

MARÇO 2023

disparidade



mortal



COMPROMISSOS TB
CONTRA
REALIDADES TB

— O Relatório de prestação de contas da TB- comunidades afetadas e sociedade civil:
prioridades para superar a disparidade mortal



Foto de capa: © Stop TB Partnership

Este relatório de prestação de contas da TB - comunidades afetadas e da sociedade civil, a seguir referenciado como o Relatório das Comunidades, é dedicado a todas as pessoas com e afetadas pela tuberculose (TB), as suas famílias e a sociedade civil que as apoiam.

Todos os dias, cerca de 4.400 pessoas morrem de uma doença evitável e curável, resultando em aproximadamente 1,6 milhão de vidas perdidas. À medida que as mortes pela COVID-19 diminuem, a tuberculose está recuperando seu título de principal doença infecciosa que mais mata no mundo inteiro. Muitas vezes, essas pessoas têm origem nas nossas comunidades mais vulneráveis e marginalizadas. Embora tenha tido alguns avanços, a resposta geral para eliminar a tuberculose permanece desatualizada, condescendente e muitas vezes em desacordo com os direitos humanos básicos. Este relatório foi escrito por e em solidariedade às comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil, buscando estimular uma resposta transformadora para acabar com a tuberculose.

MORTES POR TB / DIA
4.400 pessoas

MORTES POR TB / ANO
1,6 milhões de pessoas

Dedicatória

Reconhecimentos

Este relatório não teria sido possível sem as contribuições de 1.018 colegas de 394 organizações em 91 países, representando as comunidades afetadas pela TB, incluindo pessoas com TB e sobreviventes de TB, constituintes da sociedade civil e aliados a quem somos incrivelmente gratos (ver Anexo). Suas experiências e perspectivas coletivas servem como evidência de um impulso crescente para acabar com a tuberculose. Quando o primeiro Relatório das Comunidades (Deadly Divide) foi escrito em 2020, cerca de 150 pessoas em 61 países participaram, o que significa que o engajamento neste esforço 2.0 aumentou quase dez vezes.

Os esforços constantes dos líderes comunitários regionais, Meirinda Sebayang (Ásia-Pacífico), Olayide Akanni (África anglófona), Bertrand Kampoer (África francófona), Deliana Garcia (Américas), Timur Abdullaev (Europa Oriental e Ásia Central) e Robyn Waite (países de alta renda) é reconhecido com profunda gratidão. Com entusiasmo inabalável, eles ajudaram a desenvolver a metodologia, liderar a divulgação e escrever este relatório junto com Amrita Daftary (York University e SSHIFTB), Pushpita Samina e Sheila Noriega-Mestanza (SSHIFTB). Agradecemos à Delegação de ONGs de Países em Desenvolvimento, Delegação de ONGs de Países Desenvolvidos e à Delegação Comunitária do Conselho de Administração da Parceria Stop TB por sua visão, liderança e compromisso em ampliar a voz das comunidades afetadas pela TB e da sociedade civil como agentes de mudança na resposta à tuberculose. Os esforços de todos aqueles que forneceram revisão, incluindo Lucica Ditiu, Suvanand Sahu, Viorel Soltan, Brian Kaiser, Wayne Van Gemert, Caoimhe Smyth, Suhair Talab, Andrei Mosneaga, Janika Hauser e Rhea Lobo, são extremamente valorados.

É essencial reconhecer a Stop TB Partnership e a Afro Global Alliance por coordenar este esforço, especialmente James Malar da Stop TB Partnership, e Austin Obiefuna e Rachel Otu-Amponsah da Afro Global Alliance por galvanizar o ímpeto e seu apoio e incentivo dedicados ao longo do processo.

A citação recomendada para este relatório é:

O Relatório de Responsabilidade das Comunidades e Sociedade Civil Afetadas pela Tuberculose: Prioridades para Superar com a Divisão Mortal. Delegação de ONGs de Países em Desenvolvimento, Delegação de ONGs de Países Desenvolvidos e Delegação Comunitária da Parceria Stop TB. 24 de março de 2023.



SUMARIO EXECUTIVO 7

APELO À AÇÃO 10

INTRODUÇÃO 17

Justificativa para um Relatório de Comunidades 18

Metodologia 19

Metas para a eliminação da tuberculose 21

Fechando a divisão 22

Plano Global pelo Fim da TB 2023–2030 24

ÁREAS DE AÇÃO

Area de Ação 1: Preencher lacunas na prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados da TB, alcançando todas as pessoas com TB 26

Area de Ação 2: Tornar a resposta à tuberculose equitativa, genderizada, baseada em direitos e livre de estigma, com as comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil no centro até 2025 34

Area de Ação 3: Acelerar o desenvolvimento, a implantação e o acesso a novas ferramentas essenciais para acabar com a tuberculose 42

Area de Ação 4: Investir os fundos necessários para acabar com a TB 48

Area de Ação 5: Priorizar a TB na prevenção, prontidão e resposta pandêmica (PPPR), resistência antimicrobiana (AMR) e cobertura universal de saúde (UHC) 54

Area de Ação 6: Comprometer-se com a ação multisetorial, liderança decisiva e responsabilidade 59

ANEXO: METODOLOGIA 68

REFERENCIAS 79

Conteúdos


Abreviações

ADPP	Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo	DRAF-TB	Dinâmica de resposta à tuberculose na África francófona
AI	Inteligência Artificial	DRC	República Democrática do Congo
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	DRTB	Tuberculose resistente a medicamentos
AMIMO	Associação dos Trabalhadores de Minas Moçambicanos	DS-TB	Tuberculose suscetível a medicamentos
AMR	Resistência antimicrobiana	EECA	Europa Oriental e Ásia Central
BCF	Fundação Bridge Consultants	EGPAF	Fundação de AIDS Pediátrica Elizabeth Glaser
Bonela	Rede Botswana sobre Ética, Leis e HIV/AIDS	FDCs	Combinações em Dose Fixa
BPaL/BPaIM	Bedaquilina, Pretomanida, Linezolida/ Bedaquilina, Pretomanida, Linezolida Moxifloxacina	FMR	Fundação para Pesquisa Médica
BRICS	Brasil, China, Índia, Rússia, África do Sul	GAVI	GAVI, Aliança das Vacinas
CAD	Club des Amis Damien	GCTA	Coalizão Global de Defensores da Tuberculose
CAD	Diagnóstico auxiliado por computador	GloVax	Iniciativa para Acesso Global a Vacinas
CBO/CSO	Organização Comunitária / Organização da Sociedade Civil	GTC	Global TB Caucus
CCMs	Mecanismos de Coordenação do País	HBC	Países de alta carga
CEPI	Coalizão para Inovações em Preparação para Epidemias	HCV	Vírus da Hepatites C
CESI	Iniciativa Estratégica de Envolvimento Comunitário do Fundo Global	HIC	Países de alta renda
CFCS	Challenge Facility for Civil Society	HIV	Vírus da imunodeficiência humana
CHW	Agentes Comunitários de Saúde	ILO	Organização Internacional do Trabalho
CLM	Monitoramento liderado pela comunidade	IMCI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância e Recém nascidos
COVID-19	Doença do coronavírus 2019	IOM	Organização Internacional para Migração
CR	Retransmissões da comunidade	KHANA	Aliança Khmer HIV/AIDS
CRG	Comunidades, Direitos e Gênero	KHPT	Karnataka Fundo de Promoção da Saúde
CSO	Organizações da Sociedade Civil	KNCV	Fundação KNCV de Tuberculose
CSTF	Grupo de Trabalho da Sociedade Civil	KVP	População chave e vulnerável
DAT	Tecnologias de Aderência Digital	LAMP	Amplificação isotérmica mediada por loop
DLB	Delft Light Backpack	LMIC	Países de baixa e média renda
DOT	Terapia Diretamente Observada (TDO)	MAF	Quadro de Responsabilização Multissetorial
		MPP	Pool de Patentes de Medicamentos
		MSATBA	Associação Anti-Tuberculose do Estado de Maharashtra

MSF	Médicos Sem Fronteiras	SO	Observatórios Sociais
MTB	Mycobacterium Tuberculosis	SAMA	Associação dos Mineiros da África Austral
NCD	Doença não transmissível	STP	Stop TB Partnership
NGO	Organização não governamental	TAG	Grupo de Ação de Tratamento
NITHA	Autoridade de Saúde Intertribal do Norte	TB	Tuberculose
NFM4	Novo Modelo de Financiamento 4	TIMS	Tuberculose no setor de mineração na África Austral
NSP	Planos Estratégicos Nacionais	TPT	Tratamento preventivo da tuberculose
NTP	Programa Nacional de Tuberculose	U-ASHA	Ativistas Credenciados de Saúde Social Urbanos
OGRA	Fundação no Quênia	UK	Reino Unido
PDL	Pessoas privadas de Liberdade (PPL)	UKAPT	Acadêmicos e profissionais do Reino Unido para acabar com a tuberculose
PEER	Parceria para maior engajamento em pesquisa	UN	Nações Unidas
PHF	Fundação Philomera Hope	UNICEF	Fundação das Nações Unidas para a Infância
PLHIV	Pessoas vivendo com HIV	UNHLM	Reunião de Alto Nível das Nações Unidas
POC	Ponto de prestação de cuidados	UHC	Cobertura Universal de Saúde
PPE	Equipamento de proteção pessoal	US	Estados Unidos
PPPR	Prevenção, prontidão e resposta a pandemias	USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
PTLD	Doença pulmonar pós-tuberculose	LON	Rede de organizações locais
R&D	Pesquisa e desenvolvimento	vDOT	Terapia Diretamente Observada Baseada em Vídeo
REACH	Grupo de apoio à educação e defesa da saúde comunitária	WFP	Programa Alimentar Mundial
SADC	Comunidade de Desenvolvimento da África Austral	WHO	Organização Mundial de Saúde
SDGs	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas	Wok	Wellness on Wheels Keke
SMART4TB	Apoio, mobilização e aceleração a pesquisa para a eliminação da tuberculose	WRD	Diagnóstico rápido recomendado pela OMS



Sumário Executivo



Lançamos este Apelo à Ação (CTA) para exigir justiça social e despertar uma resposta transformadora à tuberculose (TB), doença evitável e curável, que mata 4.400 pessoas por dia, incluindo 700 crianças. Queremos garantir que aqueles de nós que são mais impactados, ou seja, as comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil, falem para que nossas realidades e prioridades sejam compreendidas e nossas vidas sejam salvas.

Achamos que é fundamental enfatizar que, embora a TB possa afetar qualquer pessoa, ela não afeta a todos igualmente. Os determinantes sociais da saúde e as desigualdades que estão além do controle direto de uma pessoa podem tornar alguns de nós mais vulneráveis à TB e/ou mais propensos a enfrentar barreiras no acesso aos serviços de TB. Aqueles de nós que fazem parte de uma população chave e vulnerável (KVP) afetada pela TB merecem uma resposta justa e inclusiva que reconheça e atenda às nossas diferentes necessidades.

Recordamos a Reunião de Alto Nível das Nações Unidas (UNHLM) de 2018 sobre TB, seus compromissos e suas metas, e o relatório de progresso das comunidades: *Compromissos pela TB Vs Realidades da TB* lançado dois anos depois. Agora, no Dia Mundial da Tuberculose 2023, refletimos sobre os progressos realizados, as histórias de sucesso, bem como as deficiências de nossos esforços nos anos subsequentes ao relatório. Hoje, procuramos traçar uma meta para a segunda UNHLM sobre TB em 2023 e ainda, acabar com a TB até 2030. Baseamo-nos no roteiro estabelecido do Plano Global para Acabar com a TB 2023–30 e, mais significativamente, a inspiração e os aprendizados obtidos de mais de 1.000 comunidades afetadas pela tuberculose e pelos parceiros da sociedade civil de 90 países afetados pela tuberculose que forneceram percepções ricas e únicas, incluindo contribuições para mais de 30 estudos de caso, para orientação e lições aprendidas para permitir o progresso na resposta à tuberculose.

Afirmamos os seis apelos à ação temáticos abaixo como críticos para acabar com a atual pandemia de tuberculose. Eles exigem que priorizemos e abordemos três fatos que historicamente estagnaram o progresso. Primeiro, precisamos que a TB atraia a atenção política e a ambição que merece. Precisa ser uma prioridade econômica e política abordada através de uma lente de direitos humanos e justiça social. Em segundo lugar, devemos disponibilizar imediatamente recursos financeiros internos e externos para acabar com a TB. A lacuna de financiamento deve ser fechada, as inovações e ferramentas existentes devem estar disponíveis e acessíveis a todos, e a pesquisa e desenvolvimento (P&D) de TB deve receber os níveis de investimento que vimos para o COVID-19. Em terceiro lugar, o empoderamento das comunidades afetadas pela tuberculose e dos parceiros da sociedade civil foi, por muito tempo, excluído. Nossa experiência vivida e conhecimento complementar distinto devem ser reconhecidos, desenvolvidos e integrados na visão, planejamento e financiamento da TB. Sem essas medidas, o progresso será prejudicado, vidas continuarão sendo perdidas e as economias continuarão a sofrer os resultados dessa negligência.



Apelo à Ação

01

Fechar as lacunas na prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados da TB, alcançando todas as pessoas com TB



- Certificar de que os diagnósticos rápidos (WRDs) recomendados pela OMS sejam usados como teste inicial para TB.
- Garantir que todas as pessoas afetadas pela TB, incluindo infecção e doença por TB e TB resistente a medicamentos (DRTB), e seus contatos tenham acesso acessível aos mais novos e melhores regimes de prevenção e tratamento.
- Desenvolver e atingir metas ambiciosas para a prevenção da tuberculose por meio do rastreamento de contatos e cobertura do tratamento preventivo da tuberculose (TPT), abordando ainda os determinantes sociais da tuberculose, garantindo com urgência uma nova vacina contra a tuberculose.
- Prestar cuidados de TB de qualidade centrados nas pessoas, baseados na comunidade e focados em KVP para melhorar os resultados, incluindo serviços amigos da criança para aperfeiçoar os resultados da TB pediátrica; através de treinamento da força de trabalho, de uma atenção sensível, além de recursos para identificar e superar barreiras sociais e econômicas para o acesso à saúde.
- Assegurar que os serviços de TB estejam integrados com os serviços de HIV, com a atenção primária à saúde e/ou serviços de saúde ocupacional, usando modelos co-localizados, para melhorar a detecção e tratamento da TB em condições comórbidas como HIV, silicose, desnutrição e diabetes.
- Alavancar a capacidade do setor privado para melhorar o acesso aos serviços de TB, particularmente em países com grandes provedores de serviços do setor privado.

Tornar a resposta à tuberculose equitativa, genderizada, baseada em direitos e livre de estigma, centrada nas comunidades afetadas pela tuberculose e na sociedade civil até 2025.

- Garantir que Comunidades, Direitos e Gênero (CRG) e a eliminação do estigma sejam priorizados na Declaração Política UNHLM de 2023 sobre TB com metas específicas e explicitamente integradas aos Planos Estratégicos Nacionais (NSP) e às Revisões do Programa de TB.
- Dedicar doadores e financiamento doméstico para iniciativas lideradas pela comunidade de TB, incluindo esforços de defesa, monitoramento e responsabilidade por meio do Mecanismo de Desafio Stop TB Partnership (STP) para a Sociedade Civil (CFCS), o Fundo Global e outros mecanismos de apoio técnico.
- Assegurar a participação significativa das comunidades afetadas pela TB e da sociedade civil como expertos no desenvolvimento de NSPs, no planejamento de revisões de programas de TB, bem como dos processos de desenvolvimento de propostas de países para subsídios internacionais em todos os países de alta carga (HBCs), inclusive por meio de redes nacionais de pessoas afetadas pela TB e pelo empoderamento e liderança de mulheres e meninas.
- Realizar avaliações de CRG, aferição rotineira sobre estigma e, desenvolver e implementar planos de ação de TB CRG devidamente custeados em todos os CDs que incluam monitoramento comunitário (CLM) na resposta a TB, bem como a CRG.
- Identificar, realizar estimativas populacionais e alocar fundos para atender sistematicamente às necessidades específicas de TB KVP, como, mas não limitado a, pessoas vivendo com HIV, pessoas migrantes, pessoas refugiadas e deslocados internos, pessoas que usam drogas, pessoas privadas de liberdade, pessoas com diabetes, pessoas em situação de rua e favelados, garimpeiros e pessoas com silicose, povos indígenas e crianças; com base nas vulnerabilidades e barreiras de acesso.
- Fortalecer a proteção e a segurança social das pessoas afetadas pela tuberculose e garantir que inclua distribuição de renda, assistência médica, moradia, apoio nutricional, apoio à saúde mental e assistência jurídica.
- Atualizar leis, políticas e programas para promover e proteger os direitos das pessoas afetadas pela TB, combater as desigualdades e eliminar o estigma e as práticas, processos, e linguagem discriminatória.

3 Acelerar o desenvolvimento, implantação e acesso a novas ferramentas essenciais para acabar com a tuberculose

- Desenvolver e garantir a disponibilidade e acessibilidade de novas vacinas contra a tuberculose para permitir reduções acentuadas na incidência da doença até 2025, com um fluxo de financiamento protegido.
- Garantir que todas as pessoas afetadas pela TB, incluindo infecção e doença por TB e TB resistente a medicamentos (DRTB), recebam os mais recentes e mais curtos regimes de tratamento até o final de 2024.
- Desenvolver novos WRDs nos postos de atendimento, incluindo aqueles que são adequados às crianças (“amiga da criança”) e medem a resistência a medicamentos para os regimes de tratamento mais recentes e emergentes, paralelamente ao desenvolvimento de regimes de tratamento mais curtos para infecção e doença de TB baseados em novas moléculas.
- Fortalecer a utilidade e o investimento em tecnologias digitais, incluindo raio X digital portátil, diagnósticos com suporte de inteligência artificial e mecanismos CLM, como o Onelmpact.
- Acelerar a implantação e o acesso ao mercado para ferramentas novas e emergentes – desde o projeto e adaptação até a adoção, criação de demanda e avaliação – com o financiamento de mecanismos de consultoria comunitário, campanhas liderada pela comunidade e pesquisa operacional.
- Coordenar esforços entre desenvolvedores, por meio de alianças globais e parcerias de desenvolvimento de produtos sem fins lucrativos, para produzir vacinas, diagnósticos, tratamentos e tecnologias digitais centradas nas pessoas e acessíveis para TB, garantindo que estejam livres de propriedade intelectual ou de setores relacionados, ou de barreiras regulatórias que inibem o custo e o acesso.



04

Investir os fundos necessários para acabar com a TB



- Fechar a lacuna de financiamento da TB por meio de investimentos de US\$ 210 bilhões entre 2023 e 2030, incluindo US\$ 40 bilhões para P&D em TB, para atender aos seis apelos a ação e cumprir o Plano Global para Acabar com a TB.
- Apoiar a reposição de mecanismos de financiamento global, como o STP CFCS e TB REACH, o Fundo Global e a Unitaid, com alocações proporcionais para TB e para comunidades afetadas pela TB, bem como parceiros da sociedade civil.
- Mobilizar recursos domésticos para TB e integrar com sistemas de saúde para alavancar os investimentos existentes e reduzir a dependência de fundos externos.
- Eliminar os custos catastróficos enfrentados pelas famílias afetadas pela TB por meio de investimentos multissetoriais, coordenação e aplicação de estruturas legais.
- Inovar o financiamento para expandir o grupo de investidores e aumentar a eficiência nos gastos com TB.
- Garantir que a tuberculose seja reconhecida e incluída nos investimentos em prevenção, prontidão e resposta a pandemias, resistência antimicrobiana e cobertura universal de saúde.

05

5. Priorizar a TB na prevenção, prontidão e resposta a pandemias (PPPR), resistência antimicrobiana (AMR) e cobertura universal de saúde (UHC)

- Garantir que o PPPR se baseie nas experiências e aborde as pandemias atuais, como a TB, e seu papel em futuras pandemias transmitidas pelo ar, com financiamento alinhado.
- Assegurar que a resistência aos medicamentos da TB seja apresentada na vigilância da RAM e abordada no planejamento estratégico da RAM e no financiamento alinhado.
- Assegurar que a triagem, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados de TB sejam incluídos nos pacotes nacionais de serviços essenciais para cuidados primários de saúde e CUS e, por outro lado, garantir que todas as pessoas afetadas pela tuberculose, incluindo KVP e familiares, sejam inscritas e protegidas pela CUS nacional esquemas, usando assim a TB como um indicador de progresso em direção à cobertura universal de saúde.
- Desenvolver modelos financiados para a inclusão significativa das comunidades afetadas pela TB e da sociedade civil como parceiros iguais nas respostas PPPR (incluindo o Fundo Pandêmico), AMR e UHC, com representação e voz nos acordos de governança globalmente e em nível de país.



6

Comprometer-se com a ação multissetorial, liderança decisiva e responsabilidade



- Desenvolver parcerias com jornalistas, parlamentares, celebridades e outras figuras públicas para defender e implementar os apelos à ação deste relatório de prestação de contas da TB.
- Fortalecer a colaboração em todo o setor e ampliar a adoção do Quadro de Responsabilização Multissetorial (MAF) para TB, ao mesmo tempo em que desenvolve mecanismos adicionais para responsabilizar todas as partes interessadas pelo cumprimento de compromissos e metas.
- Aplicar modelos CLM para compreender e abordar as realidades enfrentadas pelas comunidades afetadas pela TB, incluindo estigma, violações dos direitos humanos, e para documentar ações lideradas pela comunidade para lidar com essas barreiras. Utilizar esses dados para reforçar as respostas nacionais de TB, PPPR e UHC e a responsabilidade pela CRG.
- Envolver chefes de Estado, lideranças de alto nível e comunidades afetadas pela TB e sociedade civil no monitoramento e revisão das respostas nacionais à TB, ação multissetorial e mecanismos de responsabilidade, e traduzir em ações os compromissos sobre TB no PPPR, AMR e UHC, inclusive na UNHLM de 2023 sobre TB.
- Solicitar à OMS que desenvolva um cronograma e um plano de transição para sistemas de vigilância em tempo real e relatórios de dados.
- Exigir a inclusão das comunidades afetadas pela TB e da sociedade civil nos Mecanismos de Coordenação do País (CCMs) e grupos técnicos de trabalho relacionados com a monitorização e revisão das respostas nacionais, incluindo apoio às Delegações da Comunidade e ONGs de STP para apoiar o desenvolvimento de relatórios de prestação de contas nos anos subsequentes.

Introdução

A tuberculose (TB) acompanha a humanidade há séculos. É evitável, tratável e curável, mas permanece invencível. Em 2018, a primeira Reunião de Alto Nível das Nações Unidas (UNHLM) sobre TB catalisou os Estados Membros a estabelecer compromissos para eliminar a TB até 2030 sob uma Declaração Política sobre a Luta contra a Tuberculose.¹ A Declaração afirmou os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas para 2030², a Estratégia para o Fim da Tuberculose da Organização Mundial da Saúde (OMS) para 2030³, e o Plano Global da Stop TB Partnership (STP) para acabar com a tuberculose 2016–2020⁴ⁱ, e estabelecer metas para a eliminação da tuberculose nos níveis global, regional e nacional.

Já se passaram quatro anos desde da primeiro UNHLM sobre tuberculose e quase todas as metas permanecem não alcançadas. Muitos alvos também ficam aquém das prioridades da comunidade. O ano de 2021 viu 10,6 milhões de pessoas adoecerem com tuberculose e 1,6 milhão morrerem da doença.⁵ Isso significa que, todos os dias, cerca de 29.000 pessoas desenvolvem TB e 15% delas não sobrevivem. A pandemia de COVID-19 reverteu muitos ganhos obtidos na tuberculose, levando – pela primeira vez em décadas – a um aumento na incidência e mortalidade por tuberculose.⁵ Mas mesmo antes da pandemia, a tuberculose era a principal causa de morte por um único agente infeccioso. Inegável ser uma ameaça a manutenção dessa posição no futuro previsível. A menos que ajamos agora.

Em setembro de 2023, uma segunda UNHLM sobre TB ocorrerá para estabelecer novos compromissos e metas para acabar com a tuberculose. Este é um momento de acerto de contas para aqueles que estão no centro desta pandemia contínua de tuberculose. As comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil devem responsabilizar os líderes políticos pelas promessas feitas em 2018 e, dadas as lacunas flagrantes no progresso alcançado, exigir a priorização de ações decisivas e responsabilidade para acabar com a tuberculose, mantendo-se à frente e no centro desta resposta. Com seu roteiro e ações prioritárias para cuidados centrados nas pessoas para acabar com a TB, incluindo uma estimativa detalhada das necessidades de recursos financeiros em P&D, implementação e infraestrutura de TB, o Plano Global para Acabar com a TB 2023–2030 fornece uma inspiração necessária.⁶

ⁱ O Plano Global para Acabar com a TB 2016–2020 foi posteriormente revisado à luz da Declaração Política da UNHLM de 2018 sobre a TB. O Plano Global para Acabar com a TB 2023–2030 é referenciado a partir daqui.

Justificativa para um Relatório de Comunidades

Comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil estão no cerne da epidemia de tuberculose, não importa onde a TB apareça. São eles as principais partes interessadas e responsáveis por qualquer esforço para acabar com a tuberculose. No entanto, a voz destes importantes atores não sendo suficientemente priorizada.

Os últimos cinco anos refletem uma mudança sísmica no envolvimento da comunidade e nas ações de TB, sendo este relatório uma reflexão oportuna dessa mudança. Um primeiro relatório das comunidades (Deadly Divide) foi lançado em 2020, expondo as principais lacunas entre as metas endossadas por chefes de estado e governos e os resultados alcançados.⁷ Este segundo relatório se baseia nesse esforço com uma paciência justificada.

As comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil demandam seu envolvimento significativo na tomada de decisões para interromper o *status quo* e ajudar a liderar uma resposta transformadora para a eliminação da tuberculose, resposta esta centrada nas pessoas, equitativa, baseada em direitos, livre de estigma, com investimentos equivalentes aos esforços para prevenção, prontidão e resposta a pandemias (PPPR), resistência antimicrobiana (AMR) e assistência médica universal (UHC). Este relatório reflete a voz em defesa e solidariedade às pessoas mais diretamente afetadas pela tuberculose, incluindo aquelas que frequentemente são deixadas de fora das conversas sobre quando, onde e como acabar com a tuberculose. O documento visa apresentar as ações comunitárias realizadas em todo o mundo e, ao fornecer informações cruciais sobre as lacunas evitáveis, vem propor

recomendações prioritárias para atuação em seis áreas principais, cada uma impulsionada por seu envolvimento e liderança intencionais e orientadas pela experiência vivida com TB. O relatório foi elaborado para provocar o engajamento político e multissetorial na persistente crise global e despertar uma resposta compatível com as taxas devastadoras de morte, marginalização, incapacidade e perdas socioeconômicas causadas desnecessariamente ano após ano pela tuberculose.

Definições

For the purpose of this report, 'TB-affected communities and civil society' refers to:

- **People affected by tuberculosis (TB):** Any person with TB infection or TB disease or who previously had TB disease, as well as their caregivers and immediate family members, and members of key and vulnerable populations (KVP) affected by TB, such as children, health care workers, indigenous peoples, people living with HIV, people who use drugs, people in prison (people deprived of their liberty) and other closed settings, miners, mobile and migrant populations, women, and the urban and rural poor.
- **Community-based, civil society and non-governmental organizations and networks working to address TB** at local, national, regional, and global levels.

'TB survivors' is specifically used when referring to people who previously had TB disease. 'People with TB' or 'people affected by TB' is used when referring to people who have or previously had TB disease.



Metodologia

Este relatório é baseado nas perspectivas consolidadas de 1.018 pessoas envolvidas na resposta à TB de 394 organizações em 91 países. Os entrevistados são da África (África anglófona e francófona), Américas, Ásia, Europa Oriental e Ásia Central (EECA) e países de alta renda (HIC), incluindo pessoas que trabalham em nível global (Figuras 1-3). Suas percepções foram coletadas por meio de pesquisas online (n=860), entrevistas (n=158) e consultas contínuas, entre setembro de 2022 e março de 2023, facilitadas pela comunidade afetada pela tuberculose e líderes da sociedade civil em cada região, pesquisadores de ciências sociais e por organizações coordenadoras, conforme observado na seção de Agradecimentos.

Aproximadamente um terço dos entrevistados se identificaram como pessoas com TB ou sobreviventes de TB (n=295). Outros entrevistados (n=565) foram identificados como representantes de organizações comunitárias e organizações da sociedade civil, incluindo organizações não governamentais e sem fins lucrativos e redes de sobreviventes de TB e KVP (75%); seguido por especialistas técnicos, incluindo desenvolvedores e representantes de órgãos financiadores (10%); acadêmicos ou representantes de instituições de pesquisa (8%); representantes do governo (3%); e jornalistas (1%). A maioria (90%) dos participantes vive e/ou trabalha em países de baixa e média renda (LMIC) afetados pela TB.

Figura 1

Distribuição regional de respondentes das pesquisas e entrevistas

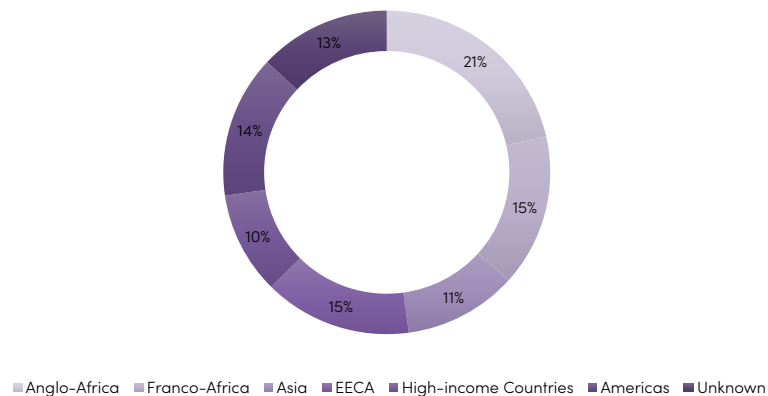
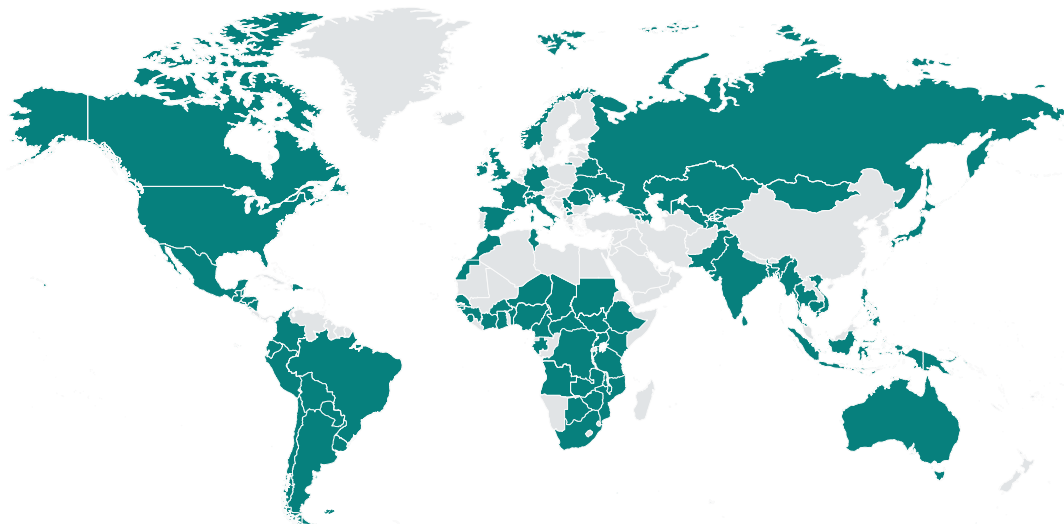


Figura 2

Países representados por entrevistados das pesquisas e entrevistas



91 countries

Figura 3

Perfil dos entrevistados da pesquisa



Uma abordagem de direitos humanos liderada pela comunidade⁸ foi aplicada para analisar os dados dos entrevistados, contextualizados com os achados da literatura formal e não convencional. A situação atual do ponto de vista dos entrevistados, incluindo um cartão de pontuação sobre o progresso alcançado na Declaração Política de 2018¹, os desafios persistentes e as oportunidades para ações transformadoras na resposta à TB são descritos em seis áreas prioritárias. O cartão de pontuação (scorecard) constituiu uma avaliação quantitativa do progresso alcançado em cada área, onde as metas por categorias foram acordadas na Declaração Política de 2018 e onde os dados quantitativos estavam disponíveis, e/ou uma avaliação qualitativa do progresso alcançado, tendo sido utilizado o código de cores do tráfego, onde as metas não foram especificado. O cartão de pontuação (scorecard) também incluiu dados relevantes de pesquisas, entrevistas e a literatura revisada para este relatório.

Destacam-se quarenta estudos de caso exemplificando as contribuições das comunidades afetadas pela tuberculose e da sociedade civil nas respostas à tuberculose nos níveis global, regional, nacional e subnacional, como evidência de contribuição e impacto. Esses estudos de caso representam apenas um punhado dos esforços louváveis realizados em todo o mundo e não são de forma alguma um conjunto exaustivo.

O relatório é amplamente escrito em estilo narrativo, usando linguagem explicitamente desestigmatizadora.⁹ As evidências quantitativas que já estão bem ilustradas em documentos produzidos pela comunidade científica da TB são minimamente repetidas. Ao invés disso, o relatório pretende fornecer uma base narrativa para as respostas à TB que podem acabar com a divisão persistente, evitável e mortal entre as promessas feitas e os progressos alcançados na eliminação da TB, estimulando compromissos e metas mais ambiciosos. Os métodos completos, detalhando o nível sem precedentes de participação e engajamento das comunidades afetadas pela TB e da sociedade civil, estão disponíveis no **Anexo**.

Estudos de caso de comunidades afetadas por tb e da sociedade civil

Procure exemplos de ação e conquista da comunidade ao longo deste relatório. As comunidades afetadas devem ser incluídas em todos os níveis da resposta à TB. Investir nas comunidades afetadas pela TB e na sociedade civil = Investir na eliminação da TB

Metas para a eliminação da tuberculose

As metas para acabar com a tuberculose foram definidas pela Declaração Política de 2018 do primeiro UNHLM sobre TB (Tabela 1)ⁱ, em consonância com o ODS 3 da ONU para acabar com a tuberculose até 2030 (com base na incidência de tuberculose por 100.000 habitantes) e com o plano global da OMS para acabar com a estratégia de tuberculose (Tabela 2).

As metas e os compromissos da Declaração Política de 2018 são mencionados ao longo deste relatório. Entre então e agora, ou seja, 2018 e 2023, muitas conquistas podem ser comemoradas, como o desenvolvimento de novos regimes

de tratamento mais curtos para infecção por TB, doença e DRTB, incluindo TB infantil, e a implantação do tratamento preventivo de TB (TPT) para pessoas vivendo com HIV. No entanto, continuamos aquém de atingir quase todas as metas.¹³⁷ⁱ Os atuais mecanismos de responsabilização também são lacunas insuficientes e lamentáveis no cumprimento de compromissos políticos e investimentos financeiros na resposta à TB. Vários compromissos relacionados a Comunidades, Direitos e Gênero (CRG) que eram, no início, desprovidos de indicadores ou metas falharam em gerar investimentos ou ações significativas. A pandemia de COVID-19 criou uma tremenda redução nos esforços para eliminar a tuberculose, mas estávamos atrasados em ação mesmo antes de 2020. Portanto, estamos lidando com uma divisão mortal cada vez maior entre os compromissos e a realidade enfrentada pelas comunidades afetadas pela tuberculose.

Tabela 1

Metas e compromissos da primeira declaração política da UNHLM para 2022

Primeira Declaração Política da UNHLM sobre TB	Metas e compromissos para 2022
Alcançar todas as pessoas eliminando as lacunas no diagnóstico, tratamento e prevenção da tuberculose	Tratar 40 milhões de pessoas com tuberculose, incluindo 3,5 milhões de crianças com tuberculose. Tratar 1,5 milhão de pessoas, incluindo 115.000 crianças, com DRTB. Fornecer TPT a 30 milhões de pessoas, incluindo 4 milhões de crianças menores de cinco anos de idade, 20 milhões de contatos domiciliares de pessoas com tuberculose e 6 milhões de pessoas vivendo com HIV.
Transformar a resposta à TB para ser equitativa, baseada em direitos e centrada nas pessoas	Demover leis, políticas e programas que discriminam pessoas com tuberculose. Promover e proteger a promoção dos direitos humanos e da dignidade. Reconhecer as barreiras socioculturais aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento da TB, especialmente para KVP. Reconhecer a necessidade de desenvolver serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas, baseados na comunidade e sensíveis ao gênero com base nos direitos humanos. Acabar com o estigma e a discriminação.
Investir os fundos necessários para acabar com a tuberculose	Aumentar os investimentos globais voltados para o fim da TB para pelo menos US\$ 13 bilhões/ano. Aumentar os investimentos globais em pesquisa de TB para US\$ 2 bilhões, a fim de fechar a lacuna de financiamento de US\$ 1,3 bilhão.
Acelerar o desenvolvimento de novas ferramentas essenciais para acabar com a tuberculose	Comprometer-se a fornecer vacinas novas, seguras, eficazes, equitativas e acessíveis, pontos de atendimento e diagnósticos adequados para crianças, testes de sensibilidade a medicamentos; regimes de drogas mais seguros, mais eficazes e mais curtos; inovação para fortalecer os sistemas de saúde (por exemplo, ferramentas de informação e comunicação e sistemas de distribuição de tecnologias novas e existentes) para possibilitar a prevenção, diagnóstico, e tratamento da tuberculose centrados nas pessoas.
Comprometer-se com uma liderança global decisiva e responsável, incluindo relatórios e revisões regulares da ONU	Requerer que o Diretor-Geral (DG) da OMS continue a desenvolver a estrutura de responsabilidade multissetorial e a implementá-la até 2019. Solicitar ao Secretário-Geral (SG) da OMS que forneça um relatório de progresso até 2020 para instrumentalizar a próxima UNHLM sobre TB em 2023 para revisão dos Chefes de Estado e Governo.

Da Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a luta contra a tuberculose, 2018.¹

ⁱ Referência fora de sequência

Tabela 2

Metas da estratégia da OMS pelo fim da tuberculose "End TB" para 2020 e 2030

Estratégia da OMS pelo fim da tuberculose "End TB"	Alvos
Reduzir a incidência de tuberculose	Em 50% até 2025 e 80% até 2030
Reduzir as mortes por tuberculose	Em 75% até 2025 e 90% até 2030
Eliminar os custos catastróficos enfrentados pelas famílias afetadas pela tuberculose	Para 0 em 2020

Da Estratégia "End TB" da OMS, 2015.²

Os principais indicadores ou medidores de progresso são a adoção de testes rápidos de TB e novos medicamentos, cobertura do tratamento e tratamento preventivo, e sucesso do tratamento e custos catastróficos enfrentados pelas famílias afetadas pela TB.

