidade para não ser apenas um compromisso político a nível do país. A equidade precisa de compromisso a nível global. E para que isso aconteça, cada estratégia tem de ser revista de um ponto de vista ético. Está a contribuir para este novo mundo, um mundo novo que é mais equitativo, e não vende apenas produtos. E penso que este é o meu último comentário.

(1:25:29) Professor Michael Moore

Muito obrigado. Uma das coisas que a Federação Mundial das Associações de Saúde Pública faz através dos seus mais de 100 membros a nível internacional, é tentar influenciar os governos e a advocacia a ser feita, antes de mais, através da construção de parcerias com outros. E é, notei que um comentário foi que alguém notou que eu sou membro do Rotary International. Na verdade, sou o Governador do Distrito de Rotary International. E é uma organização que, em primeiro lugar, iniciou um projeto para se livrar da poliomielite do mundo quando havia 350.000 casos. Neste momento, há cerca de 87 casos, penso eu, e isto apesar da COVID-19. Olha, há muitas, muitas coisas que fazemos como indivíduos e como grupos e como governos que podem fazer a diferença. E o que tem sido mais comum, o que temos falado hoje é de recordar essa questão de equidade, não de igualdade, mas de

equidade. É uma distinção muito importante a fazer, e é algo que tem sido absolutamente fundamental no que estamos a fazer. Quero agradecer à Dra. Rocío Sáenz, à Dra. Sheila Tlou, à Dra. Mariângela Simão. Muito obrigada por tudo o que puseram em prática. E poderemos continuar esta discussão porque a Equipa de Intervenção da Federação Mundial das Associações de Saúde Pública sobre Imunização fará mais alguns *webinars*, mas também teremos workshops no nosso Congresso Mundial sobre Saúde Pública, e espero que os meus colegas em Genebra passem agora um vídeo, um vídeo muito curto para concluir sobre essa conferência. Está em condições de o fazer agora, Maria? E enquanto ela está a fazer isso, vou salientar que já tivemos quase quatro mil pessoas que têm assistido ao nosso *webinar* ou no Facebook, onde tem sido transmitido, tem chegado muito, muito amplamente. Preciso muito os seus esforços. Seremos capazes de fazer isso?

(1:27:43) Video

UM TEMPO EXTRAORDINÁRIO

ONDE ESTAR SEPARADO

PARECE SER A ÚNICA FORMA

PARA SE MANTER EM SEGURANÇA

COMO APROXIMAR AS PESSOAS, MANTENDO A DISTÂNCIA?

ESTAMOS À ALTURA DO DESAFIO

DE FORMA VIRTUAL COM O 16º CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA

UMA EXPERIÊNCIA DE EVENTO COMPLETA ONLINE ALOJADA NUMA

PLATAFORMA VIRTUAL INOVADORA

MAIS DE

WEBINARS DE CONTEÚDO CIENTÍFICO

DEFRUTE de conteúdo científico com qualidade

tanto ao vivo como a seu pedido

com uma maior escolha de tópicos,

incluindo um canal dedicado à COVID.

MAIS DO QUE ACESSÍVEL

Junte-se ao nosso evento

Em qualquer lugar

Qualquer fuso horário
Qualquer dispositivo
MAIS DO QUE O TRABALHO EM REDE
CONECTE-SE com uma audiência maior e global
MAIS DO QUE INTERACÇÃO
INTERAJA com oradores e colegas
através de chat ao vivo, perguntas e respostas, sondagens e inquéritos
MAIS DO QUE EXPOSIÇÃO
DESCUBRA todas as últimas inovações
e entre em contacto com os nossos patrocinadores
na área de exposição virtual para uma nova experiência
MAIS DO QUE SINERGIA
Partilhe conhecimentos com profissionais
de todo o mundo
PROMOVER A EQUIDADE
DE UMA FORMA SUSTENTÁVEL
Tornar-se virtual é tornar-se verde.
UMA FERRAMENTA ÚNICA PARA
Contactos
Informação
Conteúdo científico
Inquéritos
Interação
ESTA É A FORMA DE ASSEGURAR A SAÚDE PÚBLICA
UM NOVO FUTURO
UMA NOVA HUMANIDADE
5 Dias
8 Plenárias
30 Diálogos de Liderança Mundial
150 Workshops
984 Comunicações orais
2.221 Cartazes

O WCPH TORNA-SE VIRTUAL

E VOCÊ?

Registe-se em *wcph2020.com*

CO-PRESIDENTES DO CONGRESSO

CONECTE-SE PARA FAZER A DIFERENÇA,

CONECTE-SE PARA QUE ISSO ACONTEÇA.

(1:30:27) Professor Michael Moore

Obrigado a todos pela vossa participação. É imensamente apreciada. Houve uma questão sobre se este *webinar* foi gravado: foi. E para as apresentações, *wfpha.org*, Federação Mundial das Associações de Saúde Pública pode também ser pesquisado no Google. Boa noite da minha parte, bom dia para onde for apropriado, ou mesmo boa tarde.

ANEXO 4 - Programme of the Event: “People’s Global Summit” - 29 June - 2 July 2022

	10 minute sessions - Dignity	5 minute sessions - Dignity	30 minute sessions - Dignity
	10 minute sessions - Buen Vivir	5 minute sessions - Buen Vivir	30 minute sessions - Buen Vivir
	10 minute sessions - Ubuntu	5 minute sessions - Ubuntu	30 minute sessions - Ubuntu
	10 minute sessions- Respect	5 minute sessions - Respect	30 minute sessions - Respect
	Keynote session CINGO President Gerhard Ermischer and with Anna Rurka.	Keynote session Mr Cornelius Williams, Director Child Protection Programme Team and Global Chief of Child Protection at UNICEF	Keynote session Fernanda Raverta, Executive Director of the National Social Security Administration (Spanish: Administración Nacional de la Seguridad Social)
	English	English	English / Español
	LIVE OPEN MIC SESSION	LIVE OPEN MIC SESSION	LIVE OPEN MIC SESSION
LIVE OPENING CEREMONY - welcome - Antonio Guterres, UN Secretary -	Keynote session Mr Lochhead, Minister for Just Transition, Employment and Fair Work	Keynote session Dr. Liberato C. Bautista is the President of CoNGO—The Conference of Non-Governmental Organizations in Consultative Relationship with the United Nations.	Keynote session Rebeca Grynspan, Secretary-General of United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD)
LIVE Keynote session & Interactin with the audience Dr. Kumi Naidoo, environmental and climate activist	English	English	English
Keynote session Alison Phipps, UNESCO Chair for Refugee Integration through Languages and the Arts Hyab Yohannes, Academic Coordinator FOR THE Culture for Sustainable and Inclusive Peace Network Plus project Tawona Sitholé, Artist-in-residence with the UNESCO Chair at the University of Glasgow Piki Diamond Māori indigenous academic developer and doctoral candidate at Auckland University of Technology	Keynote session Layne Robinson, Head of Social Policy, Commonwealth Secretariat	Keynote session Peter Beresford, Citizen participation and user involvement activist. Member of PowerUS	Keynote session Representatives of Global Student Forum
English/German/ te reo Māori/ Tigrinya/ Shona/ French/ Arabic / Русский	English	English / Hungarian	English
live panel UNESCO RILA Those Left Behind: Radical Dependency, Arts and Refuge	Live panel Commonwealth Youth Programme Redefining and Reclaiming 'Youth' Principles in a Post-Pandemic World	Live panel - Power Us "How can we promote participatory ways of working with governance and regulation?".	Live panel Global Student Forum Don't cut our Future! A fair, sustainable, and inclusive Education for the Future.
English/German/ te reo Māori/ Tigrinya/ Shona/ French/ Arabic	English	English	English
LIVE OPEN MIC SESSION	LIVE OPEN MIC SESSION	LIVE OPEN MIC SESSION	LIVE OPEN MIC SESSION
Keynote session Joachim Mumba, IFSW President and Ana Radulescu, IFSW Vicepresident	Keynote session Oliver Greenfield, Green Economy Coalition Convener. Najma Mohamed, Green Economy Coalition, Policy Director	Keynote session Sylvia Daisy Romanus – Chair of Commonwealth Organisation for Social Work Kathleen McCourt, President Commonwealth Nurses & Midwives Andrew Larpent, Chairman, CommonAge Peter Oborn, Senior Vice President, Patricia Scotland, Secretary-General of the	30 minute sessions - Buen Vivir
English / Spanish	English	English / Spanish	
Live panel IFSW the transition to work in a new eco-social world	Live panel GREEN ECONOMY The Social Contract on Trial: How can we fix the relationship between citizens and state?	Live panel COSW The consequences of the Covid-19 pandemic for the role and practice of social work around the world	Closing ceremony
English - Spanish	English	English	
Keynote session Tarcila Rivera, founder of the International Indigenous Women's Forum	Keynote session Karene-Anne Nathaniel, social work educator	Keynote session Sarah Banks, Professor at Durham University, UK Teresa Bertotti, President of the EUROPEAN Jane Shears, IFSW Ethics Commissioner Michelle Shum, Assistant Professor & Director Ana M. Sobočan, Professor (Assistant) at Maria Jesús Úriz, Professor at Public University	
English / Spanish / Hungarian	English / Portuguese	English / Spanish/ Русский	
Live panel UNRISD Mobilizing Research and Action for a New Eco-social Contract	Live panel IASSW Social Work for Peace, Solidarity and Support and Response to Violence and Wars	Live panel SWERG Beyond the pandemic: Exploring social work ethics and values as a contribution to a new eco-social world	
English	English	English	

LIVE OPEN MIC SESSION	LIVE OPEN MIC SESSION	LIVE OPEN MIC SESSION
Keynote session Remco van de Pas on the Economic incentives in Global Health.	Keynote session Rosa Pavanelli. General Secretary of the global union federation Public Services International	Keynote session Adriana Guzmán. Member of Bolivian movement Community Feminism Against Patriarchy
English / French	English	English / Spanish
Live panel - WFPHA Economic-financial drivers of an unequal world English	Live panel PSI Quality Public Services for a Better World English	Live panel Aportes del Trabajo Social Descolonial al Buen Vivir* (Buen Vivir: Principio filosófico de los pueblos originarios de Abya Yala) Spanish
Keynote session Shahrazad Sabet. <i>Fellow at New York University's Institute for Public Knowledge</i>	Keynote session Hugh Salmon. Director Global Social Service Workforce Alliance	Keynote session - ICSW Antonio López Peláez Chaime Marcuello Servós René Schegg Sergei Zelenev English - Portuguese
English	English / Русский	
Live panel Baha'i International Community's	Live panel SSW ALLIANCE Supporting social service workers in emergency contexts to ensure no one is left behind	Workshop sessions - Ubuntu
English	English	
30 minutes sessions - Buen Vivir	30 minutes sessions - Ubuntu	30 minutes sessions - Dignity
Keynote session Dra. Karina Batthyány. Executive Secretary English / Spanish	Workshop sessions - Dignity	Workshop sessions - Ubuntu
Live panel CLACSO Towards an Ecosocial transition in Latin Spanish	Workshop sessions - Buen Vivir	Workshop sessions- Respect
LIVE OPEN MIC SESSION	LIVE OPEN MIC SESSION	LIVE OPEN MIC SESSION
10 minute sessions - Dignity	5 minute sessions - Dignity	30 minute sessions - Dignity

ANEXO 4A - Programa do Evento: “People’s Global Summit” - 29 Junho a 2 Julho de 2022

	Sessões de 10 minutos - Dignity	Sessões de 5 minutos - Dignity	Sessões de 30 minutos - Dignity
	Sessões de 10 minutos - Buen Vivir	Sessões de 5 minutos - Buen Vivir	Sessões de 30 minutos - Buen Vivir
	Sessões de 10 minutos - Ubuntu	Sessões de 5 minutos - Ubuntu	Sessões de 30 minutos - Ubuntu
	Sessões de 10 minutos - Respect	Sessões de 5 minutos - Respect	Sessões de 30 minutos - Respect
	Sessão Principal Presidente das CONGLs Gerhard Ermischer e Anna Rurka. Inglês	Sessão Principal Sr. Cornelius Williams, Diretor da Equipa do Programa de Proteção Infantil e Presidente Global de Proteção Infantil na UNICEF. Inglês	Sessão Principal Fernanda Raverta, Diretora Executiva da Administração Nacional de Segurança Social. Inglês / Espanhol
	SESSÃO AO VIVO, ABERTA AO PÚBLICO	SESSÃO AO VIVO, ABERTA AO PÚBLICO	SESSÃO AO VIVO, ABERTA AO PÚBLICO
CERIMÓNIA DE ABERTURA AO VIVO - acolhimento - António Guterres, Secretário Geral	Sessão Principal Sr. Lochhead, Ministro da Transição Justa, Emprego e Trabalho Justo. Inglês	Sessão Principal Dr. Liberato C. Bautista é o Presidente das CONGS - a Conferência das Organizações Não-Governamentais numa Relação Consultativa com as Nações Unidas. Inglês	Sessão Principal Rebeca Grynspar, Secretária Geral da Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD). Inglês
Sessão Principal AO VIVO e Interação com a audiência Dr. Kumi Naidoo. Ativista Climático e Ambiental. Inglês	Sessão Principal Layne Robinson. Responsável Máximo pelo Desenvolvimento de Política Social no Secretariado da Commonwealth. Inglês	Sessão Principal Peter Beresford. Cidadão Participante e Ativista para o Envolvimento do Utilizador. Membro da PowerUS. Inglês / Húngaro	Sessão Principal Representantes do Fórum Global de Estudantes Inglês
Sessão Principal Alison Phipps, Presidente da UNESCO para a Integração de Refugiados através das Línguas e das Artes. Hyab Yohannes, Coordenador Académico do Projeto da Rede para a Cultura e Paz Inclusiva e Sustentável. Tawona Sitholé, Artista Residente com a Presidente da UNESCO da Universidade de Glasgow. Piki Diamond, Desenvolvedora Académica do Povo Indígena Māori e Candidata a Doutoramento Inglês / Alemão / Māori / Tigrínia / Xona / Francês / Árabe / Russo			
Painel ao Vivo UNESCO RILA Deixados Para Trás: Dependência Radical, Arte e Refúgio Inglês / Alemão / Māori / Tigrínia / Xona / Francês / Árabe	Painel ao Vivo Programa da Juventude da Commonwealth Redefinir e Reivindicar os Princípios da «Juventude» num Mundo Pós-Pandemia. Inglês	Painel ao Vivo PowerUS «Como podemos promover formas participativas de trabalhar com governação e regulação?» Inglês	Painel ao Vivo Fórum Global de Estudantes Não estraguem o nosso futuro! Uma Educação justa, sustentável e inclusiva para o Futuro. Inglês
SESSÃO AO VIVO, ABERTA AO PÚBLICO	SESSÃO AO VIVO, ABERTA AO PÚBLICO	SESSÃO AO VIVO, ABERTA AO PÚBLICO	SESSÃO AO VIVO, ABERTA AO PÚBLICO
Sessão Principal Joachim Mumba, Presidente da Federação Internacional dos Trabalhadores Sociais (IFSW) e Ana Radulescu, Vice-Presidente da mesma federação (FSW). Inglês / Espanhol	Sessão Principal Oliver Greenfield, Coordenador da Coligação da Economia Verde. Najma Mohamed, Coligação da Economia Verde. Director do Desenvolvimento das Políticas. Inglês	Sessão Principal Sylvia Daisy Romanus - Presidente da Organização da Commonwealth para o Trabalho Social. Kathleen McCourt, Presidente da Federação de Enfermeiras e Parceiras da Andrew Larpent, Presidente da CommonAge. Peter Oborn, Vice-Presidente Sénior da Patricia Scotland, Secretária Geral das Inglês / Espanhol	Sessões de 30 minutos - Buen Vivir
Painel ao Vivo Federação Internacional dos Trabalhadores Sociais A transição para o trabalho num novo mundo eco-social. Inglês / Espanhol	Painel ao Vivo Economia Verde O teste do Contrato Social: Como podemos consertar a relação entre cidadãos e estado? Inglês	Painel ao Vivo Organização da Commonwealth para o Trabalho As consequências da Pandemia da COVID-19 para a função e prática do trabalho social em todo o mundo. Inglês	Cerimónia de Encerramento
Sessão Principal Tarcila Rivera, Fundador do Fórum Internacional de Mulheres Indígenas. Inglês / Espanhol / Húngaro	Sessão Principal Karene-Anne Nathaniel, Educadora de Trabalho Social. Inglês / Português	Sessão Principal Sarah Banks, Professora na Universidade de Durham, UK. Teresa Bertotti, Presidente da Associação Jane Shears, Comissária Ética da Federação Michelle Shum, Professora Assistente e Diretora Ana M. Sobočan, Professora Assistente na Maria Jesús Úriz, Professora na Universidade Inglês / Espanhol / Russo	
Painel ao Vivo Instituto de Pesquisa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Social Pesquisa de Mobilização e Ação para um novo Contrato Eco-Social. Inglês	Painel ao Vivo Associação Internacional de Escolas para o Trabalho Social Trabalho Social para a Paz, Solidariedade e Suposte e Resposta para a Violência e para as Guerras. Inglês	Painel ao Vivo Grupo de Investigação da Ética para o Trabalho Social Para Além da Pandemia: Exploração da ética e dos valores para o trabalho social como contribuição para um novo mundo eco-social. Inglês	

SESSÃO AO VIVO, ABERTA AO PÚBLICO	SESSÃO AO VIVO, ABERTA AO PÚBLICO	SESSÃO AO VIVO, ABERTA AO PÚBLICO
Sessão Principal Remco van de Pas com Incentivos Económicos da Saúde Global. Inglês / Francês	Sessão Principal Rosa Pavanelli. Secretária Geral da Federação Sindical Global de Serviços Públicos Internacionais. Inglês	Sessão Principal Adriana Guzmán. Membro da Comunidade de Feminismo do Movimento Boliviano contra o Patriarcado. Inglês / Espanhol
Painel ao Vivo Federação Mundial de Associações de Saúde Pública Os Motores Económico-Financeiros de um Mundo Desigual. Inglês	Painel ao Vivo Prestação Social para a Inclusão Serviços de Qualidade Pública para um Mundo Melhor. Inglês	Painel ao Vivo Aportes del Trabajo Social Descolonial al Buen Vivir* (Buen Vivir: Principio filosófico de los pueblos originarios de Abya Yala). Espanhol
Sessão Principal Shahrazad Sabet. <i>Colega no Instituto para o Conhecimento Geral da Universidade de Nova Iorque</i> Inglês	Sessão Principal Hugh Salmon. Diretor da Aliança Mundial da Força de Trabalho para os Serviços Sociais. Inglês / Russo	Sessão Principal - ICSW Antonio López Peláez Chaime Marcuello Servós René Schegg Sergei Zelenev Inglês / Português
Painel ao Vivo Comunidade Internacional Bahá'í Inglês	Painel ao Vivo ALIANÇA SSW Apoio aos trabalhos de serviço social em situações de emergência para garantir que ninguém é deixado para trás. Inglês	Sessões de Workshop - Ubuntu
Sessões de 30 minutos - Buen Vivir	Sessões de 30 minutos - Ubuntu	Sessões de 30 minutos - Dignity
Sessão Principal Dra. Karina Batthyány. Secretária Executiva do Inglês / Espanhol	Sessões de Workshop - Dignity	Sessões de Workshop - Ubuntu
Painel ao Vivo Conselho Latino-americano de Ciências Sociais Em direção a uma transição ecosocial na Espanhol	Sessões de Workshop - Buen Vivir	Sessões de Workshop - Respect
SESSÃO AO VIVO, ABERTA AO PÚBLICO	SESSÃO AO VIVO, ABERTA AO PÚBLICO	SESSÃO AO VIVO, ABERTA AO PÚBLICO
Sessões de 10 minutos - Dignity	Sessões de 5 minutos - Dignity	Sessões de 30 minutos - Dignity

ANEXO 5 - Presentation of Keynote Speaker Tarcila Rivera Zea, Founder of the International Indigenous Women's Forum

My name is Tarcila Rivera Zea, Quechua Chanca from Peru.

