

EPISÓDIO 30. DIÁLOGOS: UMA CONVERSA COM VIDYA KRISHNAN

Esta transcrição foi gerada pelo software de transcrição Trint e editada pelo pessoal da TDR. A Organização Mundial de Saúde não é responsável pela exactidão da transcrição.

Vidya Krishnan [00:00:00] O diagnóstico veio antes do lançamento da primeira edição do programa de TV Kaun Banega Crorepati, a versão indiana de Quem Quer Ser Milionário. A riqueza ou a casta não podem proteger ninguém das misérias infligidas às cidades do interior. A tuberculose não é mais uma doença só dos pobres ou uma ameaça abstrata da história. Na Índia, onde ricos e pobres vivem a menos de um espirro de distância, seus destinos irremediavelmente misturados, essa é a tarefa diária da vida.

Garry Aslanyan [00:00:38] Bem-vindo ao Dialogues. Sou Garry Aslanyan. Esta é uma série especial do podcast Global Health Matters. Nesta série, abrirei algumas das câmaras de eco que existem na saúde global. Para me ajudar nessa missão, convidei pessoas atenciosas e curiosas de diferentes estilos de vida. Cada um deles explorou e escreveu sobre questões globais de saúde a partir de diferentes perspectivas disciplinares. Espero que esta série de diálogos dê a vocês, ouvintes, uma oportunidade e um espaço para sair de sua rotina diária e contemplar os problemas globais de saúde através de uma lente diferente. Então, vamos começar.

Garry Aslanyan [00:01:21] Em nosso segundo episódio de diálogo, tenho a companhia de Vidya Krishnan. Vidya é jornalista e autora de saúde com sede em Goa, Índia. Vidya investiu uma parte significativa de sua carreira de escritora investigando e documentando o impacto da tuberculose em índios de todas as esferas da vida. Em seu livro Phantom Plague: How Tuberculosis Shaped History, ela tece uma infinidade de narrativas ao longo do tempo, começando na Nova York do século XIX até a moderna Mumbai. Ela explora questões sobre a interação de raça e casta em políticas que influenciam a disseminação e o controle da tuberculose em nossos dias.

Garry Aslanyan [00:02:19] Oi, Vidya. Como você está?

Vidya Krishnan [00:02:24] Muito bem, Garry. Obrigado por me receber.

Garry Aslanyan [00:02:28] Onde eu te encontro hoje, Vidya?

Vidya Krishnan [00:02:29] Estou em Goa, na Índia.

Garry Aslanyan [00:02:33] Ótimo. Bem-vindo ao show. Vidya, eu queria começar perguntando o que realmente a motivou e a inspirou como jornalista a investigar as interligações entre ciência e sociedade.

Vidya Krishnan [00:02:50] Eu cresci em Bhopal, que é uma cidade no centro da Índia, e cresci logo depois que Bhopal foi o centro do maior desastre industrial do mundo em 1984, quando uma fábrica de pesticidas vazou uma substância intermediária que envenenou e matou metade da cidade por envenenamento por cianeto. E houve uma longa batalha judicial no final. Então, ninguém se desculpou, ninguém foi responsabilizado e ninguém realmente foi reabilitado. E tudo o que aprendi sobre meu jornalismo vem dessa única história épica, que inclui lei, justiça, política e advocacia, tudo isso acontecendo em uma cidade pequena, e esse foi o pano de fundo contra o que eu cresci e tudo sobre o que escrevo, ou seja, não acho que seja sobre ciência, história médica, raça ou política, na verdade, sobre a interação dessas coisas. E eu acredito que o único lugar em que essas coisas se

juntam de forma tangível é na literatura, onde, como escritor, eu simplesmente tenho que acreditar que nada pode superar uma boa história.

Garry Aslanyan [00:04:16] Vidya, estou curioso, a tuberculose é apenas um interesse profissional ou você teve um encontro mais pessoal com a doença?

Vidya Krishnan [00:04:27] Se você quer dizer que se eu ou alguém na minha vida teve tuberculose, não, não minha família imediata. Mas isso é pessoal? Sim. Sim. Você não passa oito anos em uma história sem que ela se torne pessoal. E eu também moro no campo. Quero dizer, enquanto eu estava relatando este livro, perdi muitos amigos com essa doença, mas também moro em um país onde há muita tuberculose e, de alguma forma, as pessoas simplesmente não percebem isso. E esse livro, quando comecei a escrevê-lo, não foi encomendado. Eu não tinha uma editora. Eu simplesmente tive que escrever porque vi muito disso e estava trabalhando para um jornal naquele momento. Depois de um tempo, simplesmente não faz justiça escrever histórias de 300.600 palavras sobre algo tão grande em escala. E em algum momento eu percebi que estava essencialmente colonizado por essas histórias e tentei não escrever este livro por um longo tempo, mas depois não consegui parar de pensar nisso e acredito que as histórias eliminam os escritores das pessoas, e foi isso que aconteceu comigo.