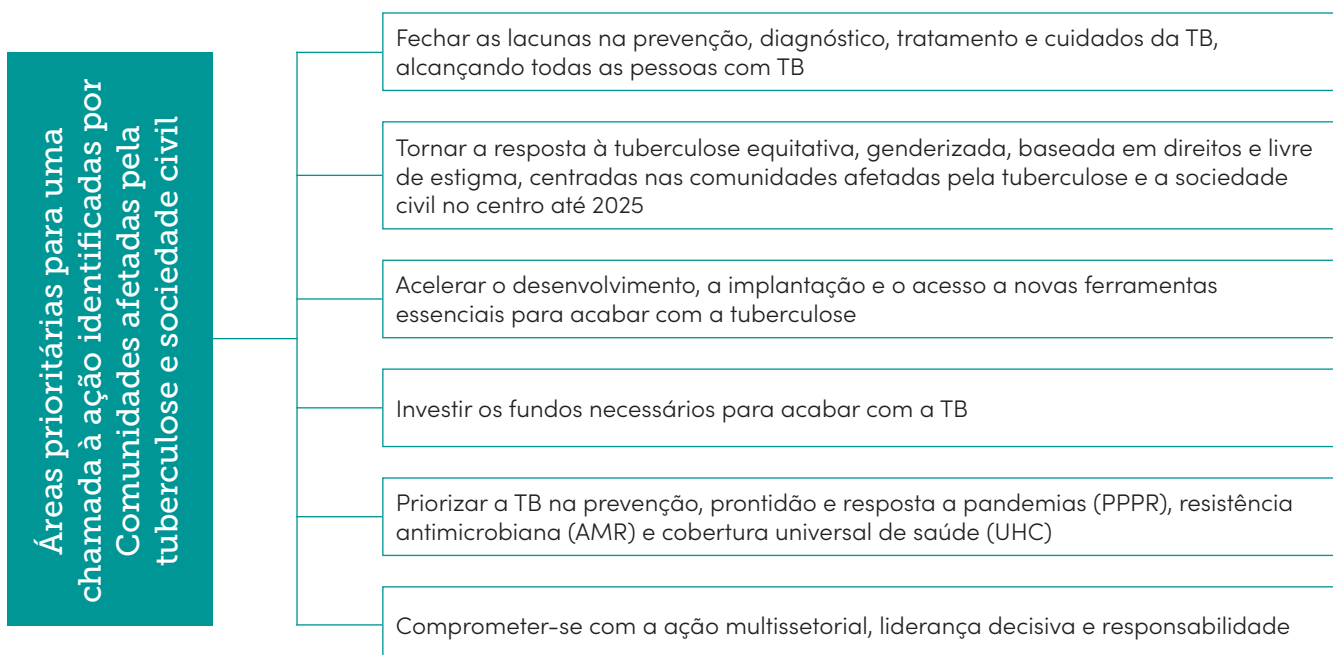
Fechando a divisão

Para acabar com a divisão mortal entre as promessas feitas na Declaração Política de 2018 da primeira UNHLM sobre a TB e as realidades locais, as comunidades afetadas pela TB e a sociedade civil demandam uma ação urgente e transformadora em seis áreas prioritárias, devendo ser garantido que sejam incluídos de forma significativa e

engajados em cada um dessas áreas (Figura 4). O progresso alcançado até o momento, as barreiras e os desafios, bem como as melhores práticas adotadas pelas comunidades afetadas e parceiros nessas áreas são detalhados nos capítulos subsequentes, expondo desigualdades sistêmicas persistentes, investimentos limitados e a necessidade de um conjunto expandido de metas priorizadas pela comunidade para governar a tomada de decisões em TB, muitas das quais são definidas no Plano Global para Acabar com a TB 2023-2030⁶, conforme discutido adiante.

Figura 4

Áreas de Ação para fechar a divisão entre compromissos e realizações



Populações-chave e vulneráveis (KVP) afetadas por TB

O imperativo de maior reconhecimento e cuidado direcionado para KVP não pode ser subestimado, e este relatório busca apresentar a voz desta população.

Embora a TB possa afetar qualquer pessoa, pessoas que têm maior exposição à TB por causa de onde vivem ou trabalham, pessoas que têm acesso limitado a serviços de saúde mais amplos e qualificados, e pessoas com fatores comportamentais biológicos estão mais propensas a desenvolver TB, enfrentando resultados clínicos ruins e consequências sociais negativas (Tabela 3).⁶

A vulnerabilidade à TB também não diz respeito apenas à incidência e prevalência da doença. Ela decorre de barreiras legais, de direitos humanos, socioeconômicas, ocupacionais e biológicas que são mais vivenciadas por algumas pessoas, muitas vezes por causa de profundas desigualdades sociais e históricas.⁸ Globalmente e, regionalmente, existem grandes variações nas pessoas que representam KVP afetadas pela TB. Em linha com os compromissos relacionados com “inclusão social” e “equidade” na Declaração Política de 2018¹, as respostas à tuberculose devem incluir atenção diferenciada às barreiras distintas que a KVP enfrenta. Hoje, mais países priorizam a KVP em seus Planos Estratégicos Nacionais para TB.¹⁰

Tabela 3

Populações-chave e vulneráveis em TB

Pessoas que tiveram maior exposição à tuberculose devido ao local onde moram ou trabalham

População privada de liberdade, profissionais do sexo, pessoas que trabalham em minas, visitantes de hospitais, profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde

Pessoas que:

- vivem em comunidades urbanas;
- vivem em locais com pouca ventilação ou empoeirados;
- são referências a indivíduos com TB, incluindo crianças;
- trabalham em ambientes superlotados;
- trabalham em hospitais ou são profissionais de saúde;
- estão em contato ou convivem com gados;
- vivem ou trabalhar perto de gados ou ingerem leite cru ou sangue.

Pessoas que têm acesso limitado a serviços de TB de qualidade

Trabalhadores migrantes, mulheres em ambientes com disparidade de gênero, crianças, pessoas refugiadas ou deslocadas internamente, pessoas que trabalham em minas de forma ilegal e migrantes indocumentados

Pessoas que:

- são de populações tribais ou povos indígenas;
- são pessoas vivendo em situação de rua;
- vivem em áreas de difícil acesso;
- vivem em lares para pessoas idosas;
- têm deficiências mentais ou físicas;
- enfrentam barreiras legais para acessar os cuidados em saúde;
- são lésbicas, gays, bissexuais ou transexuais.

Pessoas com maior risco de TB devido a fatores biológicos ou comportamentais que comprometem a função imunológica

Pessoas que:

- vivem com HIV;
- tem diabetes ou silicose;
- submetem-se à terapia imunossupressora;
- estão desnutridas;
- usam cigarro;
- sofrem de transtornos relacionados ao uso abusivo de álcool e/ou drogas injetáveis.

De Plano Global pelo Fim da TB 2023–2030, Stop TB Partnership; p 104–105.⁶

Plano Global pelo Fim da TB 2023-2030

A Stop TB Partnership (STP), em colaboração com a comunidade de TB em geral, produziu um Plano Global pelo fim da TB 2023-30 (Tabela 4). O plano fornece um roteiro com estimativas orçamentárias detalhadas para acabar com a TB até 2030, intervenções políticas para disponibilizar cuidados centrados nas pessoas para todos e orientação para abordar lacunas em P&D, implementação

e infraestrutura de TB, e antecipar a aprovação e ampla disponibilidade de pelo menos uma nova vacina contra a tuberculose. Este é um plano focado nas comunidades afetadas pela tuberculose e na sociedade civil, e responde às necessidades de gênero, direitos e equidade, levando em consideração os desafios de saúde mental e a interação com diferentes doenças como HIV/AIDS, entre outros fatores. O plano apresenta múltiplos compromissos de TB CRG: com uma meta para os países concluírem uma avaliação de TB CRG, de desenvolverem um plano de ação custeado de TB CRG, integrando-os ao NSP e; implementar/financiar totalmente o plano. As chamadas à ação que resultaram deste relatório têm links para o Plano Global.

Tabela 4

STP Plano Global pelo fim da TB 2030-2023 - Ações Prioritárias

Plano Global pelo fim da TB 2030-2023	Ações prioritárias
Acabar com a tuberculose por meio de pacotes de investimento abrangentes implementados em escala	<ul style="list-style-type: none"> • Investir em um pacote de investimento abrangente. • Ampliar as intervenções para atingir os principais objetivos e metas.
Ampliar o diagnóstico e tratamento da TB	<ul style="list-style-type: none"> • Repensar os cuidados de TB, prestando serviços através de uma abordagem centrada nas pessoas. Amplie o uso de diagnósticos modernos. • Encontrar as “pessoas que faltam” com tuberculose. • Expandir o diagnóstico precoce, inclusive em estágios subclínicos. • Desenvolver e implementar estratégias de comunicação pública para aumentar a conscientização sobre TB e promover a busca precoce de saúde. • Integrar a triagem e testagem de TB em outros serviços de saúde, com foco em serviços que abordam comorbidades comuns ou grupos de risco, dependendo do contexto epidemiológico local. • Fornecer apoio que permita que as pessoas que recebem cuidados de TB concluam um curso completo de tratamento sem um ônus indevido para elas e suas famílias, evitando custos catastróficos. • Fortalecer os sistemas de aquisição e as cadeias de abastecimento.
Ampliar a prevenção da tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar medidas de prevenção e controle de infecções transmitidas pelo ar em ambientes de assistência à saúde e locais internos de alto risco onde as pessoas se reúnem. • Fornecer TPT para aqueles que vivem com infecção por TB e que estão em maior risco de progressão para a doença de TB ativa. • Implantar vacinas eficazes assim que essas forem oficialmente recomendadas e estiverem disponíveis. • Abordar os fatores de risco e determinantes sociais da TB.
Realizar parcerias com os principais stakeholders (partes interessadas): comunidades e setor privado	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar pelo menos quatro vezes o apoio financeiro para envolver as comunidades afetadas pela TB na resposta à doença. • Apoiar modelos comunitários e domiciliares para a prestação de cuidados e prevenção da TB. • Ampliar as abordagens público-privadas para melhorar a qualidade dos cuidados de TB, reduzindo as despesas decorrentes e; melhorar os relatórios de dados no setor privado de saúde. • Apoiar uma resposta multissetorial à TB por meio de parcerias mais fortes.
Acabar com a tuberculose por meio de cobertura universal de saúde, preparação e resposta a pandemias e ações socioeconômicas	<ul style="list-style-type: none"> • Expandir o acesso aos serviços de TB por meio de iniciativas de cobertura universal a saúde. • Posicionar a resposta à TB no centro dos esforços de preparação e resposta à pandemia. • Investir na redução da pobreza e no desenvolvimento sustentável.

Direitos humanos, estigma, gênero e populações-chave e vulneráveis

- Posicionar os direitos humanos universais como a base da resposta à TB.
- Eliminar o estigma e a discriminação relacionados à tuberculose.
- Assegurar que as intervenções de TB sejam genderezadas e transformadoras de gênero.
- Priorizar, alcançar e envolver populações-chave e vulneráveis.

Acelerar o desenvolvimento de novas ferramentas de TB

- Investir, no mínimo, US\$ 4 bilhões anualmente para acelerar a P&D de novos diagnósticos, medicamentos e vacinas para TB. É necessário mobilizar recursos de governos e filantropias, aumentar o envolvimento com o setor privado e financiamento inovador e sustentável.
- Desenvolver uma nova vacina contra tuberculose até 2025.
- Acelerar o desenvolvimento de novas ferramentas para prevenir, diagnosticar e tratar a TB, identificando caminhos inovadores de desenvolvimento de produtos e melhorando a colaboração entre os atores no desenvolvimento de produtos.
- Investir pelo menos US\$ 800 milhões anualmente em pesquisa científica básica.
- Expandir o uso da pesquisa operacional.
- Desenvolver e implementar ferramentas digitais.
- Criar um ambiente propício para P&D de TB.
- Aplicar as melhores práticas no envolvimento da comunidade em todo o processo de P&D.
- Aplicar os princípios de acesso na implantação e otimização do uso de novas ferramentas.
- Fortalecer a defesa da inovação em TB.

Necessidades de recursos, retorno sobre o investimento e custo da inação

- Mobilizar US\$ 209,8 bilhões em financiamento entre 2023 e 2030 para o tratamento e prevenção da TB, dos quais US\$ 52,6 bilhões serão para a vacinação assim que uma nova vacina estiver disponível. Os recursos necessários para cuidado e prevenção, excluindo vacinação, somam US\$ 157,2 bilhões, o que dá uma média de US\$ 19,65 bilhões por ano.
- Mobilizar US\$ 40,18 bilhões em financiamento entre 2023 e 2030 para P&D em TB e pesquisa científica básica por meio de uma base de financiamento mais diversificada.

De Plano Global para o fim da TB 2030-2023, Stop TB Partnership.⁶



ÁREA DE AÇÃO 1: Preencher lacunas na prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados da TB, alcançando todas as pessoas com TB

Introdução

Como comunidade de TB, declaramos sem apologias, que o direito de acesso à prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados de tuberculose da melhor qualidade é um direito humano fundamental para todas as pessoas, independentemente de quem são, onde vivem e trabalham ou como se identificam. Regimes de curta duração e diagnósticos moleculares rápidos não são negociáveis. É apenas com uma maior ambição política que os direitos das pessoas afetadas pela tuberculose podem ser promovidos e protegidos. Neste capítulo, compartilhamos as perspectivas da comunidade afetada pela TB e da sociedade civil referente as conquistas, lacunas encontradas e oportunidades para ampliar a oferta das melhores ferramentas baseadas em evidências disponíveis para TB, incluindo DRTB, TB infantil e comorbidades da TB. Começamos com uma visão do estado atual das coisas para situar os argumentos apresentados e conduzir a um ambicioso apelo à ação. Essa abordagem será replicada em cada capítulo.

Estado atual das coisas

Cartão de Pontuação (Scorecard)

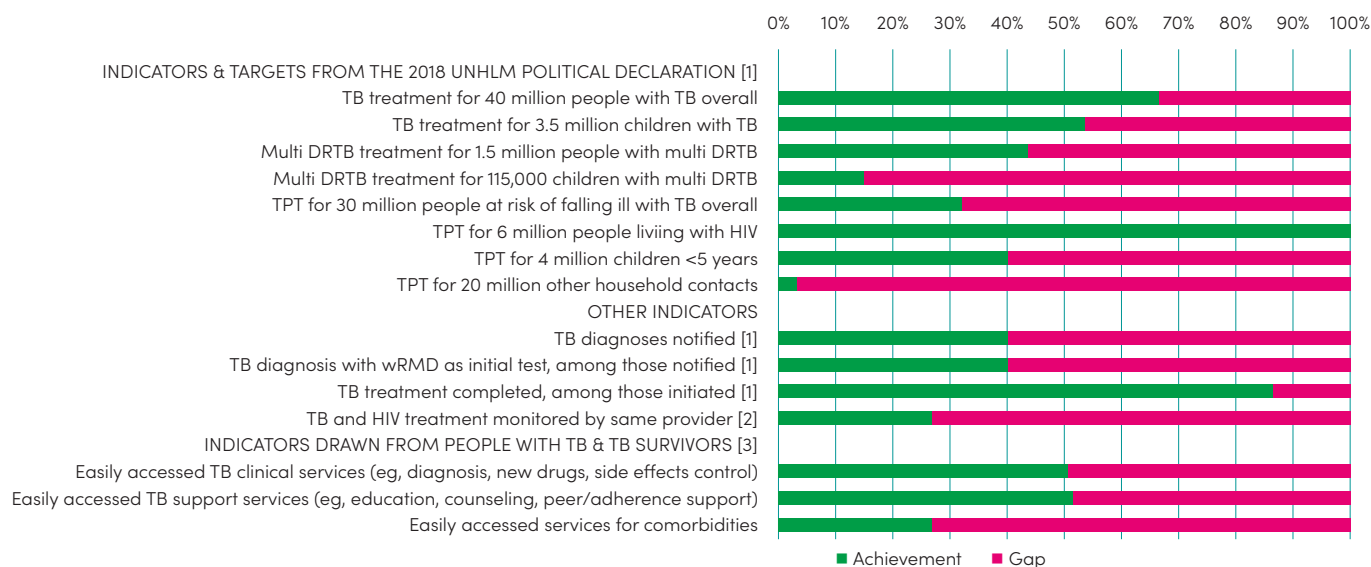
Houve progresso no fechamento de lacunas na prevenção, diagnóstico, tratamento e atendimento da TB em relação

aos indicadores relevantes da Declaração Política de 2018. Entre 2018 e 2022, 26,3 milhões de pessoas, incluindo 1,9 milhão de crianças, foram tratadas para TB; e 649.000 pessoas, incluindo 17.700 crianças, foram tratadas para DRTB. No geral, 12,5 milhões de pessoas foram colocadas em TPT, incluindo 10,3 milhões de pessoas vivendo com HIV, 1,6 milhão de crianças em contato domiciliar e 600.000 outros contatos domésticos. Esses são sucessos louváveis, dada a grande reviravolta nas respostas à tuberculose em todos os países devido à pandemia de COVID-19. No entanto, ainda existe um déficit flagrante (**Figura 5**) que exige ação urgente, especialmente porque - no momento de escrita do presente relatório - a tuberculose está recuperando sua posição como a principal causadora de doenças infecciosas no mundo.

Notavelmente, em 2021, 4,2 milhões das 10,6 milhões de pessoas que vivem com tuberculose não foram diagnosticadas ou notificadas^{5,11}, e 60% dos notificados não receberam teste rápido de diagnóstico molecular como teste diagnóstico inicial.¹¹ Existem muitos outros indicadores importantes relevantes para esta área de ação para os quais não há dados globais disponíveis. Nas seções a seguir, essas conquistas e lacunas são refletidas pelas lentes da comunidade afetada pela tuberculose e dos atores da sociedade civil, incluindo entrevistados da comunidade científica e técnica da tuberculose.

Figura 5

Tabela de indicadores referente às lacunas na prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados da tuberculose



[1] Based on 2021 data in the WHO Global TB Report 2022;

[2] Based on 2021 data in the UNAIDS Global AIDS Monitoring database;

[3] Based on 2022 survey data from people with TB/TB survivors.

Prevenção da tuberculose

A aprovação dos novos e mais curtos regimes de TPT de 1 a 3 meses foi um avanço na prevenção da tuberculose. A entrega acelerada de TPT a 10,3 milhões de pessoas vivendo com HIV, superando as metas da Declaração Política, também é uma grande vitória graças às rápidas atualizações feitas nas diretrizes nacionais de vários países (por exemplo, Quênia, Gana, África do Sul, Malawi, e Zimbábue) juntamente com os esforços de colaboração das comunidades e pessoas afetadas pelo HIV. As metas para a cobertura de TPT foram, no entanto, muito conservadoras e HIV-negativas, particularmente em referência aos contatos familiares e infantis de pessoas com TB, visto que esses são continuamente perdidos na entrega de TPT. É necessário um nível proporcional de advocacy e ações para fortalecer as investigações de contato e colocá-los em TPT, para igualar as taxas alcançadas entre pessoas vivendo com HIV. [Estudo de Caso 1]

Os entrevistados para este relatório argumentaram que, sem a confirmação da infecção por TB, as pessoas sem sintomas da doença relutam em tomar remédios, muito menos concordam em que seus filhos comecem a TPT, mesmo que o regime seja curto. A necessidade de um teste preciso no local de atendimento para infecção por TB não pode ser subestimada. Embora novos testes tenham sido aprovados, todos eles têm suas limitações.^{12,13}

As ações preventivas na TB também têm sido muito restritas, contando predominantemente com a intervenção farmacêutica. Medidas de prevenção e controle de infecções transmitidas pelo ar, que comprovadamente reduzem a transmissão, são inexistentes na maioria dos estabelecimentos de saúde e locais de congregação.¹⁴ Tem havido pouca tentativa planejada de abordar os determinantes sociais da TB, particularmente os impulsores da TB entre KVP, como ambientes de trabalho e de vida em situações precárias e superlotadas, bem como de diminuir o risco de comorbidades associadas, como desnutrição, diabetes, silicose e tabagismo.¹⁵ Finalmente, a ausência de uma vacina eficaz contra a tuberculose é uma lacuna gritante, levantada na Área de Ação 3.

Diagnóstico de tuberculose

A lacuna no diagnóstico de TB em 2021 foi estimada em 40%.^{5,11} Embora as notificações tenham diminuído drasticamente durante o bloqueio pandêmico do COVID-19, mesmo antes de 2020, a TB foi perdida em uma em cada três pessoas afetadas.⁵ As comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil aguardam a divulgação do próximo Relatório Global de TB para saber se alguns países podem ter superado essa lacuna.

Encontrar as “pessoas que faltam” com TB requer acesso crescente e uso de WRDs no local de atendimento. Os diagnósticos moleculares rápidos estão no mercado há mais de 12 anos. Embora seu uso tenha aumentado gradualmente, especialmente por meio do envolvimento do setor privado [Estudo de caso 2], os entrevistados refletiram as conclusões do Relatório Global de TB da OMS de que esses testes são altamente subutilizados. Em 2021, seis em cada dez pessoas notificadas com TB não receberam os melhores WRDs disponíveis.¹¹ O problema é que mesmo os melhores testes disponíveis permanecem complexos, caros, com muitos

recursos e, portanto, inacessíveis para a maioria das pessoas necessitadas. Os entrevistados compartilharam que as pessoas com tuberculose continuam a ser diagnosticadas por meio de testes de escarro e exames clínicos que não são sensíveis, inespecíficos, não detectam doenças subclínicas e são tardios – forçando as pessoas sob investigação a se deslocar entre as instalações e suportar longas esperas. RMDs¹⁶ modificados que podem ser usados em áreas com deficiência de energia (por exemplo, Truenat), com crianças (por exemplo, amostragem de fezes com GeneXpert) e entre KVP exibindo doença atípica, como pessoas vivendo com HIV (por exemplo, TB LAM) são ainda não está disponível em escala.

O padrão da OMS para acesso universal a diagnósticos rápidos de TB – divulgado após a coleta de dados para este relatório – inclui 12 pontos de referência para apoiar a passagem de pessoas pela cascata de diagnóstico.^{13b1} Com o apoio de doadores e da sociedade civil, podemos observar um estreitamento da lacuna no diagnóstico da TB.

ⁱ Referência fora de sequência.

Estudo de caso 1 Equipes de TPT lideradas pela comunidade atendem às necessidades de TB infantil em Moçambique

A detecção e acompanhamento da TB infantil em **Moçambique** é severamente desafiada pela: falta de rastreio ativo nos pontos de entrada dos serviços pediátricos, falta de informação sobre contatos infantis, métodos ineficazes de amostragem e análise de testes pediátricos, fraca ligação entre o rastreio de contatos e TPT, e acompanhamentos fracos na conclusão do TPT. Em 2022, a ONG local ADPP (Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo) adaptou uma plataforma digital de monitoramento comunitário (CLM), OnImpact, com um modelo assistido de divulgação para colocar as pessoas, incluindo crianças, no centro da resposta à TB. Ao longo de três meses da intervenção, foram descobertas barreiras relacionadas com a TB infantil entre 504 pessoas na província da Zambézia, especificamente que os filhos de 88% das pessoas não iniciaram o TPT devido as despesas de viagem, as longas distância até às unidades de saúde e acesso limitado a Medicamentos TPT.

Os ativistas locais de resposta à TB da ADPP, juntamente com enfermeiros de TB e enfermeiros de saúde infantil nas unidades de saúde em questão, realizaram uma campanha para vincular crianças elegíveis ao TPT. A campanha incluiu rastreamento de contatos e educação sobre TB em “feiras de saúde” planejadas na comunidade. As ‘equipes de TPT’ visitaram 504 domicílios e rastrearam 1.157 contatos em seus domicílios, levando ao diagnóstico de 124 pessoas com TB, incluindo 77 crianças menores de 15 anos. Outras 320 crianças foram identificadas como elegíveis e iniciadas no TPT.

Ao fornecer informações em tempo real sobre as lacunas e oportunidades de serviço, o CLM digital serviu como um sistema de alerta eficaz para respostas rápidas e baseadas em evidências à comunidade e à saúde, apoiando as metas para a tuberculose infantil.

Estudo de caso 2 Habilitar o acesso aos serviços de TB por meio do envolvimento com provedores privados e informais

Em muitos países de baixa e média renda, dois terços das pessoas com sintomas de tuberculose inicialmente procuram atendimento fora do setor público.³⁸ A TB PPM Learning Network (tppm.org) mostra como instituições privadas e informais estão em posição de abordar questões de acesso, estigma e desigualdade. Em 2019-20, com financiamento da iniciativa TB REACH de STP, a fundação OGRA na Quênia implementou a iniciativa Maliza TB Mashinani (Stop TB na base) para envolver instituições privadas formais e informais na triagem de TB. Meninas adolescentes e mulheres jovens, como Binta Balozis (voluntárias comunitárias de saúde), foram treinadas e designadas para instalações privadas para ajudar a equipe a encontrar pessoas com tuberculose. Ao longo de 10 meses, 45.003 pessoas foram rastreadas, incluindo contatos domiciliares, resultando em 250 diagnósticos confirmados. As instituições privadas agradeceram a liderança demonstrada pelas adolescentes e mulheres jovens.

Mais ou menos na mesma época, no **Paquistão**, a Bridge Consultants Foundation (BHF) aplicou o financiamento TB REACH para envolver provedores privados do sexo feminino na triagem de TB. Em quatro distritos, foram notificadas 1.050 mulheres com TB, contribuindo com um terço de todas as notificações entre mulheres. Ter provedores do sexo feminino que inicialmente se concentravam em problemas ginecológicos e pediátricos liderando os encontros clínicos dominados por homens ajudou a superar as barreiras de gênero. Acampamentos comunitários, sessões de advocacy e empoderamento das mulheres e a inclusão de homens que apoiam o tratamento nas famílias aumentaram o interesse das mulheres em procurar tratamento para TB.

Na **Índia**, alinhando-se com o tema de Jan Andolan do Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar de "Envolver Líderes Religiosos e Instituições Panchayati Raj", o Karnataka Health Promotion Trust (KHPT) lançou o programa "Mantendo a fé na luta contra a tuberculose". Com financiamento da USAID, o KHPT envolveu 154 líderes religiosos em quatro estados da Índia e desenvolveu e compartilhou 16 mensagens de vídeo cuidadosamente selecionadas para acalmar os medos da comunidade sobre a tuberculose, reduzir o estigma e vincular as pessoas aos cuidados de saúde.



@Fotos de Crédito - TB PPM Network Paquistão

Tratamento de tuberculose

Entre as pessoas colocadas em tratamento de TB, o sucesso tende a aumentar. As taxas de conclusão do tratamento permaneceram em 86% durante a pandemia de COVID-19⁵, sugerindo que a qualidade do atendimento foi mantida durante a interrupção, inclusive por meio de respostas lideradas pela comunidade. [Estudo de caso 3] Os esforços de liderança comunitária também estão ajudando a apoiar a continuidade do tratamento da tuberculose em áreas de conflito, como a Ucrânia. [Estudo de caso 4]

A rápida aprovação da OMS de um novo regime de medicamentos seguro e eficaz de quatro meses para TB suscetível a medicamentos (DS) anuncia um ponto de virada.¹⁷⁻¹⁹ As comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil acolhem com satisfação os impactos prometidos para tratamento e cuidados centrados nas pessoas. No entanto, surpreendentes 39% das pessoas com TB não procuram os serviços de saúde para iniciar o tratamento, muito menos acessam os novos regimes.⁵ Quaisquer sucessos no tratamento da TB devem, portanto, ser ponderados em relação a essa lacuna, relatada pelos entrevistados dentro dos HICs também [Estudo de caso 5], e outros desafios relatados que foram validados por meio de pesquisas, como os custos catastróficos enfrentados pelas famílias afetadas pela tuberculose²⁰, efeitos ao longo da vida de sequelas pós-TB, como doença pulmonar pós-TB (PTLD)²¹, e condições comórbidas de TB, incluindo desafios de saúde mental que são precipitados pela TB.^{22,23}

Tuberculose Multiresistente

As diretrizes da OMS mudaram o padrão de atendimento para DRTB em direção a novos regimes de tratamento totalmente orais, seguros, e eficazes de seis meses.²⁴ Os entrevistados frequentemente comentaram que isso foi um fator determinante para pessoas com DRTB. A OMS relata que, até o final de 2021, 124 países estavam usando bedaquilina, 109 países estavam usando regimes sem injeção e 92 estavam usando regimes mais curtos.⁵ Muitos desses ganhos foram alcançados a partir dos primeiros esforços aludidos pelas comunidades afetadas pela tuberculose e pela sociedade civil, esforços estes relatados no primeiro relatório das comunidades (Deadly Divide)⁷. Entre as pessoas nos regimes mais recentes de DRTB, as taxas de sucesso do tratamento quase dobraram para 60%.⁵ Mesmo assim, as proteções à propriedade intelectual estão interrompendo a fabricação de genéricos e diminuindo o ritmo do acesso universal em muitos locais.²⁵ A recente decisão da Índia de negar uma segunda patente para a bedaquilina, graças em parte aos esforços de lobby dos sobreviventes da tuberculose, é um alívio para as comunidades afetadas pela tuberculose e para a sociedade civil.²⁶

A implantação de novos tratamentos para DRTB ainda precisa ser combinada com tecnologias e práticas de teste aprimoradas. Dados de 2021 mostram que apenas 49% das pessoas com TB resistente à rifampicina foram testadas para resistência à fluoroquinolona, um marcador para multi-DRTB, e apenas uma em cada três pessoas com DRTB foram colocadas em tratamento.⁵ Os desafios na inovação são destacados na **Área para Ação 3**.

Estudo de caso 3 Agentes comunitários no Togo prestam apoio ao tratamento da tuberculose no auge da pandemia de COVID-19

A COVID-19 foi identificada no **Togo** em março de 2020. Como em muitos outros países, isso levou a um declínio na procura geral de saúde e, no caso da tuberculose, à descontinuação da terapia diretamente observada (DOT) nas instalações. Em resposta a este ambiente em mudança, o Programa Nacional de TB (NTP) do Togo concedeu alocações de medicamentos para vários meses a pessoas com TB. Embora o movimento inovador tenha sido bem-vindo, ele também apresentou um risco elevado para o sucesso do tratamento.

O Togo NTP testou, assim, o apoio ao tratamento baseado em DOT, contando com agentes na comunidade, especificamente agentes comunitários de saúde (CHW) e retransmissores comunitários (CR). CHW e CRs foram treinados e compensados por suas viagens para visitar e monitorar pessoas em tratamento de TB. Suas tarefas incluíam observação diária durante a fase de tratamento intensivo, observação mensal durante a fase de continuação, lembretes de consultas para pontos focais de TB e conscientização da comunidade. O projeto foi avaliado entre 182 participantes igualmente divididos em locais de intervenção e controle. No segundo mês de tratamento, a taxa de conversão da cultura de TB foi de 89,01% no grupo de intervenção versus 70,33% no grupo de controle. Os resultados do tratamento na intervenção versus controle incluíram (i) sucesso terapêutico: 93,41% vs. 78,02%; (ii) Perdidos à vista: 0% vs. 6,59%; e (iii) Óbito: 1,10% vs. 5,59%. Aproveitar CHW e CRs para monitoramento do tratamento de TB provou ser bem-sucedido.³⁹

Os ganhos e desafios documentados da experiência do Togo podem ser aproveitados e construídos dentro do país e além de suas fronteiras. A pandemia de COVID-19 também deixou um desejo para o Togo e outros países continuarem com novas abordagens para monitoramento e suporte de tratamento além do DOT.



Fonte: (Destruição e devastação: um ano de ataque da Rússia ao sistema de saúde da Ucrânia. PHR, 2023).

Estudo de caso 4 Respondendo aos desafios da guerra na Ucrânia

A guerra e os conflitos armados prejudicam o acesso a serviços essenciais, incluindo diagnóstico e tratamento de tuberculose. A guerra da Rússia contra a Ucrânia prejudicou a infraestrutura de saúde ucraniana, incluindo a rede de energia. Uma investigação de grupos de direitos humanos relatou 700 ataques a hospitais, aos profissionais de saúde e a outras infraestruturas médicas na Ucrânia desde o início da invasão.⁴⁰ Entre fevereiro e dezembro de 2022, houve 292 ataques danificando ou destruindo 218 hospitais e clínicas, 181 ataques a outras infraestruturas de saúde, como farmácias, hemocentros e clínicas odontológicas, 65 ataques a ambulâncias e 86 ataques a profissionais de saúde, deixando 62 mortos e 52 feridos. Embora os dados ainda não estejam disponíveis, é provável que a guerra tenha aumentado a incidência de tuberculose e diminuído a notificação, aumentando assim o número de pessoas que faltam com tuberculose. As pessoas com TB agora precisam de recursos para evacuação, suprimentos essenciais à vida, como moradia e alimentação, emprego nas regiões para onde estão sendo realocadas e assistência psicológica.

Sob essas circunstâncias extraordinárias, a Ucrânia e os ucranianos mobilizaram uma resposta pública sem precedentes. A Aliança para Saúde Pública realizou uma avaliação da necessidade de triagem de TB e financiamento necessário para recuperar documentos para pessoas deslocadas internamente que perderam o acesso aos cuidados. A TB Europe Coalition coordenou a triagem de TB para crianças e mães nos pontos infantis SPILNO da UNICEF, organizou a evacuação de civis de territórios ocupados e adquiriu e distribuiu suprimentos médicos para unidades de saúde. A TBpeople Ukraine, assim como outras organizações na Ucrânia, mudaram o foco para fornecer assistência humanitária urgente, com algumas ONGs entregando remédios, alimentos, água e produtos de higiene pessoal para unidades de saúde e pessoas sob cuidados nos territórios ocupados, mesmo em meio a fogo aberto. Os números exatos ainda não foram informados, mas muitos voluntários que transportam ajuda humanitária foram feridos, mortos e/ou feitos reféns.

O Centro de Saúde Pública, juntamente com o Ministério da Saúde da Ucrânia, está fornecendo liderança e coordenação ao desenvolver o Plano de Ação Nacional para a prestação de assistência médica às pessoas afetadas pela tuberculose no contexto da guerra; medidas de gestão para restabelecer a cadeia de abastecimento para garantir a continuidade dos cuidados de TB; e monitoramento das necessidades das instalações regionais de TB para equipamentos de proteção individual (por exemplo, coletes à prova de balas e capacetes), medicamentos e suprimentos médicos.

As comunidades afetadas pela TB e a sociedade civil estão trabalhando na linha de frente em solidariedade ao TB KVP afetado pela guerra e devem ser apoiados e financiados para continuar este trabalho crucial.



Estudo de caso 5 Barreiras ao acesso a diagnósticos e medicamentos essenciais estendem-se aos HICs

Pode haver uma falsa suposição de que as pessoas que vivem em países de alta renda (HICs) têm acesso a experiências de cuidados de saúde mais dignas e de última geração. Em muitos HICs, como a TB afeta um número relativamente menor de pessoas, sendo a maioria destas marginalizadas ou vulneráveis, a TB não é facilmente reconhecida como um problema pelos profissionais de saúde, pelo público e pelos políticos. As pessoas acometidas pela TB acabam encontrando inúmeros desafios para um diagnóstico oportuno. Sobreviventes de TB em diversos HICs contaram suas histórias.

As tentativas de acesso aos melhores tratamentos disponíveis nos HICs são igualmente frustrantes. Apesar de compor a Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS⁴¹, a rifapentina é inacessível em muitos HICs, como o **Canadá**, devido a políticas corporativas e domésticas injustas. A regulamentação da Health Canada, por exemplo, estabelece que os medicamentos só podem ser importados diretamente do fabricante, mas a Sanofi (sanofi.ca), fabricante da rifapentina, nunca apresentou um pedido de aprovação regulatória no país. Isso significa que os provedores devem passar por pesadas barreiras administrativas com o programa Urgent Public Health Need da Health Canada, para que as pessoas com TB possam acessar os mais recentes regimes de tratamento de curta duração. Uma experiência semelhante é compartilhada com a Europa, onde a Sanofi nunca apresentou rifapentina para registro na Agência Europeia de Medicamentos. Por outro lado, vários outros países, especialmente LMIC e alguns HIC, como a **Austrália**, estão utilizando o Global Drug Facility TB, coordenado por STP, para importar novos medicamentos essenciais para TB. Isso levou a um melhor acesso a formulações combinadas de dose fixa (FDCs) de qualidade garantida e centradas nas pessoas nesses países, quando comparado com a grande maioria dos HICs.

Tuberculose infantil

Crianças com TB agora podem acessar regimes mais curtos e apropriados para crianças para tratar TB, incluindo DRTB. Da mesma forma, os contatos infantis de pessoas com TB também podem acessar regimes mais curtos.²⁷ O sucesso do tratamento entre crianças com TB tem se mantido estável em 88%, e o TPT é de 80%.⁵ No entanto, crianças menores de 15 anos constituem inaceitáveis 14% de todas as mortes relacionadas à tuberculose.⁵ Entre 2018 e 2021, estima-se que menos da metade de todas as crianças com TB foram colocadas em tratamento e apenas 15% daquelas com DRTB receberam tratamento.⁵ A cobertura para TPT também é ruim; apenas um dos três contatos de crianças com menos de 5 anos de pessoas com TB é identificado por meio de investigações de contato domiciliar e colocado em TPT.⁵ Os entrevistados expressaram grande preocupação com a lacuna no diagnóstico de TB em crianças, compreendendo ser um dos fatores que acarretam píssimos resultados. Muitas crianças com TB ou em risco de desenvolver TB simplesmente não estão sendo identificadas e, portanto, não entram na cascata de cuidados.

Comunidades afetadas pela tuberculose e sociedade civil [Estudo de caso 6] estão trabalhando duro para superar barreiras registradas anteriormente²⁸, como a falta de RMTs adequados para crianças, pouca conscientização e defesa em torno dos novos regimes mais curtos e resistência por parte dos profissionais de saúde em implementar algoritmos de diagnóstico de TB infantil e por parte dos cuidadores em colocar seus filhos no tratamento de TB. Esforços dedicados para formulações DRTB adequadas para crianças devem ser aplaudidos, mas alguns entrevistados apontaram para o desafio contínuo de acesso deficiente em algumas áreas de pouco acesso.

Comorbidades de tuberculose

Entre 15–60% das pessoas com TB vivem em uma condição subjacente ou comorbidade, como HIV, diabetes, desnutrição, silicose, uso de tabaco e/ou uso de substâncias, incluindo uso de álcool ou outras drogas.^{29–34} Muitas dessas condições aumentam o risco de TB, e muitas das pessoas afetadas representam KVP. [Estudo de caso 7] A prestação integrada de serviços para TB e outros programas de saúde, em que vários serviços podem ser fornecidos em uma única interação clínica, pode ajudar a encontrar pessoas que faltam com TB, vinculá-las ao tratamento e cuidados para ambas as condições e aliviar a multimorbidade.³⁵

Melhores vínculos entre os programas de TB e HIV melhoraram muito os resultados para ambas as infecções, mas a coordenação entre outros programas é muito limitada.³⁵ Mesmo no âmbito TB–HIV, persistem lacunas. Em 2021, quase uma em cada duas pessoas vivendo com HIV que desenvolveram TB não foram diagnosticadas ou informadas, e aproximadamente uma em cada três mortes relacionadas à AIDS foi relacionada à TB. Na grande maioria dos países, os tratamentos de TB e HIV continuam a ser fornecidos em unidades distintas e monitorados por diferentes profissionais de saúde.²⁹ Abordagens co-localizadas e integradas para comorbidades de TB podem apoiar a programação centrada nas pessoas, como foi evidenciado por meio de uma revisão sistemática³⁶, sobretudo ao nível dos cuidados primários. Eles também podem contribuir para a realização da cobertura universal de saúde (CUS), conforme destacado na [Área de Ação 5](#).

Estudo de caso 6 Mulheres e meninas levantam a voz pela tuberculose infantil em Camarões

Nos **Camarões**, cerca de 5% das pessoas com tuberculose são crianças com menos de 14 anos. Estima-se que o verdadeiro número da TB infantil seja maior, mas a fraca capacidade de diagnóstico, as lacunas no conhecimento do provedor, o medo e o estigma sobre a TB e a má integração dos serviços de TB nos cuidados primários são enormes barreiras. Em 2020–21, a ONG For Impacts In Social Health Cameroon (fiscameroun.org) implementou uma campanha de advocacy por meio de um Projeto de Pequeno Subsídio de Advocacia da Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF) Cap–TB Advocacy. “As vozes das mulheres sobre a questão da tuberculose pediátrica nos Camarões” procurou incluir a TB pediátrica nas diretrizes e procedimentos nacionais para o tratamento integrado de doenças infantis e neonatais (AIDI) ao:

1. Treinar mulheres afetadas pela tuberculose pediátrica sobre liderança e comunicação eficaz.
2. Elaborar mensagens de advocacy por meio de grupos focais com mulheres e meninas afetadas.
3. Mobilizar aliados para apoiar a campanha de advocacy.
4. Envolver redes sociais e meios de comunicação (TV e rádio).
5. Ampliar a atenção à TB pediátrica na AIDPI por meio de reuniões estratégicas com o Ministério da Saúde Coletiva.

A campanha mobilizou 1.100 mulheres que usaram vários canais para exigir uma melhor liderança e responsabilidade nacional na luta contra a tuberculose pediátrica. Mostrou-se que a responsabilidade e a liderança nas metas nacionais para a eliminação da tuberculose podem ser construídas por meio do engajamento e da defesa dos beneficiários.

Estudo de caso 7 Alcançando o KVP na Ásia

Por meio do alcance da comunidade, capacitação, investigação de contatos e apoio ativo às pessoas afetadas pela tuberculose, a Ásia está progredindo em direção às metas de eliminação da tuberculose. Organizações da sociedade civil e comunidades estão desempenhando um papel ativo. Na Indonésia, 1,5 milhão de pessoas foram alcançadas para testes de TB em 30 das 34 províncias, graças aos esforços dedicados de organizações como PR Komunitas Konsorsium Penabulu–STPI (tbckomunitas.id). As comunidades também se uniram para promover o TPT e contribuíram com 50% da cobertura nacional do TPT. No Camboja, o trabalho comunitário contribuiu para a redução de 20% nas taxas de incidência durante a pandemia de COVID-19. Além disso, organizações da sociedade civil, como REACH e GCTA na Índia, KHANA no **Camboja** e ACHIEVE nas **Filipinas**, defenderam o reconhecimento dos direitos humanos e o monitoramento liderado pela comunidade e por gênero na estratégia nacional de TB e estão fornecendo serviços paralegais baseados na comunidade, treinamento e alfabetização em TB voltada para os direitos, para ajudar as pessoas com TB a defender seus direitos humanos.

