

Desenvolvendo Evidências para uma Resposta à Tuberculose com Base em Direitos, Gênero e Centrada nas Pessoas: Uma avaliação do departamento de Comunidade, Direitos e Gênero da Stop TB Partnership

Brian Citro, Viorel Soltan, James Malar, Thandi Katlholo, Caoimhe Smyth, Ani Herna Sari, Olya Klymenko y Maxime Lunga

Resumo

A resposta global à tuberculose passou por uma transformação nos últimos anos. Apelos por uma mudança de paradigma inspiraram um novo foco na importância das comunidades, dos direitos humanos e do gênero na resposta. Esse foco propiciou novas abordagens e ferramentas inovadoras para combater uma doença antiga que ainda afeta milhões de pessoas por ano. Entre essas ferramentas, destaca-se a análise do departamento de Comunidade, Direitos e Gênero (CDG) da Stop TB Partnership. A sociedade civil e grupos comunitários de tuberculose, em parceria com programas nacionais de tuberculose e outros, realizaram uma avaliação relacionada à CDG em 20 países e quatro regiões. Usando a estrutura normativa do direito à saúde, este artigo analisa a base de evidências gerada por essa avaliação, a fim de entender as comunidades, ambientes legais e dinâmicas de gênero no centro da epidemia. Ele descreve uma série de questões reveladas pelos resultados da avaliação, incluindo acesso limitado a serviços de saúde, discriminação baseada em doenças, ausência de proteção à privacidade e o impacto das normas patriarcais sobre as mulheres com tuberculose. Por fim, este artigo considera como fortalecer a avaliação da CDG e como os países afetados pela tuberculose e seus doadores e parceiros técnicos podem alavancar suas descobertas de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e com a declaração política da primeira Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre Tuberculose.

Brian Citro, BM, JD, é advogado de direitos humanos e pesquisador independente, em Chicago, Estados Unidos.

Viorel Soltan, MPH, MBA, PhD, é chefe de apoio nacional e à comunidade para impacto na Stop TB Partnership, em Genebra, Suíça. James Malar, LLB, BSocSC, LLM, é diretor de programas comunitários, direitos e gênero na Stop TB Partnership, em Genebra, Suíça.

Thandi Katlholo, BSc (Hons), MPH, é diretora de programas na Stop TB Partnership, em Genebra, Suíça.

Caoimhe Smyth, MA, MSc, é diretora de programas comunitários, direitos e gênero na Stop TB Partnership, em Genebra, Suíça.

Ani Herna Sari, SIP, MMedKom, é doutoranda em ciências sociais na Universidade de Airlangga e sobrevivente da tuberculose, em Surabaya, Indonésia.

Olya Klymenko, BSc, é presidente da TBpeople Ukraine, membro da Delegação Comunitária da Stop TB Partnership e sobrevivente da tuberculose, em Kiev, Ucrânia.

Maxime Lunga, BDD, é presidente do Club des Amis Damien, membro da Delegação Comunitária da Stop TB Partnership e sobrevivente da tuberculose, na República Democrática do Congo.

Encaminhe quaisquer correspondências para Brian Citro. E-mail: bricitro@gmail.com. Conflito de interesses: nenhum declarado.

Copyright © 2021 Citro, Soltan, Malar, Katlholo, Smyth, Herna Sari, Klymenko e Lunga. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), que permite uso, distribuição e reprodução não comercial irrestrito em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Introdução

A resposta à epidemia global de tuberculose passou por uma transformação nos últimos anos. Apelos por uma mudança de paradigma inspiraram um novo foco na importância das comunidades, dos direitos humanos e do gênero.¹ Esse foco propiciou novas abordagens e ferramentas inovadoras para combater uma doença antiga. Entre elas, destaca-se a análise da comunidade, dos direitos e do gênero (CDG), desenvolvida pela Stop TB Partnership (STP), a parceria global das Nações Unidas (ONU) para acabar com a tuberculose.² Outras incluem a iniciativa Breaking Down Barriers do Fundo Global e o OneImpact Community-Led Monitoring Framework da STP.³

A análise da CDG é uma ferramenta de pesquisa qualitativa que prioriza as experiências e a participação das comunidades afetadas pela tuberculose, incluindo populações-chave vulneráveis à tuberculose. As populações-chave vulneráveis à tuberculose são grupos com maior risco de contrair tuberculose ou que não têm acesso aos serviços de saúde devido a fatores biológicos, comportamentais, sociais ou de infraestrutura. A análise da CDG também questiona e destaca a importância dos direitos humanos, da lei e do gênero na resposta à tuberculose. A sociedade civil e grupos comunitários de tuberculose, em parceria com programas nacionais de tuberculose e outros, realizaram essa avaliação em 20 países e quatro regiões.