Garry Aslanyan [00:05:49] Isso é interessante. E você conduz os leitores do seu livro por uma viagem ou jornada que começa no passado e destaca como a história moldou a TB (tuberculose). Por que você acha que a perspectiva histórica é valiosa e como ela pode desafiar nossa compreensão e informar nossas ações no combate à tuberculose hoje?

Vidya Krishnan [00:06:17] Pessoalmente, acho que a perspectiva histórica é sempre valiosa, mas é particularmente valiosa quando estamos passando por esses megaeventos, como pragas, fomes e guerras, porque as pessoas tendem a procurar desesperadamente por respostas para entender coisas que essencialmente não podem ser entendidas. Passei muito tempo lendo história naquela época, e diria que tudo isso se beneficiou da minha leitura da história, de todas as minhas reportagens, porque essencialmente nós, como sociedades e seres humanos, somos apenas criaturas previsíveis e sobre como a história pode ajudar no combate à tuberculose. A tuberculose foi e voltou a ser a principal causa de morte de doenças infecciosas e todas as pragas anteriores a esta nos ensinaram a mesma coisa: que ninguém estará seguro até cada um de nós. É. Eu me sinto como um disco preso dizendo isso repetidamente, em todos os lugares que eu falo. Mas foi muito surreal ver a negação da ciência, o racismo e o casteísmo em meu país, todas as coisas sobre as quais li, a xenofobia, tudo isso só ganhou vida nos últimos três anos. Se não agirmos coletivamente, porque as doenças infecciosas são mais do que qualquer outra coisa, é uma questão de destino coletivo. Se formos gananciosos e pensarmos dessa forma míope, não vejo como prevalecer sobre esses patógenos, apesar de todos os frutos da medicina moderna.

Garry Aslanyan [00:08:07] Interessante você mencionar isso, porque nesta temporada gravamos alguns episódios específicos de History Matters e nosso público realmente adorou esses episódios. É muito importante conhecer a história, como você diz. Foi muito interessante para mim aprender com o livro sobre a influência das políticas habitacionais em Mumbai na disseminação da tuberculose. Vamos ouvir mais sobre isso em seu livro.

Vidya Krishnan [00:08:42] Essa foto aérea dos aglomerados de favelas agora é conhecida como a “foto do gatilho” no DFY (Doctors For You). Foi a primeira vez que a equipe do DFY pôde visualizar a escala da crise de saúde. A fotografia lembra um favo de mel densamente empilhado. Há cinquenta e nove telhados, pequenos quadrados e setas vermelhas saindo deles. Contra cada seta, os pesquisadores do

DFY colocaram um número — para refletir quantos pacientes com tuberculose vivem em cada prédio. As marcas ficam mais densas, mais agrupadas, nos andares inferiores.

Vidya Krishnan [00:09:13] Um edifício em particular se destaca — o edifício número 10 do NP Compound. Pesquisadores encontraram 51 pacientes com tuberculose resistente a medicamentos (DR) em um prédio em um dos guetos mais extensos — uma descoberta excepcional, mesmo para um país como a Índia. Foi o equivalente a encontrar cinquenta e uma pessoas que sofrem de um câncer raro, todas vizinhas. Pelo menos um membro de cada família que morava no prédio número 10 tinha resistência aos medicamentos em resposta aos antibióticos.

Vidya Krishnan [00:09:44] A pobreza é a doença, a tuberculose é o sintoma. A luta global contra a tuberculose será vencida, ou mais provavelmente perdida, na Índia, porque um século de decisões ruins sobre políticas habitacionais fez com que os residentes ricos de Mumbai vivessem em seu luxuoso arquipélago fechado de enclaves no alto do céu, mantendo os moradores pobres de Mumbai servindo à distância como cozinheiros, motoristas, seguranças e operadores de elevadores. Juntos, mas separados mais do que nunca. Para a bactéria, essa é uma ótima oportunidade de prosperar.

Garry Aslanyan [00:10:22] O que você acha que é o aprendizado da experiência em Mumbai que poderia beneficiar outras cidades a não cometerem os mesmos erros?