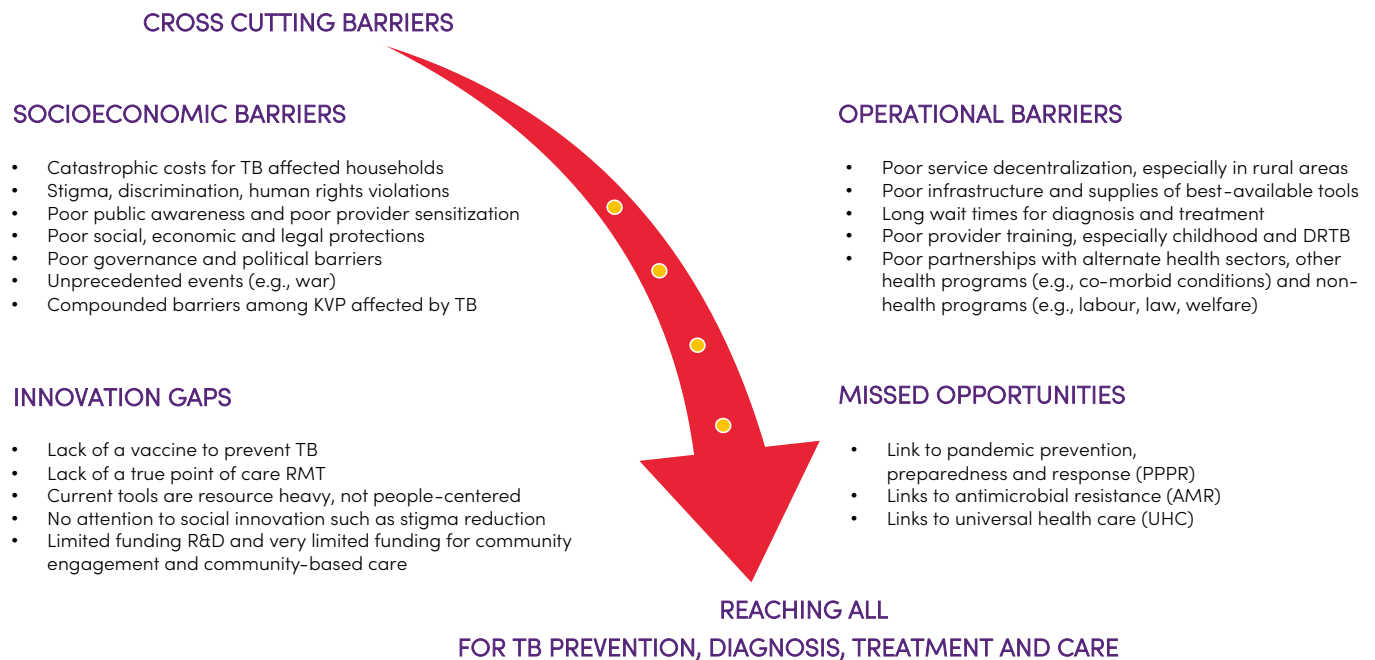
Apesar dos melhores esforços, no entanto, essas organizações comunitárias e da sociedade civil enfrentam enormes restrições financeiras, que as impedem de aprimorar as habilidades de assistentes sociais e comunitários ou de desenvolver iniciativas para atender às necessidades do KVP, incluindo desafios relacionados ao estigma. A tuberculose é uma doença muito mais complexa para KVP, que, no contexto regional, inclui pessoas que trabalham em minas, são desnutridas, vivem com HIV, diabetes e outras comorbidades, são crianças, pertencem a uma minoria étnica ou são pessoas em situação de pobreza. São necessários maiores investimentos e esforços baseados na comunidade e na sociedade civil para alcançar aqueles que são mais marginalizados e conectá-los ao tratamento da TB.

Barreiras transversais

A meta de alcançar todos é frustrada por barreiras transversais (**Figura 6**). Os entrevistados de diversos locais compartilharam como o acesso a serviços, ferramentas e tecnologias de TB estava repleto de desafios operacionais, incluindo recursos e restrições técnicas, falta de serviços de TB em locais onde as pessoas afetadas viviam e trabalhavam (ou seja, descentralização insuficiente), treinamento deficiente dos profissionais de saúde trabalhadores; e desafios socioeconômicos, incluindo percepções errôneas sobre TB, estigma e discriminação e dificuldades econômicas, juntamente com a falta de proteção socioeconômica, especialmente para KVP, conforme levantado na [Área de Ação 2](#). Vários especialistas técnicos e organizações maiores alertaram que a resposta à TB não está se conectando adequadamente com os movimentos em andamento na saúde pública global; o que pode ser visto na [Área de Ação 6](#). As lacunas na inovação, incluindo a ausência de um teste de diagnóstico no local de atendimento e uma vacina, apontadas na [Área de Ação 3](#), foram vistas como desafios fundamentais para encontrar pessoas que faltam com TB e eliminar a doença.

Figura 6

Barreiras transversais para alcançar todos no diagnóstico, tratamento e prevenção da tuberculose



Para alcançar todos, a resposta à TB deve ser reinventada

Com a incidência de TB diminuindo apenas 10% da meta global - metade do que foi previsto para 2022 - e a mortalidade diminuindo apenas 6%⁵, é claro que a resposta atual é insuficiente. A KVP constitui a maior proporção de pessoas afetadas pela TB.³⁷ Isto não é uma coincidência. É o resultado de uma tomada de decisão estreita e práticas injustas sistêmicas que continuam a negligenciar os membros mais carentes de nossa comunidade, que são os mais difíceis e, portanto, mais caros de incluir. [Estudo de caso 8]

Para alcançar a todos, é necessária uma abordagem muito mais ousada e compassiva que aproveite a eficácia das ferramentas disponíveis (incluindo tecnologias digitais); coloca a TB como uma prioridade de financiamento global e nacional; envolve significativamente as partes interessadas dentro e fora dos atores tradicionais da comunidade de TB; e defende mecanismos autênticos de responsabilidade pelos compromissos assumidos para garantir que as ferramentas disponíveis e as tecnologias emergentes sejam acessíveis, aceitáveis e distribuídas de forma equitativa, com atenção explícita aos que estão na periferia social. Para que tal mudança seja realizada, doadores, financiadores, desenvolvedores, parceiros técnicos e programas nacionais devem ser capacitados com um maior apetite por risco e inovação disruptiva. O envolvimento robusto das comunidades afetadas e da sociedade civil na concepção,

Estudo de caso 8 Tratamento de TB para as comunidades mais difíceis de alcançar

A Medical Impact é uma ONG sediada na Cidade do México que está exemplificando métodos socialmente inovadores para fornecer cuidados de saúde em condições de extrema marginalização. Está continuamente refinando seus métodos para apoiar populações vulneráveis, esquecidas e desprotegidas por meio de serviços humanitários voltados para o bem-estar e cuidados abrangentes. Com um modesto apoio do Programa Nacional de TB e voluntários, incluindo médicos, enfermeiros, profissionais de saúde mental, fisioterapeutas e especialistas em desenvolvimento infantil, realiza missões de 7 a 15 dias para levar vacinação BCG, testes e tratamento de TB, bem como educação preventiva, para as comunidades mais difíceis de alcançar em todo o país. Muitos de seus suprimentos são doados.

O compromisso com as comunidades vulneráveis, esquecidas e desprotegidas do México é uma força a ser reconhecida e um exemplo a ser celebrado na região.

entrega e avaliação de cada um desses processos é imperativo para gerar demanda de mercado, garantir a aceitabilidade e assegurar que ninguém seja deixado para trás. Esses imperativos são elaborados nos capítulos subsequentes.

APELO À AÇÃO

Fechar as lacunas na prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados da TB, alcançando todas as pessoas com TB

- Certificar de que os diagnósticos rápidos (WRDs) recomendados pela OMS sejam usados como teste inicial para TB.
- Garantir que todas as pessoas afetadas pela TB, incluindo infecção e doença por TB e TB resistente a medicamentos (DRTB), e seus contatos tenham acesso acessível aos mais novos e melhores regimes de prevenção e tratamento.
- Desenvolver e atingir metas ambiciosas para a prevenção da tuberculose por meio do rastreamento de contatos e cobertura do tratamento preventivo da tuberculose (TPT), e também abordando os determinantes sociais da tuberculose e garantindo com urgência uma nova vacina contra a tuberculose.
- Prestar cuidados de TB de qualidade centrados nas pessoas, baseados na comunidade e focados em KVP para melhorar os resultados da TB, incluindo serviços amigos da criança para melhorar os resultados da TB pediátrica, por meio de treinamento de força de trabalho, de uma atenção sensível e recursos para identificar e superar barreiras sociais e econômicas para acesso.
- Assegurar que os serviços de TB estejam integrados com HIV, atenção primária à saúde e/ou serviços de saúde ocupacional, usando modelos co-localizados, para melhorar a detecção e tratamento da TB em condições comórbidas como HIV, silicose, desnutrição e diabetes.
- Alavancar a capacidade do setor privado para melhorar o acesso aos serviços de TB, particularmente em países com grandes provedores de serviços do setor privado.



AREA DE AÇÃO 2: Tornar a resposta à tuberculose equitativa, genderizada, baseada em direitos e livre de estigma, com as comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil no centro até 2025

Introdução

Acabar com a tuberculose é uma questão de justiça social. As comunidades afetadas pela TB, KVP e a sociedade civil afirmam universalmente que equidade, gênero, direitos humanos e liberdade de estigma e discriminação devem guiar todos os aspectos da resposta à TB. Isso inclui o desenho, planejamento, teste, implementação, implantação, monitoramento, avaliação e mecanismos de governança de programas, políticas e decisões de TB relacionadas ao financiamento e prestação de contas. Os distintos conhecimentos complementares das comunidades afetadas pela TB e da sociedade civil precisam ser reconhecidos, financiados e capacitados, e integrados aos esforços principais sem demora. Não se pode mais transformar em telespectadores aqueles para quem se decide ou que sofrem. Precisamos de metas nacionais incluídas na Declaração Política da UNHLM de 2023 sobre TB e mecanismos de financiamento dedicados para apoiar este trabalho. Neste capítulo, descrevemos os avanços feitos nessas áreas, bem como as lacunas e oportunidades cruciais para acelerar o progresso.

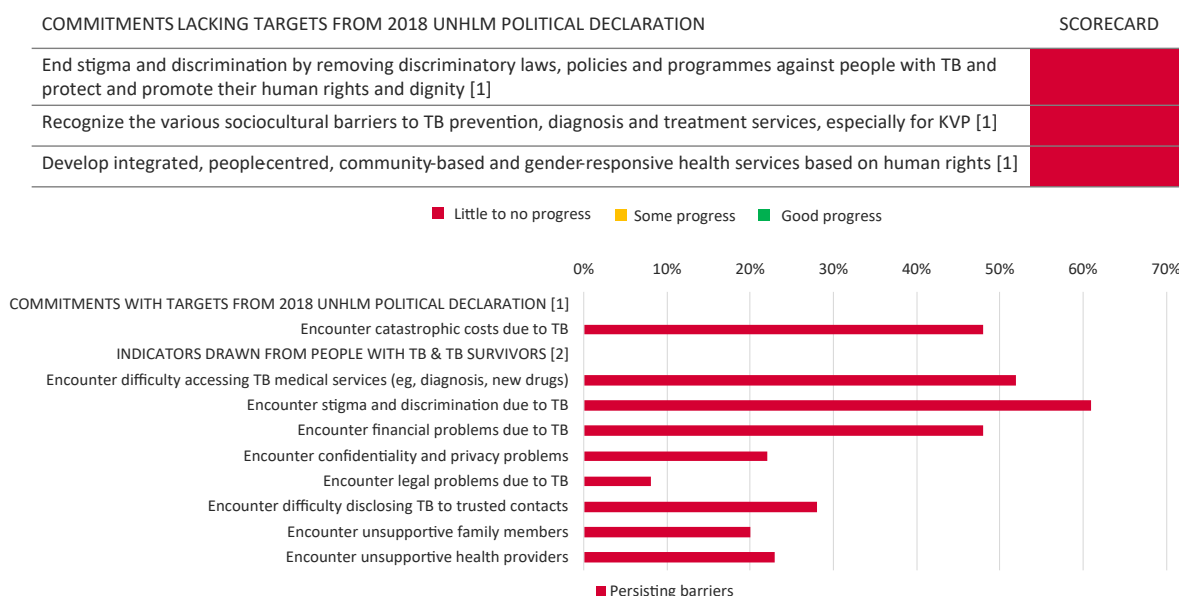
Estado atual das coisas

Cartão de pontuação (Scorecard)

The 2018 Political Declaration included several commitments relevant to making the TB response equitable, gender-responsive, rights-based, and stigma-free, with TB-affected communities and civil society at the center.^{1,42} It was an opportunity to elevate attention to root social barriers to TB elimination and galvanize actions for people-centered and community inclusive approaches to TB service delivery, research and innovation, and decision-making. But without clear targets, these commitments remained inadequately addressed and unfulfilled (Figure 7). Responses from the TB-affected persons and TB survivors who contributed to this report cite stigma and discrimination as leading challenges encountered during TB care, followed by financial problems that worsen inequities, and difficulties disclosing to contacts who are normally trusted. Privacy and confidentiality breaches, absence of support from health providers as well as family members, and legal problems are also all too common. It is essential that TB responses, no matter the biomedical or technological intervention, uphold the principles of equitable, gender-responsive, community- and rights-based, and stigma-free care.

Figura 7

Tabela de indicadores para tornar a resposta à tuberculose equitativa, genderizada, baseada em direitos e livre de estigma, com comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil no centro



[1] Based on qualitative assessments of progress made on commitments (and absence of targets), drawing on the results of CRGand stigma assessments and data collected for this report; [2] Based on 2021 data in the WHO Global TB Report 2022; [3] Based on survey responses of people with TB/TB survivors.

Challenge Facility for Civil Society

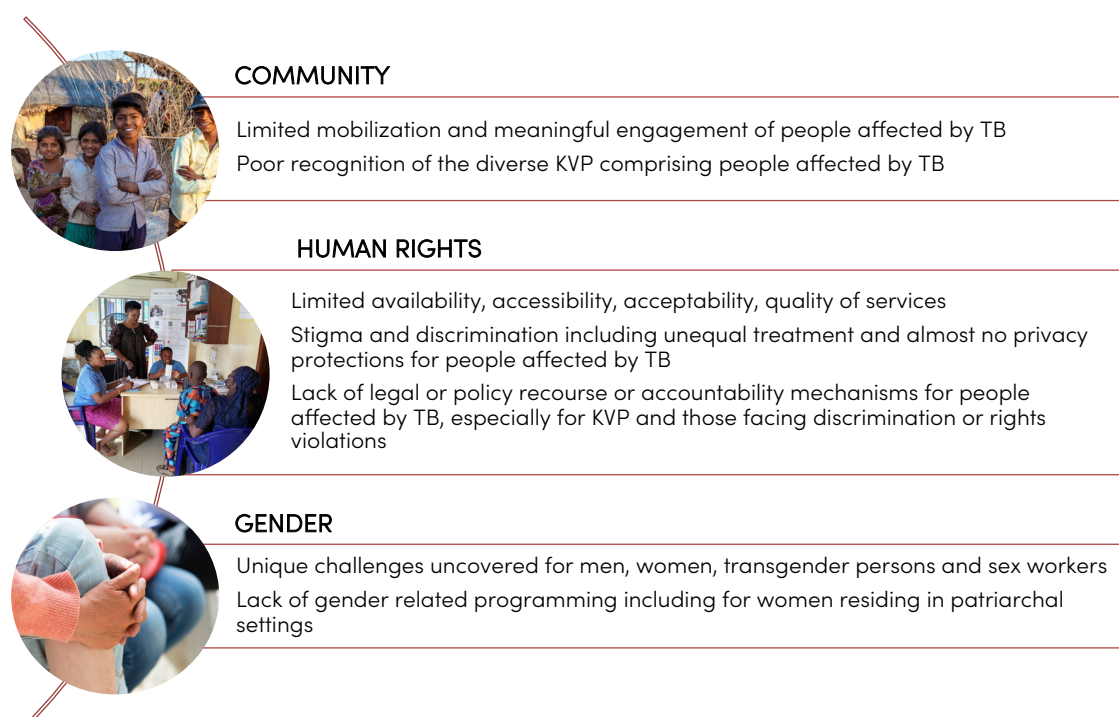
O Challenge Facility for Civil Society (CFCS), coordenado pela STP, emergiu como o principal mecanismo de concessão e apoio técnico para impulsionar uma agenda da CRG em TB.⁴³ Fortalecer a capacidade dos atores comunitários e da sociedade civil de se engajar e liderar uma resposta à TB fundamentada nos direitos humanos e na igualdade de gênero, para que ninguém fique para trás, é imperativo para sua missão. Vários beneficiários do CFCS entrevistados para este relatório sentiram-se excepcionalmente capacitados pela oportunidade de obter fundos e liderar projetos que normalmente seriam reservados a pesquisadores e especialistas técnicos. Desde 2007, em 11 ciclos, o CFCS concedeu US\$ 24,5 milhões - arrecadados em particular da USAID, The Global Fund TB Strategic Initiative e Eli Lilly - financiando 351 doações para comunidades, sociedade civil e organizações de base para realizar atividades que respondam aos compromissos do CRG. [Estudo de caso 9] No relatório das comunidades (Deadly Divide) anterior, pedimos que mais países contribuíssem para esse mecanismo e estamos muito satisfeitos em saber que o governo da França pretende se tornar um apoiador. Apelamos a que mais países sigam o exemplo.

Entre outras realizações, as doações do CFCS lideraram 39 avaliações de CRG em todo o país, incluindo várias avaliações de estigma, descobrindo grandes lacunas na Ásia, África e EECA.⁴⁴ Eles incluem acesso limitado a serviços de qualidade para pessoas afetadas pela tuberculose, barreiras relacionadas ao gênero, fraco reconhecimento e inclusão da KVP, negligência da elaboração de políticas e aplicação de leis centradas em gênero e direitos, estigma e discriminação no nível comunitário, sistema de saúde; e pouco envolvimento com as pessoas afetadas pela tuberculose – todos os quais são ecoados pelos dados coletados para este relatório (Figura 8). As doações também apoiaram a formação e fortalecimento de redes de sobreviventes de TB, a transição de organizações comunitárias de TB para Beneficiário Principal e Subrecipiente do Fundo Global e o aumento de sobreviventes de TB nos Mecanismos de Coordenação do País (CCMs). [Estudo de caso 10]

Os resultados de várias avaliações da CRG e do estigma foram integrados aos NSPs para TB, corroborando para o desenvolvimento de 16 planos de ação da CRG em países como Benin, Bangladesh, República Democrática do Congo, Nigéria e Paquistão.^{10,44} Juntamente com os projetos de apoio ao CLM, conforme discutido na Área de Ação 6, o CFCS está moldando uma agenda centrada na equidade e nas pessoas em nível nacional, com oportunidades para aumentar o financiamento.

Figura 8

As avaliações do CRG e do estigma revelam barreiras críticas negligenciadas para a eliminação da tuberculose



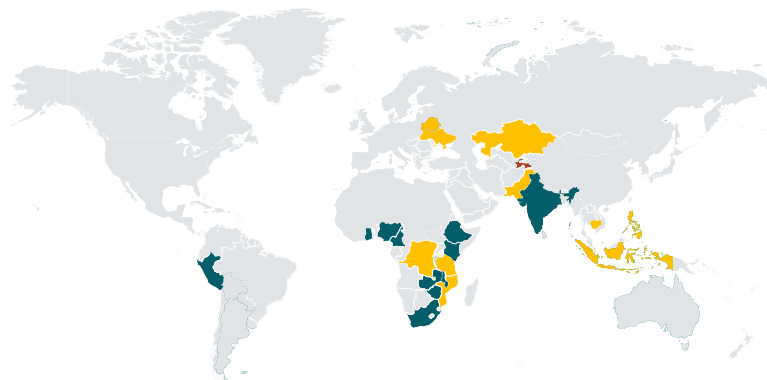
Estudo de caso 9 O mecanismo de concessão do Challenge Facility for Civil Society viabiliza comunidade, direitos e gênero na resposta à tuberculose

O modelo preferido e dominante de atenção à TB, que visa as intervenções biomédicas, indica que, embora o CRG na resposta à TB seja valorizado na retórica, muitas vezes é negligenciado na prática. O CFCS está capacitando de forma única a ação no CRG, identificando e mitigando as barreiras ao acesso e cuidados, e construindo defesa e responsabilidade na resposta à TB. Investimento de US\$ 24,5 milhões em 11 rodadas do CFCS possibilitou a concretização de diversas ações relacionadas ao CRG ^{44,51}:

- **Aumento de investimentos, vontade política e institucionalização da CRG para superar barreiras de acesso em mais de 20 países.**
 - 22 países concluíram as avaliações nacionais da CRG, com conclusões e recomendações para superar as barreiras de acesso.
 - Nove países concluíram ou estão em processo de implementação de avaliações do estigma da TB para medir os níveis e o impacto do estigma da TB.
 - Seis países concluíram os planos de ação nacionais do CRG, que estão contidos nos NSPs.
 - Os demais planos de ação do CRG do país estão em desenvolvimento.
 - O cartão de pontuação (scorecard) de direitos e de Direitos Humanos da TB foi desenvolvido e atualmente está sendo testado no Quênia, Gana e Paquistão por parceiros da sociedade civil.
- **Priorizar a KVP para focar a resposta à TB em encontrar as populações mais vulneráveis e marginalizadas.**
 - 22 países, por meio das avaliações do CRG, priorizaram a KVP de TB para permitir o direcionamento estratégico de intervenções de TB para KVP.
 - Uma nova ferramenta para priorização e estimativas populacionais foi desenvolvida para utilização em nível de país.
- **O estabelecimento de redes comunitárias globais, regionais e nacionais de TB para defesa e liderança em TB lideradas pela comunidade.**
 - Três redes globais;
 - Sete redes regionais de TB;
 - Várias redes nacionais no Camboja, Camarões, República Democrática do Congo, Etiópia, Geórgia, Gana, Índia, Indonésia, Malawi, Moçambique, Nigéria, Paquistão, Filipinas e Tadjiquistão, entre outros países (ver estudo de caso 11).
- **CLM para prestação de contas em TB.**
 - O A abordagem STP OnImpact CLM está prestes a ser implementada em 26 países; uma abordagem inovadora baseada em direitos para aumentar a participação da comunidade e a responsabilidade quanto à TB.

Essencial e exclusivo para o mecanismo de concessão do CFCS é a possibilidade de assistência técnica e documentação das melhores práticas da CRG para investimentos contínuos e expansão. Sendo uma organização da ONU com mandato para fomentar e implementar parcerias, o STP continuamente vincula os bolsistas do CFCS a parceiros estratégicos nacionais e internacionais, garantindo assim a continuidade e institucionalização da CRG.

As barreiras relacionadas a CRG impactam os resultados na TB, e o CFCS garante um alto retorno sobre o investimento. Apoiar e expandir o CFCS permitirá maneiras significativas de abordar as barreiras persistentes ao tratamento da TB.



First pilot (Tajikistan) 2017
 First adopting countries 2017–2020
 New countries 2020–2022

Foto Cortesia – Stop TB Partnership

Estudo de caso 10 A má qualidade da atenção e cuidado e o estigma impedem o acesso aos serviços de TB no Mali

As barreiras no acesso aos cuidados não são bem compreendidas no **Mali**, onde a incidência da tuberculose é de 50 por 100.000 e a cobertura do tratamento da tuberculose é cerca de 66%.⁵⁵ Em 2022, ARCAD Santé PLUS (arcadsantepius.org), em colaboração com o Programa Nacional de TB, realizou uma avaliação estruturada da CRG da resposta nacional à TB, incluindo uma análise de documentos para avaliar as respostas históricas e atuais à TB de um ponto de vista político, legal e de saúde, foram pesquisadas 408 pessoas que vivem com TB e 153 cuidadores de TB, somado a entrevistas/discussões com membros da comunidade afetada pela TB e partes interessadas no programa. Os seguintes resultados foram descobertos:

1. Há pouca capacidade de fornecer cuidados de qualidade no país, devido à ausência de triagem de TB durante as consultas de rotina na maioria das unidades de saúde.
2. A abordagem do tratamento da TB não é centrada nas pessoas, especialmente para as populações vulneráveis.
3. Há falta de pessoal treinado para as atividades de TB e treinamento contínuo limitado no tratamento da TB.
4. O alto nível de estigma está tendo efeitos deletérios na qualidade de vida das pessoas com TB.
5. Há conhecimento insuficiente sobre as leis de proteção e os direitos das pessoas com TB em todos os níveis (instituições, pessoal de saúde, agentes comunitários e população em geral).
6. Há pouco interesse em aspectos de gênero da TB e cuidados relacionados entre as instituições.

Esta avaliação do CRG iluminou as barreiras ao acesso à prevenção e cuidados de qualidade para TB e permitiu sua documentação em nível nacional. Os resultados servirão de base para a implementação das intervenções em 2023 e para o novo ciclo de solicitações de financiamento do Fundo Global.

Figura 9

Kit de ferramentas para medir e monitorar CRG, estigma e CLM na resposta à TB



Foto Cortesia - Stop TB Partnership

Ferramentas para monitorar o progresso em TB CRG e estigma

Muitas das realizações do CFCS foram facilitadas por um conjunto de ferramentas desenvolvidas e defendidas por STP junto as pessoas afetadas pela TB, inovadores digitais, pesquisadores e programas nacionais de TB (Figura 9). Essas ferramentas permitem comparações entre países e aferição de mudanças desde a linha de base em CRG e estigma, até as respostas para TB da CLM.⁴⁵⁻⁴⁷ A ferramenta Medindo o Estigma agora é aceita pelo Fundo Global e informa estruturas de desempenho.⁴⁸ No momento da elaboração deste relatório, um cartão de pontuação (scorecard) sobre Direito e Direitos Humanos e uma ferramenta de Estimativa Dimensional de Populações Chave e Vulneráveis para TB também estavam prontos para um piloto. O Guia de Orientação de Linguagem 2022 - Words Matter para desestigmatizar a comunicação da TB aumenta a lista crescente de recursos amigáveis à CRG.⁹ Todas essas ferramentas podem ajudar a estabelecer um conjunto tangível de indicadores para compromissos em CRG, estigma e equidade, e na orientação de ações e no monitoramento de progresso.

Voz e liderança da comunidade

A comunidade afetada pela tuberculose hoje é muito mais vibrante, ouvida e reconhecida em toda a sua força e diversidade em comparação com antes. Sua voz é mais alta, reforçada pelo estabelecimento e expansão de redes de pessoas afetadas pela TB nos níveis regional e nacional [Estudo de caso 11], e inclusão na estrutura de instituições-chave, como o STP (Delegações comunitárias e de ONGs⁴⁹)

que recentemente ampliou a representação do TB KVP e da comunidade afetada no nível do conselho administrativo, e a OMS (Força-Tarefa da Sociedade Civil sobre TB 50), e através do CFCS.⁵¹

A Iniciativa Estratégica de Envolvimento Comunitário do Fundo Global (CESI)⁵² também está trabalhando ativamente para aumentar seu foco na tuberculose e o posicionamento das comunidades afetadas pela tuberculose em processos de tomada de decisão nacionais, regionais e globais por meio da inclusão em processos nacionais e grupos de trabalho encarregados de defender as necessidades de KVP, como conselhos de jovens e grupos consultivos do CRG. O CESI também apoiou quatro redes regionais de TB como parte de seu envolvimento nos processos do Fundo Global. Unitaïd tem delegação comunitária em seu conselho.⁵³ Vários outros atores globais, como FIND e TB Alliance, estão preparando estruturas para envolver as comunidades afetadas nas decisões estratégicas da agência. Com o apoio das principais organizações de saúde e defesa, o compromisso com o CRG está ganhando força em nível global e, conforme apresentado anteriormente, é evidente nos resultados das doações do CFCS.

As comunidades afetadas pela TB e a sociedade civil apreciam e aplaudem o apoio significativo recebido da Iniciativa Estratégica de Tuberculose do Fundo Global para Encontrar Pessoas que faltam com TB, alavancando o CFCS e a contribuição de US\$ 1,5 milhão para o CFCS.⁵⁴ No entanto, foi expressado por aqueles a necessidade de investimentos específicos e ampliados para garantir inclusão na resposta à TB. As comunidades buscam financiamento específico para o desenvolvimento da capacidade de trabalho do CRG, para a infraestrutura organizacional e para as redes de sobreviventes de TB.

[**Estudo de caso 12**] De fato, organizações de base têm capacidade técnica especialmente limitada para competir por fundos, embora muitas vezes conheçam melhor as necessidades das comunidades afetadas. Parcerias com atores que trabalham nos níveis regional e global podem levar a oportunidades de financiamento.. [**Estudo de caso 13**] As consultas para este relatório também apontam para uma divisão considerável na CRG de TB entre os países que receberam apoio por meio do CFCS e aqueles que não receberam (atualmente 29 países são apoiados pela Rodada 11 do CFCS). Garantir a elegibilidade para este apoio técnico e aumentar o mecanismo de financiamento pode ajudar a resolver a lacuna. Dado que o CFCS está provando ser o mecanismo mais eficaz para a construção de um movimento estratégico e coordenado para acabar com a TB, a comunidade de TB pede que os doadores apoiem diretamente esse mecanismo e que o Fundo Global continue seu apoio ao CFCS e aproveite os pontos fortes dos parceiros e os existentes mecanismos, incluindo contribuição direta ao CFCS do CESI.

Estudo de caso 11 TBpeople Global fortalece redes nacionais de pessoas afetadas pela tuberculose

Redes de pessoas afetadas pela tuberculose são escassas em muitos países e as que existem muitas vezes lutam para se envolver de forma significativa nas respostas nacionais à tuberculose. A ausência de financiamento inicial impede que grupos informais se organizem e se cadastrem oficialmente. As redes recentes também não possuem recursos sustentáveis para construir sua capacidade de implementação. Reconhecendo essas barreiras e para permitir vínculos dentro e entre os países, em 2018 a TBpeople Global (tbpeople.org) criou capítulos de países para redes nacionais de pessoas afetadas pela tuberculose. Ao longo de cinco anos, 11 capítulos nacionais surgiram, com mais seis em formação. Vários capítulos de países (por exemplo, na Ucrânia e no Quirguistão) cresceram o suficiente para se tornarem sub-recipientes de subsídios nacionais do Fundo Global e beneficiários de subsídios do CFCS, demonstrando que mesmo grupos de apoio modestos de pessoas afetadas pela TB podem crescer rapidamente para se tornarem parceiros importantes em a resposta à tuberculose de seu país.

Enquanto o TBpeople trabalha para formalizar o sistema, o financiamento surgiu como um grande desafio. O número de grupos que buscam se beneficiar de pequenas bolsas excede consideravelmente o número de bolsas disponíveis. Os doadores relutam em apoiar redes globais e regionais, apesar das evidências que demonstram seu sucesso em apoiar grupos comunitários a se organizarem, se cadastrarem, receberem doações, crescerem em capacidade e implementarem projetos.

Estudo de caso 12 “Campeões da TB” (TB Champions) abrem caminho para cuidados de tuberculose centrados nas pessoas na Índia

Desde 2017, a organização sem fins lucrativos REACH ou Grupo de Recursos para Educação e Advocacia para a Saúde Comunitária (reachindia.org.in), na **Índia**, treinou sobreviventes de TB para se tornarem “Campeões da TB” com o apoio da USAID. Os sobreviventes de TB participam de oficinas interativas de três dias para adquirir conhecimento e habilidades em TB, baseando-se em suas experiências pessoais vividas. Eles passam a se envolver em um programa de orientação de seis meses para trabalhar com suas comunidades como educadores e apoiadores de pessoas que recebem tratamento para tuberculose. Eles fornecem alfabetização sobre tratamento, apoio psicossocial, aconselhamento às famílias e ajudam a mitigar o estigma. Hoje, vários milhares de sobreviventes de tuberculose foram engajados e treinados e constituem uma rede que abrange 15 estados, incluindo cinco organizações legalmente registradas.

Durante um período de 18 meses, mais de 3.000 defensores da tuberculose alcançaram mais de 25.000 pessoas por meio da implantação de uma estrutura de responsabilidade comunitária sobre a qualidade dos cuidados com a tuberculose. O NTP se comprometeu a aumentar os esforços para treinar 15.000 TB Champions para facilitar a meta da Índia de acabar com a TB até 2025. A motivação para este trabalho é declarada por um “campeão de TB”: “Eu não quero que ninguém mais sofra como eu sofri”. A importante frase foi capturada nas recomendações das Missões Conjuntas de Monitoramento da Índia: “Passar do envolvimento passivo da comunidade para a participação e apropriação total da comunidade, com confiança nos Campeões da TB e Sobreviventes da TB trabalhando ao lado da equipe do programa na defesa, planejamento, implementação e monitoramento do local, estado, e resposta nacional à TB. Investir em fóruns locais de TB, que são agentes de mudança eficazes, capazes de trabalhar na redução/eliminação do estigma e em uma estrutura de resposta aos direitos humanos.”

A adoção desse esforço liderado pela comunidade pelo NTP indiano promete uma grande mudança na direção dos cuidados de TB centrados nas pessoas.

Estudo de caso 13 Sistemas comunitários mais fortes para respostas mais fortes à tuberculose na Indonésia

Para garantir cuidados centrados nas pessoas, a resposta à TB deve ser liderada por pessoas afetadas pela TB devidamente capacitadas. Na **Indonésia**, a rede nacional de organizações de sobreviventes de TB, Perhimpunan Organisasi Pasien TB ou POP TB (poptbindonesia.org), é agora o sub-recipiente do Fundo Global que lidera atividades no CRG. No entanto, apenas 12 meses antes de assumir essa função, o POP TB não era registrado nem possuía sistemas organizacionais implantados. Isso foi corrigido por meio de uma doação do CFCS para STP Indonésia, que ajudou o POP TB a se credenciar legalmente, desenvolver sistemas organizacionais, desenvolver um plano estratégico e capacitar o TB CRG.⁵⁶

Agora, em 2023, POP TB, juntamente com STP Indonésia, são líderes em CRG da TB na Indonésia, mobilizando parceiros nacionais para o TB CLM e finalizando um plano de ação orçado de CRG da TB. Um membro da rede nacional do POP TB, Rekat (rekat.or.id), uma organização de sobreviventes da DRTB liderada por mulheres indonésias, recebeu sua primeira doação na CRG da TB por meio do mecanismo CFCS. Com esses pequenos subsídios e pacotes de apoio, os sobreviventes da tuberculose podem ser os catalisadores para transformar e construir respostas nacionais sustentáveis à tuberculose lideradas pela comunidade.

Finalmente, embora as comunidades afetadas e a sociedade civil estejam engajadas em CCMs, os entrevistados queriam que sua representação, capacidade e participação fossem mais desenvolvidas e estendidas a KVP negligenciada. Apesar de um aceno ao CRG dentro de muitos NTPs, a comunidade de TB e os atores da sociedade civil ainda estão competindo para serem reconhecidos como aliados do governo. Suas funções são muitas vezes restritas à prestação de serviços, como por meio de contratos sociais, mas possuem pouca influência nas decisões ou planejamento de financiamento, monitoramento e prestação de contas; isso é levantado nas Áreas de Ação 4 e 6. Alguns grupos comunitários também lutam com estruturas polarizadas de suas atividades. Em uma nota positiva, porém, as organizações comunitárias que implementaram as ferramentas da CRG em colaboração com os NTPs observaram que o processo ajudou a aumentar sua parceria, credibilidade e legitimidade com o governo.

“Advocacy não é um sprint, é uma maratona, leva tempo, energia e requer muitos recursos.”

Mayowa Joel, Stop TB Partnership Board e Stop TB Partnership Nigeria

Populações-chave e vulneráveis afetadas pela TB

A KVP de TB precisa de respostas específicas para suas necessidades diferenciadas. Os estudos de caso mostram que as comunidades afetadas e a sociedade civil geralmente são os únicos atores com acesso a KVP mais difícil de alcançar e podem atender às suas necessidades distintas. [Estudo de caso 14] Com investimentos específicos, ações comunitárias engajadas e oportunidades para a prestação de cuidados de TB equitativos centrados nas pessoas foram abertas para grupos que, de outra forma, seriam negligenciados. [Estudo de caso 15] Os ganhos alcançados por meio de ações de autodeterminação de grupos historicamente marginalizados afetados pela tuberculose em locais selecionados também estão dando esperança a KVP em outros lugares. [Estudo de caso 16]

Mas muitos grupos de KVP permanecem subestimados, sub-representados e, portanto, insuficientemente engajados ou financiados na resposta à TB. A crescente escala e profundidade do envolvimento de pessoas vivendo com HIV, mulheres e jovens em resposta à TB precisa ser atendida com uma representação em nível nacional de outros grupos KVP, como pessoas que vivem em favelas, pessoas migrantes [Estudo de caso 17], pessoas refugiadas, e populações móveis, como pessoas que trabalham em minas, deslocados internos e pessoas privadas de liberdade. Há uma premente necessidade de reconhecer e abordar as barreiras enfrentadas por mulheres, homens e indivíduos não-binários de gênero, para garantir o preenchimento das lacunas de uma resposta genderizada.

Proteção social

Conforme declarado na Área de Ação 1, quase metade de todas as famílias afetadas pela TB e mais de três quartos das famílias afetadas pela DRTB incorrem em custos médicos diretos e indiretos, bem como custos de oportunidade devido à perda de meios de subsistência, que excede 20% da renda familiar.²⁰ As comunidades afetadas pela tuberculose e os entrevistados da sociedade civil citaram desemprego, insegurança alimentar e habitacional, precariedade do status legal e acesso escasso a apoio de saúde mental como fatores que acompanham o trajeto clínico da tuberculose. Uma estrutura de direitos humanos para a tuberculose exige abordar essas morbidades sociais e manter os compromissos dos setores governamentais dentro e fora da saúde, conforme discutido na Área de Ação 6.

Abordagens da CRG devem enfatizar todos os aspectos da resposta à TB

Tornar a resposta à tuberculose baseada em direitos, equitativa e livre de estigmas, com as comunidades no centro, é fundamental para atingir as metas globais de eliminação da tuberculose. Sem expor e corrigir práticas, políticas e leis discriminatórias, corremos o risco de violar os direitos humanos fundamentais das pessoas afetadas pela tuberculose. Sem atender ao estigma da tuberculose e seus insidiosos impulsionadores, corremos o risco de afastar as pessoas afetadas dos cuidados com a tuberculose antes mesmo de entrarem no sistema de saúde. E, sem colocar as comunidades afetadas pela TB no centro da resposta à TB, somos configurados para excluir as populações mais vulneráveis afetadas pela TB e falhamos no objetivo de alcançar todos.

Preconceitos sistêmicos e negligência das vozes da comunidade foram reconhecidos e abordados em outras doenças infecciosas, como o HIV, e devem ser mais defendidos para a TB em todos os níveis. Essa negligência está no cerne da divisão mortal sobre a qual este relatório foi construído. Embora tenha havido algum progresso em direção ao envolvimento significativo das comunidades em nível global, é necessário um investimento muito mais sustentado, especialmente nos níveis nacional e subnacional. A CRG pode servir como a espinha dorsal da resposta à TB, mas continua sendo uma das áreas menos financiadas. Os atores globais devem usar sua voz diplomática e influência de financiamento para abrir espaço dedicado à inclusão das comunidades afetadas e da sociedade civil nas propostas dos países e na tomada de decisões nacionais, apoiados por uma carteira dedicada para fortalecer as infraestruturas lideradas pela comunidade para a CRG na TB.