O objetivo geral deste artigo é examinar as evidências geradas pela análise da CDG para entender melhor as comunidades, ambientes jurídicos e dinâmicas de gênero no centro da epidemia de tuberculose. O artigo primeiramente descreve o contexto e os antecedentes da epidemia global de tuberculose e da sua resposta, destaca o recente surgimento do foco na comunidade, nos direitos humanos e no gênero e explica a ferramenta de avaliação da CDG. Em seguida, o artigo apresenta a metodologia para a análise das descobertas das avaliações da CDG. Então, ele usa a estrutura normativa do direito à saúde para analisar os resultados da avaliação a partir de 20 países, identificando e descrevendo uma série de problemas e desafios em comum. Por fim, este artigo considera como fortalecer a análise da CDG e como os países afetados pela tuberculose e seus doadores e parceiros técnicos podem alavancar suas descobertas para acabar com a tuberculose até 2030, de acordo com a declaração política da primeira Reunião de Alto Nível da ONU sobre Tuberculose e outros planos globais.

Contexto e embasamento

A tuberculose é tanto evitável quanto curável. No entanto, ela é uma das principais causas de morte no mundo.⁴ Em 2020, cerca de 10 milhões de pessoas contraíram tuberculose e mais de 1,5 milhão morreram — mais de 4.000 pessoas por dia (1,3 milhão de mortes ocorreram entre pessoas com HIV-negativo; 214.000 mortes ocorreram entre pessoas vivendo com o HIV).⁵ Mais de quatro milhões de pessoas que adoeceram com tuberculose — mais de 40% da incidência da doença em 2020 — foram "perdidas", o que significa que os programas nacionais de tuberculose não as identificaram.⁶ Embora alguns desses "milhões de perdidos" possam obter testes e tratamento no setor privado, muitos não são diagnosticados e não recebem o devido tratamento. Pessoas com tuberculose ativa que não são diagnosticadas e não recebem tratamento contribuem para a disseminação da doença.

A carga global de tuberculose é distribuída de forma desigual ao redor do mundo. Quase 70% de todas as pessoas que adoeceram com TB em 2020 estavam no Sudeste Asiático (43%) e na África (25%), regiões estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).⁷ Nesses países, incluindo nações ricas com baixas taxas de incidência, muitas vezes as pessoas mais vulneráveis, como as pessoas em situação de rua, migrantes e minorias raciais e étnicas, correm um maior risco de contrair tuberculose do que outros.⁸

A pandemia de COVID-19 teve um impacto devastador na resposta à tuberculose. Em maio de 2020, um consórcio de pesquisadores liderado pela Stop TB Partnership estimou que as medidas de prevenção de COVID-19 poderiam levar a mais 1,4 milhão de mortes por tuberculose entre 2020 e 2025.⁹ Em março de 2021, a Stop TB Partnership informou que os números de detecção de tuberculose e registros para tratamento em nove países que respondem por 60% da carga global de tuberculose caíram durante a pandemia em 2020 para níveis não vistos desde 2008, representando um declínio de 12 anos de progresso.¹⁰ No seu *Relatório Global de Tuberculose* de 2021, a OMS informou que, embora a incidência global da doença tenha permanecido praticamente a mesma de 2019, houve uma queda alarmante em 2020 no número de pessoas recém-diagnosticadas com tuberculose e registradas nos seus respectivos sistemas de saúde — de 7,1 milhões em 2019 para 5,8 milhões em 2020.¹¹

Isso significa que, em comparação com 2019, mais de um milhão de pessoas que adoeceram com tuberculose no ano passado provavelmente não foram diagnosticadas, representando um declínio de 18% que significa oito anos em relação ao nível de 2012.¹² A OMS também relatou um aumento nas mortes por tuberculose de 2019 a 2020 pela primeira vez em 15 anos, diminuindo quatro anos para o nível de mortes de 2017.¹³