Vidya Krishnan [00:10:34] Obrigado por essa pergunta. O que está acontecendo em Mumbai hoje estava acontecendo em Nova York no século XX. A Revolução Industrial levou à descentralização da habitação, o que transformou a cidade, os guetos, em uma placa de Petri para a tuberculose. E a globalização simplesmente terceirizou esses empregos sujos para lugares sujos, distantes, essencialmente, de países como o meu. Então, por que Mumbai é onde vemos isso acontecendo é que Mumbai é o motor financeiro da Índia. Mas o que está acontecendo em Mumbai é apenas um microcosmo do que está acontecendo em todas as grandes megacidades do mundo. Estamos conectados. Todas as partes do mundo estão conectadas a todos os outros cantos dos aeroportos, e todos nós temos que lidar com essa questão. Os pobres que vivem entre nós, especialmente nas grandes cidades, os refugiados, os trabalhadores que migram de cidades menores para as maiores, estão destinados a viver em condições subumanas? O que significa para a sociedade coletivamente se você forçar um determinado setor de sua sociedade a viver nessas condições precárias? Quando eu estava fazendo uma reportagem em Mumbai, conheci um médico que era superintendente médico do Hospital Suri, e ele brinca que, se a tuberculose fosse uma religião, Suri seria Meca. É o maior hospital de tuberculose da Ásia. E agora eu sei que, morando em Mumbai, relatando o livro, eu morava lá e morava em um bairro chique de Mumbai, mas eu ia para os guetos, relatava e voltava para minha distância segura. Mas isso está cada vez mais frágil. E o que a crise imobiliária em Mumbai me ensina essencialmente é que isso não é uma coincidência, tudo isso é negligência intencional. Vivemos em cidades congestionadas, mas somos tão segregados por raça, casta e classe, que os patógenos não respeitam esses limites e precisamos parar de pensar que, se quisermos combatê-los, também precisamos mudar a forma como pensamos sobre eles. E muita coisa começará com a garantia de que tenhamos melhores moradias para os pobres, mas, infelizmente, no meu país, temos uma situação em que Bollywood romantiza essa vida em favelas e vivemos em uma sociedade cega para a dor que acaba de infligir em diferentes bairros.

Garry Aslanyan [00:13:17] “Bollywood romantiza a vida em favelas”. É a primeira vez que ouço isso. Como isso aconteceu.

Vidya Krishnan [00:13:20] Bem, você conhece Quem Quer Ser Milionário, que ganhou o Oscar?

Garry Aslanyan [00:13:25] Certo.

Vidya Krishnan [00:13:26] Bem, era muito famoso com sede em Dharavi, que é a maior favela da Ásia. E também temos em Bombaim, se você é turista, eles o levam para o Dharavi Tour, como turista, você pode simplesmente ir lá e ver como as pessoas pobres vivem. E tudo sobre isso é tão feio, explorador e tão cego às condições de vida.

Garry Aslanyan [00:13:56] Vidya, entrelaçadas em seu livro, estão as histórias de vários pacientes que você encontrou, e você mencionou como os visitou e conversou com eles. Por que, em sua opinião, é tão importante ancorar nossos esforços para eliminar a tuberculose nessas histórias?

Vidya Krishnan [00:14:15] Novamente, obrigado por essa pergunta. Acho que uma das razões pelas quais este livro foi bom é porque eu não sou estudante de medicina, então não abordei essa biografia de uma bactéria do ponto de vista médico. Então, eu não via essas pessoas como pacientes, eu as via como pessoas, com sonhos, famílias, hipotecas e cachorros, que acabaram de ser pegas nessa reviravolta muito feia da qual simplesmente não tinham controle. E por que isso é fundamental? Quando você vê o paciente e não a pessoa, o que está implícito nisso, e eu vejo muito disso acontecendo na Índia, é que você vê a pessoa como portadora da doença. Eu estava nos Estados Unidos quando o governo Trump estava no comando, e com doenças infecciosas, se você não vê os pacientes como pessoas, essa é a ladeira escorregadia a que chegamos. Na verdade, acredito que superar essa infecção e observar a vida da pessoa é importante porque, mais do que qualquer outra coisa, exige compaixão, e acredito que a compaixão é uma necessidade absoluta na saúde global. É também o componente que mais falta em nossa política de TB. E eu não quero dizer compaixão como uma indulgência ou como uma posição moral, eu literalmente a quero dizer como uma necessidade urgente de analisar uma política que aborde doenças infecciosas, especialmente em países em desenvolvimento, porque se não incorporarmos cuidadosamente a compaixão na política, acabaremos com algo como DOTS [tratamento diretamente observado, curso curto]. O DOTS foi, desde o início, cruel com os pacientes. Era esperar que o paciente comparecesse a uma clínica médica dia após dia após dia. Mesmo que sejam demitidos de seus empregos. Se você está em frente ao prédio, você é visivelmente um paciente com tuberculose, então você é condenado ao ostracismo. E essa falta de pensamento, essencialmente, é claro que, em um nível filosófico e profundo, é ótimo ser compassivo, mas, do jeito que eu vejo, torna as políticas ineficientes. É a maior prova de que a política DOTS falhou.