Estudo de caso 14 Pessoas privadas de liberdade ganham acesso a cuidados no Paraguai

O encarceramento aumenta a vulnerabilidade à TB. As Américas Central e do Sul estão experimentando os maiores aumentos nas taxas de encarceramento. Pessoas privadas de liberdade (PDL) agora representam 11% de todas as pessoas com TB, embora representem apenas 1% da população.⁵⁷ Apesar desses números e do reconhecimento de PPL como KVP em nível global, a incidência de TB entre PPL não é relatada em documentos globais e PPL não é reconhecida como prioridade pela maioria dos planos de NTP.⁵⁸

No Paraguai, o NTP aumentou significativamente as atividades dedicadas a PPL, em grande parte devido aos esforços sustentados da Alvida (Alientos de Vida/ Breaths of Life), uma organização da sociedade civil e sub-recipiente do Fundo Global. A Alvida tem se dedicado a trabalhar com o NTP para apoiar as pessoas que vivem com TB e suas famílias, com ênfase em PPL, bem como nas populações indígenas. Seus esforços foram fundamentais para garantir a inclusão do trabalho de desenvolvimento de liderança comunitária no Plano de Ação Nacional para a Sustentabilidade do HIV e TB no Paraguai 2021-25. Em 2022, em colaboração com várias prisões e apoio do NTP para diagnóstico e tratamento molecular, Alvida treinou equipes de PPL como agentes comunitários de saúde voluntários para auxiliar na detecção de TB ativa e identificação de outras PPL que precisam de serviços de teste de TB.

As KVP afetadas pela TB podem ser efetivamente engajadas nos esforços para enfrentar suas barreiras únicas e encontrar pessoas com TB que, de outra forma, poderiam ser perdidas.

Estudo de caso 15 Construindo proteções transfronteiriças para mineradores na África Austral

Os mineiros das minas de ouro da África Austral têm as taxas mais altas de tuberculose do mundo. Todos os anos, meio milhão de homens viajam pela região para trabalhar nas minas da África do Sul e, ao fazê-lo, contraem tuberculose.⁵⁹ Este padrão de migração – homens que chegam às minas para trabalhar, são infectados com tuberculose e voltam para casa – criou uma enorme crise regional. Há mais de uma década, chefes de estado da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC) assinaram uma Declaração sobre TB nas Minas com mandatos para os ministros da saúde, finanças, migração, governo local, trabalho e mineração da SADC.⁶⁰ Desde então, vários parceiros apoiaram os esforços dos países para combater a TB nas minas, como a doação do Fundo Global TB no Setor de Mineração na África Austral (TIMS) e a Rede de Organizações Locais TB da USAID (TB LON). Ex-mineiros que são sobreviventes de tuberculose também foram mobilizados sob a coalizão da Associação dos Mineiros da África Austral (SAMA). Em **Moçambique**, por exemplo, a organização parceira, Associação dos Trabalhadores de Minas Moçambicanos (AMIMO, amino.org), celebra a criação de dois centros de saúde ocupacional para apoiar o rastreio da TB entre os ex-mineiros

A AMIMO e outras organizações, como a Jointed Hands Welfare Organization (jointedhands.org) no **Zimbábue**, compartilham a necessidade de mobilizar e aumentar a detecção de TB em nível comunitário, sistemas de referência transfronteiriços que harmonizam o tratamento para trabalhadores de minas em trânsito e atenção aos mineiros artesanais e de pequena escala que podem ser perdidos nas intervenções em curso. A SAMA está trabalhando para garantir mudanças nas políticas que abordem essas lacunas e para sustentar e aumentar a vontade política de acabar com a crise de saúde pública entre os mineradores e suas comunidades associadas.

Estudo de caso 16 Os mais recentes Padrões Canadenses de TB centram-se nos direitos dos Povos Indígenas

A tuberculose entre os povos indígenas no Canadá está inextricavelmente ligada a uma história de colonização e trauma associado.⁶¹ A oitava edição dos Padrões Canadenses de TB foi publicada em março de 2022 e tem como foco central, pela primeira vez, os direitos dos Povos Indígenas.⁶² Um capítulo dedicado a fornecer “Um guia introdutório ao tratamento da tuberculose para melhorar a competência cultural para profissionais de saúde e profissionais de saúde pública que atendem aos povos indígenas do Canadá” detalha a epidemiologia específica da tuberculose e seu contexto histórico e cultural no que se refere a cada um dos três grupos indígenas no Canadá – Inuit, First Nations e Metis.⁶³ Para defender seus valores, necessidades e prioridades quando se trata de prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado da tuberculose, sete perguntas são feitas a todas as pessoas que prestam serviços em terras indígenas e/ou trabalham com povos indígenas para trabalhos relacionados à tuberculose. Isso inclui educação sobre a história e epidemiologia da tuberculose na comunidade, barreiras de acessibilidade relacionadas ao clima e à geografia, segurança cultural, incluindo respeito às diferenças culturais, determinantes sociais específicos e desigualdades que afetam grupos indígenas distintos, reconhecimento do papel da colonização contínua, racismo sistêmico e privilégio, promoção da auto-resiliência, auto-defesa e empoderamento respeitando os direitos dos povos indígenas, e finalmente compreendendo que cada grupo indígena é histórico e culturalmente distinto e pode ter necessidades específicas de TB.

Os impactos da colonização, o trauma histórico e a falta de atenção sistemática aos determinantes sociais da saúde moldaram as epidemias de tuberculose em populações indígenas em todo o mundo. O esforço inovador dos Povos Indígenas no Canadá pode servir de inspiração para todos os programas nacionais de TB.



Estudo de caso 17 TB entre migrantes que atravessam o Triângulo Norte

A migração das Américas tem sido motivada pela necessidade econômica devido à pobreza generalizada. Muitos saem em busca de emprego, melhor padrão de vida, melhores condições de trabalho e remuneração e, em casos extremos, pelo aumento da violência. A Guatemala é um país o qual possui um movimento 'expulsor' e de trânsito para migrantes de outros países do Triângulo Norte (**Guatemala, Honduras e El Salvador**) que se dirigem aos Estados Unidos via México.⁶⁴ Embora a taxa nacional de TB seja relativamente baixa, a carga é muito maior entre as populações de trabalhadores migrantes que são predominantemente indígenas e, em parte, retornam para comunidades isoladas e carentes. Sua migração pelo México, que tem taxas muito mais altas de tuberculose e infecção do que o Triângulo Norte, combinada com as condições em que os migrantes são forçados a viajar e esperar para entrar nos Estados Unidos são fatores primordiais para o desenvolvimento da infecção por tuberculose e doença.

Em 2016, o congresso guatemalteco aprovou um Código de Migração com foco nos direitos humanos. Os migrantes agora são reconhecidos como titulares de direitos, garantindo acesso a atendimento médico, abrigo, trabalho e educação do Estado guatemalteco. A legislação que aborda a TB e as necessidades mais amplas de saúde dos migrantes como KVP foi produto de uma parceria entre a sociedade civil e o governo e pode servir de exemplo para outros países que se enquadram nos corredores migratórios.

APELO À AÇÃO

Tornar a resposta à tuberculose equitativa, genderizada, baseada em direitos e livre de estigma, com comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil no centro até 2025.

- Garantir que Comunidades, Direitos e Gênero (CRG) e a eliminação do estigma sejam priorizados na Declaração Política UNHLM de 2023 sobre TB com metas específicas e explicitamente integradas aos Planos Estratégicos Nacionais (NSP) e às Revisões do Programa de TB.
- Dedicar doadores e financiamento doméstico para iniciativas lideradas pela comunidade de TB, incluindo esforços de defesa, monitoramento e responsabilidade por meio do Mecanismo de Desafio Stop TB Partnership (STP) para a Sociedade Civil (CFCS), o Fundo Global e outros mecanismos de apoio técnico.
- Assegurar a participação significativa das comunidades afetadas pela TB e da sociedade civil como colaboradores especializados no desenvolvimento de NSPs, planejamento de revisões de programas de TB, bem como processos de desenvolvimento de propostas de países para subsídios internacionais em todos os países de alta carga (HBCs), inclusive por meio de redes nacionais de pessoas afetadas pela TB e empoderamento e liderança de mulheres e meninas.
- Realizar avaliações de CRG, medição rotineira de estigma e desenvolver e implementar planos de ação de TB CRG com custos em todos os CDs que incluam monitoramento comunitário (CLM) da resposta à TB e da CRG.
- Identificar, realizar estimativas populacionais e alocar fundos para atender sistematicamente às necessidades específicas da KVP de TB, como, mas não limitado a, pessoas vivendo com HIV, pessoas migrantes, pessoas refugiadas e deslocados internos, pessoas que usam drogas, pessoas privadas de liberdade, pessoas com diabetes, pessoas em situação de pobreza e favelados, pessoas que trabalham em garimpos e pessoas com silicose, povos indígenas e crianças, com base na vulnerabilidade e barreiras de acesso.
- Fortalecer a proteção e a segurança social das pessoas afetadas pela tuberculose e garantir que inclua renda, assistência médica, moradia, apoio nutricional, apoio à saúde mental e assistência jurídica.
- Atualizar leis, políticas e programas para promover e proteger os direitos das pessoas afetadas pela TB, combater as desigualdades e eliminar o estigma e as práticas, processos e linguagem discriminatórios.

ÁREA DE AÇÃO 3: Acelerar o desenvolvimento, a implantação e o acesso a novas ferramentas essenciais para acabar com a tuberculose

Introdução

As comunidades afetadas pela TB e a sociedade civil reconhecem o avanço substancial feito em P&D em TB desde o primeiro HLM da ONU sobre TB, mas são rápidos em observar que o kit de ferramentas de TB ainda está longe de estar completo. Soluções práticas, eficientes, eficazes e com poucos recursos que podem ser ampliadas nas comunidades mais afetadas pela tuberculose são urgentemente necessárias. Acima de todas as outras inovações, eles expressam a necessidade de uma vacina. Neste capítulo, voltamos às conquistas e lacunas em inovação e implantação que foram introduzidas na Área de Ação 1, para catalisar abordagens mais ousadas e eficazes para P&D em TB. O financiamento de esforços de P&D é abordado no próximo capítulo.

Estado atual das coisas

Cartão de Pontuação (Scorecard)

As comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil aplaudem enormemente o desenvolvimento e a aprovação de regimes medicamentosos mais seguros e

mais curtos para a infecção e doença por tuberculose, incluindo a DRTB e a tuberculose infantil. Eles reconhecem a digitalização como uma importante inovação do sistema de saúde. E comemoram o monumental investimento em P&D de TB, de quase US\$ 1 bilhão.

No entanto, eles também apontam para lacunas cruciais. Eles lamentam a persistente ausência de vacinas contra tuberculose, WRDs que operam no ponto de prestação de cuidados e são adequados para crianças e testes rápidos de suscetibilidade a medicamentos que predizem resistência ao último conjunto de medicamentos. Eles argumentam que a expansão de muitas ferramentas emergentes e existentes é lamentavelmente lenta. Conforme levantado na Área de Ação 1, mais de 50% das pessoas afetadas pela TB, incluindo sobreviventes da TB, pesquisadas para este relatório enfrentaram dificuldades no acesso aos serviços de TB, incluindo medicamentos, diagnósticos e outros apoios. Em última análise, embora existam exemplos de abordagens inovadoras para a prestação de serviços de TB, os esforços são fragmentados. Não houve grandes perturbações no *status quo*.

Figura 10

Tabela de indicadores sobre como acelerar o desenvolvimento, implantação e acesso a novas ferramentas essenciais para acabar com a TB

Targets 2018 – 2022

Treat 40 million people with TB, including	66%
3.5 million children with TB	54%
1.5 million people with multi DRTB	43%
115,000 children with multi DRTB	15%
Place 30 million people at risk of falling ill with TB on TPT, including	31%
6 million people living with HIV	172%
4 million children <5 years	40%
20 million other household contacts	3%

Scorecard



■ Little to no progress ■ Some progress ■ Good progress

Vacina P&D

Precisamos de uma vacina eficaz e acessível, senão muitas. A pandemia da COVID-19 demonstrou que, com investimentos suficientes, as vacinas podem ser desenvolvidas e implementadas em escala em velocidade recorde sem comprometer o rigor científico. O Roteiro Global de 2021 para P&D de vacinas contra TB descreve como isso pode ser alcançado para TB, identificando as principais barreiras, maneiras de superá-las e um conjunto compartilhado de prioridades para orientar as atividades de P&D.⁶⁵ Como já foi visto com dezenas de infecções, incluindo varíola e poliomielite, uma vacina é a única (e única) inovação que pode deter uma epidemia. As comunidades afetadas pela tuberculose estão se tornando bem preparadas para lançar uma vacina assim que ela estiver disponível, mas o progresso é prejudicado pela falta de investimentos protegidos, como será abordado no próximo capítulo.

Drogas e diagnósticos

A variedade de regimes de tratamento novos, seguros, eficazes e mais curtos para infecção e doença de TB, incluindo DRTB e TB infantil, significa a maior conquista da resposta à TB desde a UNHLM de 2018 sobre TB – se não na história de toda a resposta à TB – fornecendo alívio muito esperado para as comunidades afetadas pela tuberculose e para a sociedade civil. A DSTB agora pode ser tratada em quatro meses, a DRTB em apenas seis meses sem injeções e a infecção por TB pode ser tratada – e a doença evitada – em 1 a 3 meses.^{19,24,27} **[Estudo de caso 18]** Esses novos regimes prometem aumentar a aceitabilidade do tratamento, a viabilidade do sistema de saúde e do programa e apoiar abordagens centradas nas pessoas para prevenção, tratamento e cuidados da TB.

Dito isso, há espaço substancial para inovação em P&D biomédico. Do lado do diagnóstico, as comunidades afetadas pela tuberculose precisam de um WRD que possa ser usado em escala em áreas com deficiência de recursos e energia para obter resultados em minutos. Também faltam testes nos locais de atendimento para infecção por TB e TB subclínica, bem como marcadores para avaliar o risco de progressão para a doença de TB. No lado do tratamento, os especialistas técnicos consultados para este relatório observam que os novos regimes de tratamento ainda dependem de medicamentos antigos. Novas moléculas são necessárias para que a tuberculose possa ser prevenida e curada em ainda menos tempo, acelerando as reduções na incidência e mortalidade, combatendo novas cepas de resistência aos medicamentos.

Em todas essas inovações, lactantes e gestantes, crianças e adolescentes se beneficiam de forma desigual; a maioria dos canais de P&D, por definição, exclui esses grupos.⁶⁶ As comunidades afetadas pela TB e a sociedade civil buscam garantir que os ganhos da P&D da TB possam ser aproveitados pelo KVP e outros que foram historicamente negligenciados. Especialistas técnicos consultados para este relatório enfatizam que a pesquisa sobre a segurança e eficácia dos regimes BPaL/M DRTB e regimes TPT à base de rifapentina em mulheres grávidas/amamentando, mulheres na pré-menopausa que necessitam de contracepção e crianças menores de dois anos, bem como pessoas vivendo com HIV (por exemplo, aqueles que recebem dolutegravir) devem ser priorizados, realizados e/ou finalizados; é entre esses grupos-chave que os impactos da TB costumam ser os mais graves.

Estudo de caso 18 BPaL/BPaLM anuncia esperança para pessoas com DRTB

Entre 2018 e 2020, desde a introdução da bedaquilina, os regimes totalmente orais para DRTB tornaram-se padrão de atendimento. Em 2022, BPaL/BPaLM tornou-se o mais novo regime totalmente oral mais seguro, barato, mais curto e mais eficaz, apoiado por dados de fase III dos ensaios TB PRACTECAL, ZeNix e Nix-TB.⁷⁷ BPaL/BPaLM compreende bedaquilina (B), pretomanida (Pa), linezolida (L) e/ou – dependendo da resistência às fluoroquinolonas – moxifloxacina (M). Este é um divisor de águas para pessoas com DRTB, que precisarão tomar apenas 3-4 comprimidos por dia durante seis meses! O sucesso do tratamento é superior a 80%, significando um tremendo avanço salva-vidas em P&D de TB. Diretrizes da OMS aprovando o uso de BPaLM e BPaL em dezembro de 2022^{24,78} dispõe que os países ao redor do mundo podem começar a disponibilizar os regimes imediatamente para as pessoas afetadas pela DRTB. Os regimes também serão substancialmente econômicos em comparação com tratamentos tóxicos mais longos que requerem monitoramento e acompanhamento mais intensivos.⁷⁹

Aceitação e acessibilidade de ferramentas

Conforme apresentado na Área de Ação 1, ferramentas novas e emergentes devem chegar às comunidades afetadas pela TB para causar impacto. Os países estão um passo atrás na adoção de muitas ferramentas aprovadas pela OMS que chegaram ao mercado na última década. Essa letargia é particularmente evidente na lenta adoção de WRDs como o GeneXpert que, apesar de suas limitações, é a melhor ferramenta disponível para detectar TB. Da mesma forma, regimes de tratamento mais curtos ainda não são acessíveis a todos; áreas remotas de difícil acesso e mal atendidas estão em desvantagem persistente. O aumento da TPT, exceto em pessoas vivendo com HIV, é péssimo, com muitos governos atrasando a autorização ou sem acesso à rifapentina.⁶⁷ A campanha 1/4/6x24 – recentemente lançada por uma coalizão de sobreviventes de tuberculose, pesquisadores, clínicos, ativistas e profissionais da sociedade civil de todo o mundo – está agora se preparando para garantir que os melhores esquemas de medicamentos disponíveis cheguem àqueles que precisam deles, no menor tempo possível.⁶⁸ **[Estudo de caso 19]**

Mobilizar o acesso a novas ferramentas requer pesquisa operacional e modelagem de mercado para facilitar a adaptação e adoção contextual, bem como negociações de preço.²⁵ Os entrevistados compartilharam que muitos de seus países enfrentam desafios de acessibilidade, suprimentos não utilizados de ferramentas antigas e obstáculos regulatórios para acomodar a importação de novas ferramentas, dificultando a adoção de novas ferramentas. As barreiras de infraestrutura também são generalizadas – há problemas na cadeia de suprimentos com testes de TB e problemas de armazenamento em nuvem com o lançamento de tecnologias digitais. Nos estabelecimentos de saúde, há falta de orientação técnica sobre boas práticas e, nas comunidades, falta de demanda de pessoas diretamente afetadas pela TB devido ao acesso precário à informação. Campanhas dirigidas à comunidade são essenciais para aumentar a conscientização e a defesa para superar esses obstáculos ao acesso. **[Estudo de caso 20]**

Estudo de caso 19 O AI-CAD portátil está encontrando pessoas afetadas pela tuberculose nos locais onde vivem e trabalham

Os produtos de detecção auxiliada por computador baseados em inteligência artificial (AI-CAD) oferecem uma oportunidade para automatizar e padronizar a interpretação de radiografias digitais de tórax e agilizar os caminhos para triagem de TB e localização de pessoas com TB. Vários projetos financiados pela iniciativa TB REACH do STP demonstram os impactos de trazer inovações AI-CAD portáteis para comunidades de difícil acesso.

A Dopasi Foundation (dopasi.org), uma organização comunitária sem fins lucrativos, implementou o AI-CAD em três distritos de mineração de carvão no **Paquistão** usando o Fuji Film Xair, que consiste em uma máquina de raios-X digital compacta, leve e movida a energia solar conectada a um software de leitura assistida por computador, Lunit INSIGHT CXR.⁸⁰ Os distritos tinham poucas ou nenhuma instalação de saúde, eletricidade ou infraestrutura de transporte. Entre 2019 e 2021, foram realizados 117 campos de triagem, 150.242 trabalhadores de minas de carvão e suas famílias foram rastreados para TB, incluindo 12.495 rastreados com raios-X, e 429 pessoas diagnosticadas com TB receberam tratamento, levando a um aumento de 77,5% na detecção de TB em as áreas do projeto. Preocupações típicas de qualidade em relação à resolução da imagem não foram encontradas e a baixa radiação foi confirmada pela autoridade nuclear e radiológica. Os desafios incluíam baixa capacidade da bateria e superaquecimento do dispositivo durante o tempo extremamente quente.

Da mesma forma, a PATH (path.org), uma organização que trabalha com atores públicos e privados, também ajudou a acelerar o diagnóstico de TB entre moradores de assentamentos informais na cidade de Nagpur, na **Índia**, usando a ferramenta de IA qXR, desenvolvida pela Qure.ai, trabalhando em estreita colaboração com a associação local de radiologistas para obter o respectivo apoio.⁸¹ Durante 2019-20, 10.481 pessoas foram encaminhadas para radiografia de tórax gratuita lida por IA, levando ao diagnóstico de tuberculose em 197 pessoas. Cerca de 13% dos diagnósticos foram perdidos por leitores humanos, mas identificados por IA. Ambos os projetos, juntamente com outros, são exibidos no Focus Group da Stop TB em imagens baseadas em IA para TB (FG-AITB), que serve como uma plataforma global de compartilhamento de conhecimento para conectar implementadores, facilitar conexões sul-sul e fornecer suporte técnico para aumento de escala.

Estudo de caso 20 Acelerando a ampliação de novos regimes por meio da campanha 6/4/1x24

Poucas pessoas têm acesso às melhores ferramentas baseadas em evidências disponíveis em TB. A geração de demanda é necessária para promover sua acessibilidade, disponibilidade, aceitabilidade e qualidade. A campanha 1/4/6x24 está gerando uma demanda muito necessária para garantir que as inovações mais recentes cheguem às pessoas rapidamente.⁶⁸ A campanha convoca e trabalha com doadores globais e agentes de saúde para acelerar a introdução e ampliação de novos tratamentos de tuberculose mais curtos, inclusive comprometendo-se com metas com prazo para a adoção de novas diretrizes da OMS e com NSPs ambiciosos e inovadores e propostas de financiamento.

O nome da campanha vem de sua demanda central: que os países e outros responsáveis tomem medidas para implementar os regimes mais curtos disponíveis — 1 mês ou uma vez por semana para prevenção da tuberculose, 4 meses para tuberculose sensível a medicamentos e 6 meses para tuberculose resistente a medicamentos — até o final de 2024. A campanha já está ganhando a atenção e o compromisso com a ação dos principais atores da tuberculose, incluindo STP, OMS, Fundo Global e USAID, e está demonstrando o poder de uma meta compartilhada e uma campanha de mobilização para equipar e mobilizar os defensores da comunidade para responsabilizar os responsáveis pela ambição e prestação de contas. Isso deve incluir a mitigação e remoção de barreiras relacionadas a direitos humanos e gênero aos serviços que inibem o acesso a inovações em TB.

1/4/6x24



Photo Credit: David Harrison for Treatment Action Campaign

Inovações digitais

As tecnologias digitais chegaram à vanguarda da resposta à TB, em meio a um crescimento acentuado na inovação do sistema de saúde. Diagnóstico portátil auxiliado por computador (CAD) aprovado pela OMS, juntamente com aparatos de inteligência artificial (IA)¹³, prometem uma mudança radical nos algoritmos de diagnóstico de TB, especialmente no ritmo da triagem de TB, com benefícios potenciais para áreas com poucos recursos que carecem de instalações de saúde e provedores qualificados. [Estudo de caso 21] As tecnologias multiplex podem ser capazes de acessar a TB da atenção primária e outras áreas para aumentar as taxas de notificação.^{69,70}

Estudo de caso 21 Campanha para reduzir o custo de novas ferramentas emergentes

Patentes de produtos e altos custos impedem o acesso universal a medicamentos e diagnósticos emergentes para TB. As organizações que representam e compreendem as pessoas afetadas pela TB estão usando abordagens engenhosas para combater esses gargalos e oferecer suporte à disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e adaptabilidade dos produtos.

Desde 2019, a Campanha de Acesso de Médicos Sem Fronteiras (MSF) coordena uma campanha 'Time for \$5' para reduzir pela metade o preço do teste GeneXpert MTB/RIF, uma vez que o fabricante, Cepheid, manteve o preço do teste em quase US\$ 10 por mais de uma década. A Access Campaign também está defendendo a redução do preço do último regime BPALM para DRTB para menos de \$500. A oitava edição do relatório DRTB Drugs Under the Microscope pede o afrouxamento dos termos restritivos do licenciamento de patentes de medicamentos entre a Johnson & Johnson e a organização sem fins lucrativos TB Alliance para apoiar a entrada de versões genéricas dos regimes mais recentes, aumentando a disponibilidade de preços acessíveis e acessibilidade nos países que mais precisam.²⁵

Um novo acordo entre o Fundo Global, STP e a Molbio Diagnostics está levando isso um passo adiante. Os ensaios Truenat® aprovados pela OMS (MTB, MTB Plus e MTB-RIF Dx) estarão disponíveis a um preço reduzido em todos os países apoiados pelo Fundo Global, STP e USAID; Truenat® é especialmente útil para o diagnóstico e subsequente detecção de resistência à rifampicina em adultos e crianças com sinais e sintomas de tuberculose pulmonar, assim como sua utilização em áreas com deficiência de energia. A parceria incluirá um acordo de nível de serviço padrão global para garantir o compromisso com serviço e manutenção e com potencial para estender preços semelhantes a compradores dos setores público e privado.⁸² Essa redução de preços deve ser o início de uma conversa, que continua derrubando as barreiras de preços até que sejam completamente removidas.

Campanhas contra patentes e preços injustos de produtos podem ajudar a superar as principais barreiras ao acesso aos cuidados de TB.

Os entrevistados compartilharam como as tecnologias de adesão digital (DAT) estão alterando a forma como as pessoas em tratamento de TB são monitoradas e simplificando o fluxo de trabalho entre os prestadores de serviços. Revisões de pesquisas sobre terapia diretamente observada (DOT) baseada em vídeo fornecem evidências de que a digitalização do DOT é confiável, aceitável e está associada a uma adesão melhorada em comparação com o DOT padrão; isso tem suporte para vídeo DOT ou vDOT em vários HICs.⁷¹ À medida que as comunidades afetadas pela TB abrem oportunidades para a prestação de serviços virtuais, motivadas pelos bloqueios do COVID-19, eles também esperam que isso mude a dependência do DOT para o empoderamento da comunidade - onde as pessoas com TB têm as informações e o suporte de que precisam para concluir os tratamentos prescritos (veja também o estudo de caso 3).

As plataformas digitais estão reformando gradualmente a infraestrutura de vigilância da TB, permitindo que os países usem dados em tempo real.⁷² Os entrevistados veem isso como uma oportunidade de fortalecer a defesa e mitigar as barreiras aos cuidados e as desigualdades para as pessoas afetadas pela tuberculose. Para os sistemas de saúde, eles podem agilizar os encaminhamentos, o diagnóstico e o monitoramento do tratamento e cobrir os custos e as restrições de capacidade. A ferramenta Onelmpact CLM está permitindo de forma única que várias comunidades afetadas monitorem e respondam às barreiras relacionadas a gênero e direitos ao tratamento da TB, formem conexões entre pares e monitorem as respostas locais à TB.⁷³

A maioria das inovações digitais que auxiliam no diagnóstico, monitoramento do tratamento e vigilância ainda não foram ampliadas. As consultas para este relatório sugerem que muitos países continuam a reportar no papel - uma descoberta decepcionante que também foi documentada pela OMS⁷⁴ - e que, embora as ferramentas digitais sejam valorizadas para preencher lacunas nos dados, ferramentas mais simples e resumidas seriam apreciadas. Em última análise, a adoção dessas inovações pelos países exigirá a adesão do governo além dos projetos conduzidos por doadores. Esta é uma oportunidade para os desenvolvedores trabalharem com as comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil, bem como inovadores locais.

Abordagens à inovação

Mais de uma dúzia de atores estão envolvidos no desenvolvimento de novas ferramentas para TB, e muitos mais estão no espaço digital. Com algumas exceções, eles trabalham em silos e, às vezes, em competição, levando a uma resposta fragmentada à inovação, em que uma nova ferramenta está alcançando outra. Por exemplo, o lançamento de novos tratamentos para tuberculose poderia ser fortalecido por inovações proporcionais na tecnologia de diagnóstico. Os testes WRD atuais para DRTB transmitem perfis de sensibilidade para apenas uma fração dos medicamentos, deixando as comunidades mal preparadas para prevenir, detectar e responder à resistência potencial aos regimes mais recentes. Os inovadores devem unir esforços para desenvolver WRDs que respondam a toda a lista de medicamentos disponíveis no mercado, bem como aqueles preparados para testes de fase II/III.

Estudo de caso 22 O Conselho Consultivo da Comunidade Global de TB (TB CAB) como um agente de mudança em P&D em TB

O Global TB CAB é um grupo de ativistas comunitários especializados em pesquisa de redes de TB na Ásia, Europa, África e América do Norte e do Sul que aconselha patrocinadores de pesquisa e produtos envolvidos no desenvolvimento, avaliação e introdução de novos tratamentos, diagnósticos e preventivos de tecnologias referentes à tuberculose. O Global defende uma agenda de P&D de TB mais inclusiva em termos de design de ensaios, bem como os tipos de evidência que são priorizados na tomada de decisões de TB. Nos últimos anos, aproveitou as revisões de protocolos de ensaios clínicos para defender a inclusão de grupos-chave na pesquisa de TB, incluindo crianças e grávidas. Graças em grande parte aos seus esforços, o campo da tuberculose mudou com uma série de estudos e iniciativas que adotam uma abordagem mais progressiva e inclusiva – por exemplo, os ensaios endTB e endTB-Q permitem que as pessoas que engravidam durante o estudo decidam se querem ou não não continuar^{83,84}; o estudo BEAT Tuberculosis na África do Sul inclui crianças de até 6 anos e grávidas como participantes elegíveis⁸⁵; e o consórcio de Apoio, Mobilização e Aceleração da Pesquisa para a Eliminação da Tuberculose (SMART4TB), financiado pela Universidade Johns Hopkins, financiado pela USAID, está planejando priorizar essas populações em sua pesquisa⁸⁶, levado adiante no projeto, inclusive por meio de parceria com os beneficiários do CFCS.

O TB CAB está trabalhando simultaneamente para contribuir e melhorar a coleta, o rigor e a consideração das perspectivas das comunidades afetadas pela TB nos processos de tomada de decisão que orientam as agendas de P&D, prioridades e políticas de financiamento da TB. Ao elevar as preferências e perspectivas das pessoas com experiência concreta de TB, o TB CAB permite que as prioridades das pessoas afetadas pela TB tenham mais peso na tomada de decisões importantes para pesquisas e políticas de TB. Uma avaliação independente do Global TB CAB destaca seu papel na promoção da defesa científica, elevando as perspectivas da comunidade e servindo como agentes de mudança no cenário de P&D da TB.⁸⁷

Outra limitação é que poucos inovadores trabalham lado a lado com as comunidades afetadas pela tuberculose para cocriar ferramentas e colaborar em sua implantação. As comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil expressam preocupação de que os desenvolvedores cheguem com uma ferramenta preparada, tentando convencê-los de seu valor. Como resultado, as inovações raramente são desenvolvidas com vistas à equidade e não atingem todo o seu potencial. As comunidades afetadas pela TB devem ser capazes de articular suas necessidades e informar o desenho de novas ferramentas. Para fazer isso, é necessário construir conhecimento e capacidade entre eles e fornecer financiamento e espaço. Seu envolvimento precoce e significativo é fundamental para obter adesão, aceitabilidade e, finalmente, impacto. [Estudo de caso 22]

A necessidade de coordenação com atores governamentais e sistemas regulatórios é levantada na **Área de Ação 6**, e vital para o sucesso das inovações emergentes. O Global Drug Facility oferece oportunidades para superar barreiras regulatórias e escassez de suprimentos que muitas vezes estão implicadas na lenta implantação de muitas novas ferramentas.⁷⁵ As intervenções voluntárias de licenciamento orientadas para o acesso, como as permitidas pelo Medicine Patent Pool (MPP) – e que obtiveram sucesso em HIV e HCV – também podem ajudar a economizar custos e vidas, propondo a instituição de salvaguardas no início do processo de P&D garantindo o acesso a produtos que se mostrem eficazes em fases posteriores.⁷⁶

Criação de demanda para o desenvolvimento e implantação de inovações em TB

O ritmo da inovação da tuberculose claramente não é suficiente para acompanhar o ritmo da atual pandemia de tuberculose. É necessária uma movimentação de fundos sem precedentes para acelerar o acesso a ferramentas emergentes e preencher a lacuna de financiamento de P&D, que será abordada no próximo capítulo. Esforços conjuntos de desenvolvedores – e investidores públicos e privados muito mais generosos – trabalhando com as comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil desde o início, são necessários para estimular a demanda do mercado por ferramentas existentes e da próxima geração – especialmente uma vacina. Os HICs podem desafiar os modelos com fins lucrativos das empresas farmacêuticas negociando no interesse do público no país e no exterior e aumentando os investimentos em modelos sem fins lucrativos, como parcerias de desenvolvimento de produtos.

A inovação em TB também sofreu um quadro míope, focado em produtos comercializáveis decorrentes de avanços biomédicos e tecnológicos. A pesquisa operacional, a pesquisa social e a pesquisa baseada na comunidade são necessárias para permitir sua aceitação, combater barreiras e alcançar a fruição. [Estudo de caso 23] Há oportunidade de expandir as conceituações de inovação para incluir intervenções que abordam os fatores sociais, econômicos e legais da tuberculose, especialmente as barreiras do CRG, além de seus determinantes patogênicos e epidemiológicos.

Estudo de caso 23 Avaliando a preparação dos trabalhadores urbanos da ASHA para prestar serviços de TB na Índia

Os Urban Accredited Social Health Activists (U-ASHA) são agentes comunitários de saúde incentivados da Missão Nacional de Saúde Urbana da **Índia**, que ligam a comunidade aos serviços de saúde, atuando como educadores de saúde, prestadores de serviços e ativistas de saúde. Em 2022–23, a Foundation for Medical Research (FMR, fmrindia.org) implementou uma pesquisa piloto em duas cidades, Mumbai e Pune, envolvendo mais de 300 funcionários da U-ASHA e outras partes interessadas relevantes para entender sua preparação para a prestação de serviços de TB até os locais mais longínquas nas comunidades urbanas em situação de pobreza, buscando facilitar o envolvimento da comunidade na busca de cuidados de TB oportunos e regulares. O projeto foi realizado no âmbito do programa Partnership for Enhanced Engagement in Research (PEER) da National Academy of Sciences, com cofinanciamento da Godrej Industries e o apoio da Maharashtra State Anti-Tuberculosis Association (MSATBA).

Verificou-se que os U-ASHAs têm grande potencial para identificar pessoas que podem ser afetadas pela tuberculose, aconselhar pessoas com tuberculose e suas famílias para apoio mental e nutrição, controle de infecções, tratamento primário e encaminhamento de reações adversas a medicamentos e redução do estigma por meio da conscientização da comunidade e atenção à confidencialidade. Para construir um ecossistema favorável, é necessário o apoio da comunidade e do sistema de saúde. As abordagens atuais de treinamento dedicam apenas meio dia à TB, deixando pouco espaço para os U-ASHAs aprenderem sobre os fundamentos da TB, o programa e os principais componentes dos cuidados centrados nas pessoas, como o estigma da TB, nutrição, envolvimento da família ou intervenções para idosos e pessoas com diversas outras necessidades. Também é dada pouca atenção ao apoio estrutural, como esquemas de pagamento U-ASHA, equilíbrio da carga de trabalho e supervisão do fluxo de trabalho e oportunidades para aprendizado e avanço contínuos. A pesquisa piloto revelou lacunas importantes, bem como oportunidades para fortalecer a programação de TB baseada na comunidade e alcançar todos.

APELO À AÇÃO

Acelerar o desenvolvimento, a implantação e o acesso a novas ferramentas essenciais para acabar com a tuberculose

- Desenvolver e garantir a disponibilidade e acessibilidade de novas vacinas contra a tuberculose para permitir reduções acentuadas na incidência da doença até 2025, com um fluxo de financiamento protegido.
- Garantir que todas as pessoas afetadas pela TB, incluindo infecção e doença por TB e TB resistente a medicamentos (DRTB), recebam os mais recentes regimes de tratamento mais curtos até o final de 2024.
- Desenvolver novos WRDs no ponto de prestação de cuidados, incluindo aqueles que são adequados para crianças e medem a resistência a medicamentos para os regimes de tratamento mais recentes e emergentes, paralelamente ao desenvolvimento de regimes de tratamento mais curtos para infecção e doença de TB baseados em novas moléculas.
- Fortalecer a utilidade e o investimento em tecnologias digitais, incluindo raio X digital portátil, diagnósticos com suporte de inteligência artificial e mecanismos CLM, como o OnImpact.
- Acelerar a implantação e o acesso ao mercado para ferramentas novas e emergentes – desde o projeto e adaptação até a adoção, criação de demanda e avaliação – com mecanismos de consultoria financiados pela comunidade, campanha liderada pela comunidade e pesquisa operacional.
- Coordenar esforços entre desenvolvedores, por meio de alianças globais e parcerias de desenvolvimento de produtos sem fins lucrativos, para produzir vacinas, diagnósticos, tratamentos e tecnologias digitais centradas nas pessoas e acessíveis para TB, garantindo que estejam livres de propriedade intelectual ou setor relacionado ou preços regulatórios barreiras que inibem o custo e o acesso.

AREA DE AÇÃO 4: Investir os fundos necessários para acabar com a TB

Introdução

A necessidade de maiores investimentos financeiros para apoiar a eliminação da TB reverberou em todas as consultas para este relatório. As comunidades afetadas pela TB e a sociedade civil afirmam que a TB merece um investimento em P&D semelhante ao da COVID-19. Durante 2020 e 2021, o COVID-19 tirou a vida de 2,65 milhões de pessoas⁵⁸, muitos dos quais teriam sido afetados com tuberculose. Nesse mesmo período, a tuberculose tirou a vida de nada menos que 3 milhões de pessoas.^{5,89} Enquanto bilhões de dólares foram injetados em respostas à COVID-19 e esforços de recuperação, apenas uma sombra desses investimentos foi vista em respostas à tuberculose de fontes domésticas ou externas. É uma injustiça flagrante que as vidas das pessoas afetadas pela tuberculose sejam menos importantes. Este capítulo expõe a lacuna de financiamento da TB e o custo inaceitável da inação.

Estado atual das coisas

Cartão de Pontuação (Scorecard)

Os investimentos no tratamento da TB cresceram nos anos anteriores a 2019, mas caíram em 2020, em grande parte devido ao desvio de recursos para apoiar a resposta à pandemia de COVID-19. Eles parecem ter se estabilizado em 2021, quando o financiamento da TB atingiu US\$ 5,4 bilhões e o financiamento de P&D atingiu um recorde de US\$ 915 milhões. Essas são quantias monumentais, mas a resposta à TB ainda é grosseiramente subfinanciada. As comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil lamentam que não estamos nem na metade do caminho para alcançar a segurança financeira prometida na Declaração Política de 2018 (Figura 11).^{1,42} Em comparação com os investimentos que tratam de outras doenças infecciosas e dos principais problemas de saúde, o financiamento para a tuberculose ainda é desproporcionalmente baixo. Além disso, muitos investimentos não estão vinculados a metas que apoiem o cuidado centrado nas pessoas, como CRG, estigma, atenção a KVP e acesso equitativo às melhores ferramentas disponíveis.

Figura 11

Tabela de indicadores sobre o investimento dos fundos necessários para acabar com a TB

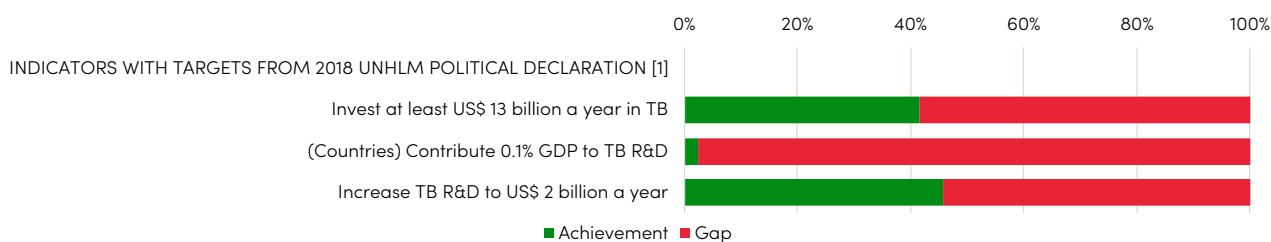


Tabela 5

Financiamento necessário para acelerar a eliminação da tuberculose até 2030

	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
Necessidade de financiamento global¹	15.7	17.6	20.3	21.9	33.1	32.8	33.6	34.9	209.8

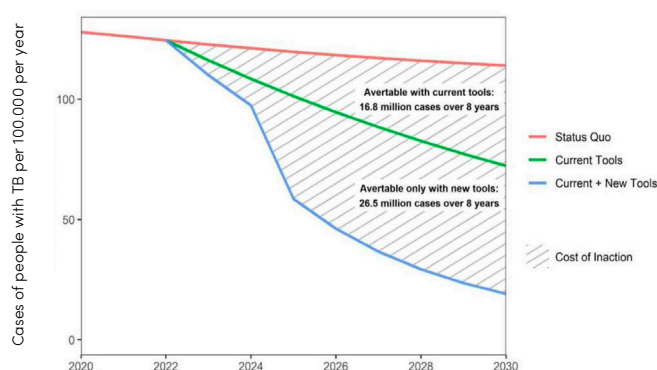
¹ em bilhões US\$

O Plano Global para o Fim da TB 2023-2030, Stop TB Partnership; p. 166⁶

Dito isso, embora estejamos atrasados no alcance das metas da ONU, o Plano Global para Fim da TB 2023–2030 mostra que é possível acabar com a TB se forem feitos investimentos financeiros suficientes e investimentos políticos relacionados. Estima-se que US\$ 210 bilhões — quase quatro vezes o investimento atual — podem nos ajudar a atingir a meta de eliminação da TB nos próximos sete anos (Tabela 5).⁶ Estima-se que o retorno sobre o investimento seja enorme — com uma economia de US\$ 40 em relação ao dólar até o ano de 2050, chegando a US\$ 60 em LMIC e 16 a 27 milhões de pessoas escapando do desenvolvimento de TB. O custo da inação, por outro lado, é inaceitável: quase US\$ 1 trilhão com milhões de vidas perdidas (Figura 12).⁶ Sem financiamento suficiente e sustentado da resposta à TB, o progresso será paralisado em todas as áreas de ação.