At the national level I am the president of Chirapaq, which is an Indigenous association that is the base of the Continental Network of Indigenous Women and is responsible for the continental coordination of organizations from the three Americas.

I am the founding president of the International Indigenous Women's Forum, which is an international mechanism that responds to the needs of participation and advocacy in international global spaces with the leadership of Indigenous Women from different regions.

We find ourselves in this role now to talk about this very important issue because , there are approximately 480 million Indigenous Peoples around the world. If we consider that we women represent half that number, we are a high average, bordering the 250 million Indigenous Women from all regions of the world. Actually, Indigenous Women participate in two scenarios, and perhaps three. We participate in the scenario as part of the Indigenous Peoples' movement, but from our, let's say, feminine perspective.

And we participate in the general women's movement, that is the feminist movement, which also fights for common agenda items, where Indigenous Women have managed to be recognized and to be active participants in global and regional processes where women's rights are discussed, but also trying to share all this wealth that we have as Indigenous Peoples, as Indigenous Women.

It is as if we have to be dividing ourselves in the different scenarios, always influencing international, regional and global policies, based on what happens in local spaces. For example, when we talk about the loss of natural life, the environment, clean air, clean water, we have first-hand information from the organizations themselves that are based in the communities and when we have to discuss at the global level these are not abstract discourses, because they come from the reality and the needs of women in the different generations.

We have spent many years moving from a vision of collective rights to a vision of individual rights as Indigenous Women, because when we started as a movement it

was impossible to say out loud that there was gender violence in the Indigenous world.

It was not possible.

And little by little, as we began to speak out and take a position, we tried to point out that we are living in times where there is respect for human rights.

Therefore, to think or maintain the discourse that the past was wonderful or that the Indigenous Peoples did not have problems of gender inequality is unsustainable, because we are currently suffering the same sexism and the weight of a patriarchal power. And on top of that, a racist, exclusionary power.

Looking at and considering the impact of the injustices, because we aspire for justice. But there are historical injustices, such as the structural racism and the pending agenda in the countries to achieve equal opportunities for Indigenous women in relation to non-indigenous women.

So, we have to identify at a global level, how it is that in colonized countries, or states that formed from colonies, we still have a strong impact, in terms of exercising power in our lives from a totally racist vision.

Racism must be understood as an ideology that takes place in practices, in the expression of exclusions, inequalities, and mainly through discriminations.

This is an aspect that for us as women and as Indigenous Peoples, is becoming more and more visible, and we are raising our voices.

This injustice, which comes from a totally colonial and colonialist mentality, in its new expression, means that for girls, young women and women access to a pertinent quality education is pending; access to health, as the pandemic has shown us, is pending; access to decent employment is pending.

It has taken us 25 - 26 years in the regional and global level to articulate the efforts made by FIMI throughout the 20 years of its existence..

I say this because of the efforts put in from the local to the global level to coincide with the priorities of the agenda of Indigenous Women in the world.

Therefore, from the perspective of Indigenous Women, this vision of defending the collective rights is important now that there is a lot of talk about the impact of climate change and what this impact has to do with the lives of Indigenous Women.

For example, related to territorial rights, , we have a fully agreed priority at the

global level within the defense of collective rights, on the eradication of violence. One of the important aspects for us globally, is that environmental damages and environmental problems are also violence against the lives of Indigenous Women, girls and youth.

Thus, the priority of defending collective rights, including the rights that correspond to living with freedom, autonomy, self-determination and free from all forms of violence, is a consensus which is also connected to collective rights and individual rights as Indigenous Women.

And it is something that should make us reflect, because international efforts are being made in the different conferences at a global level where agreements are reached and where our states commit themselves to implement policies.

Nevertheless, when we arrive at the national or local scenario, we see how the existence of domestic laws has great barriers for the implementation of and access to those new agreements. One example of it is the right to justice, while we have problems of different types as women, as Indigenous Peoples.

Something must change.

Global conferences must be scenarios where we can say things clearly and I do not know if we can be heard, but we must speak up so that the purpose is not financial profits but the plentiful lives of people and our environment which is essentially nature from which we live and drink.

We really need a modern and visionary social contract, that will lead us towards the construction of multidimensional relationships with balance and respect.

In this sense, we need to shake up our consciences, so that this new commitment is built based on what is happening in the world. It cannot be that we have so many years into peacebuilding since the post-war commitments were signed, and yet when one looks at any region of the world, there is less peace, stability and respect.

We need to listen to each other. Indigenous Peoples still hope of being heard in relation to the knowledge and the practice of life that we have had, especially in relation to Mother Nature.

Today we must put down the economic aspirations and the ambitions of economic and political power to look towards a more promising future.

Countries that have more advanced legislations are not always optimal in their implementation, because it depends precisely on the practice and the conception and vision of the politicians who has access to power.

I believe that there must also be a critical view of the politicians who exercises public power for a country with diversities whether cultural, ethnic or any other, and comply with what the states have committed to in the 2030 Agenda.

We must be very clear about this path.

How are we going to fulfill these commitments?

Like building peace, building equality...

I believe that we have a very long road ahead of us, and it is up to us, the leaders of social movements, to continue speaking out loudly in all the platforms when it is possible.

This vision of what we want for the future must bring us together.

Hopefully, more of us will be able to voice out and share positive aspects to build and to call for reflection for this new commitment from now on.

That is the hope.

Where education is of quality for all, where access to justice is not a privilege based on money or power relations.

Where health is easily accessible to all, and where the right to a decent, well-paid job is a reality.

And the hope that violence will diminish and disappear and that there will be a possibility of building societies that are devoid of discrimination and violence.

That is the hope that we have as Indigenous Peoples, as Indigenous Women, because, as you know, we try to defend life and produce life, not only our own but also that of Mother Nature.

ANEXO 5A – Apresentação da Oradora Principal Tarcila Rivera Zea, Fundadora do Fórum Internacional de Mulheres Indígenas

O meu nome é Tarcila Rivera Zea, Quechua Chanca do Peru.

A um nível nacional, sou a presidente da Chirapaq- uma associação indígena- que é a base da Rede Continental de Mulheres Indígenas e é responsável pela coordenação continental das organizações das três Américas.

Sou a presidente fundadora do Fórum Internacional das Mulheres Indígenas, que é um mecanismo internacional que responde às necessidades de participação e advocacia e liderança de Mulheres Indígenas de diferentes regiões em espaços internacionais mundiais.

Encontramo-nos neste existente papel para falar sobre esta questão importantíssima, uma vez que existem cerca de 480 milhões de pessoas indígenas em todo o mundo. Se considerarmos que nós, as mulheres, representamos metade desse número, somos uma média elevada, fazendo fronteira com os 250 milhões de mulheres indígenas de todas as regiões do mundo.

Na verdade, as Mulheres Indígenas participam em dois cenários, ou até, talvez em três.

Participamos no cenário como parte do movimento dos povos indígenas, mas da nossa, digamos, perspectiva feminina.

Além disso, participamos no movimento geral das mulheres, que é o movimento feminista, que também luta por pontos comuns do programa. Neste movimento, as Mulheres Indígenas têm conseguido ser reconhecidas, bem como, participantes ativos em processos mundiais e regionais, nos quais não só os direitos das mulheres são pontos de discussão, mas também tentam compartilhar toda a riqueza que temos como povos indígenas, especialmente como Mulheres Indígenas.

É como se tivéssemos de nos dividir nos diferentes cenários, sempre influenciando as políticas internacionais, regionais e mundiais, com base no que acontece nos espaços locais. Por exemplo, quando falamos da perda da vida natural, do meio ambiente, do ar puro, da água limpa, temos informação em primeira mão das próprias organizações que estão baseadas nas comunidades e quando temos de discutir a nível mundial, estes não são discursos abstratos, porque estes provêm da realidade e das necessidades das mulheres nas diferentes gerações.

Durante muitos anos, como Mulheres Indígenas mudamos de uma visão de direitos coletivos para uma visão de direitos individuais, uma vez que quando começamos como um movimento era impossível dizer em voz alta que havia violência de gênero no mundo indígena.

Não era possível.

No entanto, pouco a pouco, quando começámos a falar e a tomar uma posição, tentámos salientar que estamos a viver numa época em que os valores dos direitos humanos dispõem de um grande respeito.

Portanto, pensar ou manter o discurso de que o passado foi maravilhoso ou que os povos indígenas não tinham problemas de desigualdade de género é insustentável, porque atualmente estamos a sofrer do mesmo sexismo e do mesmo peso de um poder patriarcal. Além disso, de um poder racista e de exclusão.

É necessário olhar e considerar o impacto das injustiças, uma vez que aspiramos à justiça. Contudo, existem injustiças históricas, como o racismo estrutural e a agenda pendente nos países para alcançar a igualdade de oportunidades para as Mulheres Indígenas em relação às mulheres não indígenas.

É como se tivéssemos que nos dividir nos diferentes cenários, sempre a influenciar políticas globais, regionais e internacionais, baseados no que acontece nos espaços locais. Por exemplo, quando falamos da perda de vida natural, do ambiente, do ar limpo, da água limpa, temos informação em primeira mão das próprias organizações que estão baseadas nas comunidades e quando temos de discutir a nível global que estes não são discursos abstractos, porque vêm da realidade e das necessidades das mulheres nas diferentes gerações.

Passámos muitos anos para conseguirmos ultrapassar de uma visão dos direitos coletivos para uma visão dos direitos individuais como Mulheres Indígenas, porque quando começámos como movimento era impossível dizer em voz alta que havia violência de género no mundo indígena.

Isso não foi possível.

E pouco a pouco, quando começámos a falar e a tomar uma posição, tentámos salientar que vivemos em tempos em que há respeito pelos direitos humanos.

Portanto, pensar ou manter o discurso de que o passado foi maravilhoso ou que os Povos Indígenas não tiveram problemas de desigualdade de género é insustentável, porque estamos atualmente a sofrer o mesmo sexismo e o peso de um poder patriarcal. E ainda por cima, um poder racista e de exclusão.

Olhando e considerando o impacto das injustiças, porque aspiramos à justiça. Mas existem injustiças históricas, tais como o racismo estrutural e a agenda pendente nos países para alcançar a igualdade de oportunidades para as mulheres indígenas

em relação às mulheres não-indígenas.

Sendo assim, temos de identificar, a nível global, como é que nos países colonizados, ou estados formados a partir de colónias, ainda temos um forte impacto, em termos de exercer poder nas nossas vidas, a partir de uma visão totalmente racista.

O racismo deve ser entendido como uma ideologia que tem lugar nas práticas, na expressão de exclusões, desigualdades, e principalmente através de discriminações.

Este é um aspeto que para nós como mulheres e como Povos Indígenas, está a tornar-se cada vez mais visível e estamos a erguer a nossa voz.

Esta injustiça, que vem de uma mentalidade totalmente colonial e colonialista, na sua nova expressão, significa que para as raparigas, mulheres jovens e mulheres o acesso a uma educação de qualidade pertinente está pendente; o acesso à saúde, como a pandemia nos mostrou, está pendente; o acesso a um emprego decente está pendente.

Levou-nos aproximadamente 25-26 anos, a nível regional e global, para articular os esforços feitos pela FIMI ao longo dos 20 anos da sua existência...

Digo isto devido aos esforços desenvolvidos desde o nível local ao global, para coincidir com as prioridades dos planos das Mulheres Indígenas no mundo.

Portanto, da perspetiva das Mulheres Indígenas, esta visão de defender os direitos coletivos é importante agora que se fala muito do impacto das alterações climáticas e do que esse impacto tem a ver com as vidas das Mulheres Indígenas. Por exemplo, em relação aos direitos territoriais, temos uma prioridade plenamente acordada a nível global na defesa dos direitos coletivos, sobre a erradicação da violência. Um dos aspetos importantes para nós a nível global, é que os danos ambientais e os problemas ambientais são também violência contra as vidas das Mulheres Indígenas, tanto como raparigas, como jovens.

Assim, a prioridade da defesa dos direitos coletivos, incluindo os direitos que correspondem a viver com liberdade, autonomia, autodeterminação e livres de todas as formas de violência, é um consenso que também está ligado aos direitos coletivos e individuais como Mulheres Indígenas.

E é algo que nos deve fazer refletir, porque estão a ser feitos esforços

internacionais nas diferentes conferências a nível global, onde se alcançam acordos e onde os nossos Estados se comprometem a implementar políticas. No entanto, quando chegamos ao cenário nacional ou local, vemos como a existência de leis nacionais tem grandes barreiras para a implementação e acesso a esses novos acordos. Um exemplo disso é o direito à justiça, enquanto temos problemas de diferentes tipos, como as mulheres, como os Povos Indígenas.

Alguma coisa tem de mudar.

As conferências globais devem ser cenários onde possamos dizer as coisas claramente e não sei se podemos ser ouvidas, mas devemos falar para que o objetivo não seja o lucro financeiro mas sim a vida abundante das pessoas e do nosso ambiente, que é essencialmente a natureza da qual vivemos e bebemos. Precisamos realmente de um contrato social moderno e visionário, que nos conduza à construção de relações multidimensionais com equilíbrio e respeito. Neste sentido, precisamos de abanar as nossas consciências, para que este novo compromisso seja construído com base no que está a acontecer no mundo. Não pode ser que tenhamos tantos anos a construir paz desde que os compromissos do pós-guerra foram assinados, e no entanto, quando se olha para qualquer região do mundo, há menos paz, estabilidade e respeito.

Precisamos de nos ouvir uns aos outros. Os Povos Indígenas ainda esperam ser ouvidos em relação ao conhecimento e à prática da vida que temos tido, especialmente em relação à Mãe Natureza.

Atualmente, temos de pôr de lado as aspirações económicas e as ambições do poder económico e político para olharmos para um futuro mais promissor.

Os países que têm legislações mais avançadas nem sempre são ideais na sua implementação, porque depende precisamente da prática e da conceção e visão dos políticos que têm acesso ao poder.

Creio que deve haver também uma visão crítica dos políticos que exercem o poder público para um país com diversidades culturais, étnicas ou quaisquer outras, e cumprir aquilo a que os Estados se comprometeram na Agenda 2030.

Temos de ser muito claros quanto a este caminho.

Como é que vamos cumprir estes compromissos?

Como construir a paz, construir a igualdade...

Creio que temos um caminho muito longo pela frente, e cabe-nos a nós, líderes dos movimentos sociais, continuar a falar em voz alta em todas as plataformas, quando for possível.

Esta visão do que queremos para o futuro deve unir-nos.

Esperemos que mais de nós sejam capazes de exprimir e partilhar aspetos positivos para construir e apelar à reflexão para este novo compromisso a partir de agora.

Esta é a esperança.

Onde a educação é de qualidade para todos, onde o acesso à justiça não é um privilégio baseado no dinheiro ou nas relações de poder.

Onde a saúde é facilmente acessível a todos e onde o direito a um trabalho decente e bem remunerado é uma realidade.

E a esperança de que a violência diminua e desapareça e que haja a possibilidade de construir sociedades que sejam desprovidas de discriminação e violência.

Essa é a esperança que temos como Povos Indígenas, como Mulheres Indígenas, porque, como sabem, tentamos defender a vida e produzir vida, não só a nossa mas também a da Mãe Natureza.

ANEXO 6 - Vaccines for older adults

Vaccines for older adults

https://www.facebook.com/watch/live/?ref=watch_permalink&v=291114986464703

<https://youtu.be/KtOG2GmS1Sk>

[Prof. Michael Moore]

Good morning, good evening, good afternoon
and welcome to this in the series of webinars from the
global task force on immunization of
the World Federation of Public Health
Associations

Let me begin by sharing with you that
I sit on the land, the traditional lands,

the Ngunnawal people and I pay my respects
to elder's past and present and I extend

that respect to any indigenous people that
are with us at the webinar today.

Today's webinar is one that is looking
at vaccination amongst the elderly.

And what has happened is that we
have done a piece of research

and we're using that piece of research
as the basis of this webinar.

And it reminds me that it's important to remind us
just how critical it is for older people to be vaccinated.

Of course, we've had COVID-19 and that has
been a strong reminder but we don't want

to just remain with that thought, because we've
been fantastic in many, many countries

that vaccinating children, but there have been things
like pneumococcal, varicella, that have been

largely ignored by or with very small numbers of people
who have been vaccinated and it's something that we really

need to change. I'm going to have the first slide

and introduce the speakers that we have with us today,

If you can bring it up for us, please Maria.

While Maria is doing that,

I'll begin with Dr. Marta Lomazzi.

Dr. Lomazzi is the executive manager

of the World Federation of Public Health Associations.

She holds a post with the University of Geneva and

has been behind the whole set of actions that

have been taken by the World Federation

particularly with regard to immunisation.

So, as we don't appear to have the introductory

slides with the photos that Razieh prepared,

I'll go to Doctor Lomazzi and ask her if she would,

She would start this seminar and I'll introduce

each of the other speakers as they come on.

[Dr. Marta Lomazzi]

Thank you very much, Michael, for this kind introduction. I hope you can see my slide.