Garry Aslanyan [00:16:43] Então, outra observação fascinante que você fez em seu livro é a tensão entre a acessibilidade dos antibióticos e também a desigualdade que pode surgir se o acesso for limitado. Você poderia nos contar mais sobre essa situação na Índia?

Vidya Krishnan [00:17:01] Eu acho, Garry, tensão é uma palavra muito caridosa, eu não usaria a palavra tensão aqui. É moralmente difícil negar a alguém remédios para alguém no futuro. E simplesmente não há como dizer isso sem responder à pergunta. Toda vez que encontro um médico indiano que diz isso para mim, pergunto a ele: me dê uma visão de como será o paciente no futuro? É uma casta superior rica, brâmane hindu, homem ou mulher? No meu país, mas essencialmente em escala global, o motivo pelo qual queremos economizar antibióticos é quando uma tuberculose resistente a medicamentos chega a Seattle e Genebra e lugares como esses, e você quer guardar o remédio para todos os brancos ricos ou hindus de casta alta em meu país, e simplesmente não há como falar sobre isso sem abordar o fato de que em todos os sistemas os ricos receberão o tratamento. São os pobres. São as pessoas da casta inferior, ou pessoas pertencentes a raças diferentes, que serão deixadas para trás, e eu pessoalmente acho isso abominável.

Garry Aslanyan [00:18:19] E Vidya, o que você acha que deveria ser feito sobre isso?

Vidya Krishnan [00:18:22] Quero dizer, quase imediatamente para a tuberculose, direi que simplesmente não precisamos impor patentes. É uma emergência de saúde global de uma escala... Tudo o que aconteceu na COVID vem acontecendo há décadas com a TB. Na Índia, todo o programa de tuberculose foi “covidizado”, até a linha de apoio do Ministério, e as infecções e doenças respiratórias não desaparecem simplesmente. Então, a primeira coisa que precisamos fazer é ver como a tecnologia é transferida, porque vacinas e medicamentos, acima de tudo, são tecnologia. É propriedade intelectual de alguém. E acho que a eliminação da tuberculose não pode e não será alcançada se os medicamentos, a terapia mais recente e mais humana, estiverem bloqueados em uma panóplia de patentes. E, novamente, a parte mais frustrante disso é que todas as novas terapias na tuberculose, na verdade, surgiram de uma colaboração pública genuína. Universidades, dinheiro estudantil, filantropias investidas em dinheiro, vários ensaios clínicos de bedaquilina em estágio avançado foram realizados na Índia e na África do Sul, então os pacientes também participaram. E é realmente injusto que você use pacientes para pesquisas, mas quando chegar a hora de... e todos esses medicamentos surgiram de subsídios em escala industrial para empresas farmacêuticas e outras em panóplias de patentes. Então essa é a coisa mais urgente que eu diria.

Garry Aslanyan [00:20:03] Vidya, você faz uma declaração: “Não há mais público na saúde pública”. Você poderia expandir isso?

Vidya Krishnan [00:20:11] Sim, Garry. Eu realmente acredito que não há público na saúde pública. Isso também é pouca saúde - há muito dinheiro. Ontem eu estava em uma conferência onde aprendi que durante a pandemia... Na Índia, existe a reputação de que existem muitos bilionários da tecnologia na Índia. Mas por causa da pandemia, agora temos mais bilionários do setor farmacêutico do que bilionários da tecnologia. Criamos um novo bilionário a cada nove dias e meio durante a pandemia, e isso não é verdade apenas para a Índia, mas é claro que é verdade para a Índia e também para o resto do mundo. Se houvesse público na saúde pública, simplesmente não haveria como as vacinas que foram trazidas ao mercado com investimento, investimentos pesados de universidades e contribuintes financiados publicamente, serem entregues apenas a empresas farmacêuticas, apenas por uma música. Deixamos milhões de pessoas morrerem de uma doença curável por vacina evitável, e isso realmente deve nos fazer questionar tudo sobre a estrutura que estamos tentando defender. É uma coisa muito cruel ter remédios e não compartilhá-los, e eu não sei como explicar isso a não ser dizer que não há nem público nem saúde e há apenas lucros.