Figura 12

O potencial custo humano de não implementar o Plano Global 2030–2023



Courtesy: Stop TB Partnership, Geneva

Financiamento Internacional

Cerca de três quartos de todo o financiamento internacional para TB vem de fundos multilaterais via Fundo Global.⁵ A sétima reposição do Fundo Global chega a US\$ 15,7 bilhões, uma quantia monumental.⁹⁰ No entanto, apenas 18,6% dos recursos são destinados à TB⁹¹, apesar da mortalidade anual por tuberculose superar a do HIV ou da malária.⁹² [Estudo de caso 24] Vários países também estão vendo cortes drásticos nas alocações, devido em parte ao crescimento econômico⁹¹; a maioria ainda não tem capacidade interna suficiente para cobrir o déficit.

Os Estados Unidos da América são o maior contribuinte bilateral para a resposta à tuberculose, cobrindo 50% do financiamento internacional para a tuberculose, incluindo contribuições para o Fundo Global, seguido pela França e pelo Reino Unido.⁵ Poucos outros países investem em TB. [Estudo de caso 25]

Investimentos domésticos

A ampliação do perfil político da tuberculose levou a uma maior visibilidade e estimulou expressões de compromisso, conforme representado na Declaração Política no âmbito

Estudo de caso 24 Campanhas voltadas para a comunidade para o mais recente aprovisionamento do Fundo Global — um recorde fica aquém da necessidade

Em meio a um clima de forte pressão financeira, o Fundo Global garantiu um investimento final recorde de US\$ 15,7 bilhões para 2023^{90,91}, em grande parte devido à mobilização de defensores em todo o mundo para a campanha #FightForWhatCounts. Apesar dessa conquista notável, o valor arrecadado fica aquém das necessidades, principalmente para a TB. O Fundo Global precisava de pelo menos US\$ 18 bilhões para recuperar os ganhos perdidos durante a pandemia.¹⁰³

Alguns países doadores intensificaram mais do que outros. A ambição inicial e a liderança dos **Estados Unidos da América**, que estabeleceram um alto padrão para todos os doadores aumentarem em 30% sua última promessa, foram essenciais para capacitar os defensores a serem ousados. Países como **Alemanha** e **Japão** fizeram promessas iniciais de aumento de 30%, o que também forneceu um impulso significativo para apoiar defensores entre outros doadores tradicionalmente “grandes”, como o **Canadá** e a **Comissão Europeia**, cujos líderes finalmente anunciaram aumentos de 30% em Nova York. Dezenove países cumpriram a meta de aumento de 30% em relação ao último compromisso, incluindo sete países implementadores. A **Coreia** do Sul fez uma promessa notável com seu aumento de 300% de US\$ 25 milhões para US\$ 100 milhões. O **Reino Unido** perdeu seu papel de liderança de longa data no desenvolvimento internacional, ao cortar sua promessa de anos anteriores em quase 30%.¹⁰⁴

Os grupos comunitários afetados pela TB e as organizações da sociedade civil podem se orgulhar das muitas promessas de mais de 30% garantidas por meio de esforços de colaboração global e coordenação entre si, mas precisarão manter um foco cirúrgico na mobilização de recursos para acabar com a pandemia de uma vez por todas. Apesar de pequenas vitórias recentes na divisão de doenças do Fundo Global, a TB continua a receber menos em comparação com o HIV/AIDS e a malária, devendo considerar que a TB tem uma enorme lacuna de financiamento de mais de US\$ 7 bilhões. Podemos aprender com os sucessos e desafios da campanha #FightForWhatCounts para garantir os recursos necessários para #EndTB.¹⁰⁴ Dado o uso crescente de “reservas” por doadores do Fundo Global, espera-se que haja uma oportunidade imediata de ver um aumento no financiamento da TB diretamente dessas fontes, que a comunidade de TB deve explorar.

regional (por exemplo, Posição Comum da África⁹³) e nacional (por exemplo, BRICS^{5,94}) Os países do BRICS cobrem coletivamente dois terços de todo o financiamento da TB proveniente de fontes domésticas. A Índia mostrou alguns dos aumentos mais constantes no financiamento da tuberculose nos últimos anos, e os investimentos de outros países afetados pela tuberculose, como Bangladesh, Camboja e Zâmbia, também aumentaram.⁵ A maioria dos países afetados pela tuberculose, no entanto, continua a ser apoiada por doadores internacionais. Os investimentos domésticos em TB também despencaram nos últimos três anos devido ao COVID-19, conforme afirmado anteriormente.⁵

As áreas mais negligenciadas

P&D

O relatório anual do Treatment Action Group (TAG) detalha o investimento recorde de US\$ 915 milhões em P&D em TB em 2021.⁹⁵ As contribuições vieram de fundos públicos (70%), doadores filantrópicos (14%), setor privado (10%) e atores multilaterais (6%). A maioria dos fundos veio de governos do norte e de um punhado de agências como a Fundação Bill & Melinda Gates, Institutos Nacionais de Saúde dos EUA, UNITAID, USAID. As contribuições de atores privados e filantrópicos, bem como de países de renda média e alta, incluindo muitos países do G7, foram muito baixas, não muito diferentes dos anos anteriores. Apenas três dos 215 países afetados pela tuberculose — Irlanda, Filipinas e África do Sul — atingiram o valor de referência para o financiamento de P&D de TB, definido como 0,1% do total de P&D.⁵ Os investimentos em medicamentos e vacinas da indústria farmacêutica foram especialmente fracos⁹⁵; a TB não parece render um forte retorno sobre o investimento, apesar das evidências em contrário.⁹⁶ Outros financiadores multilaterais, como GAVI, Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) e bancos de desenvolvimento também não contribuíram com recursos significativos para apoiar inovações em TB. Isso contrasta fortemente com o apoio demonstrado ao COVID-19.

Cerca de 35% do financiamento de P&D de TB vai para pesquisa de medicamentos, 17% para pesquisa científica básica, 16% para pesquisa operacional e epidemiológica, 15% para pesquisa de diagnóstico, 12% para pesquisa de vacinas e 5% para infraestrutura de pesquisa e projetos não especificados.⁹⁵ Em comparação com os anos anteriores, 2021 viu um aumento nos investimentos em medicamentos para tuberculose, diagnóstico e pesquisa operacional e epidemiológica, mas esses ganhos foram contrabalançados por reduções em pesquisas pediátricas específicas e financiamento achatado para vacinas.⁹⁵ A falta de financiamento protegido para desenvolver uma vacina eficaz para uma doença que convive com a humanidade há séculos e continua a ser uma das principais causas de morte devido a um agente infeccioso deve ser um constrangimento para nossa comunidade em geral. Para colocar as coisas em perspectiva, no primeiro ano da pandemia do COVID-19, foram investidos US\$ 51 bilhões no desenvolvimento de uma vacina contra o COVID-19 e, em um ano, não uma, mas três novas vacinas estavam disponíveis no mercado.⁹⁷ Em 2021, ao contrário, não mais do que US\$ 120 milhões foram gastos em P&D de vacinas contra tuberculose.⁹⁵

Especialistas técnicos e pesquisadores consultados para este relatório afirmam que a lacuna de financiamento de P&D em TB não pode ser subestimada. Está na raiz da lacuna de inovação da TB. Entre 2023 e 2030, estima o Plano Global para Acabar com a Tuberculose de STP, serão necessários US\$ 40 bilhões para acelerar a P&D de novos medicamentos e regimes de tratamento, diagnóstico e vacinas contra a tuberculose.⁶ Também existem oportunidades inexploradas para alavancar investimentos na COVID-19 para apoiar P&D em TB, uma questão que será destacada no próximo capítulo.

Estudo de caso 25 Subinvestimento crônico em TB na África Ocidental e Central

O continente africano abriga 17 dos 30 países com alta carga de tuberculose. Muitos países apresentam baixas taxas de detecção de TB, agravadas durante a pandemia. Por exemplo, o **Gabão** experimentou uma queda de 80% nas notificações em 2020, em comparação com 2019. De acordo com o Escritório Regional Africano da OMS, a detecção é significativamente afetada pelo subfinanciamento dos programas nacionais de TB. A Diretora Regional da OMS para a África, Dra. Matshidiso Rebecca Moeti, declarou em 2022: “devemos acabar com o subinvestimento crônico que mantém o fardo da tuberculose alto, deixa um grande número de pessoas não detectadas e prejudica a prevenção e o tratamento”.¹⁰⁵ Este é especialmente o caso na África Central e Ocidental, em comparação com o resto do continente. A **África do Sul**, por exemplo, está aumentando constantemente o financiamento interno para combater a TB, até 81% em 2020. Em **Camarões**, por outro lado, os investimentos domésticos em TB diminuíram quase 40% entre 2019 e 2020.¹⁰⁶

Os entrevistados da África francófonos que participaram da pesquisa online Deadly Divide 2.0 também identificaram as lacunas de financiamento como um grande problema, afirmando que a tuberculose era uma prioridade baixa para os governos nacionais, que dependiam fortemente de doadores externos. Em 2023, a Expertise France/L'Initiative lançou 'The Accelerator', uma nova modalidade para ajudar a enfrentar esses desafios, com oportunidades de ação baseadas na expressão das necessidades dos países e parceiros. Fornecer apoio personalizado para organizações da sociedade civil e comunitárias fazia parte das recomendações de sua avaliação externa, apoiada por organizações da sociedade civil francesa no comitê diretor.

CRG e redução do estigma

O sucesso do CFCS, introduzido na Área de Ação 2, é uma conquista fundamentalmente importante em mover a agulha na inclusão e empoderamento da comunidade e atenção ao CRG em TB. A 11ª rodada de financiamento do CFCS em 2022 atingiu um recorde de US\$ 10,5 milhões – mais de 20 vezes o financiamento obtido em 2007 quando foi lançado – e está apoiando 100 organizações em 29 países (**Figura 13**). Continua sendo o principal mecanismo de concessão, colocando o poder nas mãos da comunidade, sociedade civil e atores de base para realizar atividades que abordam o CRG. Os resultados demonstram que as comunidades afetadas pela TB podem avançar significativamente na agenda da TB, gerir investimentos de maior escala e, com o apoio técnico de STP, ajudar na institucionalização do CRG nos países para encontrar pessoas desaparecidas com TB. [**Estudo de caso 26**] Juntamente com o CFCS, também há uma expectativa crescente de abordar o gênero nas propostas do Fundo Global, USAID e TB REACH, bem como na P&D de TB de forma mais ampla, particularmente na pesquisa epidemiológica e operacional.

Dentro da arquitetura de financiamento da TB, no entanto, o financiamento para CRG e redução do estigma é insignificante. Em média, apesar do crescimento exponencial, o CFCS conseguiu atender apenas 25% da demanda de um número limitado de países. Isso é uma evidência de uma demanda crescente de parceiros locais para fazer trabalhos relacionados ao CRG e que há uma oportunidade significativa para o crescimento do CFCS. Diante das metas conflitantes para PPPR e UHC, e alocações espremidas⁹⁸, o financiamento catalisador para iniciativas estratégicas que normalmente apoiariam o CRG na TB pode ser o primeiro a ser apagado das agendas dos doadores. A menos que ampliemos o financiamento para o CFCS e expandamos o apoio a todos os países afetados pela tuberculose, não haverá rede de segurança para apoiar as prioridades da comunidade que são fundamentais para encontrar as pessoas desaparecidas com tuberculose. A USAID tem defendido a causa de abordar as prioridades da comunidade e a apropriação local através do CFCS, entre outras iniciativas. O Global Affairs Canada também fez contribuições significativas, por exemplo, por meio da TB REACH Initiative. Os países da União Europeia podem seguir esse exemplo e ajudar a fechar essa lacuna crítica.

Estudo de caso 26 Ampliando o financiamento para a CRG na República Democrática do Congo

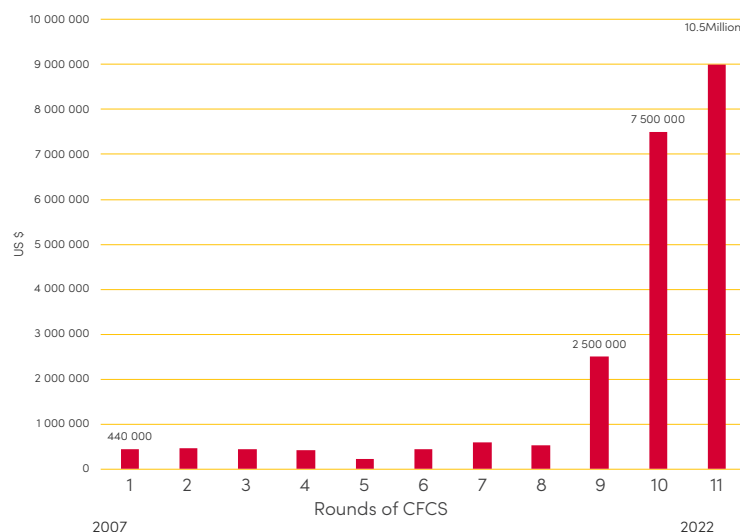
A **República Democrática do Congo** (RDC) está entre os 30 países com alta carga de TB, TB/HIV e multiDRTB. É também um dos 13 países do mundo que respondem por 75% das pessoas que faltam com tuberculose.^{5,55} Para avaliar os direitos humanos e as barreiras relacionadas ao gênero enfrentadas pelo KVP, em 2018, o DRC NTP e uma organização liderada por pessoas afetadas pela tuberculose, o Club des Amis Damien, realizou uma avaliação da CRG. Foi recebido apoio do STP no âmbito de uma Iniciativa do Fundo Global para encontrar pessoas desaparecidas com TB. O NTP passou a desenvolver um plano de ação de três anos do CRG (PA-CRG 2021-2023) com a ajuda do CAD.¹⁰⁷

Para informar a tomada de decisões para a solicitação de financiamento do Ciclo 7 NMF4 do Fundo Global, o NTP encomendou uma revisão completa do PA-CRG 2021-23 de STP para garantir que a CRG fosse incluído e priorizado no NSP para TB 2024-2028 e se inscreveu em um pedido de financiamento NMF4. Como resultado desses esforços, as intervenções no bem-sucedido GC7 da RDC incluíram vários focos na CRG: mitigar e superar as barreiras da CRG da TB; ampliação do TB CLM; promoção e proteção dos direitos humanos; avanço da programação sensível ao gênero; e integração da CRG de TB na prestação de serviços de TB.

Os pedidos de financiamento do Fundo Global oferecem oportunidades abertas para os NTPs aumentarem os investimentos na CRG de TB. Os países podem usar o Pacote de Apoio Comunitário de STP para identificar, mitigar e superar as barreiras da CRG no programa de TB e encontrar e tratar pessoas que faltam com TB.

Figura 13

Crescimento do Mecanismo de Desafios para a Sociedade Civil em 11 rodadas, 2007-2022



Courtesy: Stop TB Partnership, Geneva

Custos catastróficos enfrentados pelas famílias afetadas pela tuberculose

O financiamento para a proteção social, incluindo econômica e legal, das pessoas afetadas pela tuberculose é quase inexistente. Não há carteira que apoie a meta global de eliminar os custos catastróficos enfrentados pelas famílias afetadas pela tuberculose. Os investimentos em proteções econômicas para as comunidades afetadas pela tuberculose exigem recursos multissetoriais e legais e financiamento específico para apoiar essas intervenções. Tal como está, a maioria dos países não tem orçamento alocado para outros setores através dos quais as pessoas afetadas pela TB possam ter acesso à seguridade social ou outros benefícios; isso é levantado na [Área para Ação 6](#).

Necessidade urgente de maior financiamento, sustentado e diversificado

Há uma necessidade urgente de fechar a lacuna de financiamento da TB por meio de investimentos muito mais generosos e sustentados e uma maior diversidade em termos de financiadores e prioridades de financiamento.

No momento, a resposta à tuberculose depende fortemente de um doador multilateral (o Fundo Global) e de um grupo muito pequeno de doadores bilaterais (principalmente dos Estados Unidos). Investimentos de outras fontes bilaterais e do setor privado são necessários para criar um interesse investido na TB e financiar soluções criativas que podem ser perdidas por meio de mecanismos multilaterais, especialmente para desafios relacionados a KVP que são específicos de uma região ou país. Em 2020, os países do G20, por exemplo, que representam 50% da carga mundial de tuberculose, tinham um PIB coletivo de US\$ 66 trilhões, projetado para US\$ 99 trilhões em 2026. O STP estima que mobilizar apenas 0,01% da esse PIB coletivo disponibilizaria US\$ 6 bilhões adicionais por ano para o combate à tuberculose agora e US\$ 10 bilhões por ano até 2026.⁹⁹

Existem novas fontes emergentes de financiamento no horizonte, como financiamento PPPR/COVID-19, recompras de empréstimos do Banco Mundial pelo Fundo Global e crowdfunding.¹⁰⁰⁻¹⁰² No futuro, essas novas fontes de financiamento precisam ser exploradas para fortalecer as oportunidades de investimentos domésticos na tuberculose e usar o financiamento do PPPR e UHC para acabar com a tuberculose. Isso não apenas aumentará a eficiência alocativa e técnica dos fundos disponíveis para os países, mas também salvará vidas em todos os setores.

Aproveitando os sucessos alcançados em outras áreas da saúde, modelos inovadores de financiamento também podem atrair novos investidores em TB. Contratos sociais, títulos de impacto social, financiamento de dívida de baixo custo, fundos de doadores agrupados e modelos relacionados podem abrir caminho para programas sustentáveis de alto impacto, bem como aqueles que podem ser liderados por comunidades afetadas e pela sociedade civil. Esquemas de financiamento conjunto podem ajudar a mobilizar recursos entre programas, como na atenção primária, para mitigar custos antes mesmo que os serviços gratuitos possam ser acessados (por exemplo, antes da triagem e diagnóstico de TB). O cuidado centrado

Estudo de caso 27 A contratação social envolve organizações da sociedade civil em respostas à tuberculose em Botswana

A contratação social ocorre quando as organizações da sociedade civil (OSC) recebem financiamento do governo por meio de doações, contratos ou acordos cooperativos, para prestar serviços públicos, como prevenção de doenças, tratamento, cuidados e serviços de apoio. A contratação social é indicativa do reconhecimento do governo do papel dos atores da sociedade civil, incluindo suas habilidades de divulgação, credibilidade da comunidade e conhecimento inato dos contextos e prioridades da comunidade.

O Ministério da Saúde e Bem-Estar e a Agência Nacional de AIDS e Promoção da Saúde do Governo de Botswana implementam rotineiramente contratos sociais para OSCs. A Rede Botswana sobre Ética, Lei e HIV/AIDS (Bonela, bonela.org) implementou com sucesso campanhas de educação e comunicação; forneceu serviços de cuidados relacionados a TB e HIV e; profissionais de saúde treinados, incluindo KVP; estratégias desenvolvidas para a redução do estigma; defendeu a equidade de gênero e mudanças legislativas para lidar com as violações dos direitos humanos; e realizou uma avaliação TB CRG. Para sustentar o progresso alcançado, identificou várias recomendações para inclusão em mecanismos e diretrizes de contratação social: financiamento baseado em desempenho, financiamento previsível, diretrizes de financiamento claras e comuns (em todos os setores do governo), relatórios simplificados, transparência nos contratos sociais concedidos e inclusão e engajamento no financiamento da saúde, monitoramento e avaliação dos contratos sociais. Isso ajudará as OSCs a se envolverem de forma mais significativa nas respostas nacionais à TB e promoverão maior responsabilidade na resposta nacional à TB.

nas pessoas e a apropriação local devem estar no centro de qualquer investimento sustentável, juntamente com a construção de confiança entre os investidores interessados e o CLM para responsabilizar os doadores pelos compromissos assumidos. [[Estudo de caso 27](#)]

Diversificar o mandato de financiamento também é crítico. Muitas atividades prioritárias da comunidade são consistentemente subfinanciadas. Dificuldades relacionadas ao CRG, incluindo custos catastróficos suportados por famílias afetadas pela TB, podem ser abordadas – e os compromissos dentro da Declaração Política alcançados – desenvolvendo esquemas de financiamento para fornecer e promover proteções sociais, legais e econômicas para pessoas e famílias afetadas pela TB, e expandindo-os por meio de esforços regionais e multissetoriais. Marcadores de igualdade que agora são esperados das propostas do Fundo Global podem ajudar a elevar a atenção para essas prioridades da comunidade. Um anexo da comunidade nas propostas do Fundo Global pode garantir que essas prioridades da comunidade sejam integradas aos esquemas de financiamento e reconhecidas nos orçamentos nacionais. Dito isto, o CFCS já provou ser um mecanismo eficaz para apoiar o CRG na resposta à TB. Financiamento ampliado expandido para todos os países afetados pela TB pode acelerar seu impacto e ajudar a atingir a meta de

eliminação da TB até 2030.

A P&D da TB tem um papel a desempenhar nessa diversificação. O próximo programa SMART4TB da USAID promete US\$ 200 milhões em investimentos para aumentar a capacidade de pesquisa e avaliar novas abordagens transformadoras para prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados, e traduzir a pesquisa em políticas e práticas. Será um dos maiores investimentos em pesquisa de tuberculose por qualquer agência doadora, e há prioridades para incluir o foco em mulheres e crianças.⁶⁶

Não se pode subestimar que eventos sem precedentes, como a pandemia de COVID-19 e a guerra na Ucrânia, incorrerão em grandes contratempos no financiamento da TB globalmente e/ou em regiões específicas. Os fundos destinados à TB nem sempre são restritos e são facilmente desviados, sem serem recuperados. A atenção política e o investimento agora também estão divididos, com energia renovada e mecanismos para PPPR ameaçando deixar a TB de fora – apesar do alinhamento nas agendas. Mesmo assim, a resposta à pandemia do COVID-19 mostra que, com investimentos conjuntos em larga escala e ação multissetorial, uma doença infecciosa transmitida pelo ar que, de várias maneiras, se sobrepõe à tuberculose pode ser superada. De fato, o financiamento para TB, incluindo P&D de TB, pode ser alavancado por meio de um maior alinhamento com PPPR, UHC e AMR para mobilizar recursos e ajudar a promover os esforços de eliminação em todos os lugares. Essas questões são levantadas no próximo capítulo.

APELO À AÇÃO

Investir os fundos necessários para acabar com a TB

- Fechar a lacuna de financiamento da TB por meio de investimentos de US\$ 210 bilhões entre 2023 e 2030, incluindo US\$ 40 bilhões para P&D em TB, para atender aos seis apelos à ação e cumprir o Plano Global para Acabar com a TB.
- Apoiar a reposição de mecanismos de financiamento global, como o STP CFCS e TB REACH, o Fundo Global e a Unitaid, com alocações proporcionais para TB e para comunidades afetadas pela TB e parceiros da sociedade civil.
- Mobilizar recursos domésticos para TB e integrar com sistemas de saúde para alavancar os investimentos existentes e reduzir a dependência de fundos externos.
- Eliminar os custos catastróficos enfrentados pelas famílias afetadas pela TB por meio de investimentos multissetoriais, coordenação e aplicação de estruturas legais.
- Inovar o financiamento para expandir o grupo de investidores e aumentar a eficiência nos gastos com TB.
- Garantir que a TB seja reconhecida e incluída nos investimentos em prevenção, prontidão e resposta a pandemias, resistência antimicrobiana e cobertura universal de saúde.



AREA DE AÇÃO 5: Priorizar a TB na prevenção, prontidão e resposta pandêmica (PPPR), resistência antimicrobiana (AMR) e cobertura universal de saúde (UHC)

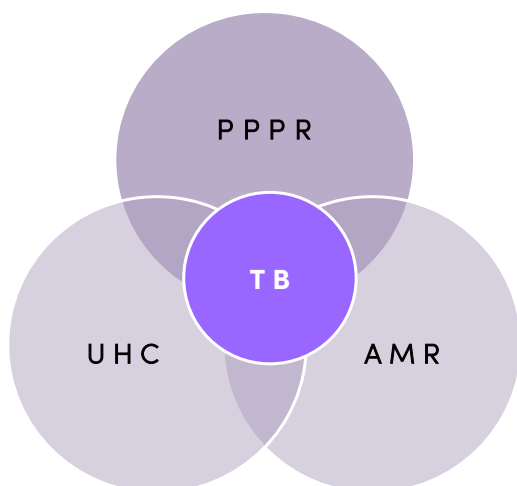
Introdução

O compromisso da Declaração Política de 2018 de transformar a resposta à TB para ser equitativa, baseada em direitos e centrado nas pessoas incluiu compromissos com melhorias relacionadas no avanço da cobertura universal de saúde (CUS) e gestão antimicrobiana.¹⁴² Em 2020, o mundo enfrentou a pandemia de COVID-19, dando lugar a um foco onipresente na prevenção, prontidão e resposta a pandemias (PPPR). O impacto convergente de todos os três movimentos – PPPR, UHC e AMR – nas respostas à TB foi reconhecido no Relatório de Progresso de 2020 sobre a Declaração Política.¹⁰⁸ Implorou-se aos países que protegessem a prevenção e os cuidados com a tuberculose no contexto da COVID-19 e outras ameaças emergentes, monitorassem e revisassem o impacto da pandemia na resposta à tuberculose, inclusive com o envolvimento da comunidade e da sociedade civil, e “reconstruíssem com mais força” aproveitando as lições aprendidas com a resposta à pandemia, melhorando a resiliência do programa de TB, implementando planos de recuperação para atingir as metas e capitalizando novas tecnologias digitais. Eles também foram recomendados para promover a cobertura universal de saúde para permitir o acesso a cuidados de qualidade a preços acessíveis para todas as pessoas afetadas pela tuberculose e para incluir a DRTB nas estratégias nacionais e planejamento para resistência antimicrobiana (AMR).

As comunidades afetadas pela TB e a sociedade civil, portanto, enfatizam a priorização da TB nos esforços de PPPR, UHC e AMR não apenas para salvaguardar a resposta à TB, mas também potencializar sinergias para todos (Figura 14).

Figura 14

Garantindo a priorização da TB em PPPR, AMR e UHC



PPPR deve priorizar a pandemia de tuberculose em curso

A resposta global à mais recente pandemia do mundo superou qualquer coisa vista na história da mais antiga pandemia invencível. A maior lição é que, com vontade política e financiamento suficientes, cientistas, atores governamentais e não governamentais, bem como comunidades afetadas e a sociedade civil podem se unir para enfrentar uma crise. Eles podem superar diferenças e obstáculos regulatórios, realizar pesquisas rigorosas, criar demanda de mercado, acelerar o acesso a ferramentas e serviços e transformar radicalmente o ritmo de ação para gerar impacto.

Dito isso, a resposta a COVID-19 também estava repleta de falhas. Esta expôs enormes desigualdades e lacunas na distribuição de vacinas, chamou a atenção para os custos catastróficos enfrentados pelas comunidades afetadas – por exemplo, mais de 150 milhões de pessoas foram empurradas para a pobreza extrema até 2021 – violações dos direitos humanos e efeitos de longo prazo e de saúde mental.^{109,110} Os entrevistados para este relatório compartilharam como as pessoas com tuberculose foram confinadas indevidamente e algumas presas enquanto coletavam medicamentos para tuberculose, e KVP foram afetados desproporcionalmente.

A tuberculose, uma pandemia por si só, tem amplas ofertas como respostas às pandemias atuais e futuras.¹¹¹ De fato, a resposta inicial ao COVID-19 foi construída com base no conhecimento, infraestrutura e experiência dos programas de TB, que foram rapidamente traduzidos para apoiar a triagem, rastreamento de contatos, redução do estigma, apoio de pares, monitoramento liderado pela comunidade, diagnóstico bidirecional, recursos humanos, e instalações médicas para pessoas afetadas pelo COVID-19. Durante os bloqueios e restrições do COVID-19, as comunidades afetadas pela TB e a sociedade civil desenvolveram abordagens inovadoras para manter a continuidade dos cuidados para as pessoas em tratamento de TB, bem como triagem e testes de TB em comunidades que sabiam ser fortemente afetadas por ambas as infecções, até mesmo alavancando recursos para que o COVID-19 chegue às pessoas com tuberculose. [Estudo de caso 28] Eles descobriram as barreiras da CRG que podem informar o desenvolvimento do PPPR de forma mais ampla. [Estudo de caso 29] Eles também foram fundamentais no Mecanismo de Resposta COVID-19 (C19RM) do Fundo Global, financiado e envolvido no desenvolvimento da solicitação de financiamento, que ajudou a garantir a representação da TB e das prioridades da comunidade de TB.¹¹²

É hora de a comunidade de TB trazer para a mesa do PPPR a riqueza de conhecimento intelectual fruto de décadas de trabalho em TB, aproveitar as observações e lições aprendidas com o COVID-19 para salvaguardar investimentos em TB, alavancar investimentos dedicados à recuperação pandêmica montar uma resposta acelerada à tuberculose e abordar as barreiras do CRG que afetam as comunidades em tempos de crise. [Estudo de caso 30]

Não pode haver conversa sobre PPPR sem os compromissos e ações para acabar com a TB. O Fundo Intermediário Financeiro para PPPR, comumente referido como "Fundo Pandêmico", é uma parceria colaborativa envolvendo governos doadores, países co-investidores, fundações, organizações da sociedade civil e agências internacionais, apoiando financiamento de longo prazo para PPPR críticos. Hospedado pelo Banco Mundial e com a OMS como líder técnico, o fundo acaba de aprovar uma doação inicial de US\$ 300 milhões para LMICs.¹¹³ O financiamento para combater as pandemias atuais, como a tuberculose, deve ser incorporado a esses esquemas de PPPR, aprendendo com os métodos de saúde pública e controle de infecções de pandemias passadas e atuais e os esforços sinérgicos entre os programas vistos nos últimos três anos.

Estudo de caso 28 Aproveitando a aceleração da vacina COVID-19 para encontrar pessoas que faltam com tuberculose na Nigéria

Em dezembro de 2021, a USAID lançou uma Iniciativa para Acesso Global a Vacinas (GloVax) para intensificar a implementação e expansão da vacina COVID-19 na África Subsaariana.¹²² Vendo que a pandemia de COVID-19 havia reduzido as taxas de detecção de TB em muitos países, a KNCV TB Foundation **Nigéria** (kncvnigeria.org) — um implementador de um projeto USAID TB LON e beneficiário da doação GloVax, aproveitou a oportunidade para aumentar a triagem de TB juntamente com as vacinas contra a COVID-19 em sete estados do país.¹²³ "Aproveitando a doação da COVID-19, analisamos o que podemos fazer para contribuir para [encontrar pessoas com] tuberculose ativa e fortalecer nossas intervenções de tuberculose", explicou o Dr. Bethrand Odume, diretor executivo da KNCV Nigéria.

Como isso aconteceu com as comunidades afetadas por TB e COVID-19? Com o financiamento da GloVax, a KNCV Nigéria adquiriu triciclos, que eles marcaram como 'Wellness on Wheels Keke' (WoK). Estes foram reconfigurados e equipados com máquinas portáteis de raios-X digitais (DLB), Truenat e dispositivos TB LAMP para apoiar a detecção de TB, melhorando simultaneamente a triagem de COVID-19 e a absorção e aceitação de vacinas. De mercados a residências e comunidades distantes e de difícil acesso, a WoK transportou profissionais de saúde junto com voluntários comunitários treinados para rastrear COVID-19 e TB, registrar resultados e vacinar contra COVID-19. O projeto também usou fundos da concessão da GloVax para adquirir máquinas de raios-X digitais adicionais.

A KNCV Nigéria usou a triagem para TB, bem como triagem e fornecimento de tratamento para doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, como um "incentivo" para envolver as comunidades nas respostas a COVID-19 e dissipar os mitos que alimentavam a hesitação da vacina contra a COVID-19. Muitas comunidades mais familiarizadas com a tuberculose se abriram para conversas sobre a COVID-19 e vacinação quando incentivadas dessa forma. Em um período de três meses, o projeto conseguiu vacinar mais de 1 milhão de pessoas e fornecer triagem para tuberculose, hipertensão e diabetes. Os resultados de um estado mostraram que 4.076 pessoas foram rastreadas para TB, levando ao diagnóstico de TB em 35 pessoas durante um período de quatro semanas. O principal aprendizado da KNCV com essa intervenção é que, ao alavancar várias intervenções de saúde por meio de uma abordagem integrada de prestação de serviços de saúde para aumentar a cobertura de triagem de TB, as notificações de TB e os vínculos com o tratamento podem ser melhorados.

Estudo de caso 29 Lições aprendidas para CRG em TB e PPPR, de atividades comunitárias durante a COVID

Como muitos sistemas de saúde priorizaram a resposta a COVID-19, as inovações lideradas pela comunidade tornaram-se críticas para garantir a continuidade do atendimento às pessoas afetadas pela tuberculose, especialmente por meio do apoio de defensores da tuberculose, apoiadores de pares e outros agentes comunitários de saúde (CHW). A Global Coalition of TB Advocates (gctacommunity.org), KHANA (khana.org.kh), STP Kenya (stoptbkenya.org) e STP Indonesia (stoptbindonesia.org) estudaram os modelos de prestação de serviços comunitários no **Camboja, Índia, Indonésia e Quênia**, e extraiu lições com implicações para a prestação de serviços centrada na CRG para as pandemias de hoje e de amanhã.¹²⁴

1. A maioria dos CHWs, incluindo TB Champions, não são bem remunerados, apesar de realizar trabalho promocional, logístico e clínico. Todos os quadros de ACS devem ser profissionalizados e remunerados de forma justa, de acordo com as leis internacionais de trabalho e direitos humanos. Isso inclui financiamento para implantação de serviços telefônicos e acesso a EPIs para minimizar os riscos ocupacionais.
2. Mesmo que as inovações digitais possam florescer e permitir o acesso a cuidados para muitos, as desigualdades podem crescer entre grupos específicos, como idosos e pessoas sem smartphones que perdem intervenções de suporte online, experimentam maior isolamento social e, portanto, experimentam cuidados comprometidos. A exclusão digital deve ser superada no âmbito do PPPR.
3. KVP, como pessoas com vulnerabilidades e comorbidades concomitantes, terão diagnósticos, tratamentos, necessidades econômicas e sociais distintas durante os bloqueios pandêmicos. Abordagens equitativas centradas nas pessoas devem ser planejadas para cobrir necessidades como casa/autoteste, apoio monetário e segurança alimentar.
4. O suporte nutricional não pode ser subestimado como facilitador da adesão ao tratamento da TB. Os países devem orçar o apoio nutricional para evitar que os CHWs mergulhem em seus próprios bolsos para atender às necessidades das pessoas que atendem.
5. Os grupos comunitários afetados precisam estar envolvidos em todos os níveis, inclusive por meio de representação e apresentação de consultas significativas como especialistas técnicos em órgãos nacionais de tomada de decisão, como o Pandemic Fund, a futura plataforma de contramedidas médicas futuras da OMS e grupos de políticas de diagnóstico.

Os insights das comunidades afetadas pela tuberculose e da sociedade civil que se envolveram nas respostas à tuberculose durante a pandemia do COVID-19 podem ser aproveitados para garantir que as respostas futuras à tuberculose e outras pandemias permaneçam baseadas em direitos, sensíveis ao gênero e centradas na comunidade.

Estudo de caso 30 Respostas inovadoras à tuberculose em meio a interrupções provocadas pelo COVID-19

Os serviços de TB foram afetados negativamente em muitos países pela pandemia de COVID-19. Com o apoio das comunidades afetadas, os países implementaram uma série de abordagens de apoio à continuidade dos cuidados de TB, incluindo a redução da frequência de visitas de profissionais de saúde a pessoas com TB para tratamento e apoio, aumentando o fornecimento de medicamentos anti-TB em cada visita a um mês ou mais, e ampliando o uso de assessoria remota e ferramentas digitais. A OMS também documentou exemplos de melhores práticas em 2021 para disseminar o novo conhecimento e as lições aprendidas com as adaptações apoiadas pela comunidade para o tratamento da TB.¹²⁵ Por exemplo:

Na **Índia**, a equipe do laboratório de TB foi destacada para a resposta a COVID-19, deixando lacunas no tratamento de diagnóstico de TB. A organização comunitária Innovators in Health, Bihar, comprou uma máquina GeneXpert adicional e contratou pessoal de laboratório, usando cartuchos fornecidos pelo distrito. Agentes comunitários de saúde empregados pelo governo que supervisionam as pessoas em tratamento de TB também cobriram os serviços ao longo de todo o caminho do tratamento da TB e apoiaram a detecção precoce. A capacidade de testagem Xpert MTB/RIF do programa de TB aumentou em 67% e melhorou a testagem para duas comorbidades, HIV e diabetes, utilizando laboratórios privados, permitindo que o projeto cumprisse as metas, apesar da pandemia.

Em **Myanmar**, a União adaptou seu pacote de apoio socioeconômico para pessoas com DRTB, fornecendo aconselhamento remoto no momento do teste de TB e usando um pagamento de transferência digital de dinheiro (Wave Money) para que mais de 95% das pessoas com DRTB recebessem apoio monetário. Essas intervenções reduziram as dificuldades e o sofrimento das pessoas com DRTB e seus contatos.

No **Paquistão**, os distritos apoiados pela organização Mercy Corps tiveram uma redução de 39% nas notificações de TB devido ao bloqueio do COVID-19, estigma, escassez de profissionais de saúde e lacunas nos encaminhamentos da comunidade. Para combater a queda, eles implementaram intervenções público-privadas para melhorar os serviços de diagnóstico e tratamento da TB por meio de projetos direcionados em clínicas, hospitais privados e "acampamentos de extensão" para populações vulneráveis; autorreferências por meio de chamadas de voz interativas; engajamento de profissionais de saúde do sexo feminino; transporte de amostras de escarro por motociclistas comunitários; e fóruns de conscientização. Como resultado, 98% das pessoas com TB conseguiram continuar o tratamento sem interrupção nos distritos apoiados.

Em tempos de crise, a comunidade afetada pela tuberculose e os atores da sociedade civil que trabalham em níveis subnacionais podem encontrar maneiras aceitáveis e acessíveis de inovar e adaptar, mantendo uma alta qualidade de atendimento. Sua criatividade e sucesso, decorrentes de uma compreensão profunda das normas e valores da comunidade, devem ser aproveitados para apoiar estratégias de PPPR.

A TB deve fazer parte da resposta global à AMR

A tuberculose é uma das doenças infecciosas mais mortais e debilitantes. O bacilo da tuberculose é propenso a resistência aos medicamentos. A cada ano, meio milhão de pessoas desenvolvem rifampicina/distúrbios multirresistentes e menos da metade é tratada com sucesso; apenas um terço das pessoas com doença amplamente resistente a medicamentos são curados. As mortes devidas a DRTB constituem um quarto estimado de todas as mortes devidas a bactérias AMR. No entanto, em interações globais de planejamento para respostas à RAM, a TB é repetidamente e indesculpavelmente negligenciada. Está excluído dos principais esquemas de financiamento da AMR, e não recebe qualquer prioridade.¹¹⁴

Prioridades estratégicas globais em AMR¹¹⁵ visam seus principais determinantes, incluindo uso indevido e excessivo de antimicrobianos, diagnósticos insatisfatórios, tratamentos e práticas de prescrição inapropriados e prevenção e controle insatisfatórios de infecções, por meio de coordenação multissetorial e vigilância reforçada. Esses determinantes são evidentes no surgimento da DRTB e a multissetorialidade se expressa com veemência nas respostas à DRTB. Há uma sinergia óbvia a ser obtida se a RAM fosse entrelaçada na resposta à TB e vice-versa.¹¹⁶ Semelhante a qualquer outra doença bacteriana, a tuberculose também precisa de regimes de tratamento mais curtos, novas moléculas e diagnósticos rápidos. Os avanços nos testes de suscetibilidade aos medicamentos para TB e na vigilância da DRTB podem apoiar os esforços na RAM, e os esforços multissetoriais mais amplos na RAM podem beneficiar profundamente as respostas globais e nacionais à TB. As comunidades afetadas pela TB e a sociedade civil podem informar os esforços de defesa da RAM de forma mais ampla, dados os sucessos em garantir o acesso aos mais novos regimes antimicrobianos para pessoas afetadas pela DRTB. No entanto, a tuberculose continua sendo uma nota de rodapé na lista de prioridades amplamente divulgada da OMS para patógenos da RAM (apesar de ter um capítulo dedicado a ela no relatório principal)¹¹⁵ e ainda excluída do banco de dados global para rastreamento da RAM.¹¹⁷ Essa cegueira em relação à tuberculose precisa ser corrigida. A linguagem e os princípios de uma abordagem AMR podem ser adotados ao disputar recursos em TB.