It's my pleasure to give you a brief overview about the project that we run in the last year

about strengthening vaccination policies for older adults.

The aim of this project was to map out the countries that are performing best in vaccinating these target populations, both considering the number of vaccines offered as well as the coverage that is reached within a target population.

So the project was very broad and started with an in depth literature analysis.

And this analysis was associated with the analysis of the most important database,

with reading data about vaccination.

Of course, we enlarge the discussion

with key opinion leaders including the Minister of Health, and we did

a survey with our members, the National Public Health Association,

so to get a different perspective about vaccination.

The first step as I told you, It's an endoscopy review so we went to all articles focusing on a series of a vaccine

that were important for us.

And we did the analysis to

PubMed, Google Scholar, Cochrane Library.

Concerning the database that we analysed

the main focus was on WHO UNICEF immunisation portal
and we associated that analysis with discussion

with leaders at WHO, global forum and within a regional
and national level of public health.

So we retrieved about 330 articles, but
of interest only 6 were really focusing

on older adult vaccination. Let me highlight that
for this specific target population we focus on 50 +.

Then, when analysing the portal, WHO UNICEF portal,
we realised that only influenza data

have been disaggregated for older adults
and presented both information on availability

of the vaccine and the coverage.

So why other vaccine were available

but there were no information about the coverage data?

And since the aim of the project was to really

define the countries performing best,
we needed to have information about coverage.

So we started from the hypothesis that countries
with a very good coverage for influenza

may have very good coverage also for other disease
that could be prevented via vaccination

and that can have even at worst impact
on the health of the older adults.

And so we decided to put as a treasurer 70%
of coverage for influenza and to extract it

to countries per income region and to go
deeper in the analysis with these countries.

The choice to have to count his per income region
was based on the fact that we wanted to give an example

and to share best practice to be applied in
different contexts and different settings.

The country selected were Chile and Oman as High income,
Thailand and Brazil as upper middle income and

Mongolia and Bhutan as lower middle income.
Unfortunately, no country in the lower income

countries have a good influenza vaccination coverage,
and that's why were excluded from the search.

So what we did next? We contacted
the Minister of Health NIH,

we discussed with our network within these countries and
we realised that our hypothesis was confirmed just for Brazil.

In the other countries, very few vaccination were offered in addition to influenza to the older adult population.

And it was very difficult indeed to get more details from Oman and Bhutan. These informations were associated then with a survey we've done with our members, asking them about the

vaccination in place, the coverage, the protocols, as well as discussing the best practices

and the challenges they had to face to implement those processes in their countries.

And here is the result. So first, the list of vaccines that were evaluated: Influenza, Diphtheria,

Tetanus, Pertussis, Pneumococc, Hepatitis B and Herpes Zoster.

And on the left, on your screen are the list of countries and territories that performed well according to our analysis.

Of course, could be the other countries are performing well too, even better, but it was not possible to retrieve any data.

So Canada, US, Taiwan and Brazil have seven vaccines for those diseases impacting the older adults.

And interesting enough as you can see here, we could collect the coverage data for all

the vaccines only for Canada.

So even while the countries

and territories like USA and Taiwan
were not able to provide all the data.

Brazil was better placed concerning data collection
and we have, as you can see here, information

about influenza, Listeria, Tetanus and Hepatitis B.

The only country that could be taken

out of our research as performing well, so at least five
I've seen the for the target population, was El Salvador.

So first, the fact that we have a lot
of problems in collecting data,

and that data are often not disaggregated for this specific
population of older adults is a result in itself.

And this is extremely concerning in an ageing
population as the one we are living in nowadays.

So what we did next? The next step have been to run
a focus group with two experts

from the selected countries, experts that have
experience in the policy and advocacy but also

in the implementation in the community in the country

Level. And some of these experts are with us today

and will comment into recommendations,
they were driven out of the focus group.

So all experts agreed on four main areas
that should be developed more to implement

efficiently vaccination for older adults.

Communication, access, central government support
and funding and surveillance and monitoring.

Very briefly, because then our panellists will discuss
these recommendations,

the main focus has been on communication.
Communication means increased awareness

from early childhood to make people understand the
importance of being vaccinated all along

the lifespan and means also education of the
policymakers that need to understand

the value of vaccination and the return on investment.
Of course communication means also mass media

campaigns that are evidence based,
supported by the institution of the

countries and by the leaders, cultural, political,

or religious, indigenous leaders.

The second recommendation is about access.

We need to have a stronger system to guarantee

easy access to vaccination, but we need also innovative ideas.

The older adult population is very broad. 50+

means that this population is still working.

So we may need for a part of the population

to opt for a version of bringing to the workplace,
the vaccination structure, while for the part of the

population that is no longer working, we may need to find
other kinds of access like bringing the vaccination in communities

recreational structure or home to whom and
maybe to consider also to allow other kinds

of public and professional in addition to
nurses and physicians to vaccinate,

for example: social workers, pharmacists and so on.

The third point was central government at support,

at support and funding. It's very important to
have a clear strategy that is sustainable funded,

and this is even more important in countries with
sub national territories. So to guarantee the best

investment to reach the best outcome. And last but not least, surveillance and monitoring.

Without data it's impossible to understand if the programmes are working well, which changes are needed

and to make effective advocacy with policymakers.

With COVID-19 we have observed that new registries have been created

and this can be the kickoff of the development... for developing registries for all diseases

with population disaggregated by age, so the older adult population too, that will

inform and help all the next step.

And I will stop here.

Thank you very much for your attention.

[Prof. Michael Moore]

Thanks very much Marta.

And it's those recommendations that we're going to use as the key element

of what... of our discussion today.

Before we start the discussion,

I'd like to introduce our panellists.

And the first of the panellists as

per the slide is Catherine Troisi.

Dr. Troisi is an associate professor

in community health and practice in epidemiology
at UG Health in Houston, School of Public Health.

She has been the Assistant Director of the Houston Health
department and now teaches public health leadership

and has research interests, infectious diseases,
epidemiology. She has also been engaged strongly
with the American Public Health Association.

Ramon Da Costa Saavedra holds a Master's in public

health and epidemiology and currently works
the immunisation programme in the department

of epidemiological surveillance in the state of Bihar
in Brazil. He's studying the effects of

COVID 19 as part of his doctoral programme.

Dr. Ian Gemmil is the public health is

a public health physician, who's worked
in local public health in Canada for over

40 years. He's a graduate of the Faculty of Medicine at
Queen's University in Kingston, Ontario.

A Public Health Fellow of the Royal College of Physicians and Surgeons in public health and preventive medicine.

He's also an associate professor in the Department of Family Medicine at Queen's University.

Muh-Yong Yen graduated from the school of medicine in Khartoum Medical University in Taiwan,

and has competence training and Infectious Diseases at the general Veteran's Hospital. He received

further education in Columbia University in the US molecular biology and the National Sun Yat Sen University,

where he obtained an EMBA. He is an associate professor in the Department of Internal Medicine

and at the national Yang Ming Xiao Tong University in Taiwan, and focuses on infectious diseases.

Jane Barratt. Dr. Barratt is the Secretary-General of the International Federation of Ageing,

an international non-government organisation with general consultative status with the

United Nations and its agencies and its informal relations with the WHO.

Population ageing disability across

the life course, have been Jane's

passionate interest, and we're very fortunate to have her with us.

So, I'd like to begin the discussion on those recommendations and start with

the first of those recommendations around communication and ask Jane to begin that, Dr. Barratt, followed by Ramon.

[Dr Jane Barrat]

Thank you very much, Dr. Moore Michael, and also Dr. Lamazzi, for the findings.

I think if we step back a little bit, Michael, I think we must recognise

the limitations of this study.

You know, what this study

has really shown us, is there's very little research being actually dedicated to adult vaccination

and to the level that we need it to make really clear recommendations and to advocate. So, I commend the World Federation

for public health associations, thank you for that. I think it's also important to recognise that data is not available.

Pre-COVID data was not available, and also the disaggregation of data is not available. And it's not good enough to just say 65

and over anymore, because we know the impact of normal ageing and also immunocompromising conditions.

So I just put that out there as a backdrop to more work that's required. If we switch to communication of which

we know a fair bit about, the IFA has done a lot of work in this area of communication. So we know from, you know,

10 and 15 country studies that you start off with a comprehensive life course approach to vaccination,

the implementation of that and that's not happening in many countries across the world. This playing off of generations has to stop.

We actually know that we've got to vaccinate throughout life, and someone in their 70s is equally important, have the same rights

as someone in their 50s. Secondly, clear communication strategy.

We are assuming through our public health agencies of government

that everybody has the same level of health literacy.

And that's just not the case.

We have to actually create targeted strategies and they can't only sit on complicated websites,

because, you know, probably about 45% of the world is not connected, not connected. And yet a lot of our information

sits on websites. So we've got to define the audience. Messages to people with cardiovascular disease in their later stages

might be subtly different to those that are healthy, ageing people. We've got to use multiple tools and channels.

You know, Brazil has an excellent campaign for influenza, but nothing on pneumococcal, nothing on shingles,

nothing on pertussis, but they have fourth of May, where I think that there's more than 83 million people

that are vaccinated against influenza.

So multiple tools and channels,

you know, posters on transportation system the lead up to a communication strategy

is also critically important. And I was really interested Marta that shingles was not there.

Because it's not only diseases that kill people, it's diseases that impact the functional ability.

And finally, I really think the engagement and support across sectors and across disciplines is critically important.

So if we're actually creating a campaign for people with diabetes, get the dermatologist

at the table, because we need to actually

examine an integrated pathway to vaccination.

So excellent start Marta and the IFA commends the World Federation. Thank you, Michael.

[Prof Michael Moore]

Thanks, Jane. Before I go to remind Marta you might like to explain why shingles and baricella virus was not

included in the decision making. Is it just one of those things where you've got so many choices?

And so you restrict your research or was there a particular reason?

[Dr. Marta Lomazzi]

No, there was not a particular reason. We try to focus on the most important vaccine to have first insight

and see how many data we could retrieve, any concern considering the difficulty

to get data for the other vaccine we have decided for the moment to focus on that. We also explore other like yellow fever that are very important in developing countries, but we got no data at all. Not even one article.

So this was a kind of pile, the first step, but much more needs to be done at a different level.

[Prof. Michael Moore]

Thanks, Marta and I think that's a very good explanation,
but we can't lose sight the point that Jane's making.

It's also about people continuing to live in a reasonable way.
It's not just about preventing death or very, very serious disease.

Ramon, can I go to you now please to reflect
on the report and perhaps Jane's comments, as well.

[Ramon Saavedra]

Hello, everyone, thank you. I'd like to, just like
to congratulate the group for the collective construction

and for the opportunity to participate in these important
to work and congratulate especially to Dr. Marta Lomazzi

for the brilliant presentation. I think it's important to point
some particularities of the existing Brazil now to reflection.

Then, it's clear for ours, there is some cultural of humanization
that exists in Brazil society in the past decades, has been enjoined

over time. But the disk perception
of new generations, who will no longer live

with the sick people is less accurate, so they did not
understand the vaccine as something essential.

The new parents, the youngest parents.
And it's necessary. The Health Service

adapts the current composition of the population
and the near the needs enabling for example:

access to vaccines, alternatives and extend our
adult importance is for that is to carry out

vaccination at home, seeking to heat air in remote
populations in rural areas or use with greater

access detectors. And last but not least, unfortunately,
I need to repeat this, we were experiencing a

terrible political crisis in Brazil and the current president
does great service by taking and standing against

vaccination we don't have that diversity now
we used to communication advertise campaigns combined to the
dissemination of false information or fake
news from it by the service specific groups.

Then I think there's more the big problem in Brazil
now is his fight about fake news and

dissemination of information about specific vaccines. Thank you.

[Prof Michael Moore]

Thanks, Ramon. You really emphasise a major point
that I've been making for many years that the nature

of public health is that it is political, and never has

it been more dramatic than in Brazil at the world.

Perhaps it was pretty dramatic in the United States with a previous president as well. But it is something

to keep in mind because politics has so much influence on public health. I'm now going to go to

Dr Ian Gemmill and Prof. Yen, both of whom have just a few slides to assist. So starting with Ian

and then and if we can just bring his slides up and they're going to talk about the second

element are the recommendations around access, but touch on other things as well.

So Maria, if we can have the slides for Dr. Ian Gemmill, that would be terrific.

[Dr. Ian Gemmill]

Thanks for this Moore and thanks for the invitation to participate. It's interesting that Canada has a well-developed

health system but even here we have challenges in adult immunisation, which I think really will

support and reflect what you've already heard spoken about before.

First of all, just a little bit about context.

We can go to the second slide, please.

We deal in Canada with a unique situation and our Canadian Constitution health is a provincial matter

and we have a 13 provinces and territories across our country and each one is responsible for setting it up

and developing the programs and funding the health system. So and that applies to immunisation as well.

And then we also have many, many players involved in our immunisation system.

And we try to coordinate them but they're not always as coordinated as we want them to be.

First of all, we have the regulatory branch of Health Canada, which is a very federal government which licenced

safe and effective vaccines. The Public Health Agency of Canada, which is our National Public Health Organisation,

an epidemiological organisation that monitors disease, but also supports our national immunisation technical

advisory group called the National Advisory Committee on immunisation and NACI makes recommendations

on the use of licenced vaccine based on the Safety effectiveness, cost effectiveness

and also according to an ethical framework.

We also have a national group called the Canadian immunisation Committee,

which tries to coordinate all of these different players and the programmes differently across Canada.

But it's the Ministry of Health in the various provinces and territories that actually decide which vaccines are recommended

and are paid for and they set up their own publicly funded system. So it's a very complex system. Bottom line is that whether

there are national recommendations, it is the provinces and territories that fund the vaccine, so they vary sometimes considerably

from jurisdiction to jurisdiction. We've already talked about shingles and an example of this is

that we do not have shingles vaccine available to adults in every part of our country on a

National public-funded basis. And so the residents access to vaccine depends on where they live

and their ability to to pay for them. Just go out to the next slide please.

I think this slide will reflect many of the things we'll be talking about today, in terms of what the gaps are,

and I hope that we'll have some solutions, but I agree with what's already been said.

It needs to be recognised that we need to fund vaccines we need to fund that promotion.

We direct our politicians to get behind this and it's not always the easiest thing to do. So the things that we've

identified in our country, our lack of recognition of the importance of adult immunisation, it's still the focus is on kids.

And while that's really important, too, we kind of left the adults behind. We don't have consistent recommendations

from health professionals of which would make things much easier because as we all know,

the recommendation of a primary care provider is the most important factor in whether somebody

gets a vaccine or not. And then there's misunderstanding about the risks and about the safety. We had people who with Coronavirus,

adults who are a significant proportion, adults who decline this very safe and effective vaccine and put themselves and

others at risk as a result. Then there are missed opportunities for immunisation and I wish that

we had systems in which every patient encounter is considered a vaccine a review as well.

But we're not quite there yet.

Although we are moving

towards this more as we're moving away
from fee for service kind of model to a

more of a comprehensive care model.
And then finally, there's still lots of

people who are afraid. They're afraid of the
needles and they're afraid of the pain and so on,

and we're not doing enough about that.
Then in terms of the policy, we

already mentioned that we have a situation in Canada,
in which not all provinces are providing vaccines equally.

And so all of the other things you're going to hear
about today are made even more difficult because

of this very patchwork approach to vaccine availability.
We also have to remember in accessibility

or inconvenience people who are either live remotely
people who, perhaps who are busy with many other

things in their lives, whether it's their work, or getting
food on the table, we need sometimes to go to places where

the people are who needs the vaccines and we're starting to do
that more and more in Canada as well. Also looking at other

professional groups to help us with this. So
for example, previously only physicians

and nurses under a physician's direction could give
vaccines and now we're sending to use pharmacists,

and community pharmacists in many areas.
We also have a lack of comprehensive data

on adult vaccine coverage because we don't
have the databases we've had some false starts

we've had some movement towards this, in some areas.
Coronavirus is giving us an opportunity because that

did provide a chance to do a more comprehensive
approach of data collection where if you don't

have the data, then you don't know how to design the
programmes better and where you need to go to get more

and more people immunised and then there's the lack of
the inoperable electronic records that I just mentioned.

So connect the last slide please. Just to talk about the
positive side, happy side. And this slide I think does

reflect some of the solutions that you've seen, heard
about earlier in this web seminar communication,

informing and educating at all levels, particularly the
politicians is progressing we said public health and

immunisation is political. We found that out all too well during the Coronavirus pandemic here in Canada,

health professionals to keep promoting the value of vaccine and of course the public. There's still a

lot of work to be done in this country on convincing some people to take vaccines you may

have seen our international exposure through the... it was a blockade of our parliament area by people who

did not want to have a vaccine mandate. And then finally improving immunisation data through better records

and registries. So I'd say one final thing and that's it. I really liked the programme that they have in the US

where kids if they're eligible, they get all the vaccines we need that it for older adults as well.

And we needed to have our good political support and funding for that. That would make a huge difference.

In Canada we do not have a national immunisation programme. We have 15, provincial and territorial ones. And I think that

that's gonna make things problematic for us generally. But I think that some of the solutions that we're hearing

in other areas are going to help us even though we may not be able

to change our constitution. So thank you very much,

Professor Moore, and I'll look forward to this discussion.

[Prof. Michael Moore]

Thanks very much, Ian. And that was a really interesting insight as we're waiting for the slides, the doctor

Muh-Yong Yen to come on. I did want to comment about the registry because COVID-19 as in Australia

give us the chance to now have a full internet full all age register, whereas we had quite a good child

register about a very poor one for all of life and that is now being implemented. So some

good things can come out of some, some very awful things. So Maria,

do we have the slides they have for Dr. Mung-Yong Yen?

And as we're waiting, I will just hand over,

well there they are, handover to Dr Yen.

And if you can come off mute Dr. Yen then we can, we'll be good.

We still have you on mute

You came off and then went back on again.

Nearly there.

All right. Good. Now we got you Thanks very much.

[Dr Mah-Yong Yen]

Yeah. Okay. So, I will speak for Taiwan immunisation vision and strategy and this is a private sector.

As you have discussed, there's a gap and weakness in the propaganda or promotion of the government for the adults immunisation.

So, I would like to start from the vision of the tele immunisation, vision and strategy. It is mainly for the communication

to improve access and to raise, through raising the public awareness to perceive the severity of the Asian

people and the threat from the infectious diseases.

As the I agree on the view that the COVID-19

has increased the awareness of the vaccination to all the age to people.