Garry Aslanyan [00:21:47] Você escreveu seu livro antes da pandemia real e, no entanto, como acabamos de falar, vimos a história se repetir em alguns aspectos. Quais são as duas lições de sua exploração que você aprendeu que podem mudar o resultado de futuras pandemias.

Vidya Krishnan [00:22:08] Sei que estamos negociando um tratado de pandemia agora, que também parece muito... Os dados parecem estar repletos de nações pós-coloniais muito frágeis, e as duas lições são que... A primeira e a mais óbvia é que precisamos descentralizar a fabricação porque nossas cadeias de suprimentos estão muito quebradas. Cada continente deve ser capaz de fabricar para si mesmo e se abastecer, e a propriedade intelectual não pode ser um obstáculo para ele. A pandemia foi o momento perfeito para os países emitirem licenças compulsórias, como o governo dos EUA fez para o antraz logo após os ataques de antraz após o 11 de setembro. Então, os países ricos realmente podem usar as flexibilidades da lei. São as nações pobres, são as nações pós-coloniais, que não têm permissão. E a segunda lição, essa é minha irritação pessoal sobre não entender por que achamos que podemos financiar a saúde global por meio da filantropia. Nós não podemos. Nós simplesmente não podemos. Não é coincidência que uma ordem de saúde global, que é totalmente administrada por poucas fundações para financiá-la, resulte em emergências globais e depois busquemos soluções em bilionários porque não criamos sistemas em tempos de paz. Então, em tempos de guerra, esperamos

que os salvadores venham nos salvar. Além disso, o problema de se considerar o salvador é que se espera que você economize quando surgir uma crise. Os filantropos organizados também são igualmente responsáveis por nos colocar nessa posição, porque investiram muito dinheiro ao longo dos anos em estados como Uttar Pradesh, na Índia, onde, durante a segunda onda, corpos estavam flutuando em nossos rios porque as pessoas já haviam ficado sem espaço nos cemitérios e os hindus estavam empurrando corpos em Ganga, Ganges, que é nosso rio mítico, que os hindus acreditam que causará nirvura. ana, salvação eterna. Então, se você não pode dar a eles uma pira no final, você empurra esses corpos nos rios míticos, e é por isso que eu digo que na Índia tivemos uma praga do século XIV. Certamente, o governo é responsável em todos os países onde a filantropia organizada é um pilar para tornar os cuidados de saúde possíveis. Não é viável. É muito perigoso.

Garry Aslanyan [00:24:59] Então, só para esclarecer, qual foi a segunda lição, Vidya?

Vidya Krishnan [00:25:03] A segunda lição foi simplesmente financiar nossa própria saúde. Como financiado pelos contribuintes, não há envolvimento filantrópico nisso. É só meu negócio com meu governo.

Garry Aslanyan [00:25:15] Eu entendo. Vidya, em nossa busca por autores de livros de países de baixa e média renda, não encontramos muitos. Por que você acha que é tão importante que jornalistas ou escritores como você compartilhem as histórias de seu próprio povo, como você fez neste livro?

Vidya Krishnan [00:25:34] Sou escritor, então sou tendencioso por histórias. Acho que cada história é importante para nos dar uma visão abrangente desse mosaico que consideramos uma ordem de saúde global, que na verdade está muito sobre-representada em partes muito limitadas do mundo. É por isso que é importante que todas as histórias sejam registradas, mas mais do que todas as histórias, as histórias dos menores denominadores comuns. É importante. Novamente, sou escritor e acredito que ter uma informação granular de todas as perspectivas, na verdade, é importante para nos tornar compassivos e abrir espaço para as histórias uns dos outros.

Garry Aslanyan [00:26:23] Obrigada. Finalmente, a tuberculose ainda permanece conosco, e ainda há muito trabalho a ser feito com a tuberculose, mas você já viu algum bolsão de esperança e promessa de progresso?