Dado que quase 50% de todos os diagnósticos e mortes por TB vêm de países do G20, que têm capacidade financeira para montar uma resposta eficaz, há uma oportunidade de convocar os membros do G20 a igualar seu compromisso de abordar a multiDRTB, como parte de a resposta global à AMR, com as ações e investimentos necessários. Em 2022, um Apelo à Ação para o Financiamento da Resposta à TB foi elaborado pela Presidência do G20 da Indonésia em consulta com os membros do G20, em colaboração com a OMS, STP, Global TB Caucus, Fundo Global, USAID, Banco Mundial e STP Indonésia para estimular investimentos; promover a TB dentro de abordagens multissetoriais One Health para combater a RAM; e incluir DRTB multi e extensivo na implementação de atividades de AMR.¹¹⁸ Em 2021, o Acelerador AMR | A Iniciativa de Medicamentos Inovadores contribuiu com 9% de todos os gastos públicos em P&D em medicamentos para TB. As comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil, portanto, esperam ver uma maior integração da tuberculose nas principais estratégias antirretrovirais, incluindo a pesquisa do acelerador AMR sobre TB e resistência antirretroviral.

TB e UHC

A cobertura universal de saúde representa o objetivo de as pessoas receberem serviços essenciais de saúde sem sofrer dificuldades financeiras, o que está de acordo com os objetivos sentinelas da resposta à tuberculose.¹¹⁹ [Estudo de caso 31] Ao desenvolver um índice de serviços

Estudo de caso 31 Alinhamento entre as visões de respostas à cobertura universal de saúde e à tuberculose entre as comunidades afetadas e a sociedade civil

A Global Fund Advocacy Network Asia-Pacific Region e APCASO (apcaso.org) convocaram a comunidade da Ásia-Pacífico e o caucus de UHC da sociedade civil para articular um modelo de UHC que respondesse às prioridades e necessidades das comunidades afetadas e da sociedade civil¹²⁶:

- **UHC centrado nas pessoas**, atendendo pessoas e comunidades em oposição a doenças e com foco em cuidados holísticos, equitativos e desestigmatizantes. Os cuidados de saúde são afetados e determinados pelas múltiplas identidades sociais das pessoas e podem, portanto, exigir abordagens diferenciadas e personalizadas.
- **UHC equitativo e garantidor de direitos**, que reconhece as desigualdades e prioriza o acesso à saúde para as comunidades mais excluídas. Isso inclui a remoção de leis punitivas contra populações-chave com base em sua orientação sexual, gênero, identidade ou expressão, uso de drogas, envolvimento em trabalho sexual ou HIV, situação migratória e outras, e inclusão de saúde e direitos sexuais e reprodutivos como essenciais para o direito para a saúde.
- **UHC que envolve significativamente a participação da comunidade e da sociedade civil**, como parceiros iguais do governo e parceiros de desenvolvimento na concepção, orçamento, revisão de políticas e planos de saúde, com recursos suficientes, habilitação legal e inclusão de KVP.
- **UHC com financiamento eficaz e sustentável**, que garante o acesso a serviços sem dificuldades financeiras, recorrendo à solidariedade global e apelando aos governos e doadores internacionais para aumentar os investimentos, eliminar as taxas de utilização de medicamentos e serviços essenciais, melhorar a eficiência técnica e alocativa nas despesas com a saúde, destinar fundos para mobilização e liderança comunitária e garantir que os recursos sejam alocados para comunidades marginalizadas.
- **Mecanismos de responsabilidade para alcançar a “UHC que [eles] desejam”**, que sejam transparentes, reconheçam o papel principal e a responsabilidade dos governos e envolvam significativamente a comunidade e a sociedade civil.

A convenção da UHC reconhece que as metas dos ODS relacionadas à cobertura universal de saúde e tuberculose (e malária e HIV) são interdependentes. A sobreposição entre as ideias centradas na comunidade para cobertura universal de saúde e os apelos à ação articulados pelas comunidades afetadas pela tuberculose neste relatório dão lugar a oportunidades naturais para defesa sinérgica e ação em cobertura universal de saúde e tuberculose.

essenciais de saúde a partir do qual o progresso em direção à cobertura universal de saúde pode ser medido, a OMS identificou 16 indicadores traçadores, um dos quais é a cobertura do tratamento da TB.¹²⁰ Estudos de modelagem mostram que a TB é de fato um indicador importante da cobertura geral do serviço de cobertura universal de saúde, especialmente em LIC.¹²¹ Isso não é surpreendente, pois a TB afeta desproporcionalmente as populações pobres e marginalizadas e, se não as alcançarmos, não alcançaremos a cobertura universal de saúde. Diante dessa realidade, a TB pode e deve ser o ponto de entrada para os esforços de fortalecimento da cobertura universal de saúde e é um indicador ideal para o alcance da cobertura universal de saúde. A triagem e diagnóstico de TB, tratamento (incluindo tratamento preventivo) e cuidados devem ser incluídos em todos os pacotes nacionais de serviços essenciais para CUS. Isso não apenas faria avançar a agenda da cobertura universal de saúde, mas também garantiria a sustentabilidade da resposta à TB. [Estudo de caso 32]

Comunidades afetadas pela TB podem fortalecer vínculos com PPPR, AMR e UHC

Modelos que envolvam as comunidades afetadas e a sociedade civil como parceiros iguais são necessários não apenas para TB, mas também para PPPR, AMR e UHC, com direitos iguais de voto e assentos em acordos de governança – globalmente e em nível de país – e com financiamento para acordos de implementação e mecanismos de responsabilidade.

Estudo de caso 32 Lacunas na implementação da cobertura universal de saúde moldam os resultados ruins da tuberculose no Chade

Em muitos países africanos, especialmente no Chade, grandes proporções da população vivem em condições de extrema pobreza. Diversas crises impedem os países de oferecer cobertura mínima de serviços sociais e de saúde. Em 2015, uma Estratégia Nacional para Cobertura Universal de Saúde foi adotada no Chade e implementada por meio da promulgação da Lei nº 035/PR/2019 em 2019.¹²⁷ Apesar da vontade política demonstrada para melhorar o financiamento, a acessibilidade e a qualidade dos cuidados, em particular os cuidados gratuitos, incluindo o acesso a medicamentos essenciais, o financiamento continua muito fraco e a cobertura universal de saúde não está concretizada. Comunidades em situação de vulnerabilidade e isoladas não conseguem usufruir de seu direito à saúde, impedidas por barreiras de comunicação e infraestrutura. Eles têm acesso muito limitado aos serviços de triagem, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da tuberculose, o que pode explicar os resultados ruins da resposta à tuberculose no país. Em 2020, 43% das pessoas com TB faltaram nas notificações e 5.600 pessoas morreram de TB.¹⁰⁶ As barreiras para acessar serviços essenciais de saúde, inclusive para TB, são pouco compreendidas.

Quatro anos após a promulgação da Lei CUS e apesar do apoio de vários parceiros técnicos, o Chade ainda enfrenta problemas de governança, estruturais e financeiros. O CRG e as avaliações de custos catastróficos podem permitir que o NTP reoriente sua Estratégia Nacional para abordar os objetivos de alcançar a cobertura universal de saúde e acabar com a tuberculose até 2030.



As comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil têm experiência comprovada para contribuir com essas conversas. Em 2023, os UNHLMs serão realizados não apenas em TB, mas também em UHC e PPPR. Não há melhor momento do que agora para garantir a visibilidade e priorização da TB em cada um desses eventos críticos, para que a eliminação da TB permaneça no topo da agenda dos líderes políticos e investidores durante essas conversas. As comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil devem ser apoiadas para ter voz nessas plataformas para salvaguardar a atenção e os investimentos para acabar com a tuberculose e contribuir para esforços mais amplos em saúde que, sem dúvida, melhorarão a vida e o bem-estar das comunidades afetadas pela tuberculose.

APELO À AÇÃO

Priorizar a TB na prevenção, prontidão e resposta pandêmica (PPPR), resistência antimicrobiana (AMR) e cobertura universal de saúde (UHC)

- Garantir que o PPPR se baseie nas experiências e aborde as pandemias atuais, como a TB, e seu papel em futuras pandemias transmitidas pelo ar, com financiamento alinhado.
- Assegurar que a resistência aos medicamentos da TB seja apresentada na vigilância da RAM e abordada no planejamento estratégico da RAM e no sistema de financiamento.
- Assegurar que a triagem, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados de TB sejam incluídos nos pacotes nacionais de serviços essenciais para cuidados primários de saúde e CUS e, por outro lado, garantir que todas as pessoas afetadas pela tuberculose, incluindo KVP e familiares, sejam inscritas e protegidas pela CUS nacional esquemas, usando assim a TB como um indicador de progresso em direção à cobertura universal de saúde.
- Desenvolver modelos financiados para a inclusão significativa das comunidades afetadas pela TB e da sociedade civil como parceiros iguais nas respostas PPPR (incluindo o Fundo Pandêmico), AMR e UHC, com representação e voz nos acordos de governança globalmente e em nível de país.

AREA DE AÇÃO 6: Comprometer-se com a ação multissetorial, liderança decisiva e responsabilidade

Introdução

Dado que a tuberculose é indissociável de seus determinantes e impactos sociais, as respostas a ela não podem ser contidas no domínio dos PNTs ou dos ministérios da saúde. Abordagens isoladas servem como obstáculos para alcançar todos na prevenção da TB, diagnóstico, tratamento e cuidados; inovar e garantir o acesso a novas ferramentas na atenção à TB, ou atingir as metas complementares de contra-resposta em PPPR, RAM e CUS.

A liderança e a responsabilidade na resposta à TB estão contidas neste apelo crítico à multissetorialidade. Liderança política e responsabilidade de várias partes interessadas em níveis além dos ministérios da saúde, órgãos financiadores e atores técnicos; e avaliações independentes e transparentes da resposta à TB são essenciais para acelerar a ação e construir sistemas responsivos. Os agentes para qualquer resposta à TB são as pessoas afetadas por ela e a sociedade civil. Devemos estar firmemente presentes nas mesas de tomada de decisão e planejamento que determinam o que acontece conosco, como e a quem podemos responsabilizar quando as promessas não são cumpridas.

Este capítulo final concentra-se em compromissos, lacunas críticas e oportunidades para esclarecer e fortalecer a ação multissetorial, liderança decisiva, dados em tempo real e responsabilidade na resposta à TB.

Estado atual das coisas

Cartão de Pontuação (Scorecard)

Em 2019, a OMS lançou uma estrutura de responsabilidade multissetorial para TB (MAF TB) e forneceu orientação técnica aos países e partes interessadas para adaptar e implementar o MAF-TB. Foi elaborado em conjunto com outras agências da ONU, incluindo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização Internacional para as Migrações, Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), Programa Alimentar Mundial (PAM), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Grupo de Trabalho da Sociedade Civil da OMS (CSTF), sociedade civil e organizações comunitárias. Os quatro componentes do MAF-TB são compromissos globais/políticos relevantes para a TB, em particular, na Declaração Política de 2018, ODS e Estratégia End TB; operacionalizar a ação multissetorial; processos de monitoramento e relatórios para rastrear as respostas nacionais à TB; e revisões periódicas das respostas nacionais com liderança de alto nível, perspectivas multissetoriais e partes interessadas, incluindo comunidades afetadas pela tuberculose e sociedade civil.¹²⁸ Até 2021, as avaliações iniciais de MAF-TB, usando listas de verificação, foram concluídas em 45 países. Eles revelaram grandes lacunas na implementação (Table 6).⁷⁴

Tabela 6

Progresso alcançado em ação multissetorial e prestação de contas

1. Tradução de compromissos para políticas	67% traduziram compromissos em políticas nacionais.
2. Ações multissetoriais	56% NSPs alinham com ação multissetorial (integração com atenção primária, HIV). 33% têm órgãos nacionais de coordenação multissetorial; <50% abordam outros determinantes sociais da tuberculose (por exemplo, desnutrição, pobreza).
3. Processos de monitoramento e relatórios	89% têm fortes sistemas de vigilância da TB; 53% possuem outros dados nacionais (por exemplo, custos, DRTB); 51% têm relatórios abaixo do padrão sobre TB na infância; mais de 50% não possuem vigilância digital; 20% envolvem as comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil no monitoramento e na notificação.
4. Revisões periódicas	80% não são avaliados pela liderança política de alto nível; 50% não têm partes interessadas além do setor de saúde; Não há indicadores para medir o desempenho das partes interessadas responsáveis; Sem orçamento para atividades específicas de TB por partes interessadas responsáveis.
	33% dos países têm todos os quatro componentes em vigor.

Da OMS MAF-TB: progresso na adaptação e implementação⁷⁴

Em 2020, cumprindo os compromissos assumidos na Declaração Política, o Diretor-Geral da OMS divulgou um relatório sobre o progresso no alcance das metas globais de TB e na implementação da Declaração Política, afirmando que, embora tenha havido algum progresso, “investimentos urgentes e mais ambiciosos e ações são necessárias para colocar o mundo no caminho certo para atingir as metas, especialmente no contexto da pandemia da COVID-19”.¹⁰⁸ As comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil sentem uma urgência palpável para mobilizar ações na UNHLM de 2023 sobre a tuberculose, e isso se reflete nos apelos à ação neste relatório.

Engajamento dos setores de saúde e demais setores (não saúde)

Setores não relacionados à saúde permanecem em grande parte não engajados na resposta à TB. Apenas 50% dos NTPs se conectam a setores fora da saúde (Tabela 6).⁷⁴ Sem vínculos multissetoriais e investimentos financeiros para apoiá-los, as metas para a eliminação da tuberculose permanecerão fora de alcance (Figura 15). Por exemplo, a aquisição e importação sem problemas de diagnósticos e medicamentos essenciais para a TB demandam adesão de alto nível por parte dos Ministérios do Comércio, das Finanças e das Alfândegas. Enfrentar as barreiras sociais e econômicas enfrentadas pelas comunidades afetadas pela TB requer coordenação entre os Ministérios de Planejamento Urbano, Habitação, Trabalho e Proteção Social.

Mesmo dentro dos setores de saúde, conforme sugerido pelas avaliações iniciais do MAF-TB, as comunidades afetadas pela TB e a sociedade civil relatam uma coordenação deficiente. Existem vínculos fracos ou inexistentes entre os programas de TB e aqueles que abordam a saúde infantil e materna, deficiências relacionadas a longo prazo/pós-TB e comorbidades além do HIV. Há também, em geral, coordenação insuficiente com o setor privado, apesar das evidências sugerindo que 60% das pessoas em países afetados pela TB acessam cuidados iniciais no setor privado.¹²⁹ A colaboração com outros programas de saúde e setores fora da saúde são essenciais para o cuidado da TB, para garantir a visibilidade da TB nas conversas sobre PPPR, RAM e CUS.

Envolvimento das comunidades afetadas pela tuberculose e da sociedade civil

Em muitos países, comunidades afetadas pela TB e grupos da sociedade civil, incluindo grupos liderados por sobreviventes de TB e observatórios sociais, estão estabelecendo e fortalecendo plataformas nacionais e regionais de defesa para ação multissetorial e prestação de contas. [Estudo de caso 33] [Estudo de caso 34] As respostas da pesquisa mostram que muitos entrevistados estão envolvidos com as comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil, especialmente pessoas afetadas pela tuberculose e sobreviventes da tuberculose, PNTs e outros setores da saúde, outras organizações comunitárias/da sociedade civil e políticos e líderes sociais fora dos ministérios nacionais (Figura 16). Isso sugere que há um apetite por coordenação e ação multissetorial. No entanto, a falta de financiamento – também levantada na Área de Ação 4 – é citada como um grande impedimento.

Figura 15

Uma resposta eficaz à TB requer ações abrangentes em todos os setores



Estudo de caso 33 Redes de pessoas em países de alta renda engajam-se em advocacy

Redes de pessoas comprometidas em acabar com a tuberculose em países de alta renda estão se mobilizando com energia renovada. Por exemplo, em 2020, a organização de defesa Results UK (results.org.uk), Reino Unido, ajudou a desenvolver e sustentar uma nova rede de acadêmicos e profissionais do Reino Unido para acabar com a tuberculose (UKAPTb, ukaptb.org), que agora está em campanha, defendendo e educando o público em geral, servidores públicos e políticos para melhorar as políticas do Reino Unido sobre TB e dedicar mais recursos à pesquisa de TB. Da mesma forma, na Dinamarca, o Global TB Caucus, AIDS Fondet e MSF se reuniram para convocar um novo caucus de TB/HIV no parlamento. Por fim, no Canadá, ao lado de aliados comprometidos, a Results Canada ajudou a revigorar o Stop TB Canada (stoptbcanada.com) para promover ações políticas, conscientizar o público e mobilizar as comunidades afetadas pela tuberculose. Isso levou ao lançamento do TBpeople Canada (stoptbcanada.com/tbpeoplecanada), a primeira comunidade de apoio do país para pessoas que têm ou tiveram tuberculose e seus familiares, amigos e cuidadores.

Apesar de serem geridas por voluntários e apoiadas por orçamentos iniciais iniciais, muitas dessas redes estão desempenhando papéis cruciais na construção de vontade política para acabar com a tuberculose em seus países. As relações e a capacidade que estão sendo construídas estão estimulando defensores e defensores parlamentares a se engajarem na luta para acabar com a tuberculose, agora e no futuro.

“Graças ao meu papel no Stop TB Canada – ele me lançou em plataformas onde posso criar consciência usando minhas experiências profissionais e pessoais com TB, tendo trabalhado em várias comunidades indígenas remotas.”

Tina Campbell, co-presidente da Stop TB Canada e conselheira de TB da Northern Inter-Tribal Health Authority (NITHA).



As comunidades afetadas pela TB e a sociedade civil também têm que lidar com um histórico de sua exclusão nas respostas à TB, que muitos países ainda não abordaram, apesar das mudanças extraordinárias em alguns outros cenários; isso é levantado na **Área de Ação 2**. Vários entrevistados observaram que o ímpeto em torno do engajamento e do empoderamento da comunidade que são observados nos níveis global e regional nem sempre são traduzidos dentro dos países e comunidades locais. De fato, a maioria dos entrevistados (36%) que afirmou se envolver com diferentes setores descreveu esses encontros como consultas sobre projetos específicos em comparação com parcerias formais, muito menos vinculados a um mecanismo de prestação de contas.

Quando a liderança comunitária foi aproveitada para possibilitar a ação multissetorial e unir os setores, os ganhos foram profundos para as pessoas afetadas pela tuberculose. [Estudo de caso 35] O CFCS também permitiu que as comunidades afetadas pela TB se ramificassem e fizessem conexões com jornalistas, celebridades e outras figuras públicas para defender sua causa – conforme levantado na **Área de Ação 4**. O surgimento de bancadas parlamentares dedicadas a abordar a tuberculose, com o apoio das comunidades afetadas pela tuberculose e da sociedade civil, ajudou a aumentar a conscientização e aumentar a demanda para a mobilização de recursos domésticos em apoio às metas globais de eliminação da tuberculose. [Estudo de caso 36] Graças aos esforços do Global TB Caucus, por exemplo, a TB é agora referenciada em todas as declarações dos Ministros da Saúde e Chefes de Estado do G20.¹³⁰ No entanto, os relatórios da OMS mostram que apenas 41% dos países estão envolvidos na TB- comunidades afetadas e sociedade civil em respostas nacionais.⁷⁴ Isso sugere que ainda não estamos alcançando a meta onipresente.

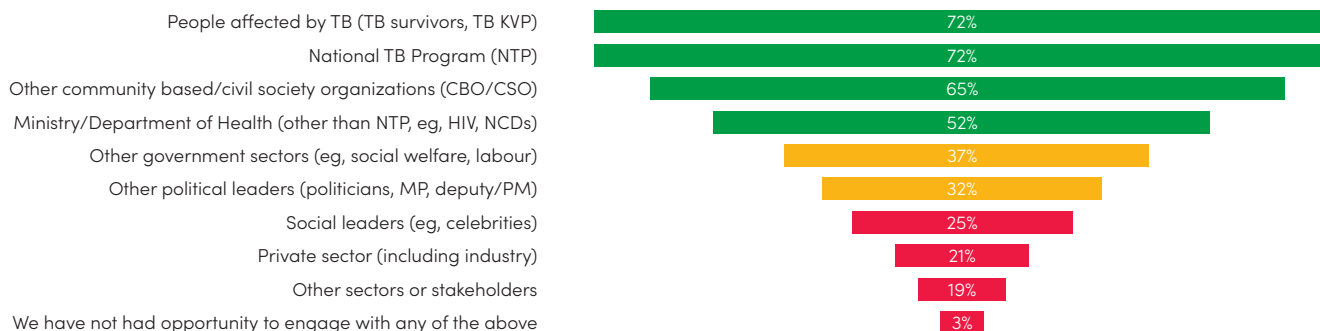
Estudo de caso 34 Capítulos da Parceria Nacional Stop TB

Atualmente, existem 30 plataformas nacionais ativas da Stop TB Partnership (stoptb.org) em países doadores e implementadores, e 16 delas são apoiadas por meio de doações e assistência técnica (com mais duas previstas para 2023). Essas plataformas reuniram uma série de stakeholders para apoiar ações multissetoriais. Algumas de suas conquistas ao possibilitar o progresso nas prioridades da comunidade relacionadas a direitos humanos, estigma e KVP estão listadas abaixo:

- **Camboja:** Ampla envolvimento da mídia na imprensa e programas de entrevistas, integrando discussões sobre o fim da tuberculose.
- **República Democrática do Congo:** Mapeamento de sete populações chave e vulneráveis e facilitação da representação de cada grupo na governança nacional da TB.
- **Indonésia:** Promover a tuberculose como parte da agenda do G20 durante a presidência indonésia enquanto atuava como co-principal beneficiário do Fundo Global.
- **Quênia:** Mobilizar celebridades e comunidades em uma campanha nacional de direitos humanos contra a tuberculose para acabar com o estigma e a discriminação da tuberculose e acesso a serviços.
- **Nigéria:** Advocacia de alto nível para uma maior mobilização de recursos domésticos; engajamento de elites políticas, mídia e celebridades; estabeleceu e apoiou o Grupo Parlamentar de Tuberculose da Nigéria e o TBpeople Nigeria, uma rede nacional de sobreviventes de TB e pessoas afetadas pela TB.
- **Paquistão:** Diálogo de alto nível com o Presidente Dr. Arif Alvi e líderes nacionais sobre o fim da TB.
- **Tajiquistão:** Envolvimento de popstars e celebridades como defensores da tuberculose para aumentar a visibilidade e o perfil da tuberculose.
- **Tanzânia e Uganda:** Envolvimento de líderes políticos no mais alto nível possível para controlar a tuberculose e garantir compromissos para acabar com a doença até 2030.
- **Ucrânia:** Mobilização social pelo fim da TB no país. Após o início da guerra, a parceria tem facilitado a coordenação entre os esforços humanitários da sociedade civil.
- **Zâmbia:** Detecção ativa de casos de TB em várias províncias e programas de conscientização sobre TB.

Figura 16

Engajamento multissetorial entre os entrevistados da pesquisa



Liderança e responsabilidade

Como uma de suas primeiras recomendações, o Relatório de Progresso de 2020 sobre a Declaração Política de 2018 insta a ação em direção à colaboração e responsabilidade multissetorial sob a liderança de Chefes de Estado ou de Governo. Mas a maioria dos países ainda não está engajando outros setores além da saúde em assuntos relacionados à TB (**Tabela 6**).⁷⁴ A ausência de indicadores para atividades específicas de TB em setores não relacionados à saúde e a falta de financiamento para atividades específicas de TB em qualquer outro setor – muito menos para envolver as comunidades afetadas pela TB e a sociedade civil – está atrasando a ação. [**Estudo de caso 37**]

A liderança e responsabilidade na resposta à TB, portanto, permanece em grande parte sob a alçada dos PNCTs e ministérios da saúde em nível nacional, que também respondem a agências doadoras e à OMS em nível global. Isso pode ser problemático em muitas frentes. Primeiro, os NTPs e o programa global de TB dependem de um conjunto restrito de indicadores para monitorar o progresso, quase inteiramente clínico e independente das realidades mais amplas e dos desafios enfrentados pelas pessoas afetadas pela TB. Embora os dados desagregados por gênero estejam começando a ser relatados, bem como os riscos comórbidos associados à TB, em nenhum lugar os outros indicadores sociais, econômicos e relacionados a direitos são capturados – que são priorizados em suas comunidades afetadas e implicados em seu envolvimento (ou desengajamento) no atendimento. Em segundo lugar, os programas que fornecem serviços – ou aqueles que traçam orientações sobre a prestação de serviços – não podem ser razoavelmente responsabilizados por seu próprio progresso ou pela falta dele. Os responsáveis pela resposta à TB – comunidades afetadas pela TB e atores da sociedade civil – devem ser integrados no monitoramento e nas avaliações de desempenho das respostas à TB e por meio de canais livres de contratos de prestação de serviços sociais para apoiar a responsabilização independente e transparente. As avaliações de base do MAF-TB sugerem que, entre os países que envolvem as comunidades afetadas pela TB e a sociedade civil nas respostas nacionais, apenas metade envolve as comunidades no monitoramento do programa e nos processos de revisão.⁷⁴

Esse tipo de inclusão cautelosa beira o tokenismo e pode ameaçar o processo de responsabilidade. Em terceiro lugar, sem liderança e governança de alto nível, haverá dificuldades de coordenação, mobilização de recursos e responsabilidade entre outros setores do governo. A pandemia da COVID-19 mostrou que o engajamento dos líderes políticos é uma das forças mais cruciais necessárias para acelerar o progresso.

Advocacy nas decisões de alto nível para resposta à tuberculose e nas estruturas aprimoradas de responsabilidade podem ser construídas dentro dos países por meio da voz expressa das comunidades afetadas pela tuberculose e da sociedade civil, bem como de cima para baixo por meio das redes globais e regionais estabelecidas, e a 'voz diplomática' dos atores em nível global e dentro dos países doadores. [**Estudo de caso 38**] Em última análise, para acabar com a tuberculose e salvar vidas afetadas pela tuberculose, a ambição do Plano Global precisa ser refletida nos esforços nacionais, incluindo financiamento doméstico e estruturas e processos domésticos de tomada de decisão, incluindo CCMs – conforme levantado na **Área de Ação 2** – como também um diálogo e debate político mais amplo. O CLM pode contribuir para acelerar o progresso nessa área.

Monitoramento liderado pela comunidade

Os NTPs enfrentam desafios significativos de disponibilidade, acessibilidade e qualidade de serviços, fornecimento e distribuição de mercadorias e outras barreiras de direitos humanos que afetam negativamente os resultados de saúde e as metas do programa, como foi repetido pelos entrevistados e levantado em outros capítulos do relatório. O CLM é uma intervenção que serve para preencher as lacunas de dados em torno desses desafios.⁷³ Sob o CLM, as comunidades afetadas pela TB relatam e analisam sistematicamente e rotineiramente os dados sobre a prestação e qualidade dos serviços, bem como o estigma e as violações dos direitos humanos nos locais de prestação de serviços e ao longo do percurso do atendimento. Essas informações podem fornecer informações profundas e únicas sobre as lacunas na prestação de serviços, direitos humanos e barreiras de estigma que impedem o acesso e sobre a ação direcionada necessária para melhorar os serviços e a experiência das pessoas afetadas pela tuberculose, resultando em melhores resultados de saúde para os indivíduos e para o público em geral comunidade.

Estudo de caso 35 Parlamentares formam a espinha dorsal da defesa no Global TB Caucus

O Global TB Caucus (GTBC, globaltbcaucus.org) é uma rede internacional única de representantes políticos. Reúne mais de 2.500 membros e ajudou a lançar 56 convenções nacionais de tuberculose, quatro redes regionais (África, Américas, Ásia-Pacífico, Europa) e uma rede linguística (francófona) para mobilizar parlamentares a se tornarem defensores da tuberculose que promovem ambientes jurídicos que apoiem a igualdade, respostas de TB centradas nas pessoas, baseadas em direitos humanos e transformadoras de gênero. Os membros aderem aos princípios descritos no documento fundador, a Declaração de Barcelona: "trabalhar com as divisões geográficas e políticas de forma apartidária e inclusiva; envolver a sociedade civil e todas as outras partes interessadas envolvidas na luta contra a epidemia de TB; e enfrentar o estigma e o isolamento social associados à doença."¹³²

O GTBC está fazendo progressos significativos para aumentar o interesse político e o ímpeto no nível regional. O GTBC da região francófona, por exemplo, está vendo um aumento constante no número de parlamentares engajados na resposta à tuberculose no **Chade, Camarões, Gabão, Níger e Costa do Marfim**. Em 2021, o Caucus uniu esforços com a DRAF TB, a rede guarda-chuva regional de TB na África francófona, para uma avaliação de base das realizações de acordo com as metas do UNHLM para 2018. Isso levou à produção de cinco vídeos com parlamentares do Chade, Senegal, RDC e Maurício para ampliar uma voz unida e um apelo por maiores investimentos e recursos domésticos para apoiar a luta contra a tuberculose.

Vários esforços regionais também estão tendo impactos nacionais. Na **EECA**, por exemplo, o Caucus pilotou o Anexo 4 da estrutura de responsabilidade multissetorial para acelerar o progresso para acabar com a tuberculose (MAF-TB) para avaliar o nível e a extensão do envolvimento parlamentar nas respostas em nível nacional e para definir o papel dos parlamentares no processo MAF-TB. Isso envolveu a organização de um workshop sobre Legislação de TB em 2022 e o subsequente desenvolvimento de um relatório sobre 'Legislação de TB centrada nas pessoas e baseada em direitos na Europa Oriental e na Ásia Central'. O relatório delineou o estado atual da legislação relacionada à TB na região da EECA, juntamente com 15 recomendações essenciais para promover uma legislação de TB centrada nas pessoas e baseada em direitos. As recomendações agora estão sendo usadas para orientar a revisão da legislação de TB na **Moldávia**.

O CLM é, portanto, uma intervenção que pode superar a prestação de serviços e as barreiras dos direitos humanos que afetam negativamente os resultados de saúde e as metas do programa. É importante ressaltar que o CLM é complementar aos sistemas nacionais de gerenciamento de informações de saúde (HMIS) e, juntos, esses dados também podem informar o planejamento estratégico e operacional nacional para programas de TB para melhorar a implementação geral e mitigar os riscos programáticos.^{73,131} [Estudo de caso 39]

Estudo de caso 36 Observatórios sociais — uma mobilização regional da sociedade civil

Um mecanismo denominado 'observatórios sociais' (SO), com a intenção de mobilizar a sociedade civil, bem como apoiar a vigilância social e a influência política, foi lançado com sucesso em 2022 pela Socios en Salud e pela TB Coalition of the Americas com o apoio do Fundo Global.¹³³ Os SOs são elaborados para apoiar a implementação da estratégia Envolver-TB da OPAS, com base na prevenção, diagnóstico, tratamento e atenção integrados à tuberculose com base na comunidade. É um espaço de convergência da sociedade civil que torna visível o problema da doença e promove e fortalece a participação da sociedade civil nas estratégias nacionais e regionais de controle da TB. Cada SO é estruturado para incluir:

1. Uma Assembleia Geral de membros interessados da sociedade civil.
2. Uma Secretaria Técnica, que geralmente é uma organização não governamental (ONG) com mais de cinco anos de experiência trabalhando com TB na comunidade e servindo como anfitriã para a administração do observatório.
3. Estudar o impacto do SO em vários níveis de conclusão.

A Assembleia Geral de cada SO determina as áreas de trabalho a serem realizadas. Nas Américas, as áreas identificadas incluíram políticas públicas, direitos humanos, populações vulneráveis, monitoramento comunitário, síndemias, capacitação, monitoramento, defesa e pesquisa, gestão de casos, aspectos psicossociais e proteções sociais. As OEs tornaram-se um importante espaço de divulgação da estrutura do CRG, relevância cultural e foco diferenciado para as comunidades mais vulneráveis.

Quase dois terços (64%) dos representantes de organizações comunitárias e da sociedade civil afetadas pela TB que responderam às perguntas da pesquisa sobre CLM estiveram envolvidos no CLM da resposta à TB em capacidades variadas, expressando esperança de maiores investimentos neste área. Eles viram um imenso valor agregado na oportunidade de se envolver em análises da resposta à TB junto com os NTPs e outros parceiros, capturar barreiras de percepção, gênero e direitos e facilitadores para acessar serviços de TB e contribuir para elevar as prioridades e responsabilidade da comunidade afetada em a resposta da tuberculose.

O monitoramento liderado pela comunidade Onelmpact, introduzido na Área de Ação 2, é a abordagem inovadora baseada em direitos para a participação da comunidade e responsabilidade na TB, endossada pelas comunidades de TB globais, regionais e nacionais. Ele aproveita a tecnologia para otimizar o envolvimento da comunidade, coleta e análise de dados, respostas e sistemas para uma resposta baseada em direitos à TB. Construída com base nos princípios de liderança comunitária, propriedade do país, centralização nas pessoas, institucionalização e evolução, a abordagem Onelmpact CLM foi projetada, liderada e implementada pelas comunidades de TB afetadas, com orientação estratégica, apoio e envolvimento contínuo dos NTPs para prestação de contas. Baseia-se em seis anos de experiência de implementação em 26 países.^{73,131} [Estudo de caso 40]

Estudo de caso 37 Elevando a responsabilidade multissetorial na África francófona

A Dinâmica de Resposta à Tuberculose na África Francófona (DRAF TB, draftb.org) está empenhada em medir o progresso feito em direção à Declaração Política na África Ocidental e Central francófona. Com o apoio do CFCS, o DRAF TB realizou uma avaliação de base da implementação de estruturas multissetoriais de responsabilidade em 12 países — **Benin, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Chade, Congo, RDC, Gabão, Guiné, Costa do Marfim, Níger, e Senegal** — incluindo entrevistas com representantes dos Programas Nacionais de Tuberculose.¹³⁴

Embora todos os países tenham alinhado seus NSPs para TB com os ODS da ONU e a Estratégia Fim da TB da OMS, nenhum deles possuía a Declaração de Moscou da Conferência Ministerial Global da OMS sobre a Eliminação da TB (2017) ou a Declaração Política do UNHLM sobre TB (2018). Esses atrasos foram refletidos no Relatório de Progresso de 2020 do Secretário-Geral da ONU e da OMS, onde a região da África foi apontada como um cenário focal de TB – com 25% de todas as pessoas com TB; e nos 12 países avaliados, 78.000 pessoas morreram, incluindo 24.000 com HIV.¹³⁵

A avaliação concluiu que os compromissos globais estão sendo fracamente implementados em todos os 12 países. As áreas prioritárias que precisam de atenção especial incluem liderança de alto nível; estabelecimento de estruturas multissetoriais de prestação de contas; financiamento suficiente e sustentável; pesquisa e inovação; e considerando o papel que determinantes como pobreza, vulnerabilidade e desigualdade de gênero desempenham na epidemia.

Estudo de caso 38 O monitoramento comunitário (CLM) permite mudanças tangíveis na prestação de serviços de TB

Usando a ferramenta OneImpact para CLM, organizações comunitárias e de base financiadas pelo CFCS foram capazes de documentar sistematicamente as principais barreiras à prestação de serviços e catalisar ações para mudanças no protocolo e nas práticas de TB em diversos ambientes.

Na **República Democrática do Congo**, o Club des Amis Damien destacou a falta de estoque de medicamentos, taxas de usuários não autorizados e altos níveis de estigma da tuberculose nas unidades de saúde nas províncias de Kinshasa e Kongo Centrale. Isso levou a um memorando de entendimento com o NTP para alertá-los sobre os estoques de medicamentos de uma perspectiva da comunidade, a emissão de cartas proibindo as unidades de saúde de cobrar taxas não autorizadas e a decisão central de realizar uma avaliação nacional do estigma da TB. No **Paquistão**, a Associação para o Desenvolvimento Social no distrito de Nankana Sahib descobriu os desafios de aceitabilidade enfrentados pelas mulheres que procuram atendimento de médicos do sexo masculino. Com isso, os protocolos de consulta médica foram alterados, incluindo o aumento da presença de médicas. Em **Uganda**, a Philomera Hope Foundation usou dados gerados pelo CLM para combater o estigma, defender a programação sensível ao gênero e expandir testes móveis para TB em quatro clínicas na remota comunidade da ilha de Kalangala por meio de um acordo com o provedor de telecomunicações Airtel. Na **Ucrânia**, pessoas com tuberculose destacaram altos níveis de discriminação entre pessoas com tuberculose, o que os levou a defender o desenvolvimento de uma lei de tuberculose para proteger e promover os direitos das pessoas afetadas pela tuberculose.

O CLM pode, portanto, ser uma porta de entrada para o envolvimento e mobilização da comunidade, capacitação, respostas baseadas em dados em tempo real, superação de barreiras de direitos humanos com soluções lideradas pela comunidade e parcerias fortalecidas entre NTPs e comunidades afetadas pela TB. Esses exemplos de países ajudam a reforçar a credibilidade no CLM, tanto em termos de processo quanto de impacto.



Imagens - Airtel #UgNeedsMoreofU

Estudo de caso 39 Expandindo o acesso à proteção social e seguro de saúde para famílias afetadas pela tuberculose em Djibuti

As avaliações iniciais do MAF-TB realizadas com a orientação técnica da OMS revelaram muitas lacunas na ação multissetorial para abordar os determinantes sociais e os impactos da TB, e o envolvimento insuficiente das comunidades afetadas pela TB e da sociedade civil. No entanto, também houve importantes casos de sucesso que podem servir para gerar demanda por investimentos em coordenação multissetorial.⁷⁴

No **Djibuti**, o Programa Mundial de Alimentos (PMA) complementou o programa nacional de proteção social, Program National de Solidarité Famille (PNSF), com um programa de transferência de renda para ajudar a proteger as famílias mais vulneráveis afetadas pelo HIV e pela tuberculose durante a pandemia de COVID-19. O PMA também defendeu que o PNSF inclua essas famílias em seu programa de apoio familiar em andamento. O PMA, com o apoio das organizações não governamentais Le Réseau e Solidarité Féminine, e em colaboração com o Ministério da Saúde e o Ministério dos Assuntos Sociais e Solidariedade (MASS), distribuiu dinheiro para famílias afetadas pelo HIV e TB por nove meses. Os beneficiários também foram inscritos no cadastro social nacional administrado pelo MASS, da mesma forma que outros beneficiários do PNSF, para ajudar a mitigar as barreiras relacionadas ao estigma e à discriminação. Uma vez inscritos, os beneficiários eram automaticamente elegíveis para o seguro de saúde no âmbito do Program d'Assistance Sociale de Santé (PASS).^{74,136}

Os atores comunitários não servem apenas como guardiões-chave para a comunidade, mas também podem ajudar a mediar e impulsionar a coordenação entre atores governamentais e não governamentais nas respostas à TB.

ONEIMPACT MONITORAMENTO COMUNITÁRIO

OnelImpact é uma plataforma digital que operacionaliza o envolvimento da comunidade, seu empoderamento e a solução de monitoramento liderada pela comunidade para a resposta à TB. Foi desenvolvido pela Stop TB Partnership em conjunto com as comunidades afetadas e a sociedade civil, e a Dure Technology, e compreende três componentes conectados:

- Aplicativo móvel para download, que fornece às pessoas afetadas pela TB informações sobre a TB, seus direitos, cuidados com a TB, serviços de suporte e conexão virtual com colegas para relatar e resolver rapidamente os desafios.
- Painel de primeiros socorros, permitindo que os socorristas rastreiem, coordenem e mobilizem respostas aos desafios relatados.
- Painel de responsabilidade, permitindo que os defensores da comunidade monitorem e analisem tendências nos desafios relatados e gerem relatórios CLM para defesa, ação e mudança programática.