Planos e metas globais para acabar com a tuberculose

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a Estratégia da OMS para Acabar com a Tuberculose e a Declaração de Moscou para Acabar com a Tuberculose e o Plano Global da STP para Acabar com a Tuberculose estabelecem marcos, metas e compromissos globais para acabar com a epidemia de tuberculose.¹⁴ O Plano Global para Acabar com a tuberculose, por exemplo, pede uma "mudança de paradigma" e estabelece três metas centradas nas pessoas: alcançar pelo menos 90% de todas as pessoas que precisam de tratamento e prevenção contra a tuberculose, alcançar pelo menos 90% das pessoas de populações-chave vulneráveis à tuberculose, e alcançar pelo menos 90% de sucesso do tratamento entre as pessoas diagnosticadas com tuberculose ou aquelas que são elegíveis para realizar tratamento preventivo.¹⁵

Em 2018, a Assembleia Geral da ONU realizou a primeira reunião de alto nível sobre tuberculose. A reunião produziu uma declaração política pela qual os Chefes de Estados membros da ONU se comprometeram com um conjunto de metas ambiciosas para acabar com a tuberculose até 2030.¹⁶ De acordo com os ODS, a declaração política da Reunião de Alto Nível da ONU sobre Tuberculose estabelece uma meta global de tratar 40 milhões de pessoas com tuberculose até 2022.¹⁷ A declaração também compromete os países a priorizar comunidades, direitos humanos e gênero em suas respostas nacionais às doenças. Entre outras coisas, os países se comprometeram a proteger e a promover o direito à saúde e o acesso a medicamentos a preços acessíveis, apoiar o fim do estigma e discriminação da tuberculose, aumentar o apoio psicossocial para pessoas com tuberculose, facilitar a participação significativa das populações-chave vulneráveis à tuberculose, fortalecer a igualdade de gênero e garantir a colaboração multissetorial e a responsabilização em suas respostas à doença.¹⁸

Metodologia

Este artigo utiliza o marco normativo do direito à saúde para analisar as conclusões das 20 avaliações da CDG listadas abaixo na Tabela 1.

A avaliação da CDG

A Stop TB Partnership começou a desenvolver a avaliação da CDG em 2015, por meio de uma série de workshops globais envolvendo pessoas afetadas pela tuberculose, especialistas técnicos e representantes de grupos da sociedade civil e programas nacionais de tuberculose. A avaliação da CDG é um componente de um conjunto de iniciativas na Stop TB Partnership que promovem a comunidade, os direitos humanos e o gênero nas respostas à tuberculose. Isso inclui o OnImpact Community-Led Monitoring Framework, o aplicativo móvel OnImpact que coleta dados em tempo real sobre violações de direitos humanos e barreiras aos serviços contra tuberculose, e o Challenge Facility for Civil Society, um pequeno mecanismo de doações que apoia a sociedade civil e grupos comunitários afetados pela tuberculose.¹⁹

A avaliação da CDG é um processo participativo multissetorial que compreende quatro etapas principais: (1) início, adaptação do protocolo de avaliação e coleta de dados secundários; (2) treinamento e coleta de dados primários; (3) análise de dados, validação e redação de relatórios; e (4) divulgação e planejamento de ações.²⁰ A sociedade civil e grupos comunitários lideram o processo com o apoio da STP e de especialistas técnicos. Em cada país, a avaliação da CDG é sancionada e apoiada pelo programa nacional de tuberculose,

e os pesquisadores obtêm autorizações éticas quando necessário, de acordo com os padrões nacionais relevantes. O escopo geográfico da avaliação é tipicamente nacional, com foco adicional em importantes jurisdições subnacionais, como grandes cidades ou estados, ou jurisdições com alto nível de incidência de tuberculose.

A coleta de dados secundários na avaliação da CDG envolve uma revisão documental da literatura de saúde pública e ciências sociais e pesquisa jurídica e política. A coleta de dados primários compreende métodos de pesquisa qualitativa, incluindo entrevistas, discussões de grupos focais e pesquisas.