So this is what we have been doing for the past years.

The current immunisation of vision as strategic society

is efficacy grew from by medical experts.

And we have a press conference at

each and every major event to promote vaccinations like in the TV, tuberculosis days, we will promote

the..in the long term care facility for the importance of the Why for promoting the TBI.

We also promote the importance of the vaccination in the long term care facilities and also

through the media we also have online social media to implement all kinds of accessibility to families,

parents, and so on. Especially we have a very big press conference for the top 10 vaccine news of the year. And that will be becoming, the sparking lights in the media,

because they will discuss what's happening for the issue about the various parts in like in 2021

about the Coronavirus and like Influenza etc. And then it's very important for us to improve

the awareness is to fighting against anti vaccines groups and some kind of misinformation, I think these two are

different issues. There were so many misinformation about the COVID-19. So we have, as the medical

experts, we improve all credibility for and the trust for the peoples

so they will increase the vaccination rates, and of

course it's very important that we need transparency.

And there's some issue about the safety
in the civil lawsuits right now and

we do need that kind of study and transparencies.
But last of all it's very important for the task is

to provide massive education for physicians
because we all agreed and we see the evidence

that doctors are the most important channels
to assess the patients. So to communicate with the

medical professionals about how to educate
people on the benefits of doctor's suggestion,

and then persuade and improve the willingness of adults
to give a solution for infectious disease.

So we urge doctors and teach them and other
medical professionals to more active

in recommending each and every vaccinations
to the elderly. So, can I have the next slide please?

So I will now introduce in addition to what
the recommendation consensus recommendation,

we have a shift last time that we need to do the details
situation is in Taiwan. Taiwan is the global leader

when it comes to children vaccination.

We have coverage rates of all kind,

like MMR and TDTBs for over 90, about 95% at least.

But when we come back to adult vaccinations,

Take influenza, elderly Influenza, it is a public fund, you can get the visa freely but we have only got 50% of vaccination rate

coverage in the age, aged people over 65 therefore COVID-19 is the beginning it's good because of the propaganda

and the news and the accessibility but for the third doses of the safety issue is dropped, I mean, the booster dose

is dropped to 40%. So how to assess to improve the coverage rate? As I just mentioned, we need

transparency and credibility to fight against misinformation.

And also it's very important in Taiwan to link

to health care systems. In Taiwan, it's universal, we have natural health insurance coverage. That's about 99% of the populations.

So we have a national health insurance card.

So through these mechanisms, we have a good

accessibility country that as I said, over 99% of population coverage, and it's very convenient

to go to the clinics and see the doctors and get the recommendation and suggestion and then

we receive the notice but they're in the hospitals or any critical field. So, the physicians access

from the physicians is very important is especially in those people who had barriers because of the family

hesitancy or they have many multiple comorbidities.

But it's because they have this kind of comorbidities

they would visit hospitals and get the information and get a sense of vaccination there. And then we have a driving

force from the local government. We have a budget from the local government. I will said that later.

But anyway, in major event, we have the mobile vaccination teams for influenza, for pneumococcus, like in long term

care facilities. And in the major events like which we have many mass vaccination

sites in the community set up by the local community and also we have this system of sub-district neighbourhood

system from the Department of Civil Affairs, in a combination with the Department of Health.

They would make this network complete. And then the last would be the gunwale that people are.

I think it's very important to use the network in

primary care health system because there's a

very wide coverage through the whole community
for those to access to those who won't come out

because as a severity, so just simply by go to nearby
clinic, you will get the vaccination there.

So there's there's a very good example that as we like
to improve the coverage rates of COVID-19

in the long term care facilities, we have from the local clinic,
clinicians of the primary care systems,

they just get into the institutes and vaccinate.
They're in the nursing homes.

And then we have public health centres in each district,
especially in rural area.

The nurse is allowed to practice so called a needle strategy
without doctors supervise. In Taiwan,

only doctors they can do in the vaccination injection, but in a
rural area, due to resource limitation of the human resources.

So a nurse is allowed to practice to improve the vaccination
rate in the rural area. And also in the urban region

we have home to home or district to district campaigns
to compare with between to get a credit.

So it's healthcare especially those public health workers improve to show some insanity and

to improve the vaccination coverage in the local community.

So, can I have the next slide please?

Next we will talk about, not this one right

I will talk about this later on, is that right Michael?

So, I will stop here.

[Prof. Michael Moore]

Thanks, Mah-Yong Yen. We'll save that other slides in a short while and we'll move to ask Professor Troisi

to then reflect actually on some of the other comments but also to work to present us to us on surveillance

and monitoring in particular. And Maria, I wonder if we can have Professor Troisi's slides please. Thank you.

Kathy, over to you.

When you can unmute.

[Catherine Troisi]

Here we go.

Actually, I'm controlling the slides so. Yeah.

So thank you for that. And I want to say to Dr. Gemmil

that the US sounds a lot like Canada only on steroids.
We have our Centres for Disease Control and Prevention CDC
and the Advisory Committee on immunisation practices that
makes recommendations for childhood and adult vaccinations.

[Prof. Michael Moore]

Can I just interrupt for a second , could you take slides to slideshow?

[Catherine Troisi]

So sorry, I am sorry. Oh, you're right.
It keeps going back and forth. There we go.

So there are 15 on the adult immunisation schedule 16
on the routine child and adolescent immunisation schedule

and if you would like to know what those are,
there's where to find them.

We don't do great at immunising, either children or adults.
At 24 months less than fewer than 7 out of 10.

of children are fully immunised that goes up a
bit at school age because of school requirements.

But in many states, including my own of Texas,
it's very, very easy to get out of those,

quote unquote required school immunizations.

We vary in how well we do with different vaccines only.

About a third of males are immunised against HPV,
but we've done pretty well with Hepatitis B

basically because of immunisation at birth.
Even adults are not getting the

the influenza vaccine and that's even among
healthcare workers. It's a little disconcerting.

We do a bit better with pneumococcal disease.
So just to tell you how we're doing with SARS, covid too,

there is a federal mandate for health care workers that they get vaccinated.
But the Supreme Court struck down a mandate for businesses

and for federal workers. We'll see, it's actually being
challenged that the strike has is being challenged in the courts.

So we'll see what happens. We were sort of middling
on how we've done immunising folks and worse on

who is boosted and by age group, we're really
behind on immunising children.

Older adults are actually pretty pretty high.

So the strengths of our system we have a programme
called Vaccines for Children where

it used to be that whether you were immunised

or not as a child depending on your socioeconomic

status, you know, did you have insurance? Now every child can get vaccinated for free, it's provided by the federal government.

We also have a limited adult safety net programme where adults who are of lower socioeconomic status

can get vaccines for free but as I said, it's limited.

We do have school requirements, although, as I mentioned,

it's easy to get out of some of those and now there are states that are talking about doing away with

immunisation requirements totally for children entering school.

The Affordable Care Act, also known as Obamacare,

requires insurance to cover vaccines that are approved by this advisory committee on immunisation practice.

So that's a good thing because decades ago, vaccine manufacturers said they were going

to stop making vaccines because of the legal risk and being sued for adverse events whether or not

they were actually linked to the vaccine.

Now the federal government takes on that insurance responsibility.

We have increased the number of vaccines that pharmacists can administer. So that makes it pretty easy.

At least if you're in an urban area, and there are a lot of pharmacies around to get vaccines and recognising in our Healthy People 2030

which is a roadmap for what we want to improve in terms of health over this decade.

Immunizations are in there and particularly adult immunizations. However, we do have our challenges,

just like in Canada, public health is a states rights issue. So, we do not have a national registry and each state

and we've got 50 of them can make their own regulations. And these states differ in reporting requirements

like who has to report immunizations to the state registry, every state does have its own registry. So most are opt out.

But there are a handful of states that are opt in for putting information in the registry. There are differences between

states on who can legally see that information. And then, you know, interoperability of these databases is always an issue.

We've also seen effects of the pandemic on immunisation levels. The data I showed you a few slides ago is from 2019.

I'm afraid that those numbers are going to decrease because of missed well visits not just for children,

but adults as well. And then the COVID has really embolden the anti Vax movement across the world.

But you know, it's very strong in the United States.

We have a distrust of government and these are

recommendations coming from the government
often administered by health departments which

are governmental, and then we do not have universal
health insurance for those under 65.

If you're over 65, you qualify for Medicare.

And vaccines are covered under Medicare.

So that's... let me stop sharing this. Yeah.

So, you know, as an epidemiologist, monitoring,

Surveillance are our eyes and unless we know
what's going on in a community, we can't prevent

these vaccine preventable diseases.

We can't increase immunisation rates.

And so that there are a lot of barriers in the United States
particularly because of the lack of a national registry.

[Prof. Michael Moore]

Thanks so much, Kathy. That's a really interesting insight
and leads us quite well to our final discussion,

the final recommendation, which is about government
support and funding, and already we've heard the discussion

coming through because of course, each of these recommendations interacts with the with the other recommendations as well.

I'm going to go to Jane Barratt and ask Dr. Barratt, because she's dealing so much internationally, with people who are ageing

and have a reflection on the impact that government support and government funding has led I'm going to Ramon

because he touched on it as he as he finished his initial comments.

[Dr. Jane Barratt]

Thanks, Professor Moore. Think first and foremost, I just want to actually take us up to the national

immunisation technical group and consider whether there is representation across the life course.

And I can tell you from the work that we've done, there isn't and so I think front and centre you know, adult vaccination

does not have a place in the public health framework.

And that may be a bold statement, but then you actually

go to, you know, what is the percentage of GDP that's allocated to health promotion and prevention

in OECD countries? It's very it's minuscule.

It's a one digit.

Sorry, I have a puppy so forgive me.

And, but thank you for turning me off.

And then if we look at that one digit percentage and look at immunisation, you know, we're down to 3 and 4%.

Government investment not only in vaccines and vaccination, but infrastructure, you know, we need to simplify pathways

we need to expand the administration. You know, we need to look at health literacy without government investment,

but also the experts on this call. Kathy, Ian, Ramon, Muh-Yong, you know, it's about a cross sectoral cross discipline approach

to drive adult vaccination. Thanks, Michael.

[Prof. Michael Moore]

Thanks, Jane. And just before I go to Ramon, I'd just like to say to those who are participating,

if you wish to put a question or a comment on Q&A then please do so and we'll follow up on on those

I'll go Ramon and then I'll ask Dr. Marta Lomazzi to respond as well.

[Ramon Saavedra]

Thank you, Professor. And then I think it's important

to tell them something about the potentials

of the programme national immunisation of Brazil.

Because before I bring only the risk points,

the negative points in the I need to to validate the important problem and I'd like to share only a slide

Just a minute

[Prof. Michael Moore]

Okay, sure, I gave you go to slideshow room on there be good.

[Ramon Saavedra]

It's okay. No.

[Prof. Michael Moore]

Can you go to slide show?

[Ramon Saavedra]

Yes

[Prof. Michael Moore]

Yeah, okay, we can see it.

[Ramon Saavedra]

Again.

[Prof. Michael Moore]

It was okay, we can manage with that.

[Ramon Saavedra]

Okay, for sure. No, no problem is it's just to show that the Brazilian national immunisation programme was created.

Only with 4 vaccines to the first years of life. Then, four years after we have more than 20 vaccines

for children, teenagers, adults and elderly and we have importance in solving the problem immunisation

The difference in government it's important and there is also the special vaccine centres which serve groups up

special clinics in Burisch core positions for example, people living with HIV, heart disease, cancer and other diseases.

I think the health professional has an important role to the orientation recommendation of vaccines

to qualify the possible providers about their efficacy and versus the evidence and disclosing

the real benefits of vaccine and we have this net

I bought net of health professionals in Brazil

it's necessary to invest in risk communication to
to combat the dissemination of false information.

And finally, I think it's essential to ensure a good articulation
between health simulation and primary health care service

to monitor data on vaccination, vaccination coverage
and unvaccinated people to search who the people
that don't come to receive the vaccine

I think it's important to point to this.

Then I think it's okay, only this.

Thank you, Professor. Thank you, everyone.

[Prof. Michael Moore]

Thanks Ramon, that's excellent.

I'll go to Dr. Lomazzi and then I'll go to Professor Muh-Yong Yen.

I'll go to Dr. Lomazzi. First.

[Dr. Marta Lomazzi]

So my comment on strengthening central government's
support and funding is that I think we need to get the

budget for prevention, not only out of the health minister,
but out of all our other ministers budget, and this is the only

way really to give more funds but also more visibility to the importance of prevention. So, the minister related

to education can play a very important role in creating awareness about the need of vaccinating all along the lifespan.

And this inter sectoral approach that we ask to the government need to be implemented also by the civil society, because we

also need to advocate more horizontally to have a stronger voice for prevention. So on both sides we need to do more,

and then to join forces to make prevention a big part of the health and social system.

[Prof. Michael Moore]

Thanks, Marta. Now, Muh-Yong to you, please.

In introducing you, I might point out that Taiwan

has an extraordinary universal health care system, probably amongst the best if not the best in the world.

And and so there is a very good, you have a very big advantage as a starting point, don't you?

[Dr. Mah-Yong Yen]

Yeah, yes, that's right.

So can I have my first slide, please?

[Prof. Michael Moore]

This is a slide that Dr. Muh-Yong was finishing on.
That is the one that sort of third slide there.
Yeah.

[Dr. Mah-Yong Yen]

Yeah. Okay. So then I will talk about
the government support and funding, in Taiwan.

first of all, the budget, the funding had been excluded from
the budget of the National Health Insurance programme,

because it's for prevention, not for treatment.

So I would take a picture of the National Health

Insurance programme, it would take 20 Billions
US dollars a year and for the vaccine funding,

we have publicly funded vaccination with
funding from tobacco tax. Okay.

So the press so called National Vaccine Fund
Expansion and Public Immunity Strengthening plan,

and it takes only about 60 to 70 millions of US dollars
a year that would less than 1% of the health national

health insurance programme. So you can see how the
central government the central government,

has view about the isolation funding in especially

in elderly people, but they had promised

us that should you raise the coverage rate of the adult vaccination then they will gain... you will gain support

from the government's funding. So I think it's interconnected, So we need to assess and improve the vaccination rate

so that says a government would pay more funding for this budget. So it's very important for local government

prepares budget was a special fund to pay to purchase of course it's for the political benefit for because of the elections.

So they would provide more to expand the coverage.

Take the invisible simple, for example, the government funding

the public leave funding for the influenza would be for those above aged 65. So the local government

would expand the funding special budget to cover those in between 50 and 65 and say they

will be around the case has been implemented in like pneumococcal PCV 13 HPV and Influenza vaccine

below 65. We have another very important donation from private sector there will be a private funding

or the private enterprise take pneumococcal PPV 23 for example, we have a fixed budget every year to

provide free pneumococcal vaccine for those aged above 65.

Otherwise the government only responsible for those

older people aged about 75 and then we have self pay strategy.

As I just said they were coming from recommendations and suggestions

from the physicians. People were talking about the shingles

and lately vary so-called whooping cough

of those who is going to abroad travel abroad,

they need a medical COVID vaccination,

there will be a self pay mechanisms and we are talking

about a subsidy from the government in various issue

in addition to pay off on the pocket from the people themselves,

but this is only a beginning of the discussion of this subsidy issue.

And there will be all, thank you.

[Prof. Michael Moore]

Thanks very much greatly appreciated for those insights

I think are really, really important. I'd like to go to Ramon,

back to Ramon to see if he can reflect on what he's heard

from from the others. And then I'll go to Dr Ian Gemmil

Have you got unmute there Ramon?

[Ramon Saavedra]

Sorry

[Prof. Michael Moore]

You're good now.

Now we've gone silent and
now we're going to mute again.

In and out a little bit.
Now it's still on mute

You've been dancing in and out.
There. Ah no. While you're having a little fiddle there.

We're going to ask Ian to to respond.

[Dr Ian Gemmil]

Well, thank you very much.
Michael, just an observation.

It seems to me that one of the things that's
coming out here today is getting political support

and political will and funding behind these
programmes for older adults. And you mentioned

very aptly that there was maybe a small silver
lining out of the Coronavirus crowd, cloud.

That maybe another one is that we've got immunisation

now on the part in the public eye or spotlight.

I mean a year ago people would have killed for
Coronavirus vaccine. I mean it was very desperate.

In Canada people were just wanting to get that vaccine as
soon as they could. And I think that there would have

been many more deaths especially amongst older adults
if we hadn't had this vaccine.

It's actually to me a miracle that we got it so fast.
However, I just wanted to send me that maybe

all around the world we can capitalise on to keep
immunisation especially for older adults in the limelight.

And to get that political support political
will that we need to make it work. Thanks.

[Prof. Michael Moore]

And can I wonder if I can go I know that Dr. Barratt
has further commitment. So I'm going to go to Jane

and ask her to reflect on the whole discussion where
we've been and and maybe pick out what do you think

is the most significant message.

[Dr. Jane Barratt]

Oh, thanks, Professor Moore. It's been a pleasure to be with you.

I will just put you know, a small question in the middle

of our conversation to what degree does ageism play a role?

You know, in investing in adult vaccination?

And I think it's a very tough discussion that we have to have.

But I believe it's an important discussion.

I agree with comments about the investment in infrastructure.

But I do also believe that we've actually got to think

about a life course you know, and really, and the immunisation agenda

2030 talks about a life course but the implementation

and integration of adult immunisation has not yet really been realised.

And of course, we also have to remember and reflect that

we are now sitting in the second year of the UN decade of healthy ageing.

So there are opportunities, but it's but it will take,

you know, a multi sectoral discipline approach to actually

influence agendas. So thank you very much Michael

and also the World Federation of public health associations

for inviting me to this very important conversation. So thank you..

[Prof. Michael Moore]

Thanks Jane and to continue the conversation I'll go to Kathy.

It's really interesting that Jane raises the issue of ageism.

And I would like you to address that but at the same time,

I noted that the level of HPV vaccination amongst young men in, so it's still adults, in the US is very low.

You didn't actually give the factor for women, which I imagined is much much higher. But I wonder

if you can also so there's an element also of well, maybe sexism, but maybe it's just who are the ones

who suffer most with human papilloma virus?

[Catherina Troisi]

Yeah. I gave those two numbers to show you a very low coverage and a very high coverage in the United States

as I think around the world, the vaccine was licenced for boys after it was licenced for girls and again,

a vaccine to prevent cervical cancer. Parents of boys may not understand why you know where the girls a

re getting the virus from. So I think that's part of the reason for the lower coverage than in girls.