Desde 2017, o OnelImpact foi aplicado em mais de 26 projetos/países para apoiar o CLM e ações comunitárias relacionadas.

Estudo de caso 40 Direitos humanos e responsabilidade — desenvolvimento do Cartão de Pontuação (Scorecard) nas Filipinas

Nas **Filipinas**, várias iniciativas ocorreram para coletar informações dos usuários dos serviços de saúde. Isso inclui um piloto de monitoramento comunitário de TB (CLM) e o desenvolvimento de um cartão de pontuação de responsabilidade.

Em 2022, a iniciativa Scorecard, liderada pela ACHIEVE, representou uma contribuição significativa da comunidade afetada pela tuberculose e da sociedade civil para a responsabilidade nacional. Ele também descobriu algumas descobertas interessantes. No geral, pessoas com tuberculose e sobreviventes de tuberculose classificaram os serviços de tuberculose nas Filipinas em 4,25 de 5, o que mostra que há muitos pontos fortes no programa de tuberculose das Filipinas. No entanto, uma análise mais aprofundada mostra que o foco em curar as pessoas com TB pode ofuscar as lacunas que elas experimentam ao acessar os serviços. As lacunas que foram identificadas refletem as descobertas da Avaliação de TB CRG do país e incluem:

- Comunicação inadequada entre os médicos e as pessoas acometidas pela TB, fazendo com que estas não entendam nada sobre o seu tratamento;
- Pessoal médico insuficiente em relação ao número de pessoas que necessitam de serviços médicos; e
- Acesso inadequado ao tratamento.

O CLM na TB pode fornecer informações importantes sobre o funcionamento dos programas nacionais, incluindo aspectos positivos e aqueles que se beneficiariam de atenção imediata para melhorar a qualidade do atendimento e abordar as barreiras relacionadas ao CRG enfrentadas pelas comunidades afetadas pela TB.

TB COMMUNITY REPORT:

What do TB-affected communities say about TB programs and services?



A community scorecard is a tool for reviewing and assessing service delivery and ensuring accountability of the government to its mandates and its people.

In 2022, ACHIEVE and PASTB through the support of USAID developed the Community Humanrights Scorecard to capture TB-affected people's feedback on TB services.

The TB Scorecard was rolled out in seven (7) pilot areas from September to November 2022.



SCORE OF **4.25 out of 5** **OVERALL TB EXPERIENCE**

The scorecard respondents gave this rating which was mostly characterized by the statement, "Okay na rin, ang importante, gumaling" (It's fine, the most important is to get cured).

Libre ang gamot pero masikip nga lang ang facility.

Kulang sa doctor's assistance. Minsan walang doctor.

This rating reflects the appreciation of respondents to the program, but also their inclination to look past the gaps in TB services – gaps that need to be filled in towards a TB-free PH.

Yung ibang nireseta binibili pa sa labas.



MAJOR AREAS

Diagnosis

59.7%

(604 out of 1,012) of respondents said that they paid for their x-ray (~PhP150 to 400).

60.5%

reported going through TB contact tracing, and said that other household members were screened for TB (83.8%). However, among those screened, only 77.6% reported being tested, and out of this, only 25.7% received TB Preventive Therapy.

Treatment

Start of treatment, side effects:

5.3% waited to start treatment after diagnosis.

76.7% reported having experienced side effects, but 6.3% of them said that these were not addressed.

15.9%

said that the facility location is not very accessible because transportation is costly (91.3%).

93.3%

reported that there were enough facility staff to respond to their needs, however, 4% felt they were not friendly and accommodating.

CATASTROPHIC COSTS

While TB treatment is often provided at no cost to patients, additional expenses incurred by TB-affected households can have a negative impact on finances and their wellbeing.

The scorecard found that those who paid for their x-ray were mostly treated in public health centers.



₱150-₱400

is the cost of x-ray paid by almost 60% of the respondents



60.8% percent of those who paid for x-ray in public health facilities reported being unemployed.

STIGMA AND DISCRIMINATION

13.7%

reported being discriminated in the workplace

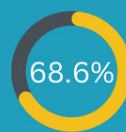
10.4%

reported difficulties applying for a job

9.1%

reported being terminated due to having TB.

COVID-19 PANDEMIC



of the total respondents were diagnosed with TB during the pandemic.

14.6%

reported the facility they were treated at to be inaccessible (mahirap puntahan)



Dados em tempo real

Entre suas outras descobertas, as avaliações MAF-TB também mostram que mais de 50% dos países ainda dependem de vigilância baseada em papel para TB, que é propensa a erros e atrasos e ignora completamente ou, na melhor das hipóteses, captura inconsistentemente as barreiras relacionadas ao CRG.⁷⁴ Uma avaliação recente dos sistemas de vigilância digital da TB, realizada por STP e The Global Fund, encontrou grandes variações na maturidade dos sistemas usados em 19 países altamente afetados.⁷² As restrições técnicas, de recursos humanos e de infraestrutura eram abundantes, incluindo baixa conectividade com a Internet, capacidade de TI, análises avançadas, como IA para orientar ações baseadas em dados, sistemas para monitorar pessoas com TB desde a triagem até a conclusão do tratamento ou abordagens padronizadas para capturar dados granulares sobre barreiras da comunidade.

As respostas TB devem ser informadas por dados em tempo real. O Relatório Global de TB da OMS se destaca como a plataforma de vigilância global mais robusta para relatórios anuais; em 2020, amadureceu para incluir relatórios mensais de notificações nacionais de TB. Isso ainda é insuficiente e aquém dos sistemas de vigilância adotados no monitoramento de outras epidemias e pandemias. Se alguma vez precisássemos de um lembrete da necessidade de priorizar os dados em tempo real, apresentar uma atualização dos dados globais de TB – no meio de uma pandemia – usando dados anteriores à pandemia é o exemplo mais forte possível.

Conclusão

Hoje, cinco anos após a primeira UNHLM sobre TB, quase nenhuma meta da Declaração Política de 2018 foi alcançada. Na verdade, estávamos fadados a errar os alvos mesmo antes da pandemia de COVID-19. Quais são as consequências de um resultado mal sucedido? Quem pode ser responsabilizado e como? Este não pode ser o sistema de responsabilização que as comunidades afetadas pela TB merecem. Enquanto aplaudimos as partes interessadas e os sistemas que permitiram vitórias importantes nos últimos cinco anos, aqueles de nós que vivem com tuberculose e enfrentam os riscos de desenvolver tuberculose não se contentam mais em racionalizar silenciosamente as perdas quando alvos cruciais foram perdidos. À medida que construímos uma resposta reinventada à tuberculose – com apelos à ação expressos por meio da voz consolidada das comunidades afetadas pela tuberculose e colaboradores da sociedade civil para este relatório – exortamos uma abordagem mais franca e destemida para a construção de responsabilidade na UNHLM de 2023 sobre a tuberculose. Conforme demonstrado pelo testemunho compartilhado nos 40 estudos de caso contidos neste relatório, que representam apenas um punhado de ações lideradas pela comunidade em todo o mundo, as comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil têm imensa capacidade de informar uma tuberculose mais abrangente resposta. Como consumidores de serviços públicos, eles já estão continuamente engajados em múltiplos setores do governo. Dado o seu conhecimento inato sobre a experiência vivida da TB, não há melhor aliado para impulsionar o progresso nesta área prioritária.

PEDIDO IMEDIATO PARA UNHLM DE 2023 SOBRE TB

Para garantir ação multissetorial, liderança decisiva e responsabilidade pela TB – uma doença que nos afeta profundamente e que mata nossos entes queridos todos os dias – imploramos aos **Chefes de Estado** que compareçam, participem e comprometam-se a aumentar os compromissos com a resposta à TB na UNHLM TB de 2023; a presença da sociedade civil em todas as delegações dos países; que os apelos à ação da UHC e PPPR neste relatório sejam integrados aos briefings para as respectivos UNHLMs que também ocorrerão em 2023.

Também pedimos ao **Presidente da Assembléia Geral da ONU**, juntamente com os co-facilitadores, OMS e STP, que implementem parcerias com as comunidades afetadas pela tuberculose e a sociedade civil na determinação de conceitos, agendas e palestrantes para a Audiência de Múltiplas Partes Interessadas e a UNHLM. Queremos garantir que a TB receba a atenção que merece, não seja deixada de lado, despriorizada ou consumida pela agenda lotada da Assembléia Geral da ONU e dos HLMs de saúde.

APELO À AÇÃO

Comprometer-se com a ação multissetorial, liderança decisiva e responsabilidade

- Desenvolver parcerias com jornalistas, parlamentares, celebridades e outras figuras públicas para defender e implementar os apelos à ação deste relatório de prestação de contas da TB.
- Fortalecer a colaboração em todo o setor e ampliar a adoção do Quadro de Responsabilização Multissetorial (MAF) para TB, ao mesmo tempo em que desenvolve mecanismos adicionais para responsabilizar todas as partes interessadas pelo cumprimento de compromissos e metas.
- Aplicar modelos CLM para compreender e abordar as realidades enfrentadas pelas comunidades afetadas pela TB, incluindo estigma, violações dos direitos humanos, e para documentar ações lideradas pela comunidade para lidar com essas barreiras. Use esses dados para reforçar as respostas nacionais de TB, PPPR e UHC e a responsabilidade pelo CRG.
- Envolver chefes de Estado, liderança de alto nível e comunidades afetadas pela TB e sociedade civil no monitoramento e revisão das respostas nacionais à TB, ação multissetorial e mecanismos de responsabilidade, e traduzir em ações os compromissos sobre TB no PPPR, AMR e UHC, inclusive no 2023 UNHLM sobre TB.
- Solicitar à OMS que desenvolva um cronograma e um plano de transição para sistemas de vigilância em tempo real e relatórios de dados.
- Demandar a inclusão das comunidades afetadas pela TB e da sociedade civil nos Mecanismos de Coordenação do País (CCMs) e grupos técnicos de trabalho relacionados com a monitorização e revisão das respostas nacionais, incluindo apoio às Delegações da Comunidade e ONGs de STP para apoiar o desenvolvimento de relatórios de prestação de contas nos anos subsequentes.

Anexo: Metodologia

Visão geral

Os instrumentos de coleta de dados para este relatório foram adaptados daqueles desenvolvidos para o primeiro relatório de comunidades (Deadly Divide). As pesquisas foram publicadas on-line e disponibilizadas ao público; foram preenchidos em inglês (54,9%), russo (16%), francês (15,7%) e espanhol (13,1%). As entrevistas foram realizadas pessoalmente e virtualmente, nesses e em outros idiomas regionais com base nas preferências dos entrevistados. Todas as perguntas da pesquisa e das entrevistas eram opcionais. Os entrevistados tiveram a opção de reter ou divulgar seu nome, organização e/ou país e foi solicitado permissão para compartilhar qualquer ou todas essas informações em um relatório subsequente. Documentos da literatura convencional e não convencional foram reunidos para substantiar os pontos levantados nas pesquisas e entrevistas.

As análises regionais foram elaboradas com base em dados de pesquisas e entrevistas emergentes da Ásia, África anglófona, África francófona, Europa Oriental e Ásia Central, Américas e países de alta renda. Os dados das entrevistas com indivíduos que trabalham globalmente foram sintetizados narrativamente. Os dados brutos, as análises regionais e a síntese global foram analisados iterativamente. Seis capítulos principais foram desenvolvidos para destacar as principais conquistas, lacunas e oportunidades relacionadas às áreas prioritárias de ação identificadas pelas comunidades afetadas pela TB e pela sociedade civil; um cartão de pontuação em relação ao Compromisso Político emanado da primeira UNHLM sobre TB em 2018, Estratégia Fim da TB da OMS e comunidades afetadas pela TB e prioridades da sociedade civil; estudos de caso de melhores práticas e desafios da comunidade; e referência a diretrizes, relatórios, publicações e materiais de recursos relacionados, incluindo aqueles recomendados por entrevistados e entrevistadas.

As etapas de coleta de dados, análise e redação desse empreendimento levaram seis meses, embora o engajamento e o planejamento da comunidade tenham começado meses antes. As pesquisas e entrevistas foram concluídas entre novembro e dezembro de 2022. A análise e a redação foram concluídas entre dezembro de 2022 e março de 2023. As organizações coordenadoras deste relatório foram a Afro Global Alliance e a Stop TB Partnership. Os dados foram coletados por líderes regionais, representantes de comunidades afetadas pela tuberculose e sociedade civil – Meirinda Sebayang (Ásia), Olayide Akanni (África anglófona), Bertrand Kampoer (África francófona), Timur Abdullaev (Europa Oriental e Ásia Central), Deliana Garcia (Américas), Robyn Waite (países de alta renda) e a pesquisadora de tuberculose em ciências sociais globais Amrita Daftary. Os dados foram consolidados regionalmente por cada líder e analisados em conjunto com dados globais pela pesquisadora e sua equipe – Pushpita Samina e Sheila Noriega-Mestanza. Um primeiro rascunho do relatório foi preparado por Amrita Daftary e amplamente compartilhado com todos os líderes, organizações de coordenação, pessoal técnico e uma equipe de design para revisão e feedback.

Qualquer pessoa que queira saber mais sobre os métodos e processos é convidada a entrar em contato com info@stoptbdevelopingngo.org

Tabelas Suplementares

Tabela 7

Respondentes da pesquisa

	Pessoa com TB, incluindo sobrevivente de TB ¹	Representante de uma organização ^{1,2}	Total
Asia	14	76	90
África (Francófona)	69 (30)	209 (105)	328 (135)
(Anglófona)	(39)	(104)	(193)
Americas	33	80	113
Europa Oriental e Ásia Central	63	77	140
Países de alta renda	3	53	56
Desconhecidos ³	113	20	133
Total	295	565	860

¹ Autoidentificado

² Organizações comunitárias, da sociedade civil ou outras organizações, incluindo jornalistas, pesquisadores, especialistas técnicos, financiadores e representantes do governo ou do parlamento

Tabela 8

Entrevistados

Nome	País ¹	Afiliação principal
AFRICA África anglófona, África francófona		
Abedola Adams	Nigéria	Vozes TB
Alberto Manhique	Moçambique	Associação dos Mineiros Moçambicanos (AMIMO)
Anicet Diguí	Camarões	Para impactos na saúde social (FIS Camarões)
Bertrand Odume	Nigéria	KNCV Tuberculosis Foundation
Carol Nawina	Zâmbia	Delegação da Comunidade ao Conselho de Parceria Stop TB
Cecilia Senoo	Gana	Esperança para as Gerações Futuras (HFFG)
Daniel Ogbuabor	Nigéria	Universidade da Nigéria Nsukka (UNN)
Deborah Ogwuche Ikeh	Nigéria	Grupo Mundial de Tuberculose
Dembele Mathurin	Burkina Faso	Programa Nacional de Tuberculose, Burkina Faso
Donald Denis Tobaiwa	Zimbábue	Organização de bem-estar de mãos unidas
Endalkachew Fekadu	Etiópia	Serviços Voluntários de Saúde
Evaline Kibuchi	Quênia	Stop TB Partnership Quênia
Fitsum Lakew Alemayehu	Etiópia	Saúde WACI
Fourati Rachid	Tunísia	Programa Nacional de Tuberculose, Tunísia
Gisèle Badoum	Burkina Faso	The Union
Ingrid Schoeman	África do Sul	TB Proof
Jerry Amoah-Larbi	Gana	Rede Nacional de Voz TB
Jorge Mucambe	Moçambique	Associação dos Mineiros Moçambicanos (AMIMO)
Joseph Kayira	Uganda	Fundação Philomera Hope
Kambou Edouard	Costa do Marfim	Aliança Nacional para o Desenvolvimento e Saúde na Costa do Marfim (Alliance Côte D'Ivoire)
Koffi N'guessan Blaise	Costa do Marfim	Ajuda Internacional para o Desenvolvimento Sustentável (AIDD)
Kouassi Koffi Anicet	Costa do Marfim	Collectif des Organisations de Lutte contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires en Côte d'Ivoire (COLTMR)
Lourenco Zunguene	Moçambique	Associação dos Mineiros Moçambicanos (AMIMO)
Lynette Mabote	África do Sul	UNITAID
Mahoumbou Jocelyn	Gabão	Programa Nacional de TB, Gabon
Manefoue Fotsa Joséphine	Camarões	TBpeople Camarões
Mayowa Joel	Nigéria	Stop TB Partnership, Stop TB Partnership Nigeria
Mbitikon Olivia	República Centro-Africana	Independente
Moises Uamusse	Moçambique	Associação dos Mineiros Moçambicanos (AMIMO)
Mombo Guy	Gabão	Rede nacional para a promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens em população e desenvolvimento (RENAPSAJ)

Nana Gleeson	Botsuana	Rede de Botswana sobre Ética, Lei e HIV/AIDS (BONELA)
Olivier Rusumba	República Democrática do Congo	Embaixadores da luta contra TB
Oluseyi Kadiri	Nigéria	Centro de Organização de Saúde Positiva
Paulino Lai	Moçambique	Associação dos Mineiros Moçambicanos (AMIMO)
Pedro Cumbane	Moçambique	Associação dos Mineiros Moçambicanos (AMIMO)
Peter Ngola Owiti	Quênia	Stop TB Partnership Delegação Comunitária
Pierre Claver Ndayizeye	Burundi	Aliança do Burundi contra a AIDS e para a Promoção da Saúde (ABS)
Rhoda Igweta	Quênia	Elizabeth Glaser Fundação Pediátrica de AIDS (EGPAF)
Rodrick Mugishagwe	Tanzânia	Tanzânia TB Rede Comunitária (TTCN)
Roger Paul Kamugisha	Uganda	Kuboesha - África Limitada
Rosemary Mburu	Quênia	Saúde WACI
Sekouna Sélavie	Guiné	TBpessoas Guiné
Thokozile Phiri Nkhoma	Malauí	Facilitadores da Transformação Comunitária (FACT)
Timothy Wafula	Quênia	Rede de Questões Éticas e Jurídicas do Quênia sobre HIV e AIDS (KELIN)
Watara Yahaya	Gana	Delegação da Comunidade ao Conselho de Parceria Stop TB
Yahaya Kasimu	Nigéria	Vozes TB

AMERICAS

Ana Carolina Gaillard	Argentina	TB Caucus das Americas
Claudio Marte	República Dominicana, Bolívia	TB Caucus das Americas
Danytza Machado	Bolívia	Observatorio Social de Bolivia
Deccy Gonzalez	Colômbia	Observatorio Social de Colombia
Emmanuel Carmona	México	TB Caucus das Americas
Eva Limachi	Bolívia	TB Caucus das Americas – Ponto Focal
Fatima Leticia Luna Lopez	México	Programa Nacional de TB, Mexico
Félix Ajpi	Bolívia	TB Caucus das Americas
Francisco Olivares	Chile	TB Caucus das Americas – Ponto Focal
Franklin Ysaías Peña Villalona	República Dominicana	TB Caucus das Americas
Giorgio Franyuti	México	Impacto médico
Hector Javier Sanchez Perez	México	Colégio da Fronteira Sul
Ignacio Ibarra	Estados Unidos da América	Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)
Jaime Argueta	El Salvador	TB Caucus das Americas
Juan Luis Castro	Chile	TB Caucus das Americas
Kathy Britto	República Dominicana	TB Caucus das Americas
Leonid Lecca	Peru	Socios em Saúde, TB Caucus das Americas – Ponto Focal
Luis Enrique Gallo Cantera	Uruguai	TB Caucus das Americas
Luis Sanchez	Guatemala	TB Caucus das Americas – Ponto Focal
Marcia Leao	Brasil	Observatório Social do Brasil, TB Caucus das Americas – Ponto Focal

Marta Angelica Pineda de Navas	El Salvador	Fundação Austrália-Japão
Myriam Caballero	Paraguai	Altervida
Noe Flores	Honduras	TB Caucus das Americas – Ponto Focal
Pastor Vera Bejarano	Paraguai	TB Caucus das Americas
Pedro Avedillo	Estados Unidos da América	Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)
Rasel Antonio Tomé Flores	Honduras	TB Caucus das Americas
Sandra Patricia Escandon Moncaleano	Colômbia	TB Caucus of the Americas Focal Point
Sarita Aguirre	Paraguai	Programa Nacional de TB, Paraguai
Soledad Tamayo	Colômbia	TB Caucus das Americas
Sonia Marina Gutierrez Raguay	Guatemala	TB Caucus das Americas
Victor Castillo	Panamá	TB Caucus das Americas
Zulma Unzain	Paraguai	Alvida, TB Caucus das Americas – Ponto Focal

ASIA

Achut Sitaula	Nepal	Trisula Plus
Akramul Islam	Bangladesh	BRAC
Andrew Codlin	Vietnã	TB Help
Ani Hernasari	Indonésia	REKAT
Blessina Kumar	Índia	Coalizão Global de Defensores da Tuberculose (GCTA)
Budi Hermawan	Indonésia	Perhimpunan Organisasi Pasien (POP) TB Indonésia
Choub Sok Chamreun	Camboja	CANA
Elvi Siahaan	Indonésia	Yayasan Menara Agung Pengharapan Internasional
Heny Prabaningrum	Indonésia	PR Consórcio STPI-Penabulu
Iman Abdurrahma	Indonésia	Jaringan Indonésia Positivo
Khuat Thi Thai Oanh	Vietnã	Centro de Apoio a Iniciativas de Desenvolvimento Comunitário (SCDI)
Luan Nguyen	Vietnã	TB Relief
Lukman Hakim	Indonésia	Stop TB Partnership Indonésia
Mara Quesada	Filipinas	ALCANÇAR Filipinas
Masaki Inaba	Japão	Fórum Global África-Japão
Prashant Warier	Índia	Qure.ai
Priyanka Aiyer	Índia	Coalizão Global de Defensores Comunitários (GCTA)
Rachel Forse	Vietnã	Friends for International TB Relief (FIT)
Ramya Ananthakrishnan	Índia	Grupo de recursos para educação e defesa da saúde comunitária (REACH)
RD Marte	tailândia	Conselho de Organizações de Serviços de AIDS da Ásia-Pacífico (APCASO)
Shilpa Karvande	Índia	Fundação para Pesquisa Médica (FMR)
Subrat Mohanty	Índia	Delegação da Comunidade ao Conselho de Parceria Stop TB
Thea Hutnamon	Indonésia	Stop TB Partnership Indonésia
Vidula Purohit	Índia	Fundação para Pesquisa Médica (FMR)

EASTERN EUROPE & CENTRAL ASIA

Alesia Matushevich	Ucrânia, Portugal	Global TB Caucus
Cristina Celan	Moldávia	Centro de Políticas e Estudos em Saúde (Centro PAS)
Dilshat Khaitov	Quirguistão	TBpeople Quirguistão
Elena Rzhepishevskaya	Ucrânia, Suécia	TBnet
Jamshed Murtazakulov	Tadjiquistão	Governo do Tajiquistão
Nikoloz Mirzashvili	Geórgia	Rede TBpeople
Olya Klymenko	Ucrânia	TBpeopleUcrânia
Safarali Naimov	Tadjiquistão	Stop TB Partnership Tajiquistão
Yuliia Kalancha	Ucrânia	Coalizão TB Europa

HIGH INCOME COUNTRIES

Amanda Banda	Suíça	Médicos Sem Fronteiras (MSF)
Bertie Squire	Reino Unido	Escola de Medicina Tropical de Liverpool
Caoimhe Smyth	Suíça	Stop TB Partnership
Cheri Vincent	Estados Unidos da América	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID)
Clarisse Veylon-Hervet	França	French Ministry of Foreign Affairs
Colin Smith	Estados Unidos da América	Results US
Draurio Barreira	Suíça	UNITAID
Erick Fleutelot	França	Expertise France/L'initiative
Erika Arthun	Estados Unidos da América	Fundação Bill & Melinda Gates
Fifa A Rahman	Reino Unido	Global Matahari Solution
Francesca Belli	Itália	Global Health Advocates
Gang Sun	Suíça	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
Gilles Cesari	Suíça	Fundo Global para Combater AIDS, Tuberculose e Malaria
Hannah Monica Dias	Suíça	World Health Organization Global TB Programme
Himanshu Patel	Canadá	TBpeople Canada (+ 2 persons)
Hyeyoung Lim	Suíça	Stop TB Partnership
Islam Tauhidul Islam	Suíça	World Health Organization Global TB Programme
Jacqueline Huh	Suíça	Stop TB Partnership
James Malar	Suíça	Stop TB Partnership
Karishma Saran	Suíça	FIND: Global Alliance for Diagnostics
Kate O'Brien	Estados Unidos da América	We are TB (+ 3 persons)
Kate Thomson	Suíça	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
Katherine Horton	Reino Unido	The Union Working Group on Gender Equity in TB
Kavindhran Velen	Suíça	FIND: The global Alliance for Diagnostics
Kelly Collins	Estados Unidos da América	Dimagi
Kerry Millington	Reino Unido	LIGHT Research Consortium
Kobto Koura	França	The Union
Lana Syed	Suíça	World Health Organization Global TB Programme

Lasha Gogvadaze	Suíça	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC)
Laurel Sprague	Suíça	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
Lindsay McKenna	Estados Unidos	Treatment Action Group (TAG)
Lucica Ditiu	Suíça	Stop TB Partnership
Nuccia Saleri	Suíça	Fundo Global para combater AIDS, Tuberculose e Malaria
Olive Mumba	Suíça	Fundo Global
Patricia Waterous	Canadá	Dimagi
Priya Amin	Canadá	Stop TB Canada
Rhea Lobo	Índia, Dinamarca	Community Delegation to the Stop TB Partnership Board
Suvanand Sahu	Suíça	Stop TB Partnership
Tereza Kasaeva	Suíça	World Health Organization Global TB Programme
Véronica Nosedá	França	Expertise France/L'initiative
Vinny Wooding	Reino Unido	Results United Kingdom
Viorel Soltan,	Suíça	Stop TB Partnership
Wayne Van Gemert	Suíça	Stop TB Partnership

¹ A classificação regional é baseada no local de trabalho e/ou residência, embora muitos entrevistados vivam e trabalhem em vários países/regiões e/ou globalmente. Os escritores deste relatório pedem desculpas por quaisquer erros.

Tabela 9

Organizações representadas nas entrevistas e pesquisas and interviews

100 por cento da vida, Ucrânia	Delegação Comunitária à Iniciativa de Empoderamento Comunitário para a Paz e a Saúde (CEPI) do Conselho de Parceria Stop TB, Nigéria	Centro de Treinamento da Universidade Nacional Khmelniysky para Educação a Distância, Ucrânia	Rede de Acesso a Medicamentos Essenciais (RAME), Burkina Faso
Act for Involvement, Moldávia	Comunidade Humanitária Inter-subsistência e Emergência (CHIEF), Sudão do Sul	Khulna Mukti Seba Sangtha (KMSS), Bangladesh	Rede Marfinense de Organizações de Pessoas Vivendo com HIV-AIDS (RIPPlus), Costa do Marfim
Acção contra a AIDS, Alemanha	Concern Health Education Project (CHEP), Gana	KNCV Tuberculose, Holanda	Associações de Luta contra a Tuberculose e a Co-infecção TB/HIV ALT, República Centro-Africana
Acção Juvenil para a Tuberculose (YLTB), Chade	Convictus Ucrânia, Ucrânia	Indonésia	Rede nigerina de pessoas vivendo com HIV/AIDS (RENIP+), Níger
Action for Health Initiatives, Inc., Filipinas	Corporacion Casa de Amigos con Alcance, Colômbia	Fundação KNCV Tuberculose, Holanda	Sociedade Respiratória do Quênia (ReSoK), Quênia
Ação pela Paz, Educação e Defesa dos Direitos Humanos (APEDH), República Democrática do Congo	Principais Correspondentes Mecanismo de Coordenação por País, Bielorrússia	Melhorar a África Limitada, Uganda	Respiratório na Costa do Marfim, Costa do Marfim
Advocacy Network Africa (AdNetA), Quênia	Fundação Damien, Nigéria	Rede Latino-Americana e Caribenha de Fundo Ambiental (RedLAC), Equador	Grupo de Recursos para Educação e Advocacia para a Saúde Comunitária (REACH), Índia
Defensores da Iniciativa de Saúde e Desenvolvimento (AHD), Nigéria	Centro de Desenvolvimento da Saúde de Debriche, Nigéria	Leiden University Medical Center (LUMC), Holanda	RESULTS Reino Unido
Defensores da Esperança para a Comunidade (AHFCO), Eswatini	Delegação Regional de Saúde Pública do Centro, Camarões	Mecanismo de Coordenação dos Países do Lesoto (LCCM), Lesoto	RESULTS Estados Unidos
AIDS Foundation East West-Kyrgyzstan (AFEW), Quirguistão	Departamento de Saúde e Bem-Estar Familiar, Índia	LHL International Tuberculosis Foundation Noruega	Fundação Rhodapomak Lifeskills
Ações Afirmativas, Camarões	Descom Global Care Initiative TB Network Anambra Chapter, Nigéria	Liga Colombiana Antituberculose, Colômbia	Raízes Link África
Afric'Mutualite, Benim	Dimagi Inc., Estados Unidos	Consórcio de Investigação LIGHT, United Kingdom	Projeto de Defesa da Saúde Rural, África do Sul
Centro Biodinâmico da África (ABC), Gana	Disaster and Environmental Management Trust, Zimbábue	Instituto Nacional de Pesquisa em Saúde Pública (INRSP) Mauritânia, Mauritânia	SAFI, Tadjiquistão
Coligação Africana sobre a Tuberculose (ACTI), Nigéria	Fundo de Diversidade e Solidariedade, Sri Lanka	Escola de Medicina Tropical de Liverpool, Reino Unido	Saglamliga Khidmat, ONG, Azerbaijão
Aliança Global para África	Fundação Dopasi, Paquistão	London School of Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido	SCDI, Vietnã
Parceria FACT da Universidade de África	Organização Dream Weaver, Gana	MAD Consulting, Cazaquistão	SCORE TB Gana
Universidade de África	Dinâmica da Resposta da África Francófona à Tuberculose (DRAF TB), Camarões	Grupo de apoio à rede Makueni ExTB TB, Quênia	Fundação Seek To Save, Gana
Afrihealth Optonet Association, Níger	Rede Nacional de AIDS e Organização dos Serviços de Saúde da África Oriental, Tanzânia	Malawi-Liverpool-Wellcome Programa de Pesquisa Clínica (MLW), Malawi	Departamento de Pneumologia do Hospital Fann / Força-Tarefa de Pesquisa Operacional da Tuberculose, Senegal
Aliança Global Afro, Gana	Éden Primavera da Esperança, Gana	Mídia para Mudança e Desenvolvimento Social, Nigéria	Rede SHDEPHA+, Tanzânia
AGBB	BCE, Ucrânia	Medical Impact, México	Shepherd for Health
Assistência Internacional para o Desenvolvimento Sustentável (AIDD), França	Elizabeth Glaser Fundação Pediátrica AIDS (EGPAF), Quênia	Médicos Sem Fronteiras (MSF)	Environment Advocacy and Development Centre, Nigéria
AIDS-Fondet, Dinamarca	Enable the Disable Action (EDA), República Democrática do Congo	Medicines Patent Pool (MPP), Suíça	SID, Líbano
Fundação Aisha Buhari, Nigéria	Facilitadores da Transformação Comunitária (FACT), Malawi	Melita Matiso Multiuso Centre, África do Sul	Hospital Sir HN e Centro de Pesquisa, Mumbai, Índia
Ajuda De Desenvolvimento de Povo para Pova (ADPP), Angola	Centro de Apoio à Família, Ucrânia	Menara Agung Pengharapan (MAP) Foundation International, Indonésia	Sociedade de Saúde da Família, Nigéria
Albergue las Memorias A.C., México		Mesa Temática sobre HIV e Direitos Humanos (MCP-ES), El Salvador	Sociedade para a Atmosfera Positiva e Apoio Related ao VIH e AIDS (SPARSHA) Nepal
Aliança Burundiana contra a AIDS e para a Promoção da Saúde (ABS), Burundi		Família Metadona Contra o Abuso de Drogas, Tanzânia	Parceiros em Saúde, Peru
Aliança Burundiana para a Luta contra a Tuberculose, Lepra e Outras Doenças (ABTL), Burundi		Associação de Redução de Danos do Oriente Médio e	Agência de Desenvolvimento SORAK, Uganda
Aliança para a Saúde Pública, Ucrânia			SOS Tuberculose e Doenças Respiratórias (SOS TBMR), Marrocos
Alliance Myanmar, Mianmar			
ALVIDA, Paraguai			
Iniciativa Comunitária			

de Apoio à AIDS Amoru, Uganda	Fundação de Bem-Estar Familiar, Tanzânia	Norte da África (MENAHR), Líbano	Sub-Direção de Controle do HIV, Senegal
Andres Soriano Foundation, Inc., Filipinas	Ativo, Uzbequistão	Tratamento Internacional do Oriente Médio e Norte da África Preparedness Coalition (MENA ITPC), Morocco	Associação de Mineiros da África do Sul (SAMA), África do Sul
Antena Regional Abengourou, Costa do Marfim	Universidade Federal de Ciências Otukpo, Nigéria	Ministério da Saúde, Arábia Saudita	Southeastern National TB Center Southern, Estados Unidos
Emramis, Congo	FIND: A Aliança Global para Diagnósticos, Suíça	Ministério da Saúde, Somália	Associação de Mineiros da África Austral (SAMA), África do Sul
Conselho Ásia-Pacífico da Organização de Serviços de AIDS (APCASO)	Focus Droits et Acces-asbl (FDA), República Democrática do Congo	Ministério da Saúde, Quênia	SPIN Plus, Tajiquistão
Asociacion Benefica Ser Humano, Espanha	Fondation femme plus (FFP), República Democrática do Congo	Mundo das Crianças para o Alívio da Pobreza do Irmão Rural no Togo (MECAP FR TG), TOGO	Desportistas que lutam contra o HIV e a tuberculose (SPOFA), Quênia
Associação Salvadorena de Educação e Treinamento Integral Sustentável, El Salvador	Para Impacto na Saúde Social (FIS), Camarões	Coalizão Mongol de Tuberculose, Mongólia	Social Science and Health Innovation for Tuberculosis (SSHIFTB), Canadá
Association Chabab El Borj, Marrocos	Fundação para a Vigilância Ambiental (FEW), Gana	Movimento Contra a TB, HIV/AIDS e Malária na Nigéria (MATHAMAN), Nigéria	STEPS Tanzânia
Rede de Afiliados da Associação, Quirguistão	Fundação para a Pesquisa Médica, Índia	Centro de Recursos Multidimensionais Nepal, Nepal	Parceria Stop TB
Associação de Ex-Pacientes Tuberculosos do Benim, Benim	Fraser Health Region, Canadá	Fundação Murna, Nigéria	Stop TB Partnership Canadá
Associação de Mulheres Ativas para o Desenvolvimento, Guiné	Fraternidade, Costa do Marfim	Aliança Nacional para o Desenvolvimento e a Saúde na Costa do Marfim, Costa do Marfim	Parceria Stop TB Gana
Associação dos Mineiros Moçambicanos (AMIMO), Moçambique	Zona Franca, Ucrânia	Universidade Nacional de Autonomia do México, México	Stop TB Partnership
Associação para a Promoção do Desenvolvimento Sustentável, Índia	Ministério dos Negócios Estrangeiros francês, França*	Centro Nacional de Doenças Infecciosas, Singapura	Indonésia
Associação para Modificação Social, Melhoramento e Aninhamento da Área Rural (ARASMIN), Índia	Friends for International TB Relief (FIT), Vietnã	Centro Colaborador Nacional para Doenças Infecciosas, Canadá	Parceria Stop TB Quênia
Associação para o Desenvolvimento Social, Paquistão	Escola Frontera Sur (ECOSUR), México	Coletivo Nacional de Clínicos Gerais de Marrocos (MG Maroc), Marrocos	Stop TB Parceria Moçambique
Associação Missão de Saúde, Sérvia	Fundação Grupo Efecto Positivo (FGEP), Argentina	Universidade Nacional Federico Villarreal, Peru	Stop TB Partnership Tajiquistão
Associação dos Irmãos e Irmãs Unidos (AFSU), Camarões	Centro de Perspectiva de Gênero e Desenvolvimento Social (GPSDC), Nigéria	Instituto Nacional de Pesquisa em Tuberculose, Índia	Stop TB Parceria Ucrânia
Associação de Ex-Doentes de Tuberculose (ASSAP), Benim	Georgetown Global Health LLC, Camarões	Organização Nacional de Educadores de Pares (NOPE), Quênia	Coligação Estratégica contra a Tuberculose, Camarões
Associação de Pessoas Afetadas pela Tuberculose (ASPAT), Peru	Serviço de Saúde do Gana, Gana	Universidade Nacional de Medicina Memorial Pirogov, Ucrânia	Desenvolvimento Sustentável e Cooperação da Suécia na Bolívia (ASDI), Bolívia
Associação Hondurenha Contra a Tuberculose em Honduras, Honduras	Gana HIV & AIDS Network, Gana	Laboratório Nacional de Referência em Tuberculose, Portugal	Sinergia de Organizações da Sociedade Civil para a Promoção dos Direitos Humanos e do Meio Ambiente, República Democrática do Congo
Association rêve de vivre positive (ARV Positivo), Argélia	Fórum Global África-Japão, Japão	Centro Nacional de Pesquisa em Tisiopneumologia, Cazaquistão	Tanzânia Advocacy Centre for Development (TACEDE), Tanzânia
Australia Japan Foundation (AJF), Japan	Aliança Global para os Direitos Humanos, Índia	Programa Nacional de Eliminação da TB, Índia	Apoio à Promoção da Saúde da Tanzânia (THPS)
Associação de Voluntários para o Triunfo das Iniciativas de Desenvolvimento de Base (AVOTRIDEB), Benim	Aliança Global de Direitos Humanos Nacionais (GANHRI), Índia	Programa Nacional de Controle da Tuberculose e Hanseníase, Uganda	Tanzania STP Co/Health Promotion Tanzania (HDT), Tanzania
Programa de Controle B, Paquistão	Global Fund Advocates Network Ásia-Pacífico (GFAN AP), Singapura	Programa Nacional de Controle da Tuberculose e Hanseníase, Uganda	Tanzânia TB Community Network, Tanzânia
BAK-AIDS BAKWATA, Tanzânia	Global Health Advocates, Itália	Programa Nacional de Controle da TB, Paquistão	Bancada TB das Américas
Associação de Fabricantes e Exportadores de Vestuário de Bangladesh (BGMEA), Bangladesh	Global TB Caucus - Região EECA	Programa Nacional de Controle da TB, Paquistão	Ponto Focal da Bancada das Américas, Chile
Fundação Be Glad Care and	Coalizão Global de Ativistas da TB (GCTA)	Programa Nacional de Controle da TB, Paquistão	TB Coalition, Azerbaijão
	Governo do Tajiquistão, Tajiquistão		TB Coalition Americas, Colômbia
	Agência dos Grandes Lagos para a Paz e o Desenvolvimento da África (GLAPD), Austrália		TB Help, Vietnã
	Iniciativa de Acesso ao Empoderamento da Maior Vida, Nigéria		TB HIV Care, África do Sul
	Aliança Guineense para a Sociedade Civil (AGUISOC),		TBnet Suécia
			TBnet Ucrânia
			TBpeople, Canadá
			TBpeople, Reino Unido
			TBpeople Network, Geórgia
			Filipinas Organização Inc., Filipinas
			TBpeople Filipinas
			TBpeople, Quirguistão
			TBpeople-Ucrânia, Ucrânia