Vidya Krishnan [00:26:40] Sim. Sim. Na verdade, continuo muito otimista neste momento. Um dos pontos mais brilhantes desse processo são as redes de pacientes que se uniram e a advocacia que elas lideraram de frente. Duas pacientes, Nandita Venkatesan e Phumeza Tisile, da África do Sul, contestaram com sucesso a patente da Johnson & Johnson sobre a bedaquilina. E é muito emocionante ver esse tipo de mudança, pessoas se encontrando, aprendendo a história umas das outras, encontrando força na história umas das outras. E o outro lado positivo da pandemia é que agora há mais conversas sobre doenças infecciosas, mais do que eu tinha visto nos 7 a 8 anos em que escrevi sobre este livro antes da pandemia e, acima de tudo, em países como a Índia, houve uma expansão significativa dos testes moleculares. Na verdade, tudo isso nos dá uma forte rede para construir, acabar ou pelo menos tentar atingir as metas que estabelecemos para eliminar a tuberculose. Eu acredito que temos todas as ferramentas para fazer isso, é só uma questão de saber se vamos priorizar fazer a coisa certa.

Garry Aslanyan [00:28:11] Obrigado, Vidya, por se juntar a mim hoje e compartilhar suas reflexões e seu trabalho. Foi uma ótima conversa.

Vidya Krishnan [00:28:21] Obrigada. Foi muito bom te conhecer.

Garry Aslanyan [00:28:24] Vidya explora a tuberculose através de uma lente social como indiana que vive em um dos países com maior incidência de tuberculose no mundo. Retiro da minha conversa com Vidya uma nova apreciação de uma gama complexa de fatores que influenciam essa doença, algo que todos achamos que sabemos, mas nem sempre levamos em conta quando pensamos em como lidar com esse antigo problema de saúde pública. Das políticas habitacionais às decisões sobre direitos de patente, alcançar progressos no combate à tuberculose não é tarefa fácil. A conversa de Vidya também nos lembra dos remanescentes coloniais e dos interesses comerciais em andamento que têm uma influência direta na conquista da equidade na saúde. Um desenvolvimento positivo em relação ao início deste ano é a adoção de uma Declaração histórica pelos Estados Membros na 78ª Assembleia Geral das Nações Unidas. A Declaração dá impulso ao fim da tuberculose até 2030 e ao fornecimento de tratamento que salva vidas a 45 milhões de pessoas.

Garry Aslanyan [00:29:34] Vamos ouvir um de nossos ouvintes.

Maria Teresa Bejarano [00:29:41] Obrigado a Garry e ao TDR por produzirem excelentes podcasts. Gostei, em particular, da última sobre o estigma, o medo, as desigualdades e a falta de conhecimento que se relaciona com a doença de Chagas e seus números de disseminação. Essa é uma maneira muito boa de levar as humanidades à saúde global. Também gostaria de chamar sua atenção para um podcast sobre mudança climática e saúde que promove argumentos de saúde a favor da ação climática e os co-benefícios da mitigação para a saúde, porque precisamos garantir que haja evidências da resposta do centro de saúde às mudanças climáticas a fim de mobilizar recursos e financiamento para a ação.

Garry Aslanyan [00:30:29] Obrigado, Maria Teresa, por sua recomendação e por ouvir o Diálogo. Na primeira temporada, tivemos um episódio sobre mudanças climáticas, mas concordo que há muito mais que podemos discutir. Para saber mais sobre nossa série Dialogue e o conteúdo deste episódio, visite a página do episódio na web, onde você encontrará leituras adicionais, notas do programa e traduções. Não se esqueça de entrar em contato conosco via mídia social, e-mail ou compartilhando uma mensagem de voz com suas reflexões sobre este episódio.

Elisabetta Dessi [00:31:02] O Global Health Matters é produzido pelo TDR, um programa de pesquisa baseado na Organização Mundial da Saúde. Garry Aslanyan é o apresentador e produtor executivo. Lindi van Niekerk e Obadiah George são produtores técnicos de conteúdo. Priya Joi é curadora da série Dialogue. Os designs de edição, comunicação, disseminação, web e mídias sociais de podcast são possíveis graças ao trabalho de Maki Kitamura, Chris Coze, Elisabetta Dessi, Izabela Suder-Dayao e Chembe Collaborative. O objetivo do Global Health Matters é produzir um fórum para compartilhar perspectivas sobre as principais questões que afetam a saúde global. Envie-nos seus comentários e sugestões por e-mail ou mensagem de voz para TDRpod@who.int e não deixe de baixar e se inscrever onde quer que receba seus podcasts. Obrigado por ouvir.