A avaliação da CDG integra três ferramentas anteriormente separadas: o Data for Action Framework for Tuberculosis Key, Vulnerable and Underserved Populations; a Gender Assessment Tool for National HIV and TB Responses; e a Tuberculosis Legal Environment Assessment. Dos 20 países considerados neste artigo, 14 realizaram a avaliação integrada da CDG e seis utilizaram ferramentas separadas. A Tabela 1 lista os países, as ferramentas que cada país implementou e o nome das organizações responsáveis pela implementação. A United States Agency for International Development (USAID) e o Fundo Global forneceram apoio financeiro para as 20 avaliações.

Tabela 1. Regiões, países, organizações implementadoras e anos das 20 avaliações da CDG

África	Europa Oriental e Ásia Central
1. Benin (IA 2020), <i>COBCUS</i> 2. Camarões (IA 2020), <i>FIS Cameroon</i> 3. República Democrática do Congo (IA 2018), <i>Club des Amis Damien</i> 4. Quênia (GA 2018, KVP 2018, LEA 2018), <i>KELIN</i> 5. Moçambique (IA 2020), <i>AMIMO</i> 6. Níger (IA 2020), <i>SongES Niger</i> 7. Nigéria (GA 2019, KVP 2019, LEA 2018), <i>Communication for Development Centre, Clínica Internacional de Direitos Humanos da Faculdade de Direito da Universidade de Chicago</i> 8. África do Sul (IA 2019), <i>TB HIV Care</i> 9. Tanzânia (GA 2019, KVP 2018, LEA 2017), <i>EANNASO</i>	13. Geórgia (IA 2020), <i>New Vector, PAS Center</i> 14. Cazaquistão (IA 2020), <i>Kazakh Union of People Living with HIV, PAS Center</i> 15. Quirguistão (GA 2016, LEA 2016), <i>Samanta Sokolowski, Nonna Turusbekova</i> 16. Tadjiquistão (IA 2020), <i>Gender and Development, Canadian HIV/AIDS Legal Network</i> 17. Ucrânia (GA 2018, KVP 2018, LEA 2018), <i>Alliance for Public Health, Stop TB Partnership, Programa de Desenvolvimento da ONU</i>
Sul da Ásia	Sudeste da Ásia
10. Bangladesh (IA 2018), <i>BRAC</i> 11. Índia (GA 2018, KVP 2018, LEA 2018), <i>REACH</i> 12. Paquistão (IA 2018), <i>APLHIV Pakistan</i>	18. Camboja (GA 2017, KVP 2017), <i>KHANA</i> 19. Indonésia (IA 2020), <i>Spiritia Foundation</i> 20. Filipinas (IA 2019), <i>ACHIEVE</i>

Observação: IA = avaliação integrada da CDG; GA = instrumento de avaliação de gênero para respostas nacionais ao HIV e à tuberculose; PCV = dados para estrutura de ação para populações-chave, vulneráveis e carentes com tuberculose; LEA = avaliação do ambiente legal da tuberculose. Os anos referem-se ao ano em que cada relatório nacional foi publicado. Os nomes em itálico são das organizações ou indivíduos que realizaram as avaliações.

Marco do direito à saúde

O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos enfatizou o papel da estrutura do direito à saúde no "alinhamento da lei e da política com os direitos humanos, operacionalizando a promessa de não deixar ninguém para trás [e promovendo] a responsabilização e a participação" para alcançar os ODS relacionados à saúde.²¹ O conteúdo da estrutura do direito à saúde deriva do artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e do Comentário Geral 14 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o órgão que monitora a implementação do pacto por parte dos Estados.²² O mandato do Relator Especial da ONU sobre o direito de todos ao mais alto padrão atingível de saúde física e mental também gera relatórios e outros materiais que contribuem para o desenvolvimento normativo da