I think ageism is is probably part of it. But in the United States, there are so many other barriers

that my guess would be that's a smaller contributor to our poor immunisation rates.

And if I had to pick the number one thing,
it would be the anti vax movement,

which is I said has become so much stronger
during COVID and we have politicians

who are speaking out against vaccines and in fact Florida,
Florida just may is not recommending

that children get vaccinated against COVID
which goes against CDC guidelines.

Yeah. You know, we, again, with the
Vaccines for Children, money is not an issue.

There are always barriers with access.
You know, if you're working three jobs,

it's hard to take your child to get the shots and
there are missed opportunities, our electronic

health records it would be great if every time you
went to the doctor and she brought up your record it said,

Oh, they're due for you know, whatever, booster but
that has it sounds simple, but it's been harder
to implement than it should be.

[Prof. Michael Moore]

Just to give you the alternative, the COVID vaccine double

vaccinated in my own jurisdiction because in Australia,

our states and territories also have a separate system
and if you like from the Federal although there is

a national register, but in my own state, we have 98.6%
Vaccinated, double vaccinated against COVID and

the protests that have occurred in Ottawa, in
Washington and so forth have occurred

in Canberra, but locals with 98.6% vaccinated are going,
what are these people doing here?

And there's been quite a quite a counter comment
to them, but we do have a social demographic

that is very well, well paid, generally. And we also have
a highly educated being a national capital.

So there's a there's other factors always that come into those.
So I'll just open it to see if anybody would like to indicate

a further comment on social determinants,
really in the the role they play.

Just check Ramon and see if you can write to come off now.

[Ramon Saavedra]

Okay, Professor, thank you. Sorry about that. Here in Brazil,
we came from several years with degrees in vaccination coverage,

since 2016. Then in 2019 for the first time, we did not rate vaccination coverage for any of immunisation in the children's

calendars in the first time in 2019. There is a specific Vaccination schedules for the elderly and indigenous people

special to elderly as indigenous peoples in Brazil. And in specific planning carried out by both the health and

security sectors for actual and made especially at prisoners. Okay. There is no specific vaccination plan for it. However, as the

public health sees in Brazil using lever so that these two juveniles can and should be assessed and vaccinate

any time they arrive to the health centre and then the Brazilian immunisation programme is to

face some challenging genes to expand and standardise the vaccine coverage to specific groups of populations

and other problems also and again, is the only issue of the current federal government which does not show

any interest in guaranteeing rights to indigenous populations and prisoners. And to finally give the

significant increase in the adult people in population is the fact that they have specific characteristics that leads to greater susceptibility to infection and the lower response

to vaccination. It's necessary to increase vaccination among them and that to the immunisation programme

to the special particularities. We should not forget that. Also, for older people,

vaccination is the most effective form of prevention. Perfect. Thank you.

[Prof. Michael Moore]

Very so much reminded it's interesting that you raised the issue of indigenous peoples because each of us actually

has indigenous peoples in our in our countries.

And one of our generally, Aboriginal Health in Australia

is one of the big the contrasting things where they do poorly.

But on immunisation, they've actually been an Australian

leader in in vaccinations and so that's actually one of our good positive stories.

I'm going to now just give an opportunity for each of the panellists to make your final comment and reflection.

I'm going to conclude with Marta before I do the overall conclusion.

But I'll let others, since she presented on the research, but I'll let others go first. I'm going to go to you

Dr. Muh-Yong Yen and then to Ian Gemmil
and then to Catherine Troisi.

[Dr. Mah-Yong]

I think the most important issue is raising the public awareness,

And raising the government's awareness about this,
to perceive the severity of the age to people and related

infectious diseases. So just, we should keep going on
promotion and communication and susceptibility. Yes.

[Prof. Michael Moore]

Thanks. Thanks so very much, Ian.

[Dr Ian Gemmil]

Well, I think it's been said several times,
but I'll just say it again, because I think it's so

important to keep this issue on the agenda on the political
agenda and the funding agenda. We make jokes here

that when you say that, when public health is a great job,
nothing happens. And vaccine is a very good example of this.

I remember presenting to Board of Health one time on how
we had almost eliminated him off with B. Influenza

in kids in our area through the introduction of vaccine

in the 1980s. And it was like, we want to talk about roads,

you know, so, I think I think it's it's
really incumbent but we can't let up.

We have to keep going. It's going to be a continual fight.
And I think that we all just have to do marshal our forces

and have the energy to to continue to do this
to make this an important issue for older adults.

Thanks, Professor Moore.

[Prof. Michael Moore]

What a great reflection. To you, Cathy.

[Catherine Troisi]

Yeah, I agree with everyone else that communication
that is culturally appropriate, that is health literacy appropriate
is really important. And of course, part of the problem is
we don't see a lot of these diseases anymore.

And so people under don't understand why it's so important
to get protected against them.

In terms of social determinants of health, however, in the United States,
although we see health
disparities and almost everything if we look at immunisation coverage,
it's actually for most vaccines lower among whites

than among other races and ethnicities. And again,

that's a large part because of the anti vaccine movement,
and we need to figure out how to counteract that.

[Prof. Michael Moore]

Yeah. Thanks. Thanks, Kathy.

I think that's an interesting reflection

and what comes to mind is the banner on the
Johns Hopkins public health school,

you know, we save lives a million at a time and and of course,
as Ian reflects, yeah, but that's okay. Except that when somebody's

had a heart transplant, we get we see it, we know about it.
But when you've saved all those lives through immunisation

or or other public health measures, clean water sanitation. It's not
it's not so obvious. We did have a question that was about

vulnerabilities minorities, but I think in it when answering
our question around social determinants,

we have we've covered that. So to you Marta,
how have you found this reflection

on the research and and where is your thinking now?

[Dr Marta Lomazzi]

So I can just build on what the others said that communication is of utmost importance, and we need to invest more in that

but I guess another of the recommendation is very timely, about data collection. Now with Covid we have a better understanding of the need to have data and we are thinking about how strengthening the health system. So within this context,

I guess it's key to start a reflection each government should start to reflection of which kind of data should be collected

and which kind of population should be the focus of the data collection. We are speaking today. about older adults,

but it is another very important category that is not disaggregated into data analysis, or at least not very

often is the public health workforce. That is a key driver of public health but can be also a driver

of vaccine preventable disease if not protected appropriately. So I think we need to have better data,

better understanding of the real situation to protect not only the most vulnerable population, but also

the public health workforce. Because we need the public health workforce, and not just during the pandemic, but

every day to prevent the disease. So I think this should be part of the reflection that the government should do now,

when public health is no more invisible, but it's really visible.
And needed to remain on the top of the agendas.

[Prof. Michael Moore]

Thank you very much. And in doing my final reflection,
I think I was really moved by Ramon reminding us of the

situation in Brazil, because prior to the change of government,
there was actually a very strong push in public health

and and a very strong positive attitude to immunisation.
So the role the government plays becomes incredibly

important that therefore, the role that we have as public
health advocates is also extraordinarily important and I suppose

In reflecting, having listened to you, what would I say
would be the elements of advocacy that now become the most

important and and I think, for me, the first of those and Marta
touched on it in particular is appropriate funding for public health.

Internationally, I think Canada does the best, or with about 7%, of
health spending on public health, in my own country is below 2%.

And that's actually much more common.

I did like the idea that Marta, right, take it out of health,

and make sure that public health is seen across the spectrum.
So they will be very important things. The other element,

I think, is the importance of actually having a national registry.

So and I know the challenges of that in the United States

and in other countries, but the advantages of having a national registry, actually, for the individual, incredibly important,

but also, even more importantly, to understand and to be able to point out to people what it is that they

have that done Maria, I wonder if I can have that final slide.

And I'd like to, in my conclusion, so thank you so much to each

and every one of you, for the time you put into the preparation for the understanding, most importantly, initially, to Marta

and her team who have done that research and and given us the opportunity to reflect on it, this wouldn't be possible

without support of the University of Geneva and from GSK.

And so we also appreciate that, that support it does allow

us to ensure that this sort of webinar is available, and also, more importantly, to make sure that we can do research

so we can understand what are the some of the barriers, what are some of the opportunities for us to improve,

improve public health. And in the end, the improving public health is our shared goal.

And if only we can ensure that shared goal

is also shared with governments,

I think most governments, not all, most governments are of that frame of mind, and it's something we can build on.

So to each and every one of our panellists,
to Ian, to Kathy to Marta, to Muh-Yong, to Ramon,

and Jane who's no longer with us.

Thanks very much.

Thanks for the support from the
World Federation of public health associations.

And with that, I'll now close the meeting.

[Dr. Muh-Yong Yen]

Thank you all, bye bye

[Ramon Saavedra]

[Prof. Ian Gemmill]

Thanks, everybody was great to work with you.

[Ramon Saavedra]

Thank you very much

ANEXO 6A - Vacinas para Adultos mais velhos

Vacinas para Adultos mais velhos

https://www.facebook.com/watch/live/?ref=watch_permalink&v=291114986464703

<https://youtu.be/KtOG2GmS1Sk>

[Prof. Michael Moore]

Bom dia, boa noite, boa tarde

e dou-vos as boas-vindas a esta série de *webinars* da equipa de intervenção global sobre imunização da Federação Mundial de Associações de Saúde Pública

Deixem-me começar por partilhar convosco que eu sento-me na terra, as terras tradicionais,

o povo Ngunnawal e presto a minha homenagem ao passado dos anciãos e ao presente e eu estendo

esse respeito a qualquer povo indígena que estão hoje connosco no *webinar*.

O *webinar* de hoje é um que está à procura na vacinação entre os idosos.

E o que tem acontecido é que nós fizemos um trabalho de investigação

e estamos a utilizar esse trabalho de investigação como base para este *webinar*.

E é importante lembrar-nos como é crítico para as pessoas mais velhas serem vacinadas.

É claro que já tivemos a COVID-19 e isso tem sido um forte lembrete, mas não queremos

permanecer com esse pensamento, porque nós temos sido fantástico em muitos, muitos países

que vacinam as crianças, mas tem havido coisas como pneumocócica, varicela, que têm sido

largamente ignoradas por com um número muito pequeno de pessoas que foram vacinados e é algo que nós realmente

precisamos de mudar. Vou mostrar o primeiro diapositivo e apresentar os oradores que temos hoje connosco,

Se nos puder mostrar, por favor, Maria. Enquanto a Maria está a fazer isto,

vou começar pela Dra. Marta Lomazzi. A Dra. Lomazzi é a gestora executiva

da Federação Mundial das Associações de Saúde Pública. Ocupa um lugar na Universidade de Genebra e

tem estado por detrás de todo o conjunto de ações que foram tomadas pela Federação Mundial,

particularmente no que diz respeito à imunização. Assim, como parece que não temos os slides

introdutórios com as fotografias que Razieh preparou, vou à Dra. Lomazzi e pergunto-lhe se ela o faria,

ela começaria este seminário e eu apresentarei cada um dos outros oradores à medida que vão entrando.

[Dra. Marta Lomazzi]

Muito obrigada, Michael, por esta introdução tão simpática.

Espero que consigam ver o meu slide.

Tenho o prazer de vos dar uma breve visão geral sobre o projeto que desenvolvemos no último ano

sobre o reforço das políticas de vacinação para adultos idosos.

O objetivo deste projeto era traçar o mapa dos países

que têm o melhor desempenho na vacinação destas populações alvo, ambos considerando o número de vacinas oferecidas

bem como a cobertura que é atingida dentro de uma população alvo.

Assim, o projeto foi muito amplo e teve início com uma análise aprofundada da literatura.

E esta análise foi associada com a análise da base de dados mais importante,

com a leitura de dados sobre vacinação.

Naturalmente, alargamos a discussão

com líderes de opinião chave, incluindo o Ministro da Saúde, e fizemos

um inquérito com os nossos membros, com a Associação Nacional de Saúde Pública,

de modo a obter uma perspetiva diferente sobre a vacinação.

O primeiro passo, como vos disse, é uma revisão endoscópica,

portanto, fomos a todos os artigos centrados numa série de vacinas

que eram importantes para nós.

E fizemos a análise para a

PubMed, o Google Scholar, a Biblioteca Cochrane.

Relativamente à base de dados que analisámos,

o foco principal foi o portal de imunização da OMS UNICEF

e associamos essa análise à discussão

com líderes na OMS, fazenda global e dentro de uma região

e a nível nacional de saúde pública.

Assim, obtivemos cerca de 330 artigos, mas

de interesse, apenas 6 estavam realmente concentrados

sobre a vacinação de adultos mais velhos. Deixem-me salientar que,

para esta população alvo específica, concentramo-nos em idades superior a 50 anos.

Depois, ao analisar o portal, OMS UNICEF portal,

apercebemo-nos de que só os dados sobre a gripe

foram desagregados para os adultos mais velhos

e foram apresentadas ambas as informações sobre a disponibilidade

da vacina e da cobertura.

Então, por que razão estavam disponíveis outras vacinas

mas não havia informação sobre os dados de cobertura?

E uma vez que o objetivo do projeto era realmente

definir os países com melhor desempenho,

precisávamos de ter informação sobre a cobertura.

Assim, partimos da hipótese de que os países com uma cobertura muito boa para a gripe

podem ter uma cobertura muito boa também para outras doenças que poderiam ser prevenidas através da vacinação

e que pode ter mesmo, na pior das hipóteses, impacto sobre a saúde dos adultos mais velhos.

E por isso decidimos colocar como reserva, cerca de 70% de cobertura para a gripe e para a sua extração

a países por região de rendimento e para ir mais fundo na análise com estes países.

A escolha de ter de contar o seu rendimento por pessoa, por região baseava-se no facto de que queríamos dar um exemplo

e para partilharmos as melhores práticas a aplicar em diferentes contextos e diferentes configurações.

Os países seleccionados foram o Chile e Omã como Países de Alto Rendimento, Tailândia e Brasil como rendimento médio superior e

Mongólia e o Butão como rendimento médio inferior.

Infelizmente, nenhum país com um rendimento mais baixo

têm uma boa cobertura vacinal contra a gripe, e é por isso que foram excluídos da pesquisa.

Então, o que fizemos a seguir?

Contactámos o Ministro da Saúde NIH,

discutimos com a nossa rede dentro destes países e apercebemo-nos de que a nossa hipótese foi confirmada apenas para o Brasil.

Nos outros países, foram muito poucas as vacinas oferecidas, para além da gripe para a população adulta mais velha.

E foi, de facto, muito difícil obter mais detalhes de Omã e Butão. Estas informações foram então associadas a um inquérito que fizemos com os nossos membros, perguntando-lhes sobre a

a vacinação em vigor, a cobertura, os protocolos, assim como a discussão das melhores práticas

e os desafios que tiveram de enfrentar para implementar esses processos nos seus países.

E, aqui está o resultado. Portanto, primeiro, a lista de vacinas que foram avaliadas: Influenza, Difteria,

Tétano, Tosse Convulsa, Pneumococo, Hepatite B e Herpes-Zóster.

E, à esquerda, no seu ecrã, encontra-se a lista de países e territórios que tiveram um bom desempenho de acordo com a nossa análise.

Claro, poderiam ser os outros países que estão a ter um bom desempenho, melhor ainda até, mas não foi possível recuperar quaisquer dados.

Assim, o Canadá, EUA, Taiwan e Brasil têm sete vacinas para as doenças que afetam os adultos mais velhos.

E interessante o suficiente, como se pode ver aqui,
poderíamos recolher os dados de cobertura para todas

as vacinas, apenas para o Canadá.

Assim, mesmo enquanto os países

e territórios como os EUA e Taiwan

não foram capazes de fornecer todos os dados.

O Brasil estava melhor colocado no que diz respeito à recolha de dados
e temos, como pode ver aqui, informações

sobre a gripe, Listeriose, Tétano e Hepatite B.

O único país que poderia ser retirado

da nossa investigação como tendo um bom desempenho,
era El Salvador.

Portanto, primeiro, o facto de termos muitos
problemas na recolha de dados,

e que os dados não são frequentemente desagregados para esta
população de adultos mais velhos é um resultado em si mesmo.

E isto é extremamente preocupante numa população que está a envelhecer
como aquela em que vivemos hoje em dia.

Então, o que fizemos a seguir?

O passo seguinte foi administrar
um grupo focal com dois peritos

dos países seleccionados, peritos que têm

experiência na política e advocacia, mas também

na implementação na comunidade no país todo

E alguns destes peritos estão hoje conosco

e irão comentar em recomendações,

foram expulsos do grupo focal.

Assim, todos os peritos concordaram em quatro áreas principais que deveriam ser mais desenvolvidas para implementar

vacinação eficiente para adultos mais velhos.

Comunicação, acesso, apoio do governo central e financiamento, vigilância e controle.

Muito brevemente, porque então os nossos membros do painel irão discutir estas recomendações,

o foco principal tem sido a comunicação.

A comunicação significa uma maior sensibilização

desde a infância para que as pessoas compreendam a importância de serem vacinadas toda a sua vida

e os meios também a educação

dos decisores políticos que precisam de compreender

o valor da vacinação e o retorno do investimento.

É claro que a comunicação também significa que as campanhas dos meios

de comunicação de massas que são baseadas em provas, apoiado pela instituição dos

países e pelos líderes, culturais, políticos,
ou líderes religiosos, ou líderes indígenas.

A segunda recomendação é sobre o acesso.

Precisamos de ter um sistema mais forte para garantir

fácil acesso à vacinação, mas precisamos também de ideias inovadoras.

A população adulta mais velha é muito vasta. Acima dos 50 anos

significa que esta população ainda está a trabalhar.

Por isso, podemos precisar de uma parte da população

a optar por uma versão de trazer para o local de trabalho,

a estrutura de vacinação, enquanto para a parte da

população que já não está a trabalhar, podemos precisar de encontrar

outros tipos de acesso como trazer a vacinação para as comunidades,

estruturas recreativas ou casa para quem e

talvez para considerar também a possibilidade de permitir outros tipos

de público e profissional, para além de

enfermeiros e médicos para vacinar,

por exemplo: assistentes sociais, farmacêuticos e assim por diante.

O terceiro ponto foi o governo central e o seu apoio,

em apoio e financiamento. É muito importante para

ter uma estratégia clara que é financiada de forma sustentável,

e isto é ainda mais importante em países com

territórios subnacionais. Assim, para garantir o melhor

investimento, de forma a alcançar o melhor resultado. E por último mas não menos importante, vigilância e controlo.

Sem dados, é impossível compreender se os programas estão a funcionar bem, o que muda as necessidades

e para fazer uma defesa eficaz junto dos decisores políticos.