Support, Nigéria	Guiné	Tuberculose, Burkina Faso	TB Proof, África do Sul
Bill & Fundação Melinda Gates*, Estados Unidos	Emancipado Guineense para o Progresso e a Cidadania (GEPC), Guiné	Programa Nacional de Tuberculose, México	TB Relief, Vietnã
Blossom Trust, Virudhunagar, Índia	Aliança para a Saúde e o Desenvolvimento (HEAD), Camboja	Programa Nacional de TB (PNLT), Chade	Observatório Social da TB da Bolívia (OSTB), Bolívia
Rede Botsuana sobre Ética, Direito e HIV/AIDS (BONELA), Botsuana	HOMES Fountain, Gana	Programa Nacional de TB (PNLT), Gabão	Observatório Social da TB do Brasil (OSTB), Brasil
BRAC, Bangladesh	Comissão Honorária de Combate à Tuberculose e Doenças Prevalentes (CHLAEP), Uruguai	Programa Nacional de Tuberculose, Quênia	Observatório Social da TB da Colômbia (OSTB), Colômbia
Fundação Bridge Consultants, Paquistão	Esperança e Vida, Uzbequistão	Programa Nacional de Tuberculose, Paraguai	Observatório Social da TB da Guatemala (OSTB), Guatemala
Buzurg, Tajiquistão	Hope for Children and Youth Foundation Trust, Zimbábue	National TB Program (PNLT), São Tomé and Príncipe	Observatório Social de TB do México (OSTB), México
Comitê de Saúde do Camboja (CHC), Camboja	Esperança para as gerações futuras (HFFG), Gana	Rede Nacional de Voz TB, Gana	TB Voices, Nigéria
Campanhas em Saúde Global, Reino Unido	Organização de Cuidados e Apoio a Doadores de Esperança, Índia	Rede Nacional de Jovens para Questões de Saúde Sexual e Reprodutiva (RENAP/SAJ), Gabão	TB Mulheres Global
Catholic Relief Services (CRS), Camarões	Hospital Barros Luco, Chile	Rede de Empoderamento em Áreas Rurais e Municípios (NERAT), Nigéria	Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária, Suíça
Cavite Positive Action Group	Humana People To People Índia, Índia	Rede de Organização de Serviços de AIDS (NASOSS), Sudão do Sul	A União, França
The Jch Advocacy Inc., Filipinas	Instituto de Saúde Ifakara, Tanzânia	Redede Pessoas Vivendo com HIV e AIDS na Nigéria (NEPWHAN), Nigéria	Grupo de Trabalho da União sobre a Equidade de Género na TB, Reino Unido
Centro de Cinema Marroquino (CCM), Marrocos	Infervision, Alemanha	New Vector, Geórgia	Fundação Total Care, Gana
Centenary Institute, Austrália	Inovações para a Saúde Comunitária, Filipinas	Veja a TB Colômbia	Igualdade Transgênero, Uganda
Centro de Desenvolvimento de Iniciativas de Saúde Comunitária (C&E), Vietnã	Inovações para o Desenvolvimento (I4DEV), Uganda	Oliy Majlis, Tajiquistão	Translational Health Science and Technology Institute (THSTI), Índia
Centro de Apoio a Iniciativas de Desenvolvimento Comunitário (SCDI), Vietnã	Inspire o Movimento Trans Uganda, Uganda	ONGAWA, Senegal	Treatment Action Group (TAG), Estados Unidos
Center Imkon, Uzbequistão	Institut Pasteur, França	Organização para a Proteção do Ambiente e a Salvaguarda dos Valores Tradicionais (OPESVaT), Benim	Trisula Plus, Nepal
Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Estados Unidos	Instituto de Governança e Educação Eleitoral, Congo	Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)	Centro de Pesquisa e Prevenção da Tuberculose, Armênia
Centro de Investigação e Educação para o Desenvolvimento (CREPD), Camarões	Instituto de Alergia e Imunologia Clínica de Bangladesh (IACIB)	Paradiso TB Pacientes Trust, Malawi	Luta contra a tuberculose e a SIDA (TUKIZAZA), Zanzibar
Centro de Saúde Comunitária e Alívio da Pobreza (CHEPA), Nigéria	Instituto de Doenças Pulmonares e Tuberculose, Macedônia do Norte	Parceiros em Saúde, Cazaquistão	Turkana Bio Aloe Organization (TUBAE), Quênia
Centre for Healthworks Development and Research Initiative (CHEDRES), Nigéria	Desenvolvimento Integrado em Foco, Gana	Centro de Políticas e Estudos de Saúde (PAS), Moldávia	Ubunye Foundation, África do Sul
Centro de Investigação de Doenças Infecciosas na Zâmbia (CIDRZ), Zâmbia	Associação Internacional de Solidariedade para o Desenvolvimento (AISD), Benim	Fundação Amigos dos Pacientes, Gana	Departamento Médico Católico de Uganda, Uganda
Centro de Organização de Saúde Positiva (CEPHO), Nigéria	Centro Internacional de Pesquisa de Doenças Diarreicas (ICDDR,B), Bangladesh	Peace Heritage Foundation, Nigéria	União é a força de kolaboui, Guiné
Centre de Solidariedade e Ação Social (SAS), Costa do Marfim	Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (FICV), Suíça	Fundação Penabulu, Indonésia	UNITE, Global (Argentina)
Fundação CEPVW, Equador	Internacional para o Desenvolvimento da Consultoria de Engenharia (IDEV-ic), Senegal	Departamento de Saúde da Pensilvânia, Estados Unidos	Universidade de El Salvador, El Salvador
Cerle d'Entraide et d'Assistance des Mères (CEAM), Camarões	União Internacional Contra a Tuberculose e as Doenças Pulmonares, França	Associação Indonésia de Médicos de Pulmão (PDPI), Indonésia	Universidade de Zaragoza, Espanha
Rede Chernihiv, Ucrânia	IRNIB, Azerbaijão	Associação Indonésia de Organização de Pacientes com TB (POP)	University Hospitals Birmingham, Reino Unido
Dispensário Regional de Tuberculose Clínica de Chernivsti, Ucrânia	Autoridades de Saúde do México (ISESALUD), México	Fundação Philomera Hope, Uganda	Universidade da Califórnia, EUA
Fundação de Saúde da Criança, Gana	Fundação de Saúde de	Bebidas, Camarões	Universidade da Nigéria Nsukka (UNN), Nigéria
Associação Civil Angel Azul, Peru		Pinnacle Health Foundation, Indonésia	Universidade de Sheffield, Reino Unido
Sociedade Civil para a Erradicação da Tuberculose na Nigéria, Nigéria (TB		Pitambara jan kalyan Trust, Índia	Universidade do Zimbábue, Zimbábue
		Fundação Grupo Efeito Positivo, Argentina	EUA Agência para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Estados Unidos
			Universidade Nacional V. N. Karazin Kharkiv, Ucrânia
			Veremsiz Heleja Dogri, Azerbaijão

<p>NETWORK) Sociedade Civil para HIV/AIDS na Nigéria (CiSHAN), Nigéria Sociedade Civil no Controle, Imunização e Nutrição da Malária (ACOMIN), Nigéria Movimento da Sociedade Civil Contra a Tuberculose em Serra Leoa, Serra Leoa Clínica de Doenças Pulmonares, Romênia Club des Amis Damien, República do Congo Coligação da Sociedade Civil Nigéria (CONISOC TB), Nigéria Sociedade Civil no Controle, Imunização e Nutrição da Malária (ACOMIN), Nigéria Coligação de Mulheres Vivendo com HIV e SIDA no Malawi (COWHLA), Malawi Codea, República Democrática do Congo Coletivo de Organizações de Luta contra a Tuberculose e Doenças (COLMTR), Costa do Marfim Faculdade de Agricultura e Zootecnia Bakura Zamfara Estado, Nigéria Comunidades, Alianças e Redes (CAAN), Canadá Advocacia Comunitária Contra a Pobreza, Gana Consórcio Comunitário STPI-Penabulu, Indonésia</p>	<p>Janna, Nigéria Rede Indonésia Positiva, Indonésia Youth Actions Development Solidarity (JADES), França Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), Suíça Organização de Bem-Estar das Mãos Conjuntas, Zimbábue Justice Desenvolvimento e Paz Caritas, Nigéria Karnataka Health Promotion Trust (KHPT), Índia Associação de Tisiopneumologistas do Cazaquistão, Cazaquistão União Cazaquistão de Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV-Kat), Cazaquistão Fundação Kenko, Camarões Kenya Legal & Ethical Issues Network on HIV and AIDS (KELIN), Kenya Kenya Malaria Youth Army, Kenya Cidadãos quenianos 4 Boa governança, Quênia Principais intervenções para desenvolver sistemas e serviços para órfãos e crianças vulneráveis (KIDSS), Camarões Hospital Khadija Mahmood Trust, Paquistão Khmer HIV/AIDS NGO Alliance (KHANA), Camboja</p>	<p>Organização de Socorro à Prevenção do Congo (OCPS), Congo Prakruthi Social Service Society, Índia Fundação Precious Life, Nigéria Prisma, Peru Programa Departamental de Controle da Tuberculose Santa Cruz, Bolívia Programa Provincial de Controle da TB Punjab, Paquistão Psy d'Afrique, República do Congo União Pública para o Desenvolvimento e Bem-Estar, Azerbaijão Punjab Bar Council, Paquistão Pyi Gyi Khin (PGK), Mianmar Quire.ai, Índia REACH Etiópia Rede de Oportunidades Reais, Gana Sociedade do Crescente Vermelho, Azerbaijão Rede Latino-Americana de Acesso a Medicamentos (RedLAM), Argentina Grupo Regional de Peritos em Migração e Saúde (REG), Geórgia Fundação Rekat Peduli, Quênia Rekat Peduli Indonesia (REKAT), Indonesia</p>	<p>Vladimir TB Centre, Rússia Serviços Voluntários de Saúde, Indonésia WACI Health, África do Sul Nós somos TB, Estados Unidos Willing & Caring Hands Foundation (WICAF), Nigéria Rede de Mulheres e Desenvolvimento em Kivu do Norte (REFED-NK), República Democrática do Congo Mulheres com Dignidade, Tanzânia Banco Mundial, Estados Unidos Organização Mundial da Saúde (OMS), Suíça Organização Mundial da Saúde (OMS), escritório Europa, Dinamarca Programa Global de Tuberculose da Organização Mundial da Saúde (OMS), Suíça Iniciativa Youth AID Gana, Gana Fundação para o Desenvolvimento da Juventude (YDF), Camarões Youth Gate Zimbabwe Trust, Zimbabwe Zatumbi Entertainment Youth Group, Quênia Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV no Zimbábue, Zimbábue</p>
--	--	--	--

Os nomes das organizações foram sorteados a partir das respostas da pesquisa e da entrevista. Entradas duplicadas foram removidas. As redes/capítulos de países de organizações globais são listadas e contadas como um coletivo. Os autores deste relatório pedem desculpas por quaisquer erros.

Referências

1. Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Luta contra a Tuberculose. 2018. <https://www.who.int/publications/m/item/political-declaration-of-the-un-general-assembly-high-level-meeting-on-the-fight-against-tuberculosis>.
2. Transformando nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. 2015. <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>.
3. Estratégia da OMS para acabar com a TB. Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2015. http://www.who.int/tb/post2015_strategy/en/.
4. Plano Global para Acabar com a TB 2016–2020. Stop TB Partnership, Genebra. <https://www.stoptb.org/global-plan-to-end-tb-2016-2020-1> Nota O Plano foi posteriormente revisado à luz da Declaração Política da UNHLM sobre TB de 2018.
5. Relatório Global da OMS sobre a Tuberculose. Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2022. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>.
6. O Plano Global para Acabar com a TB 2023–2030. Parceria Stop TB 2022. <https://omnibook.com/view/dc664b3a-14b4-4cc0-8042-ea8f27e902a6>
<https://omnibook.com/embedview/dc664b3a-14b4-4cc0-8042-ea8f27e902a6/en>.
7. Uma divisão mortal: compromissos de TB versus realidades de TB. Stop TB Partnership, Genebra. 2020. <https://www.stoptb.org/deadly-divide-tb-commitments-vs-tb-realities-final-report-english>.
8. Citro B, Lyon E, Mankad M, Pandey KR, Gianella C. Desenvolvendo uma abordagem baseada em direitos humanos para a tuberculose. 2016. 18(1): 1–7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5070676/>.
9. As palavras importam: Linguagem e uso sugeridos para comunicações sobre tuberculose. Stop TB Partnership, Genebra. 2022. <https://www.stoptb.org/words-matter-language-guide>.
10. Citro B, Soltan V, Malar J, et al. Construindo as evidências para uma resposta à tuberculose baseada em direitos, centrada nas pessoas e transformadora de gênero: uma análise da comunidade, direitos e avaliação da tuberculose de gênero da Stop TB Partnership. *Direitos da Saúde* 2021; 23(2): 253–67. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8694305/>.
11. Relatório de Pipeline 2022. Diagnóstico da Tuberculose. Treatment Action Group, Nova Iorque. <https://www.treatmentactiongroup.org/resources/pipeline-report/2022-pipeline-report/>.
12. Comunicação rápida da OMS: testes cutâneos baseados em antígeno da TB para o diagnóstico da infecção tuberculosa. Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UCN-TB-2022.1>.
13. Diretrizes consolidadas da OMS sobre tuberculose: módulo 2: rastreamento: rastreamento sistemático da doença tuberculosa. Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022676>.
14. Relatório global da OMS sobre prevenção e controle de infecções: Resumo executivo. Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/354553>.
15. Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, Adato M, Petticrew M, Porter JDH. Os Determinantes Sociais da Tuberculose: Da Evidência à Ação. *American Journal of Public Health* 2011;101(4): 654–62. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3052350/>.
16. Diretrizes consolidadas da OMS sobre tuberculose. Módulo 3: Diagnóstico – atualização do diagnóstico rápido para detecção de tuberculose 2021. Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029415>.
17. Dorman SE, Nahid P, Kurbatova EV, et al. *N Engl J Med* 2021; 384(18): 1705–18. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2033400>.
18. OMS Tratamento da tuberculose suscetível a medicamentos: comunicação rápida. Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240028678>.
19. Diretrizes consolidadas da OMS sobre tuberculose: módulo 4: tratamento: tratamento da tuberculose suscetível a medicamentos. Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240048126>.
20. Ghazy RM, El Saeh HM, Abdulaziz S, et al. Uma revisão sistemática e metanálise dos custos catastróficos incorridos por pacientes com tuberculose. *Relatórios Científicos* 2022; 12(1): 558. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8752613/>.
21. Shaw JA, Allwood BW. Doença pulmonar pós-tuberculose: Expondo o elefante na sala. *Afr J Thorac Crit Care Med* 2021; 27(2): 10.7196/AJTCCM.2021.v27i2.150. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8327676/>.
22. Cáceres G, Calderon R, Ugarte-Gil C. Tuberculose e comorbidades: desafios do tratamento em pacientes com diabetes mellitus e depressão comórbida. *Ther Adv Infect Dis* 2022; 9: 20499361221095831-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9130847/>.
23. Tuberculose e HIV. UNAIDS. 2022. <https://www.unaids.org/en/resources/infographics/tuberculosis-and-hiv>.
24. A OMS consolidou diretrizes sobre tuberculose. Módulo 4: tratamento - tratamento da tuberculose resistente a medicamentos, atualização 2022. Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063129>.
25. DR-TB Drogas sob o microscópio, 8ª Edição. Acesse a Campanha. Médicos sem Fronteiras. 2022. <https://www.msfaaccess.org/dr-tb-drugs-under-microscope-8th-edition>.
26. Mukunth V. Explicado | A bedaquilina, a luta antituberculose da Índia e uma batalha de patentes. *O Hindu*. 25 de março de 2023. <https://www.thehindu.com/sci-tech/health/bedaquiline-drug-resistant-tuberculosis-patent-law-safety/article66657638.ece>.
27. Manual operacional da OMS sobre tuberculose: módulo 5: manejo da tuberculose em crianças e adolescentes. Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240046832>.

28. Reuter A, Hughes J, Furin J. Desafios e controvérsias na tuberculose infantil. *The Lancet* 2019; 394(10202): 967-78. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31526740/>
29. Monitoramento Global da AIDS. UNAIDS. 2022. <https://www.unaids.org/en/global-aids-monitoring>.
30. Noubiap JJ, Nansseu JR, Nyaga UF, et al. Prevalência global de diabetes na tuberculose ativa: uma revisão sistemática e meta-análise de dados de 2,3 milhões de pacientes com tuberculose. *Lancet Glob Saúde* 2019; 7(4): e448-e60. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30819531/>
31. Comorbidades entre tuberculose e transtornos mentais comuns: uma revisão de escopo de padrões epidemiológicos e intervenções de cuidado centradas na pessoa de países de baixa a média renda e BRICS. *Doenças Infecciosas da Pobreza* 2020;9(1): 4. <https://idjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-019-0619-4>
32. Ehrlich R, Akugizibwe P, Siegfried N, Rees D. Associação entre exposição à sílica, silicose e tuberculose: revisão sistemática e metanálise. *BMC Saúde Pública* 2021; 21(1): 953. <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10711-1>
33. Sinha P, Lönnroth K, Bhargava A, et al. Alimento para a reflexão: abordando a desnutrição para acabar com a tuberculose. *Lancet Infect Dis* 2021; 21(10): e318-e25. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8458477/>
34. Marais BJ, Lönnroth K, Gramado SD, et al. Comorbidade tuberculose com doenças transmissíveis e não transmissíveis: integrando serviços de saúde e ações de controle. *The Lancet Doenças Infecciosas* 2013; 13(5): 436-48. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23531392/>
35. Quadro da OMS para a ação colaborativa sobre tuberculose e comorbidades. Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055056>.
36. Salomon A, Lei S, Johnson C, et al. Intervenções para melhorar a ligação ao longo das cascatas de atenção HIV-tuberculose em países de baixa e média renda: uma revisão sistemática e metanálise. *PloS um* 2022; 17(5): e0267511. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0267511>
37. Combater as comorbidades e enfrentar a TB em populações vulneráveis. Organização Mundial da Saúde, Genebra. <https://www.who.int/activities/tackling-comorbidities-and-addressing-tb-in-vulnerable-populations>.
38. Engajando prestadores de serviços privados de saúde no cuidado e prevenção da TB: uma análise da paisagem, segunda edição. Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333886>.
39. Koura KG, Harries AD, Fujiwara PI, et al. *Int J Pulmão Tubérculo Dis* 2020; 24(8): 863-5. <https://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtd/2020/0000024/0000008/art00020>
40. Destruição e devastação: um ano de ataque da Rússia ao sistema de saúde da Ucrânia. Atrocidades (eyeWitness), Insecurity Insight, Media Initiative for Human Rights (MIHR), Physicians for Human Rights (PHR) e Ukrainian Healthcare Center (UHC). 2023. <https://phr.org/wp-content/uploads/2023/02/REPORT-Destruction-and-Devastation-Ukraine-Feb-21-2023-ENG-WebOptimized.pdf>.
41. Modelo de Listas de Medicamentos Essenciais da OMS. Organização Mundial da Saúde, Genebra. <https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/essential-medicines-lists>.
42. UNHLM sobre as principais metas e compromissos da TB para 2022. Stop TB Partnership, Genebra. <https://www.stoptb.org/advocacy-and-communications/unhlm-tb-key-targets-and-commitments>.
43. Financiar as Comunidades de TB e a Sociedade Civil. Stop TB Partnership, Genebra. <https://www.stoptb.org/prioritize-people-human-rights-gender/fund-tb-communities-civil-society>.
44. Comunidades, Direitos e Gênero. Stop TB Partnership, Genebra. <https://www.stoptb.org/prioritize-people-human-rights-gender/communities-rights-and-gender-crg>.
45. Ferramentas para apoiar as comunidades, os direitos e as respostas de gênero à TB. Stop TB Partnership, Genebra. <https://www.stoptb.org/communities-rights-and-gender-crg/tools-to-support-communities-rights-and-gender-tb-responses>.
46. TB Ferramenta de Avaliação do Estigma. Stop TB Partnership, Genebra. <https://www.stoptb.org/tb-stigma/tb-stigma-assessment-tool>.
47. Ferramentas de monitorização lideradas pela comunidade. Stop TB Partnership, Genebra. <https://www.stoptb.org/tb-stigma/tb-stigma-assessment-tool>.
48. Comunidade, Direitos e Gênero. O Fundo Global, Genebra. <https://www.theglobalfund.org/en/funding-model/throughout-the-cycle/community-rights-gender/>.
49. Delegações do Conselho de Administração e Círculos Eleitorais. Stop TB Partnership, Genebra. <https://www.stoptb.org/board/board-delegations-constituencies>.
50. Grupo de Trabalho da Sociedade Civil da OMS sobre TB: envolvimento com a sociedade civil como motor da mudança. Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2020. <https://www.who.int/groups/civil-society-task-force-on-tb>.
51. Mecanismo de Desafio para a Sociedade Civil. Stop TB Partnership, Genebra. <https://stpglobalcrg.org/>.
52. Atualização da Iniciativa Estratégica de Engajamento da Comunidade. O Fundo Global, Genebra. 2022. https://www.theglobalfund.org/media/12138/crg_2022-06-strategicinitiative_update_en.pdf.
53. Anúncio da delegação das Comunidades ao membro do Conselho de Administração e suplente da Unitaids. Rede Global de Pessoas Vivendo com HIV, Holanda. 2022. <https://gnpplus.net/latest/news/announcement-of-communities-delegation-board-and-alternate-board-member>.
54. Iniciativa Estratégica para Encontrar as Pessoas Desaparecidas com TB. Stop TB Partnership, Genebra. <https://www.stoptb.org/news/strategic-initiative-to-find-missing-people-with-tb>.
55. Perfis nacionais, regionais e globais. Relatório Global de Tuberculose da OMS. Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2022. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>.
56. Barreiras sociais ao acesso a um serviço de TB de qualidade: populações-chave de TB, ambiente legal e avaliação de gênero. Stop TB Partnership, Genebra. 2020. [stoptb.org/assets/documents/communities/CRG/TB%20CRG%20Assessment%20Indonesia.pdf](https://www.stoptb.org/assets/documents/communities/CRG/TB%20CRG%20Assessment%20Indonesia.pdf).
57. Cordas O, Martinez L, Warren JL, et al. Incidência e prevalência de tuberculose em populações encarceradas: revisão sistemática e metanálise. *The Lancet Saúde Pública* 2021; 6(5): e300-e8.
58. Velen K, Charalambous S. Tuberculose nas prisões: uma sentença não intencional? *The Lancet Saúde Pública* 2021; 6(5): e263-e4. [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00049-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00049-9/fulltext)
59. Basu S, Stuckler D, Gonsalves G, Lurie M. A produção do consumo: abordando o impacto da mineração mineral sobre a tuberculose no sul da África. *Globalização e Saúde* 2009;5(1): 11. <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-5-11>

60. Baleta A. Declaração da África Austral visa a TB no sector mineiro. *The Lancet* 2012; 380(9849): 1217-8. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61698-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61698-5/fulltext)
61. Hick S. A Peste Duradoura: Como a Tuberculose nas Comunidades Indígenas Canadenses é Emblemática de um Maior Fracasso na Igualdade na Saúde. *J Epidemiol Glob Saúde* 2019; 9(2): 89-92. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7310753/>
62. Canadian Tuberculosis Standards – 8ª Edição. 2022. <https://www.tandfonline.com/toc/ucts20/6/sup1>.
63. Dunn JL, Larocque M, Van Dyk D, et al. Capítulo 12: Um guia introdutório ao cuidado da tuberculose para melhorar a competência cultural para profissionais de saúde e profissionais de saúde pública que atendem aos povos indígenas do Canadá. *Jornal Canadense de Medicina Respiratória, Intensiva e do Sono* 2022; 6(sup1): 184-93. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/24745332.2022.2041328>
64. Curry JS, Abdelbary B, García-Viveros M, et al. Padrões de migração sul para norte de pacientes com tuberculose diagnosticados na fronteira mexicana com o Texas. *Revista de Saúde do Imigrante e das Minorias* 2022;24(5): 1113-21. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8522865/>
65. Roteiro global para a investigação e o desenvolvimento de vacinas contra a tuberculose. EDCTP, Países Baixos. Abr. 2021. <http://www.edctp.org/publication/global-roadmap-for-research-and-development-of-tuberculosis-vaccines/>.
66. Gupta A, Hughes MD, Garcia-Prats AJ, McIntire K, Hesseling AC. Inclusão de populações-chave em ensaios clínicos de novos tratamentos antituberculose: Barreiras atuais e recomendações para mulheres grávidas e lactantes, crianças e pessoas infectadas pelo HIV. *PLoS Med* 2019; 16(8): e1002882. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/comments?id=10.1371/journal.pmed.1002882>
67. Guglielmetti L, Günther G, Leu C, et al. Acesso à rifapentina na Europa: preocupações crescentes sobre o componente-chave do tratamento da tuberculose. *European Respiratory Journal* 2022;59(5): 2200388. <https://erj.ersjournals.com/content/59/5/2200388>
68. McKenna L, Frick M, Angami K, Dubula V, Furin J, Harrington M, Hausler H, Heitkamp P, Herrea R, Lynch S, Mitnick CD, Moses GK, Ndjeka N, Nyang'wa B, Palazuelos L, Ulysse P, Pai M. A campanha 1/4/6x24 para curar a tuberculose rapidamente. *Medicina da Natureza* 2023; 29(1): 16-7. <https://www.nature.com/articles/s41591-022-02136-z> (ou consulte Grupo de Ação para Tratamento <https://www.treatmentactiongroup.org/1-4-6-x-24>)
69. Kim J, Parque BG, Lim DH, et al. Desenvolvimento e avaliação de um ensaio de amplificação isotérmica mediada por alça multiplex (LAMP) para diferenciação de *Mycobacterium tuberculosis* e micobactéria não tuberculosa em amostras clínicas. *PLoS um* 2021; 16(1): e0244753. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0244753>
70. Rashidi HH, Dang LT, Albahra S, Ravindran R, Khan IH. Aprendizado de máquina automatizado para predição de tuberculose ativa endêmica a partir de dados sorológicos multiplex. *Relatórios Científicos* 2021; 11(1): 17900. <https://www.nature.com/articles/s41598-021-97453-7>
71. Truong CB, Tanni KA, Qian J. Terapia video-observada versus terapia diretamente observada em pacientes com tuberculose. *American Journal of Preventive Medicine* 2022;62(3): 450-8. [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(21\)00570-5/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(21)00570-5/fulltext)
72. Relatório de Avaliação do Sistema de Vigilância Digital da TB. Stop TB Partnership e The Global Fund, Genebra. <https://tbassessment.stoptb.org/>.
73. Monitorização da resposta à tuberculose liderada pela comunidade, utilizando a plataforma digital OneImpact. Stop TB Partnership, Genebra. <https://stoptbpartnershiponeimpact.org/clminvestmentpackage/STP.pdf>.
74. Quadro de Responsabilização Multissetorial da OMS para a TB (MAF-TB): progressos na adaptação e implementação. Organização Mundial da Saúde, Genebra. <https://www.who.int/publications/digital/global-tuberculosis-report-2021/featured-topics/maf-tb>.
75. Global Drug Facility. Stop TB Partnership, Genebra. <https://www.stoptb.org/facilitate-access-to-tb-drugs-diagnostics/global-drug-facility-gdf>.
76. Morin S, Moak HB, Bubb-Humfries O, von Drehle C, Lázaro JV, Burrone E. O impacto econômico e na saúde pública do licenciamento de propriedade intelectual de medicamentos para países de baixa e média renda: um estudo de modelagem. *The Lancet Saúde Pública* 2022; 7(2): e169-e76. [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00202-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00202-4/fulltext)
77. Nyang'wa B-T, Berry C, Kazounis E, et al. Um regime oral de 24 semanas para tuberculose resistente à rifampicina. *New England Journal of Medicine* 2022; 387(25): 2331-43. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2117166>
78. Manual operacional da OMS sobre tuberculose. Módulo 4: tratamento - tratamento da tuberculose resistente a medicamentos, atualização 2022. Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2022: Organização Mundial da Saúde; 2022.
79. Gupta A, Juneja S, Sahu S, et al. Salvamento de vidas, redução de custos: Regimes simplificados inovadores para tuberculose resistente a medicamentos. *PLoS Saúde Pública Global* 2022; 2(11): e0001287. <https://journals.plos.org/globalpublichealth/article?id=10.1371/journal.pgph.0001287>
80. Triagem de mineiros de carvão na zona rural do Paquistão usando Inteligência Artificial e raios-X ultrapotável. Fundação Dopasi. Acabe com a parceria TB. https://www.stoptb.org/sites/default/files/dopasi_pakistan_final.pdf.
81. Acelerando o diagnóstico em moradores de assentamentos informais usando inteligência artificial. PATH, Índia. Qure.ai. Stop TB Partnership, Genebra. <https://www.stoptb.org/ai-powered-computer-aided-detection-cad-software/case-studies>
82. A nova colaboração do Fundo Global, da USAID e da Stop TB Partnership com a Molbio Diagnostics aumentará o acesso a testes moleculares rápidos para TB. O Fundo Global, Genebra. <https://www.theglobalfund.org/en/news/2023-03-09-global-fund-usaid-stop-tb-partnership-molbio-diagnostics-rapid-molecular-tests-tb/>.
83. Avaliação de medicamentos recém-aprovados para TB multirresistente (endTB): um ensaio clínico. Médicos Sem Fronteiras 2022. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02754765>.
84. Avaliação de medicamentos recém-aprovados em esquemas combinados para TB multirresistente com resistência à fluoroquinolona (endTB-Q). Médicos sem Fronteiras. 2022. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03896685>.
85. Construindo evidências para o avanço de um novo tratamento para tuberculose resistente à rifampicina (RR-TB) comparando um curso curto de tratamento (contendo bedaquilina, delamanida e linezolida) com o padrão atual de tratamento sul-africano. Wits Saúde Consórcio (Pty) Ltd 2022. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04062201>.
86. USAID anuncia até US\$ 200 milhões para pesquisa de combate à tuberculose. 2022. <https://www.usaid.gov/news-information/press-releases/aug-04-2022-usaid-announces-200-million-research-combat-tuberculosis>.

87. TB CAB Relatório de Avaliação do Aniversário de 10 Anos 2011-2021. Treatment Action Group, Nova Iorque. 2022. <https://www.treatmentactiongroup.org/publication/tb-cab-10-year-anniversary-evaluation-report-2011-2021-and-podcast/>.
88. Painel de Dados de Vigilância Detalhados da OMS COVID-19. Organização Mundial da Saúde, Genebra. <https://covid19.who.int/>.
89. Relatório Global da OMS sobre Tuberculose. Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>.
90. Global Fund Board comemora o sétimo resultado final recorde de reposição de US\$ 15,7 bilhões. O Fundo Global, Genebra. 2022. <https://www.theglobalfund.org/en/news/2022/2022-11-18-global-fund-board-hails-record-breaking-seventh-replenishment-final-outcome-of-usd15-7-billion/>.
91. Panorama das alocações 2023-2025. O Fundo Global, Genebra. 2023. <https://www.theglobalfund.org/en/updates/2023/2023-01-18-2023-2025-allocations-now-available/>.
92. O Observatório de Saúde Global. Organização Mundial da Saúde, Genebra. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators>.
93. Comunicado: Melhoria do compromisso político e do financiamento da tuberculose para os países africanos de elevada carga de carga. Stop TB Partnership, Genebra. 2022. <https://www.stoptb.org/news/communique-improved-political-commitment-and-financing-tb-high-burden-countries-africa>.
94. A Índia Assume um Forte Compromisso com o Fundo Global. O Fundo Global, Genebra. 2022. <https://www.theglobalfund.org/en/news/2022/2022-11-28-india-makes-strong-commitment-to-global-fund/>.
95. Tendências de financiamento da pesquisa em tuberculose, 2005-2021. Treatment Action Group, Nova Iorque. 2022. <https://www.treatmentactiongroup.org/resources/tbrd-report/tbrd-report-2022/>.
96. Estill J, Islam T, Houben RMGJ, et al. Tuberculose na Região do Pacífico Ocidental: Estimando a carga da doença e o retorno do investimento 2020–2030 em quatro países. *The Lancet Regional Health – Pacífico Ocidental* 2021; 11º.
97. Bola P. A busca desenfreada por vacinas contra a Covid – e o que isso significa para outras doenças. *Natureza* 2021; 589(7840): 16-8. <https://www.nature.com/articles/d41586-020-03626-1>
98. Glassman A, Madan J, Smitham E. O futuro dos gastos globais com saúde em meio a múltiplas crises. Centro para o Desenvolvimento Global, Washington, DC. 2023. <https://www.cgdev.org/publication/future-global-health-spending-amidst-multiple-crises>.
99. G20 Foco no financiamento da TB. Stop TB Partnership, Genebra. 2022. <https://www.stoptb.org/news/g20-focus-tuberculosis-financing>.
100. Micah AE, Bhangdia K, Cogswell IE, et al. Investimentos globais em preparação para pandemias e COVID-19: assistência ao desenvolvimento e gastos domésticos em saúde entre 1990 e 2026. *The Lancet Global Health* 2023;11(3): e385–e413. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(23\)00007-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(23)00007-4/fulltext)
101. Finanças Inovadoras. O Fundo Global, Genebra. <https://www.theglobalfund.org/en/innovative-finance/>.
102. C19RM Atualização mensal da Diretoria. Relatório de novembro a dezembro de 2022. O Fundo Global, Genebra. 2022. <https://www.theglobalfund.org/en/covid-19/monthly-update-to-the-board/>.
103. Lute pelo que conta. Caso de Investimento – Sétima Reposição 2022. O Fundo Global <https://www.theglobalfund.org/en/fight-for-what-counts/>.
104. De volta de Nova York, a luta continua. Fundo Global Advocates Network. 2022. <https://www.globalfundadvocatesnetwork.org/back-from-new-york-the-fight-continues/>.
105. In África, a lacuna de financiamento e a pandemia de COVID-19 estão dificultando a luta contra a TB. Notícias das Nações Unidas. 2022. <https://news.un.org/fr/story/2022/03/1116982>.
106. Painel da tuberculose: Painel interativo do país. Stop TB Partnership, Genebra. <https://dashboards.stoptb.org/country-profile.html>.
107. Plano de Ação Comunidade, Direitos Humanos e Gênero TB. Stop TB Partnership, Genebra. 2020. <http://stoptb.org/assets/documents/communities/CRG/TB%20CRG%20Action%20Plan%20DR%20Congo.pdf>
108. Progressos no sentido da consecução dos objectivos globais em matéria de tuberculose e da implementação da Declaração Política das Nações Unidas sobre a Tuberculose. Organização Mundial da Saúde, Genebra. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343376>.
109. COVID-19 para adicionar até 150 milhões de pobres extremos em 2021. Banco Trabalhado. 2020. <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2020/10/07/covid-19-to-add-as-many-as-150-million-extreme-poor-by-2021>.
110. Rahman M, Ahmed R, Moitra M, et al. *Fronteiras em Psiquiatria* 2021; 11. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.603875/full>
111. Drobniewski F, Keshavjee S. COVID-19 and Tuberculosis—A Global Tale of Hubris and Lessons Unlearned? *Frontiers in Medicine* 2021; 8. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.799640/full>
112. Versfeld A, Malar J, Soltan V, et al. Towards meaningful inclusion of people affected by TB: lessons from the COVID-19 response. *Int J Tuberc Lung Dis* 2022; 26(6): 475-6. <https://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2022/00000026/00000006/art00002>
113. O Fundo para a Pandemia anuncia a primeira rodada de financiamento para ajudar os países a construir resiliência a futuras pandemias. O Banco Mundial. 3 Feb 2023. <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2023/02/03/the-pandemic-fund-announces-first-round-of-funding-to-help-countries-build-resilience-to-future-pandemics>.
114. Cavaleiro GM, Raviglione MC, RG branco. Nenhuma agenda de pesquisa de resistência antimicrobiana sem tuberculose. *The Lancet Saúde Global* 2020; 8(8): e987–e8. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30309-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30309-0/fulltext)
115. Prioridades estratégicas da OMS em matéria de resistência antimicrobiana. Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041387>.
116. Hasan R, Shakoor S, Hanefeld J, Khan M. Integração de programas de controlo da tuberculose e da resistência antimicrobiana. *Bula Órgão Mundial da Saúde* 2018;96(3): 194–200. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5840628/>
117. Banco de Dados Global para Rastreamento de Resistência Antimicrobiana (RAM). Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura, Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente, Organização Mundial da Saúde, Organização Mundial de Saúde Animal, Genebra. <https://amrcountryprogress.org/#/visualization-view>.

118. Sumário da Presidência: Ministros da Saúde do G20. 1º Evento Paralelo do Grupo de Trabalho em Saúde sobre Tuberculose. Anexo 1: Apelo à ação sobre o financiamento da resposta à tuberculose. Grupo de Pesquisa do G20, Bali. 2022. <http://www.g20.utoronto.ca/2022/221028-health.html#fn12>.
119. Relatório Mundial da Saúde 2010. Financiamento dos Sistemas de Saúde: o Caminho para a Cobertura Universal. Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2012. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>.
120. Hogan DR, Stevens GA, Hosseinpoor AR, Boerma T. Monitoramento da cobertura universal de saúde dentro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: desenvolvimento e dados de linha de base para um índice de serviços essenciais de saúde. *The Lancet Global Health* 2018; 6(2): e152–e68. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30472-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30472-2/fulltext)
121. Reid M, Roberts G, Goosby E, Wesson P. Monitorando a Cobertura Universal de Saúde (UHC) em países de alta carga de tuberculose: a mortalidade por tuberculose um importante traçador da cobertura de serviços de UHC. *PloS um* 2019; 14(10): e0223559–e. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0223559>
122. USAID anuncia iniciativa para acesso global a vacinas (VAX global) para acelerar o acesso a vacinas e assistência de entrega em todo o mundo. USAID, Washington, DC. 2021. <https://www.usaid.gov/news-information/press-releases/dec-06-2021-usaid-announces-initiative-global-vaccine-access-global-vax-accelerate-vaccine-access-and-delivery-assistance-around-world>.
123. USAID anuncia iniciativa para acesso global a vacinas (VAX global) para acelerar o acesso a vacinas e assistência de entrega em todo o mundo. USAID, Washington, DC. 2021. <https://healthreporters.info/escalating-keke-initiative-to-fight-tb/>.
124. Prestação inovadora de serviços comunitários de TB durante a pandemia de COVID-19. Melhores práticas e lições aprendidas do Camboja, Índia, Indonésia e Quênia. Coalizão Global de Ativistas da TB e Fundo Global. 2022. https://www.gctacommunity.org/?page_id=11208.
125. Inovações programáticas para enfrentar os desafios na prevenção e cuidados da tuberculose durante a pandemia COVID-19. Compêndio de estudos TB/COVID-19. Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2021. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/covid-19/compendium>.
126. A UHC que queremos. Uma declaração de posição do "caucus de cobertura universal de saúde da comunidade Ásia-Pacífico e da sociedade civil" convocado pela rede de defensores do fundo global Ásia-Pacífico (GFAN AP) e organizado pela APCASO. 2017. https://drive.google.com/drive/u/0/folders/141tM9xlQEmXmCziYbksi1bHRXl1x8C_9t
127. Evolução da UHC no Chade. Cartão Nacional de Dinâmica UHC. P4H Proteção Social à Saúde Newtork. https://p4h.world/en/national_uhc_dynamics_card_chad.
128. Quadro de Responsabilização Multissetorial da OMS para TB (MAF-TB). Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2019. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-TB-2019.10>.
129. Chin DP, Hanson CL. *J Infect Dis* 2017; 216(suppl_7): S675–s8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5853462/>
130. O Advocacy da TB Campiagn no G20. Bancada Global da TB. <https://www.globaltbcaucus.org/g20>.
131. A Declaração de Monitoramento Liderada pela Comunidade de TB de Bangkok "Transformando a Resposta à TB de forma colaborativa para alcançar todas as pessoas afetadas pelo TB. OnelImpact – Monitoramento liderado pela comunidade para TB". Declaração de Posição Conjunta e Apelo de Solidariedade Global das Comunidades de TB a todas as Partes Interessadas em TB. Stop TB Partnership, Banguécoque. 1 de novembro de 2022. <https://stoptbpartnershioneimpact.org/statement/v1/>.
132. Declaração de Barcelona. *Caucus Global TB* 2021. <https://www.globaltbcaucus.org/get-involved>
133. Ramírez-Koctong O, Colorado A, Cruzado-Castro L, Marin-Samanez H e Lecca L. Observatórios sociais nacionais e regionais sobre tuberculose em oito países da América Latina e Caribe *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:E163. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.163>.
134. Cadre de responsabilisation multisectoriel pour progresser plus vite en vue de mettre fin a la tuberculose (CRM-TB). Report Evaluation de Base Afrique Francophone. 2021. <https://drafftb.org/rapport-evaluation-de-base-maf-tb-de-loms-en-afrique-francophone/>.
135. Relatório Global de Tuberculose da OMS. Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>.
136. Djibouti – Relatório Anual por País 2021. Programa Mundial de Alimentos. <https://www.wfp.org/countries/djibouti>.
137. Kasaeva T, Dias HM, Pai M. Progresso acelerado para acabar com a TB: oportunidades de alto nível para investimento e ação. *Lancet* 2023; 401(10381): 975–8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36958358/>.
138. Padrão da OMS: acesso universal ao diagnóstico rápido da tuberculose. Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2023. Disponível em: https://hq_globaltuberculosisprogramme.cmail19.com/t/d-l-zkkihkhk-ihkktiktij-j/.



Stop TB Partnership
Affected Community
& Civil Society Delegations
Chemin du Pommier 40
1218 Le Grand-Saconnex,
Geneva, Switzerland