estrutura do direito à saúde.²³ Acadêmicos, instituições internacionais, a sociedade civil e grupos comunitários também contribuíram para o desenvolvimento conceitual de uma abordagem da tuberculose baseada nos direitos humanos, aplicando e ampliando o marco do direito à saúde estabelecido no direito internacional. Em 2000, a Stop TB Partnership, então acolhida pela OMS, identificou "estabelecer a tuberculose como uma questão de direitos humanos" como o desafio número um para o ano seguinte e divulgou uma orientação normativa sobre uma abordagem baseada em direitos para a doença.²⁴ Nos anos que se seguiram, acadêmicos e médicos ainda examinaram e debateram sobre o papel dos direitos humanos na resposta à tuberculose.²⁵ Em 2016, este periódico publicou uma seção especial sobre a tuberculose e o direito à saúde, em que estudiosos consideraram o acesso a novos medicamentos para tuberculose multirresistente, a detenção de pessoas com a doença e tuberculose em populações vulneráveis, entre outras questões.²⁶ Em 2019, o TBpeople, um grupo global de pessoas com tuberculose, divulgou a Declaração dos Direitos das Pessoas com tuberculose com o apoio da STP.²⁷ Em 2020, a Coalizão Global de Ativistas da tuberculose, em parceria com a Northwestern Pritzker School of Law e com a STP, publicou um resumo técnico para legisladores e implementadores de programas intitulado *Como Acionar uma Resposta à Tuberculose Baseada nos Direitos Humanos*.²⁸

Este artigo baseia-se em sete dimensões da estrutura do direito à saúde: (1) disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade (DAAQ); (2) não discriminação e igualdade de tratamento; (3) liberdades relacionadas à saúde; (4) perspectiva de gênero; (5) grupos vulneráveis e marginalizados; (6) participação; e (7) remediações e responsabilidade.

Os direitos consagrados no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, incluindo o direito à saúde, geralmente estão sujeitos a realização progressiva devido às limitações de recursos dos Estados.²⁹ Isso significa que os estados não são legalmente obrigados a realizar imediatamente o direito à saúde de forma integral. Ao invés disso, eles devem "tomar medidas... ao máximo dos [seus] recursos disponíveis" para realizar progressivamente o direito à saúde "por todos os meios apropriados, incluindo... a adoção de medidas legislativas".³⁰ Apesar da obrigação de realização progressiva, o direito à saúde impõe aos Estados certas obrigações que têm efeito imediato. Isso inclui as obrigações de garantir que o direito seja desfrutado igualmente por todos, sem discriminação de qualquer tipo, e de tomar medidas "deliberadas, concretas e direcionadas" para a plena realização do direito.³¹

A dimensão DAAQ da estrutura do direito à saúde abrange o direito a instalações, bens e serviços de saúde física e mental que estejam disponíveis, acessíveis, aceitáveis e de boa qualidade. A disponibilidade exige que essas instalações, bens e serviços estejam disponíveis em "quantidade suficiente" no país.³² A acessibilidade inclui a ausência de discriminação e acessibilidade física, econômica e de informação.³³ A aceitabilidade exige que as instalações, bens e serviços de saúde sejam culturalmente apropriados, sensíveis aos requisitos de gênero e ciclo de vida e respeitem a ética médica, incluindo a confidencialidade.³⁴ A qualidade exige que elas sejam "científica e medicamente apropriadas" e administradas por profissionais de saúde qualificados.³⁵

A dimensão de ausência de discriminação e igualdade de tratamento compreende a proibição da discriminação nos cuidados de saúde e os determinantes subjacentes da saúde, e uma dimensão positiva que exige que os Estados "forneçam às pessoas que não têm meios suficientes... um seguro de saúde e instalações de cuidados de saúde".³⁶

As liberdades relacionadas à saúde incluem o direito à privacidade, à confidencialidade e a estar livre de qualquer tratamento médico não consensual (ou seja, o direito de um consentimento informado), assim

como as liberdades de associação, reunião e movimento.³⁷

A dimensão da perspectiva de gênero da estrutura do direito à saúde abrange a obrigação dos estados de "integrar uma perspectiva de gênero em suas políticas, planejamento, programas e pesquisas relacionadas à saúde", incluindo a desagregação dos dados de saúde de acordo com o gênero.³⁸ Este artigo também inclui as preocupações com a saúde de pessoas trans no âmbito da perspectiva de gênero.³⁹

A dimensão dos grupos vulneráveis ou marginalizados compreende a obrigação dos Estados de "dar atenção especial a todos os grupos vulneráveis ou marginalizados" no processo e conteúdos de suas estratégias e planos de ação de saúde pública e garantir que os profissionais de saúde sejam "treinados para reconhecer e responder às necessidades específicas de grupos vulneráveis ou marginalizados".⁴⁰