Com a COVID-19 observámos que foram criados novos registos

e isto pode ser o pontapé de saída para o desenvolvimento... para o desenvolvimento de registos para todas as doenças

com a população desagregada por idade, por isso também a população adulta mais velha, que irá

informar e ajudar a todos os passos seguintes.

E vou parar por aqui.

Muito obrigada pela vossa atenção.

[Prof. Michael Moore]

Muito obrigado, Marta.

E são essas recomendações que nós vamos usar como elemento chave

da... da nossa discussão de hoje.

Antes de iniciarmos a discussão,

Gostaria de apresentar os nossos membros do painel.

E o primeiro dos membros do painel como

está apresentado no diapositivo é a Catherine Troisi.

A Dra. Troisi é uma professora associada

na saúde comunitária e na prática da epidemiologia
na UG Health em Houston, Escola de Saúde Pública.

Tem sido a Diretora Assistente da Saúde de Houston
e agora ensina liderança em saúde pública

e tem interesses de investigação, doenças infecciosas,
epidemiologia. Ela também tem estado fortemente associada
com a Associação Americana de Saúde Pública.

Ramon Da Costa Saavedra tem um Mestrado em Saúde Pública

e Epidemiologia e trabalha atualmente
no programa de imunização no departamento

da vigilância epidemiológica no estado de Bihar,
no Brasil. Está a estudar os efeitos da

COVID 19 como parte do seu programa de doutoramento.

O Dr. Ian Gemmil é o médico da saúde pública,

um médico de saúde pública, que já trabalha
na saúde pública local no Canadá há mais de

40 anos. É licenciado pela Faculdade de Medicina de
Queen's University em Kingston, Ontário.

Um Membro da Saúde Pública do Colégio Real de Médicos

e Cirurgiões em saúde pública e medicina preventiva.

É também professor associado no Departamento de Medicina Geral e Familiar na Universidade de Queen's.

A Muh-Yong Yen formou-se na Faculdade de Medicina em Khartoum Medical University em Taiwan, e tem formação de competência e Doenças Infeciosas no Hospital Geral de Veteranos. Recebeu

formação complementar na Universidade de Columbia, nos EUA molecular biologia e a Universidade Nacional Sun Yat Sen,

na qual obteve um EMBA. É Professor Associado no Departamento de Medicina Interna

e na Universidade Nacional Yang Ming Xiao Tong em Taiwan, e concentra-se nas doenças infecciosas.

Jane Barratt. A Dra. Barratt é a Secretária-Geral da Federação Internacional do Envelhecimento,

uma organização internacional não governamental com estatuto consultivo geral com as

Nações Unidas e as suas agências e as suas relações informais com a OMS.

Envelhecimento da população com deficiência o curso de vida, têm sido um interesse de Jane,

e nós somos muito afortunados de a ter connosco.

Por isso, gostaria de começar a discussão sobre essas recomendações e começar com

a primeira dessas recomendações em torno da comunicação e pedir a Jane para começar, depois Dr. Barratt, seguido de Ramon.

[Dr Jane Barrat]

Muito obrigada, Dr. Moore Michael, e também ao Dr. Lamazzi, pelas conclusões.

Penso que se nos afastarmos um pouco, Michael, que devemos reconhecer

as limitações deste estudo.

Sabe, o que este estudo

nos mostrou realmente, é que, se há muito pouca investigação realmente dedicada à vacinação de adultos

e ao nível de que precisamos para fazer recomendações realmente claras e a sua defesa. Por isso, elogio a Federação Mundial

para as Associações de Saúde Pública, obrigada por isso. Penso que é também importante reconhecer que os dados não estão disponíveis.

Os dados pré-COVID não estavam disponíveis, e também a desagregação de dados não está disponível. E não é suficientemente bom dizer apenas 65 anos

e mais, porque sabemos o impacto do envelhecimento normal e também condições de imunocomprometimento.

Por isso, ponho isso como pano de fundo para mais trabalho, que será necessário. Se mudarmos para a comunicação dos quais

que sabemos um pouco sobre, o IFA tem feito muito trabalho nesta área da comunicação. Por isso, sabemos de, você sabe,

estudos de 10 e 15 países que se iniciam com uma abordagem abrangente do curso de vida à vacinação, à implementação disso e isso não está a acontecer em muitos países, em todo o mundo. Esta jogada de gerações tem de parar.

Na verdade, sabemos que temos de vacinar ao longo da vida, e alguém nos seus 70 anos é igualmente importante, tem os mesmos direitos

como alguém na casa dos 50 anos. Em segundo lugar, uma estratégia de comunicação clara.

Estamos a assumir através das nossas agências de saúde pública do governo

que todos têm o mesmo nível de literacia em saúde.

E não é esse o caso.

Temos realmente de criar estratégias orientadas e não podem sentar-se apenas em *websites* complicados,

porque, sabe, provavelmente cerca de 45% do mundo não está ligado à Internet. E, no entanto, muitas das nossas informações

estão em *websites*. Por isso, temos de definir o público. Mensagens a pessoas com doenças cardiovasculares nas suas fases posteriores

podem ser subtilmente diferentes das que são saudáveis, pessoas em envelhecimento. Temos de utilizar múltiplas ferramentas e canais.

O Brasil tem uma excelente campanha contra a gripe,
mas nada sobre pneumocócica, nada sobre herpes-zóster,

nada sobre tosse convulsa, mas eles têm o 4 de Maio,
onde eu penso que há mais de 83 milhões de pessoas

que são vacinados contra a gripe.

Por isso, múltiplos instrumentos e canais,
cartazes sobre o sistema de transporte
o caminho para uma estratégia de comunicação

é também criticamente importante. E eu estava realmente interessada
Marta, que herpes-zóster não estava lá.

Porque não são só as doenças que matam as pessoas,
são as doenças que têm impacto na capacidade funcional.

E, finalmente, penso realmente que o empenho e o apoio através
setores e entre disciplinas é criticamente importante.

Portanto, se estamos de facto a criar uma campanha
para pessoas com diabetes, meta o dermatologista

na mesa, porque precisamos realmente de
examinar uma via integrada para a vacinação.

Por isso, Marta e o IFA recomendam um excelente início
à Federação Mundial. Obrigada Michael.

[Prof Michael Moore]

Obrigado, Jane. Antes de ir, lembrar a Marta, talvez
gostava de explicar porque é que o herpes-zóster e a varicela não estavam

incluídos na tomada de decisão. É apenas uma dessas coisas em que tem tantas escolhas?

E assim restringe a sua investigação ou havia uma razão particular?

[Dra. Marta Lomazzi]

Não, não havia uma razão particular. Tentamos concentrar-nos na vacina mais importante para ter uma primeira visão

e ver quantos dados podíamos recuperar, qualquer preocupação tendo em conta a dificuldade

para obter dados para a outra vacina que decidimos por agora para nos concentrarmos nisso. Também exploramos outros como a febre amarela, que são muito importantes nos países em desenvolvimento, mas não temos quaisquer dados. Nem sequer um artigo.

Portanto, este foi uma espécie de monte de dados, o primeiro passo, mas muito mais precisa de ser feito a um nível diferente.

[Prof. Michael Moore]

Obrigado, a Marta e eu pensamos que é uma explicação muito boa, mas não podemos perder de vista o ponto de vista que Jane está a fazer.

Trata-se também de pessoas que continuam a viver de uma forma razoável. Não se trata apenas de prevenir a morte ou doenças muito, muito graves.

Ramon, posso dirigir-me agora a si, por favor, para refletir sobre o relatório e talvez também sobre os comentários de Jane.

[Ramon Saavedra]

Olá a todos, obrigado. Gostaria de
felicitar o grupo pela construção coletiva

e pela oportunidade de participar nestes trabalhos importantes
e felicitar especialmente a Dra. Marta Lomazzi

pela brilhante apresentação. Penso que é importante apontar
algumas particularidades do Brasil existente, agora à reflexão.

Então, é claro para o nosso, há alguma cultura de humanização
que existe na sociedade brasileira nas últimas décadas, tem sido imposto

ao longo do tempo. Mas a percepção do disco
de novas gerações, que já não viverão

com as pessoas doentes é menos preciso, por isso não
compreendem a vacina como algo essencial.

Os novos pais, os pais mais jovens.

E é necessário. O Serviço de Saúde

adapta a composição atual da população
e a proximidade das necessidades que permitem, por exemplo:

o acesso às vacinas, alternativas e alargar a nossa
importância dos adultos, e para que essa vacinação em casa

seja levada a cabo, procurando aquecer o ar às populações
remotas em zonas rurais ou utilização com maior

detetores de acesso. E por último, mas não menos importante, infelizmente,

preciso de repetir isto, estávamos a experimentar uma

terrível crise política no Brasil e o atual presidente presta um grande serviço ao tomar e enfrentar

vacinação, não temos essa diversidade agora, costumávamos anunciar campanhas de comunicação combinadas com o divulgação de informações falsas ou falsas notícias do mesmo pelos grupos específicos do serviço.

Depois, penso que há mais o grande problema no Brasil, que é a sua luta por notícias falsas e

divulgação de informação sobre vacinas específicas. Obrigado.

[Prof Michael Moore]

Obrigado, Ramon. Salieta realmente um ponto importante que tenho vindo a fazer há muitos anos, que a natureza

da saúde pública é que é política, e nunca foi mais dramática do que no Brasil no mundo.

Talvez tenha sido bastante dramático nos Estados Unidos, também com o presidente anterior. Mas é algo

a ter em mente porque a política tem tanta influência na saúde pública. Vou agora para o

Dr. Ian Gemmill e o Prof. Yen, ambos com apenas alguns slides para ajudar. Portanto, começando com o Dr. Ian,

e depois se pudermos mostrar os seus slides,

vão falar sobre o segundo elemento, que

são as recomendações em torno do acesso,
mas referir também outras coisas.

Portanto, Maria, se pudermos ter os diapositivos para o
Dr. Ian Gemmill, seria fantástico.

[Dr. Ian Gemmill]

Obrigado, Dr. Moore e obrigado pelo convite
para participar. É interessante que o Canadá tenha um

sistema de saúde bem desenvolvido, mas mesmo aqui temos desafios
na imunização de adultos, o que eu penso que realmente irá

apoiar e refletir o que já se tem
ouvido falar antes.

Antes de mais, apenas um pouco sobre o contexto.

Podemos ir para o segundo slide, por favor.

Lidamos no Canadá com uma situação única e a nossa
saúde constitucional é um assunto provincial

e temos 13 províncias e territórios através do nosso
país e cada um deles é responsável pela sua criação

e desenvolvimento dos programas e financiamento do sistema de saúde.

E isto aplica-se também à imunização.

E depois temos também muitos, muitos atores
envolvidos no nosso sistema de imunização.

E tentamos coordená-los, mas eles não estão sempre tão coordenados como queremos que estejam.

Antes de mais, temos o ramo regulador do Ministério da Saúde do Canadá, que é um governo muito federal que licenciou

vacinas seguras e eficazes. A Agência de Saúde Pública do Canadá, que é a nossa Organização Nacional de Saúde Pública,

uma organização epidemiológica que monitoriza a doença, mas também apoia o nosso grupo consultivo de imunização nacional técnica,

denominado Comité Consultivo Nacional sobre a imunização e a NACI faz recomendações

sobre a utilização da vacina licenciada com base na eficácia de segurança, relação custo-eficácia

e também de acordo com um quadro ético.

Temos também um grupo nacional chamado Comité Canadano de Imunização,

que tenta coordenar todos estes diferentes atores e os programas de forma diferente em todo o Canadá.

Mas é o Ministério da Saúde nas várias províncias e territórios que realmente decidem quais são as vacinas recomendadas

e são pagos e criam o seu próprio sistema de financiamento público.

Trata-se, portanto, de um sistema muito complexo. O resultado final é que se

existem recomendações nacionais, são as províncias e territórios que financiam a vacina, por isso variam por vezes consideravelmente

de jurisdição para jurisdição. Nós já falamos de herpes-zóster e um exemplo disso é

que não temos vacina contra a herpes-zóster disponível para adultos em todas as partes do nosso país, numa

base nacional de financiamento público. E assim, os residentes conseguem acesso à vacina dependendo do local onde vivem

e a sua capacidade de pagamento.

Próximo slide, por favor.

Penso que este diapositivo irá refletir muitas das coisas que iremos falar hoje, em termos do que são as lacunas,

e espero que tenhamos algumas soluções, mas concordo com o que já foi dito.

Há que reconhecer que precisamos de financiar vacinas de que precisamos para financiar essa promoção.

Orientamos os nossos políticos para que fiquem por detrás disto e não é sempre a coisa mais fácil de fazer. Assim, as coisas que temos

identificadas no nosso país, a nossa falta de reconhecimento da importância da imunização de adultos, o foco continua a ser as crianças.

E embora isso seja realmente importante, também deixámos os adultos para trás. Não temos recomendações consistentes

de profissionais de saúde, dos quais tornam as coisas muito mais fáceis porque, como todos sabemos,

a recomendação de um prestador de cuidados primários é a fator mais importante para saber se alguém

recebe uma vacina ou não. E depois há um mal-entendido sobre os riscos e sobre a segurança. Tivemos pessoas que com o Coronavírus,

adultos que constituem uma proporção significativa, adultos que rejeitam esta vacina muito segura e eficaz e colocam-se a si próprios e aos

outros em risco como resultado. Depois faltam oportunidades de imunização e só queria que

tivéssemos sistemas em que cada encontro de pacientes é considerado uma vacina e também uma revisão.

Mas ainda não chegámos a esse ponto. Embora estejamos a direcionarmo-nos

a isto à medida que nos afastamos de taxa de serviço tipo de modelo para um

mais de um modelo de cuidados abrangentes. E depois, finalmente, ainda há muitos

peças que têm medo. Têm medo de agulhas e têm medo da dor e assim por diante,

e não estamos a fazer o suficiente quanto a isso. Então, em termos da política, nós

já mencionamos que temos uma situação no Canadá, em que nem todas as províncias estão a fornecer vacinas por igual.

E assim todas as outras coisas que se vai ouvindo sobre os dias de hoje são ainda mais difíceis porque

desta mesma abordagem de retalhos da disponibilidade de vacinas. Também temos de nos lembrar na acessibilidade

das pessoas que, ou vivem à distância, ou pessoas que, talvez estejam ocupadas com muitas outras

coisas nas suas vidas, quer seja o seu trabalho, quer seja a questão de colocar comida na mesa, precisamos por vezes de ir a lugares onde

as pessoas são quem precisam das vacinas e nós estamos a começar a fazer mais isso, e mais também no Canadá. Também olhando para outros

grupos profissionais para nos ajudarem com isto. Então, por exemplo, anteriormente apenas médicos

e enfermeiros sob a direção de um médico poderiam dar e farmacêuticos comunitários em muitas áreas.

Também temos uma falta de dados abrangentes

sobre a cobertura de vacinas para adultos porque nós não temos as bases de dados, já que tivemos alguns começos falsos, e

temos tido algum movimento nesse sentido, em algumas áreas.

O Coronavírus está a dar-nos uma oportunidade, porque isso

proporcionou uma oportunidade de fazer um trabalho mais abrangente na abordagem de recolha de dados onde se não o

tiver os dados, então não sabe como desenhar o

programas melhor e para onde precisa de ir para obter mais

e mais pessoas imunizadas e depois há a falta de os registos eletrónicos inoperáveis que acabei de mencionar.

Portanto, o último slide, por favor. Só para falar sobre o lado positivo, o lado feliz. E este slide, penso eu, faz

refletir algumas das soluções que você já viu, ouviu sobre a comunicação anterior deste seminário web,

informando e educando a todos os níveis, particularmente os políticos que estão a progredir, dissemos que a saúde pública e

a imunização é política. Descobrimos que tudo isto está muito bem durante a pandemia de Coronavirus aqui no Canadá,

profissionais de saúde para continuar a promover o valor de vacina e, claro, o público. Há ainda

muito trabalho a ser feito neste país para convencer algumas pessoas para tomar vacinas que

viram a nossa exposição internacional através do... foi um bloqueio da nossa área parlamentar por pessoas que

não queriam ter um mandato vacinal. E, finalmente melhorar os dados de imunização através de melhores registos

e entradas. Por isso, diria uma última coisa e é tudo. Gostei muito do programa que eles têm nos EUA

onde as crianças, se forem elegíveis, recebem todas as vacinas,

precisamos disso também para os adultos mais velhos.

E precisávamos de ter o nosso bom apoio político e financiamento para tal. Isso faria uma enorme diferença.

No Canadá, não temos um programa nacional de imunização. Temos 15, provinciais e territoriais. E eu penso que

isso vai tornar as coisas problemáticas para nós, no geral. Mas, penso que algumas das soluções que estamos a ouvir

noutras áreas vão ajudar-nos, mesmo que não possamos alterar a nossa constituição. Por isso, muito obrigado,

Obrigado Professor Moore, e aguardo com expectativa esta discussão.

[Prof. Michael Moore]

Muito obrigado, Ian. Isso foi uma introspeção realmente interessante enquanto esperamos pelos slides, e pelo Dr.

Muh-Yong Yen entrar. Eu queria comentar sobre o registo porque a COVID-19 como na Austrália,

dá-nos agora a oportunidade de ter registo completo na internet de todas as idades, enquanto que tínhamos um registo bom das crianças,

sobre um muito pobre para toda a vida e isso está agora a ser implementado. Assim, algumas

coisas boas podem sair de algumas, algumas coisas muito horríveis. Por isso, Maria,

temos os slides que eles têm para o Dr. Mung-Yong Yen?

E como estamos à espera, vou simplesmente entregar,

bem lá estão eles, entregando ao Dr. Yen.

E se conseguir ativar o microfone Dr. Yen, então podemos começar, já está tudo resolvido.

Ainda o temos sem microfone

Saiu e depois voltou a entrar de novo.

Quase lá.

Muito bem. Muito bem. Agora conseguimos ouvir. Muito obrigado.

[Dr Mah-Yong Yen]

Sim. Muito bem. Então, vou falar pela visão de imunização de Taiwan e estratégia e este é um setor privado.

Como já foi dito, há uma lacuna e fraqueza no propaganda ou na promoção do governo para a imunização dos adultos.

Assim, gostaria de partir da visão da tele-imunização, visão e estratégia. É principalmente para a comunicação

para melhorar o acesso e elevar, através da elevação a consciência pública para perceber a severidade do povo asiático

e a ameaça das doenças infecciosas.

Como eu concordei com a opinião de que a COVID-19

aumentou a sensibilização para a vacinação
a toda a idade às pessoas.