A dimensão de participação representa o direito das comunidades afetadas de participar "em todas as tomadas de decisões relacionadas à saúde nos níveis... comunitário [e] nacional".⁴¹

A dimensão de remediações e responsabilização da estrutura do direito à saúde incorpora a importância da responsabilização e remediações eficazes para violações de direitos humanos relacionadas à saúde, viabilizadas por tribunais e mecanismos não judiciais nos níveis nacional e internacional.⁴²

Metodologia de análise

Este artigo analisa os relatórios dos países de avaliação da CDG dos 20 países listados na Tabela 1.⁴³ Os relatórios dos países contêm os resultados e recomendações da pesquisa de avaliação da CDG. As organizações da sociedade civil, grupos comunitários e especialistas técnicos que realizam a avaliação escrevem os relatórios nacionais. Os programas nacionais de tuberculose e outras partes interessadas locais fornecem informações, revisam e validam as descobertas e recomendações de cada relatório antes de publicá-los. Os autores deste artigo estiveram envolvidos em várias etapas do desenvolvimento da avaliação da CDG, realização das avaliações e elaboração de alguns dos relatórios nacionais.

Conforme detalhado na Tabela 1, os relatórios nacionais foram publicados entre 2018 e 2021 (exceto o do Quirguistão, que foi publicado em 2016). Notamos que algumas das circunstâncias relevantes nos países envolvidos podem ter mudado desde a sua publicação. Também observamos que as organizações e indivíduos que conduziram a avaliação da CDG adotaram abordagens variadas em cada país, concentrando-se em uma série de problemas e preocupações. As capacidades dos pesquisadores também foram diversificadas e se desenvolveram ao longo do tempo, pois as avaliações posteriores se beneficiaram do conhecimento e da experiência de esforços anteriores.

Para realizar a nossa análise dos resultados da avaliação da CDG, primeiro lemos integralmente o relatório de cada país. Em seguida, nós nos concentramos nas seções contendo os resultados da pesquisa para identificar problemas específicos associados às sete dimensões da estrutura do direito à saúde. Então, usamos várias pesquisas de palavras-chave para cada dimensão a fim de encontrar informações relevantes nos relatórios nacionais.

Documentamos as nossas descobertas com citações pontuais aos relatórios nacionais em 20 tabelas com sete colunas para as dimensões da estrutura do direito à saúde. Compartilhamos essas tabelas com as organizações implementadoras que redigiram os relatórios dos países para a sua revisão e validação. Todas

as 20 organizações implementadoras forneceram contribuições e revisamos as tabelas conforme o necessário. Analisamos uma dimensão de cada vez, para cada tabela, a fim de identificar problemas em comum nos resultados da avaliação da CDG em todos os países. Por fim, listamos os problemas em comum sob as dimensões correspondentes da estrutura do direito à saúde e contabilizamos o número de países para os quais cada problema foi informado nos resultados da avaliação. As tabelas e listas de problemas em comum estão disponíveis mediante solicitação dos autores.

Limitações

A análise deste artigo e a ferramenta de avaliação da CDG estão sujeitas a limitações. Nossa análise dos relatórios nacionais produzidos pela avaliação da CDG estava sujeita a duas limitações. Primeira: um grau de inconsistência terminológica nos relatórios nacionais enfraqueceu a eficácia das buscas por palavras-chave na identificação de problemas associados às dimensões da estrutura do direito à saúde. Segunda: quatro relatórios nacionais foram escritos em outros idiomas além do inglês: Benin (francês), Camarões (francês), Níger (francês) e Tadjiquistão (russo). Realizamos um processo de três etapas para resolver essa limitação. Primeiramente, utilizamos o Google Tradutor para traduzir todo o documento, tendo então realizado a nossa análise com base na tradução em inglês. Em segundo lugar, realizamos buscas por palavras-chave no idioma original e, em seguida, usamos o Google Tradutor para traduzir passagens específicas nas quais as palavras-chave apareciam. Em terceiro lugar, conversamos com os autores dos relatórios para discutir ou solicitar traduções de passagens específicas, nas quais as palavras-chave estavam localizadas, ou que eram de interesse, com base na nossa análise da tradução em inglês.