Portanto, é isto que temos vindo a fazer nos últimos anos.
A atual imunização da visão como sociedade estratégica

é a eficácia que os peritos médicos cultivam.

E temos uma conferência de imprensa em

todos e cada um dos principais eventos para promover as vacinas
como na televisão, nos dias da tuberculose, promoveremos

na instituição de cuidados a longo prazo pela importância
do Porquê de promover o TBI.

Também promovemos a importância da vacinação
nas instalações de cuidados a longo prazo e também

através dos meios de comunicação social temos também meios de comunicação social
online

para implementar todo o tipo de acessibilidade às famílias,

aos pais, e assim por diante. Especialmente, temos uma
grande conferência de imprensa para as 10 principais notícias sobre vacinas do ano.

E isso vai tornar-se, as luzes cintilantes nos meios de comunicação social,

porque irão discutir o que está a acontecer para com a situação,
sobre as várias partes em como em 2021

sobre o Coronavírus e como a Influenza, etc.

E depois é muito importante para nós melhorar

a sensibilização é a luta contra os grupos anti vacinação e algum tipo de desinformação, penso que estes dois são

questões diferentes. Havia tanta desinformação sobre a COVID-19. Assim, temos, como os médicos

especialistas, que melhorar toda a credibilidade para e a confiança para os povos,

para então aumentarem as taxas de vacinação, e de claro que é muito importante que precisemos de transparência.

E há algumas questões sobre a segurança nos processos civis neste momento e

precisamos desse tipo de estudo e transparências. Mas por último, é muito importante para a tarefa

para proporcionar uma educação massiva aos médicos porque todos concordamos e vemos as provas

que os médicos são as vias mais importantes para avaliar os doentes. Assim, para comunicar com os

médicos profissionais sobre como educar pessoas sobre os benefícios da sugestão do médico,

e depois persuadir e melhorar a vontade dos adultos para dar uma solução para doenças infecciosas.

Por isso, apelamos aos médicos e ensinamos-lhes e a outros médicos profissionais a serem mais ativos

ao recomendar todas e cada uma das vacinações para os idosos. Então, pode passar para o próximo slide, por favor?

Vou agora apresentar, para além da recomendação de consenso,

temos um turno da última vez que precisamos de fazer os detalhes da situação em Taiwan. Taiwan é o líder mundial

quando se trata de vacinação de crianças.

Temos taxas de cobertura de todos os tipos,

como MMR e TDTBs para mais de 90, cerca de 95% pelo menos.

Mas quando voltamos às vacinações para adultos,

Como a gripe, Influenza de idosos, é um fundo público, você pode obter o visto livremente, mas só temos 50% da taxa de vacinação da

cobertura nesta faixa etária, pessoas com mais de 65 anos, portanto a COVID-19 no início foi bom por causa da propaganda,

e as notícias e a acessibilidade, mas para as terceiras doses da questão da segurança é abandonada, isto é, a dose impulsionadora

é reduzida para 40%. Assim, como avaliar para melhorar a taxa de cobertura? Como acabei de mencionar, precisamos de

transparência e credibilidade para lutar contra a desinformação.

E também é muito importante em Taiwan ligar

aos sistemas de cuidados de saúde. Em Taiwan, é universal, temos cobertura de seguro de saúde natural. Isso representa cerca de 99% das populações.

Por isso, temos um cartão de seguro de saúde nacional.

Assim, através destes mecanismos, temos um bom

país de acessibilidade que, como já disse, mais de 99% da cobertura populacional, e é muito conveniente

ir às clínicas, consultar os médicos e obter a recomendação e sugestão e depois

recebemos o aviso, mas eles estão nos hospitais ou qualquer campo crítico. Assim, o acesso de médicos

de outros médicos é muito importante e é especialmente naquelas pessoas que tinham barreiras por causa de hesitações na família

ou têm muitas comorbidades múltiplas.

Mas é porque eles têm este tipo de comorbidades,

que visitariam hospitais, obteriam a informação e obteriam um sentido de vacinação. E depois temos uma força

direcional do governo local. Temos um orçamento do governo local. Direi isso mais tarde.

Mas de qualquer modo, em grande caso, temos equipas de vacinação móvel para a gripe, para o pneumococo, como instalações de cuidado

a longo prazo. E nos grandes eventos como temos muitas sítios na comunidade para

vacinações em massa, criados pela comunidade local e também temos este sistema de bairros de subdistrito

do Departamento de Assuntos Cívicos,
em combinação com o Departamento de Saúde.

Eles tornariam esta rede completa. E depois,
por último, começaria com o que as pessoas são.

Penso que é muito importante utilizar a rede em
sistema de saúde dos cuidados primários porque há uma

cobertura muito ampla através de toda a comunidade
para quem tem acesso a quem não quer sair

porque tal como uma severidade, por isso ao irem simplesmente a uma clínica
perto, receberão aí a vacinação.

Portanto, há um exemplo muito bom que, como nós gostamos
de melhorar as taxas de cobertura da COVID-19

nas instalações de cuidados a longo prazo, temos a partir da clínica local,
clínicos dos sistemas de cuidados primários,

eles apenas entram nos institutos e vacinam.
Estão nos lares de idosos.

E depois temos centros de saúde pública em cada distrito,
especialmente na zona rural.

O enfermeiro é autorizada a praticar a chamada estratégia da agulha
sem a supervisão de médicos. Em Taiwan,

só os médicos podem fazer a injeção de vacinação, mas numa
zona rural, devido à limitação dos recursos humanos.

Portanto, uma enfermeira é autorizada a praticar para melhorar a taxa de vacinação na zona rural. E também na região urbana

temos campanhas de casa para casa ou de distrito para distrito para comparar com o entre obter um crédito.

Portanto, são os cuidados de saúde, especialmente os trabalhadores de saúde pública que melhoram para mostrar alguma insanidade e

para melhorar a cobertura vacinal na comunidade local.

Então, pode passar para o próximo slide, por favor?

A seguir falaremos sobre, não sobre este direito

Falarei sobre isto mais tarde, correto Michael?

Se não, paro por aqui.

[Prof. Michael Moore]

Obrigado, Mah-Yong Yen. Vamos guardar os outros slides dentro de pouco tempo e vamos perguntar ao Professor Troisi

para depois refletir efetivamente sobre alguns dos outros comentários, mas também para trabalhar para nos apresentar sobre vigilância

e monitorização, em particular. E Maria, pergunto-me se podemos ver os slides do Professor Troisi, por favor. Obrigado.

Kathy, é a sua vez.

Quando puder, ligue o microfone.

[Catherine Troisi]

Ora então.

Na verdade, sou eu que estou a controlar os diapositivos. Sim. Portanto, obrigado por isso. E quero dizer ao Dr. Gemmil

que os EUA soa muito como o Canadá, apenas em esteroides. Temos os nossos Centros de Controlo e Prevenção de Doenças e o Comité Consultivo sobre práticas de imunização que

faz recomendações para vacinações de crianças e adultos.

[Prof. Michael Moore]

Posso só interromper por um segundo? Pode colocar os diapositivos em modo apresentação?

[Catherine Troisi]

Peço desculpa. Tem razão.

Continua a andar para trás e para a frente. Ora então.

Existem 15 no calendário de imunização de adultos e 16 no calendário de rotina das crianças e adolescentes

e se gostava de saber o que estes são, aqui está como os encontra.

Não somos bons a imunizar, tanto crianças como adultos.

Aos 24 meses menos de 7 em cada 10

crianças são totalmente imunizadas que sobe um pouco em idade escolar por causa dos requisitos escolares.

Mas em muitos estados, incluindo o meu do Texas,
é muito, muito fácil de sair dessas,

citando ou não, imunizações escolares necessárias.

Variamos na forma como nos saímos bem apenas com diferentes vacinas.

Cerca de um terço dos homens são imunizados contra o HPV,
mas temos feito muito bem com a Hepatite B,

basicamente devido à imunização à nascença.

Mesmo os adultos não estão a receber a

a vacina contra a gripe e isto inclui mesmo
trabalhadores da saúde. É um pouco desconcertante.

Conseguimos um pouco melhor com a doença pneumocócica.

Portanto, só para vos dizer que estamos a lidar bem com a SRA, com a COVID-19
também,

existe um mandato federal para os trabalhadores da saúde que são vacinados.

Mas o Supremo Tribunal de Justiça derrubou um mandato para as empresas

e para os trabalhadores federais. Veremos, na realidade está a ser
contestado que a greve está a ser contestada nos tribunais.

Assim, veremos o que acontece. Éramos uma espécie de intermediários
sobre como fizemos a imunização das pessoas e pior sobre

que é impulsionada e por grupo etário, estamos muito atrasados
na imunização das crianças.

Nos adultos mais velhos estamos, na realidade, bastante adiantados.

Por isso, os pontos fortes do nosso sistema, temos um programa chamadas Vacinas para Crianças onde

costumava ser que, se fosse imunizado ou não como criança, dependendo do seu estatuto socioeconómica,

sabia que tinha seguro? Agora todas as crianças podem ser vacinadas gratuitamente, porque é fornecido pelo governo federal.

Temos também um programa limitado de redes de segurança para adultos, onde os adultos de estatuto socioeconómico inferior

podem obter vacinas de graça mas, como já disse, é limitado. Temos requisitos escolares, embora, como mencionei,

é fácil sair de alguns deles e agora há estados que estão a falar em acabar com os

requisitos de imunização totalmente para crianças que entram na escola. A Lei dos Cuidados Acessíveis, também conhecida como Obamacare,

requer seguro para cobrir vacinas que são aprovadas por este comité consultivo sobre a prática da imunização.

Portanto, isso é bom porque há décadas atrás, os fabricantes de vacinas disseram que iam

deixar de fazer vacinas devido ao risco legal e ser processado por acontecimentos adversos, quer se trate ou não de

estarem de facto, ligados à vacina.

Agora o governo federal assume essa responsabilidade de seguro.

Aumentámos o número de vacinas que os farmacêuticos possam administrar. Por isso, é muito fácil.

Pelo menos se estiver numa zona urbana, e houver muitas farmácias perto para obter vacinas e reconhecer no nosso Pessoas Saudáveis 2030,

que é um roteiro para o que queremos melhorar em termos de saúde ao longo desta década.

As imunizações estão aí e particularmente as imunizações para adultos. No entanto, temos os nossos desafios,

tal como no Canadá, a saúde pública é uma questão de direitos dos Estados. Portanto, não temos um registo nacional e cada Estado

e temos 50 deles que podem fazer os seus próprios regulamentos. E estes estados diferem nos requisitos de relatórios,

como quem tem de comunicar as imunizações ao registo estatal, cada estado tem o seu próprio registo. Por isso, a maioria está excluída.

Mas há um punhado de estados que optam por colocar informação no registo. Existem diferenças entre

estados que declaram sobre quem pode ver legalmente essa informação. E depois, a interoperabilidade destas bases de dados é sempre um problema.

Também temos visto efeitos da pandemia nos níveis de imunização. Os dados que vos mostrei há alguns diapositivos são de 2019.

Receio que esses números venham a diminuir por causa das visitas perdidas não só para crianças,

mas também adultos. E depois a COVID-19 tem realmente encorajado o movimento Anti-Vacinação em todo o mundo.

Mas sabem, é muito forte nos Estados Unidos. Temos uma desconfiança em relação ao governo e estas são recomendações provenientes do governo, muitas vezes administradas por departamentos de saúde que são governamentais, e então não temos seguro de saúde para os menores de 65 anos.

Se tiver mais de 65 anos, pode candidatar-se ao Medicare. E as vacinas são cobertas pelo Medicare.

Por isso.... deixem-me parar de partilhar isto. Sim. Então, sabe, como epidemiologista, a monitorização,

a vigilância, são os nossos olhos e a menos que saibamos o que se passa numa comunidade, não podemos impedir

estas doenças evitáveis com vacinas. Não podemos aumentar as taxas de imunização.

E para que haja muitas barreiras nos Estados Unidos particularmente devido à falta de um registo nacional.

[Prof. Michael Moore]

Muito obrigado, Kathy. Isso é uma visão realmente interessante e conduz-nos bastante bem à nossa discussão final,

a recomendação final, que é sobre o apoio e financiamento

do governo, e já ouvimos a discussão

que se seguem porque, como é claro, cada uma destas recomendações interage também com as outras recomendações.

Vou falar com a Dra. Jane Barratt e perguntar à Dra. Barratt, porque é que está a lidar tanto internacionalmente, com pessoas que estão a envelhecer

e têm uma reflexão sobre o impacto que o apoio do governo e financiamento do governo levaram-me a ir a Ramon,

porque ele tocou no assunto ao terminar os seus comentários iniciais.

[Dr. Jane Barratt]

Obrigada, Professor Moore. Penso que, primeiro e acima de tudo, Só quero realmente levar-nos até ao grupo técnico

imunização nacional e considerar se há representação em todo o percurso da vida.

E posso dizer-vos, pelo trabalho que realizámos, que não há e por isso penso que a vacinação de adultos

não tem um lugar no quadro da saúde pública.

E isso pode ser uma afirmação ousada, mas então, na realidade,

qual é a percentagem do PIB que é atribuído à promoção e prevenção da saúde

nos países da OCDE? É muito minúsculo.

É de um dígito.

Desculpem, tenho um cão, por isso perdoem-me.

E, mas obrigada por me ter desligado o microfone.

E depois, se olharmos para essa percentagem de um dígito e olharmos para a imunização, estamos reduzidos a 3 e 4%.

O investimento governamental não só em vacinas e vacinação, mas infraestruturas, precisamos de simplificar os percursos,

precisamos de expandir a administração. Precisamos de analisar a literacia em saúde sem investimento governamental,

mas também os peritos nesta chamada. Kathy, Ian, Ramon, Muh-Yong, trata-se de uma abordagem transversal de disciplina cruzada

para liderar a vacinação de adultos. Obrigada, Michael.

[Prof. Michael Moore]

Obrigado, Jane. E antes de ir para o Ramon, Gostaria apenas de dizer àqueles que estão a participar,

se deseja fazer uma pergunta ou um comentário sobre perguntas e respostas, então, por favor, faça-o e daremos seguimento a esses.

Vou agora para o Ramon e depois pergunto à Dra. Marta Lomazzi para responder também.

[Ramon Saavedra]

Obrigado, Professor. E depois penso que é importante para lhes dizer algo sobre os potenciais

do programa de imunização nacional do Brasil.

Porque antes, trouxe apenas os pontos de risco,

os pontos negativos na necessidade de validar o problema importante e eu gostaria de partilhar apenas um slide,

Só um minuto .

[Prof. Michael Moore]

Claro, se puder ir para a sala de apresentação do canal seria melhor.

[Ramon Saavedra]

Ok. Não.

[Prof. Michael Moore]

Pode ir para a apresentação dos slides?

[Ramon Saavedra]

Sim.

[Prof. Michael Moore]

Ok, nós conseguimos ver.

[Ramon Saavedra]

De novo.

[Prof. Michael Moore]

Estava bem, conseguimos trabalhar com isto.

[Ramon Saavedra]

Ok, então. Não, não há problema, é só para mostrar que foi criado o programa nacional de imunização brasileiro.

Apenas com 4 vacinas até aos primeiros anos de vida. Depois, quatro anos depois de termos mais de 20 vacinas

para crianças, adolescentes, adultos e idosos e nós temos importância na resolução do problema da imunização.

A diferença no governo é importante e há também os centros de vacinas especiais que servem grupos

nas clínicas especiais em posições centrais de Burisch, por exemplo, pessoas que vivem com VIH, doenças cardíacas, cancro e outras doenças.

Penso que o profissional de saúde tem um papel importante à recomendação de orientação de vacinas

para qualificar os possíveis fornecedores sobre a sua eficácia e contra as provas e divulgando

os benefícios reais da vacina e temos esta rede.

Comprei uma rede de profissionais de saúde no Brasil,

é necessário investir na comunicação dos riscos para

combater a divulgação de informações falsas.

E finalmente, penso que é essencial assegurar uma boa articulação entre a simulação de saúde e o serviço de cuidados de saúde primários

para monitorizar dados sobre vacinação, cobertura vacinal e pessoas não vacinadas para procurar quem o povo que não vêm para receber a vacina.

Penso que é importante apontar isto.

Então acho que não há problema, apenas isto.

Obrigado, Professor. Obrigado a todos.

[Prof. Michael Moore]

Obrigado Ramon, foi excelente.

Irei para o Dr. Lomazzi e depois irei para o Professor Muh-Yong Yen.

Irei então para o Dr. Lomazzi. Primeiro.

[Dra. Marta Lomazzi]

Assim, o meu comentário sobre o reforço apoio e financiamento do governo central é que eu penso que precisamos de obter o

orçamento para a prevenção, não só do ministro da saúde, mas de todos os nossos outros ministros do orçamento, e este é a única

forma de dar realmente mais fundos mas também mais visibilidade para a importância da prevenção. Assim, o ministro relacionou

que a educação pode desempenhar um papel muito importante na criação

da consciência, sobre necessidade de vacinar ao longo de toda a vida.

E esta abordagem intersetorial que pedimos ao governo,
precisa de ser implementada, também pela sociedade civil, porque nós

também precisamos de advogar mais horizontalmente para ter uma voz mais forte
para a prevenção. Por isso, de ambos os lados, precisamos de fazer mais,

e depois unir forças para fazer da prevenção
uma grande parte do sistema de saúde e social.

[Prof. Michael Moore]

Obrigado, Marta. Agora, Muh-Yong, é a sua vez, por favor.
Ao apresentar-vos, gostaria de salientar que Taiwan

tem um extraordinário sistema universal de cuidados de saúde,
provavelmente entre os melhores, se não o melhor do mundo.

E, portanto, há uma vantagem muito grande
como ponto de partida, não é?

[Dr. Mah-Yong Yen]

Sim, sim, está correto.

Posso passar então ao meu primeiro slide, por favor?

[Prof. Michael Moore]

Isto é um slide que o Dr. Muh-Yong estava só a terminar.

Esse é aquele que é o terceiro slide aí.

Sim.

[Dr. Mah-Yong Yen]

Sim. Muito bem. Então vou falar sobre o apoio e financiamento governamentais, em Taiwan.

Antes de mais, o orçamento, o financiamento tinha sido excluído do orçamento do programa do Seguro Nacional de Saúde,

porque é para a prevenção, não para o tratamento.

Assim, eu tiraria uma fotografia do Programa de Seguros da

Saúde Nacional, seriam necessários 20 bilhões de dólares americanos por ano e para o financiamento da vacina,

temos vacinação financiada publicamente com o financiamento do imposto sobre o tabaco. Muito bem.

Assim, os media, chamaram Expansão do Fundo Nacional de Vacinas e Reforço da Imunidade Pública,

e são necessários apenas cerca de 60 a 70 milhões de dólares americanos, um ano que seria inferior a 1% do programa de seguros

da saúde nacional. Assim, pode ver como o governo central

tem opinião sobre o financiamento do isolamento, em especial nas pessoas idosas, mas tinham-nos prometido

que deveriam aumentar a taxa de cobertura da vacinação de adultos, então eles ganharão... você ganhará apoio

do financiamento do governo. Por isso, penso que está interligado,

Então, precisamos de avaliar e melhorar a taxa de vacinação

para que um governo pague mais financiamento

para este orçamento. Por isso, é muito importante que o governo local

prepare um orçamento. Foi um fundo especial a pagar para comprar,

claro que é para o benefício político por causa das eleições.

Assim, eles proporcionariam mais para expandir a cobertura.

Tomemos o invisível simples, por exemplo, o financiamento governamental

o financiamento público das licenças para a gripe seria para aqueles

acima dos 65 anos de idade. Assim, o governo local

aumentaria o financiamento do orçamento especial para

cobrir os que têm entre 50 e 65 anos e dizem

que será em torno do caso que foi implementado

como a vacina pneumocócica conjugada, 13 HPV e gripe

abaixo de 65 anos. Temos outro donativo muito importante

do setor privado, haverá um financiamento privado

ou a empresa privada toma pneumocócica PPV 23

por exemplo, temos um orçamento fixo todos os anos para

fornecer vacina pneumocócica gratuita para as pessoas com mais de 65 anos.

Caso contrário, o governo só é responsável por aquelas

pessoas mais velhas com cerca de 75 anos e depois temos uma estratégia de autopagamento.

Como acabei de dizer, eles vinham de recomendações e sugestões

dos médicos. As pessoas estavam a falar das herpes-zóster e, ultimamente, tem havido frequentes chamadas de atenção para a tosse convulsa

dos que vão viajar para o estrangeiro, precisam de uma vacinação médica COVID,

haverá um mecanismo de autopagamento e estamos a falar sobre um subsídio do governo em várias questões,

para além de pagar no bolso do próprio povo, mas isto é apenas o início da discussão desta questão dos subsídios.

E isto é tudo, obrigado.

[Prof. Michael Moore]

Muito obrigado por estas introspeções.

Penso que são realmente, realmente importantes. Eu gostaria de ir agora ao Ramon,

para ver se ele consegue refletir sobre o que ouviu dos outros. E depois irei ao Dr. Ian Gemmil

Ramon, tem o microfone ligado?

[Ramon Saavedra]

Peço desculpa.

[Prof. Michael Moore]

Está bom agora.

Agora vamo-nos silenciar

e desligar o microfone de novo.

Continuando.

Ainda está com o microfone desligado.

Tem estado a falar aos poucos.

Pronto. Enquanto está a ter uma pequena confusão.

Vamos pedir ao Ian para nos responder.

[Dr. Ian Gemmill]

Muito obrigado,

Michael, apenas uma observação.

Parece-me que uma das coisas que é
vir aqui hoje está a receber apoio político

e vontade política e financiamento por detrás destes
programas para adultos idosos. E mencionou

muito apropriadamente que talvez houvesse um pequeno pedaço de sorte
vinda da multidão do Coronavírus.

Que talvez outro seja o facto de termos a imunização
agora por parte do público ou dos holofotes.

Há um ano atrás, as pessoas teriam matado para ter a
Vacina contra a COVID-19. Havia muito desespero.

No Canadá, as pessoas queriam obter essa vacina
logo que pudessem. E penso que haveria

muitas mais mortes, especialmente entre os adultos mais velhos se não tivéssemos tido a vacina.

Para mim é realmente um milagre que a tenhamos conseguido tão depressa.

No entanto, eu só queria dizer que talvez

em todo o mundo que podemos capitalizar para manter a imunização, especialmente para os adultos mais velhos, especialmente.

E para obter esse apoio político, precisamos de vontade para que funcione. Obrigado.

[Prof. Michael Moore]

Questiono-me se posso então chamar o Dr. Barrat. Já que este tem mais compromissos. Por isso, chamarei a Jane

e pedir-lhe que reflita sobre toda a discussão onde temos sido e talvez escolher o que pensa que

é a mensagem mais significativa.

[Dr. Jane Barratt]

Obrigada, Professor Moore. Tem sido um prazer estar consigo.

Vou apenas colocar-lhe uma pequena questão no meio

da nossa conversa: até que ponto o envelhecimento desempenha um papel?

Em investir na vacinação de adultos?

E penso que é uma discussão muito dura que temos de ter.

Mas creio que é uma discussão importante.

Concordo com os comentários sobre o investimento em infraestruturas.
Mas também acredito que temos realmente de pensar

sobre um curso de vida que, e realmente, e a agenda da imunização
2030 fala de um curso ao vivo, mas a implementação

e integração da imunização de adultos ainda não foi realmente realizada.
E, claro, temos também de recordar e refletir que

que estamos agora no segundo ano da década da ONU de envelhecimento saudável.
Portanto, há oportunidades, mas é preciso,

uma abordagem de disciplina multissetorial para
influenciar as agendas. Por isso, muito obrigada Michael

e também à Federação Mundial das Associações de Saúde Pública
por me ter convidado para esta conversa muito importante. Por isso, obrigada.

[Prof. Michael Moore]

Obrigado Jane e para continuar a conversa vou chamar a Kathy.

É realmente interessante que a Jane levante a questão do envelhecimento.
E gostaria que se debruçasse sobre isso, mas ao mesmo tempo,

notei que o nível de vacinação contra o HPV entre os homens jovens,
por isso ainda são adultos, nos EUA, é muito baixo.

Na realidade, não deu o fator para as mulheres, que
imaginava que era muito mais alto. Mas, pergunto-me

se também puder, há também um elemento de,
talvez sexismo, mas talvez seja apenas quem são os

quem sofre mais com o vírus do papiloma humano?

[Catherina Troisi]

Sim. Dei estes dois números para vos mostrar uma
baixa cobertura e uma cobertura muito alta nos Estados Unidos

como penso que em todo o mundo, a vacina foi licenciada
para rapazes depois de ter sido licenciado para raparigas e novamente para raparigas,

uma vacina para prevenir o cancro do colo do útero. Os pais dos rapazes
podem não compreender porque sabem onde as raparigas

se infetam com o vírus. Por isso, penso que isso faz parte da
razão para a menor cobertura do que nas raparigas.

Penso que o envelhecimento faz provavelmente parte disso. Mas nos
Estados Unidos, há tantas outras barreiras

que o meu palpite seria que esse é um contribuinte menor
às nossas fracas taxas de imunização.

E se eu tivesse de escolher a causa número um,
seria o movimento antivacinação,

que como disse, tornou-se muito mais forte
durante a COVID-19 e temos políticos

que se pronunciam contra as vacinas e, de facto, na Florida,
a Flórida pode simplesmente não recomendar

que as crianças sejam vacinadas contra a COVID-19

o que vai contra as diretrizes do CDC.

Sim. Sabe, nós, mais uma vez, com o
Vacinas para Crianças, o dinheiro não é um problema.

Há sempre barreiras de acesso.

Se estiver a trabalhar em três empregos,

é difícil dar as vacinas ao seu filho e
há oportunidades perdidas, os nossos registos

de saúde eletrónicos seriam bons se cada vez que você
fosse ao médico e este mostrasse o seu registo, que dizia,

"Tem uma vacina para levar, qualquer uma",
parece simples, mas tem sido mais difícil
para implementar do que deveria ser.

[Prof. Michael Moore]

Só para lhe dar a alternativa, a vacina COVID-19 dobrou o número
vacinados na minha própria jurisdição porque na Austrália,

os nossos estados e territórios também têm um sistema separado
e se quiser do Federal, embora haja

um registo nacional, mas no meu próprio estado, temos 98,6% de
vacinados e duplos vacinados contra a COVID-19 e

os protestos que ocorreram em Otava, em
Washington e etc. ocorreram

em Camberra, mas os locais com 98,6% vacinados estão a ir,

o que é que estas pessoas estão aqui a fazer?

E tem havido um contracomentário e tanto a eles, mas temos uma demografia social

que é muito boa, bem paga, no geral. E também temos um ser altamente educado sendo um capital nacional.

Por isso, há sempre outros fatores que entram na equação. Portanto, vou apenas abri-lo para ver se alguém gostaria de indicar

um comentário adicional sobre os determinantes sociais, realmente no papel que desempenham.

Ramon, verifique se está pronto e escreva se pode falar agora.

[Ramon Saavedra]

Muito bem, Professor, obrigado. Desculpe por isso. Aqui no Brasil, viemos de vários anos com graus de cobertura vacinal,

desde 2016. Então, em 2019, pela primeira vez, não classificámos a cobertura vacinal para qualquer tipo de imunização no calendário das crianças

pela primeira vez em 2019. Existe um calendário específico de calendários de vacinação para os idosos e povos indígenas,

em especial para os idosos como povos indígenas no Brasil. E em específico, planeamento levado a cabo tanto pela saúde como

nos setores de segurança para os presos atuais e feitos especialmente em prisioneiros.

Muito bem.

Não existe um plano de vacinação específico para isso. No entanto, como

a saúde pública vê no Brasil uma alavanca para que estes dois jovens possam e devam ser avaliados e vacinados

sempre que chegam ao centro de saúde e depois o programa brasileiro de imunização tem que

enfrentar alguns genes desafiantes para expandir e padronizar a cobertura vacinal a grupos específicos de populações

e outros problemas também, é a única questão do atual governo federal que não mostra

qualquer interesse em garantir os direitos das populações indígenas e dos prisioneiros. E para finalmente dar o

aumento significativo da população adulta em população é o facto de terem características específicas que levam a uma maior suscetibilidade à infeção e a menor resposta

à vacinação. É necessário aumentar a vacinação entre eles e ao programa de imunização

às particularidades das especialidades. Não nos devemos esquecer disso. Também, para as pessoas mais velhas,

a vacinação é a forma mais eficaz de prevenção. Perfeito. Obrigado.

[Prof. Michael Moore]

Ainda bem que recordou, e é interessante que tenha levantado

a questão dos povos indígenas porque cada um de nós, na realidade

tem povos indígenas nos nossos países.

É um dos nossos aborígenes em geral, a Saúde Aborígine na Austrália

é uma das grandes coisas contrastantes onde eles fazem mal.

Mas na imunização, eles têm sido na realidade um australiano

líder em vacinações e por isso essa é na verdade uma das
nossas histórias positivas.

Vou agora apenas dar uma oportunidade para cada uma dos
entrevistados para fazer o seu comentário e reflexão final.

Vou concluir com a Marta.
antes de fazer a conclusão geral.

Mas vou deixar outros, uma vez que ela apresentou sobre a investigação,
mas deixarei outros começarem primeiro. Eu irei ter convosco,
Dr. Muh-Yong Yen e depois a Ian Gemmil
e depois a Catherine Troisi.

[Dr. Mah-Yong]

Penso que a questão mais importante é a sensibilização do público,

e aumentar a sensibilização do governo para esta questão,
para perceber a severidade da idade para as pessoas e afins,

doenças infecciosas. Por isso, é preciso continuar
com esta promoção e comunicação e suscetibilidade. Sim.

[Prof. Michael Moore]

Obrigado. Muito obrigado, Ian.

[Dr. Ian Gemmill]

Bem, penso que já foi dito várias vezes,
mas volto a dizê-lo, porque penso que é

importante para manter esta questão na agenda política
e na agenda de financiamento. Fazemos aqui anedotas

que quando se diz isso, quando a saúde pública é um grande trabalho,
nada acontece. E a vacina é um exemplo muito bom disto.

Lembro-me de apresentar à Direção de Saúde uma vez sobre como
quase o eliminamos com B. Influenza

em crianças da nossa zona através da introdução de vacinas,
na década de 1980. E era como se quiséssemos falar de estradas,

sabe, por isso, penso que está
realmente estabelecido, mas não podemos deixar de o fazer.

Temos de continuar. Vai ser uma luta contínua.

E penso que todos nós temos de mobilizar as nossas forças

e ter a energia para continuar a fazer isto,
para fazer desta questão uma questão importante para os adultos mais velhos.

Obrigado, Professor Moore.

[Prof. Michael Moore]

Foi uma boa reflexão. É a sua vez, Cathy.

[Catherine Troisi]

Sim, concordo com todos os outros que a comunicação que é culturalmente apropriado, que é a educação de saúde apropriada é realmente importante. E, claro, parte do problema é que já não vemos muitas destas doenças.

E, por isso, as pessoas que se encontram em baixo não compreendem porque é que é tão importante para ficar protegido contra estas doenças.

No entanto, em termos de determinantes sociais da saúde, nos Estados Unidos, embora vejamos disparidades da saúde e quase tudo se olharmos para a cobertura da imunização,

é na verdade para a maioria das vacinas mais baixas entre os brancos do que entre outras raças e etnias. E mais uma vez,

é uma grande parte devido ao movimento antivacinação, e precisamos de descobrir como contrariar isso.

[Prof. Michael Moore]

Sim. Obrigado. Obrigado, Kathy.

Penso que é uma reflexão interessante

e o que me vem à mente é a bandeira na Escola de Saúde Pública John Hopkins,

em que salvamos um milhão de vidas de cada vez e, é claro, salvamos vidas, como Ian reflete, sim, mas não faz mal. Exceto que, quando alguém

fez um transplante de coração, nós vemos, nós sabemos disso.
Mas quando se salvaram todas essas vidas através da imunização

ou outras medidas de saúde pública, saneamento de água limpa. Não é
assim tão óbvio. Tínhamos uma pergunta que era sobre

as vulnerabilidades das minorias, mas penso nisto ao responder
à nossa questão em torno dos determinantes sociais, mas

já falamos isso. Portanto, para si, Marta,
o que achou desta reflexão

sobre a investigação e o que está a pensar agora?

[Dr Marta Lomazzi]

Por isso, posso apenas desenvolver com base no que os outros disseram que a
comunicação

é da maior importância, e precisamos de investir mais nisso,

mas acho que outra das recomendações é muito oportuna,
sobre a recolha de dados. Agora com o COVID temos uma melhor
compreensão da necessidade de ter dados e estamos a pensar
sobre como reforçar o sistema de saúde. Portanto, dentro deste contexto,

Acho que é fundamental iniciar uma reflexão que cada governo deve
começar a refletir sobre que tipo de dados devem ser recolhidos

e que tipo de população deve ser o foco da
recolha de dados. Estamos a falar hoje, sobre adultos mais velhos,

mas é outra categoria muito importante que não é

desagregada em análise de dados, ou pelo menos não muito

frequente, é a força de trabalho da saúde pública. Esta é um condutor chave de saúde pública, mas também pode ser um condutor

de doença prevenível pela vacinação se não for protegida apropriadamente. Por isso, penso que precisamos de ter dados melhores,

melhor compreensão da situação real a proteger não só a população mais vulnerável, mas também

os profissionais de saúde pública. Porque precisamos de mão-de-obra pública na saúde, e não apenas durante a pandemia, mas

todos os dias para prevenir a doença. Por isso, penso que isto deveria fazer parte da reflexão que o governo deveria fazer agora,

quando a saúde pública já não é invisível, mas é realmente visível. E precisava de permanecer no topo das prioridades.

[Prof. Michael Moore]

Muito obrigado. E ao fazer a minha reflexão final,

Acho que fiquei realmente comovido por Ramon nos ter recordado a

situação no Brasil, porque antes da mudança de governo, houve de facto um impulso muito forte na saúde pública

e uma atitude positiva muito forte em relação à imunização.

Assim, o papel que o governo desempenha torna-se incrivelmente

importante que, por conseguinte, o papel que temos como defensores de saúde públicos são também extraordinariamente importantes e suponho que,

ao refletirmos, depois de vos ter escutado, o que eu diria que seriam os elementos de advocacia que agora se tornam os mais

importante e penso que, para mim, a primeira dessas e a Marta tocou no assunto em particular, é o financiamento adequado para a saúde pública.

A nível internacional, penso que o Canadá faz o melhor, ou com cerca de 7%, das despesas de saúde na saúde pública, no meu próprio país são inferiores a 2%.

E isso é, na verdade, muito mais comum.

Gostei da ideia de que a Marta, certo, a retirasse da saúde,

e garantir que a saúde pública é vista em todo o espectro.

Por isso, serão coisas muito importantes. O outro elemento,

penso, é a importância de ter realmente um registo nacional.

Por isso, e conheço os desafios que isso representa nos Estados Unidos

e em outros países, mas as vantagens de ter um registo nacional, na verdade, para o indivíduo, é incrivelmente importante,

mas também, ainda mais importante, para compreender e ser capaz de apontar às pessoas o que é que elas fizeram,

e Maria, pergunto-me se posso mostrar este diapositivo final.

E gostaria de, na minha conclusão, agradecer muito a cada um de vós,

pelo tempo que dedicarem à preparação,

pelacompreensão, mais importante ainda, inicialmente, agradecer à Marta

e à sua equipa que fizeram essa investigação e nos deram

a oportunidade de refletir sobre o assunto, isto não seria possível

sem o apoio da Universidade de Genebra e da GSK.

E por isso também apreciamos que, esse apoio permite-nos

assegurar que este tipo de *webinar* esteja disponível, e também, mais importante, para garantir que podemos fazer investigação

para que possamos compreender quais são as algumas das barreiras, quais são algumas das oportunidades que temos para melhorar,

melhorar a saúde pública. E, no final, o melhoramento da saúde pública é o nosso objetivo comum.

E se ao menos pudermos assegurar que o objetivo partilhado é também partilhada com os governos,

penso que a maioria dos governos, não todos, a maioria dos governos estiver com este mesmo estado de espírito, é algo em que podemos construir.

Assim, a todos e a cada um dos nossos entrevistados, a Ian, a Kathy a Marta, a Muh-Yong, a Ramon,

e Jane que já não está entre nós.

Muito obrigado.

Muito obrigado pelo apoio da
Federação Mundial das Associações de Saúde Pública.

E com isso, vou agora encerrar a reunião.

[Dr. Muh-Yong Yen]

Muito obrigado, adeus.

[Ramon Saavedra]

[Dr. Ian Gemmill]

Obrigado, foi um prazer trabalhar com vocês.

[Ramon Saavedra]

Muito obrigado.