A ferramenta de avaliação da CDG está sujeita a quatro limitações principais. Primeira: embora a avaliação geralmente tenha empregado um conjunto uniforme de metodologias de pesquisa qualitativa, conforme descrito acima, houve certa variação nas metodologias utilizadas entre os países. Algumas avaliações se basearam em maior parte em entrevistas e grupos focais do que outras, enquanto algumas conduziram pesquisas informais com as partes interessadas e outras se concentraram em pesquisas e análises documentais. Segunda: houve também uma variação significativa na natureza das disciplinas e nos níveis de especialização, treinamento e nível de formação entre os indivíduos que conduziram as avaliações e redigiram os relatórios nacionais. Por exemplo, alguns pesquisadores e autores eram advogados, enquanto outros eram formados em ciências sociais, sem formação jurídica. Terceira: as 20 avaliações da CDG como um todo se concentraram mais em certas questões, estruturas conceituais e dimensões da estrutura do direito à saúde do que outras. Entre essas questões menos consideradas estão a terapia diretamente observada (TDO) para tuberculose, proteção social e apoio psicossocial para pessoas com tuberculose, a participação de pessoas com tuberculose na resposta à doença, a disponibilidade e acessibilidade de remediações e responsabilidade na resposta, e o quadro normativo transformador de gênero. Por fim, embora o envolvimento multissetorial fosse uma característica do processo em todos os 20 países, havia níveis variados de envolvimento de certas partes interessadas, como programas nacionais contra tuberculose, médicos para a doença e comunidades afetadas pela tuberculose.

Análise da avaliação da CDG

Esta seção analisa os resultados da avaliação da CDG dos 20 países em consonância com as sete dimensões da estrutura do direito à saúde.

Disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade

A avaliação da CDG revelou uma grande variedade de desafios e preocupações da DAAQ. O tratamento estigmatizante e discriminatório das pessoas com tuberculose realizado pelos profissionais de saúde, uma questão de aceitabilidade observada em 16 países, é o problema mais frequentemente identificado. A falta de privacidade e confidencialidade em clínicas de tuberculose e serviços de saúde, outra questão de aceitabilidade, é a segunda preocupação mais comum, encontrada em 15 países. Distâncias proibitivamente longas para clínicas de tuberculose, um desafio de acessibilidade física, aparece nos resultados da avaliação em 12 países. Em 11 países, a avaliação descobriu problemas de aceitabilidade com o tratamento padrão da tuberculose, particularmente relacionados à duração do tratamento, os efeitos colaterais do tratamento e a natureza do TDO, sendo todas estas preocupações de qualidade. A baixa conscientização e a falta de acesso a informações sobre a tuberculose e serviços de saúde para a doença são os principais problemas de acessibilidade à informação, destacados em 11 e 10 países, respectivamente. A avaliação da CDG revelou ainda a disponibilidade limitada de profissionais de saúde treinados para tratar a tuberculose em centros dedicados à doença, cuidados primários de saúde e outras clínicas e prisões em 10 países.

Outros problemas de disponibilidade incluem a falta ou disponibilidade limitada de serviços de apoio ao tratamento da tuberculose, particularmente terapias e outros cuidados de saúde mental, encontrados em nove países. Em sete países, a avaliação destacou a disponibilidade limitada de diagnósticos moleculares rápidos para tuberculose, que são mais rápidos e precisos do que a baciloscopia do escarro tradicional, e detectam resistência a medicamentos de primeira linha para tuberculose. Os resultados da avaliação em sete países revelam falta de estoque de medicamentos para a tuberculose de primeira linha. Em quatro países, a avaliação identificou a falta de integração dos cuidados de tuberculose com cuidados de HIV e diabetes e terapia de substituição de opioides como um desafio à saúde no nível da atenção primária.

As principais barreiras de acessibilidade econômica observadas em oito países são pagamentos diretos para testes de tuberculose e despesas acessórias associadas ao tratamento da doença, principalmente custos de transporte para clínicas para realizar o TDO com base em instalações obrigatórias. Os dois principais desafios de acessibilidade à discriminação identificados pela avaliação da CDG são o tratamento discriminatório das populações-chave vulneráveis à tuberculose nos cuidados de saúde em sete países e as barreiras administrativas discriminatórias aos serviços de saúde em cinco países do Leste Europeu e Ásia Central. Este último inclui os requisitos de residência e identificação para acessar os serviços de saúde da tuberculose, impactando populações móveis, pessoas internamente deslocadas e indivíduos com histórico de privação de liberdade. Finalmente, os resultados da avaliação em cinco países destacam a falta de acesso ao suporte nutricional durante o tratamento da tuberculose como uma grande preocupação.

Dez países identificaram desafios adicionais de aceitabilidade relacionados a problemas operacionais, incluindo horários limitados, longos tempos de espera e superlotação nas clínicas de tuberculose. Esses problemas operacionais também são preocupações de acessibilidade e de qualidade.

O principal problema de qualidade identificado nos resultados da avaliação da CDG é a disponibilidade limitada de profissionais de saúde treinados para tratar a tuberculose em 10 países (indicado acima como

uma preocupação de disponibilidade). As descobertas em sete e seis países, respectivamente, também destacam o erro de diagnóstico ou o diagnóstico tardio e tratamento inadequado de pessoas com tuberculose como principais preocupações de qualidade.

Não discriminação e tratamento igualitário

A discriminação e o tratamento estigmatizante das pessoas com tuberculose são difundidos nas descobertas da avaliação da CDG. Em 18 dos 20 países, a avaliação revelou que as pessoas afetadas pela tuberculose sofrem discriminação nos cuidados de saúde, inclusive quando procuram atendimento para a doença, mas também em ambientes de atenção primária à saúde. Os resultados em 15 países mostram que as pessoas com tuberculose sofrem discriminação no emprego por parte de empregadores e dos colegas de trabalho. Em 11 países, os resultados mostram o tratamento discriminatório e estigmatizante das pessoas com tuberculose nos ambientes familiares e comunidades. No contexto familiar, as descobertas da avaliação indicam que as mulheres com tuberculose, por vezes, são divorciadas ou abandonadas devido à experiência com a doença. As descobertas em seis países chamam a atenção para como as crianças e os jovens com tuberculose sofrem discriminação no ambiente de educação, tanto nas escolas como no ensino superior.

Apesar da evidência de discriminação generalizada contra pessoas com tuberculose, a avaliação da CDG revela, surpreendentemente, que apenas um país proíbe explicitamente por lei a discriminação relacionada à tuberculose. Os outros 19 países carecem de proibições legais visando a discriminação contra pessoas com tuberculose. Os resultados destacam ainda que as leis e políticas que regem a resposta à tuberculose em dois países contêm terminologias estigmatizantes e discriminatórias. No entanto, os resultados da avaliação identificam leis ou decretos executivos em alguns países que abordam alguns aspectos da discriminação contra pessoas com tuberculose, inclusive no trabalho. Em um país, a avaliação constatou que as pessoas com tuberculose usaram os tribunais para combater a discriminação no trabalho com algum sucesso, valendo-se da constituição e de outras leis relacionadas ao emprego.

Liberdades relacionadas à saúde

A falta de proteção à privacidade e confidencialidade na lei, políticas e práticas para pessoas com tuberculose é o desafio central para as liberdades relacionadas à saúde identificadas nas descobertas da avaliação da CDG. Dezoito países destacaram vários tipos de preocupações com a privacidade. Estes incluem a falta de privacidade e quebras de confidencialidade nos cuidados de saúde que impedem o uso de testes de tuberculose e serviços de tratamento e desafiam a adesão ao tratamento. A avaliação revelou que a maioria dos países não possui leis ou políticas que reconheçam e protejam especificamente o direito à privacidade das pessoas com tuberculose. Entretanto, alguns países possuem leis que protegem a confidencialidade nos cuidados de saúde de forma mais abrangente. As descobertas em vários países destacam as preocupações com a privacidade relacionadas às atividades de saúde pública da tuberculose, incluindo rastreamento de contatos e procedimentos de notificação de doenças. A avaliação também descobriu que a infraestrutura e os procedimentos operacionais das clínicas de tuberculose colidem com a privacidade, pois elas possuem sinalização externa e interna e realizam práticas de sala de espera.

Os resultados da avaliação da CDG em 13 países também destacam as preocupações com o isolamento involuntário e a hospitalização de pessoas com tuberculose. Os resultados revelam que a maioria desses países não possui leis ou políticas que estabeleçam as circunstâncias, procedimentos ou proteções para o

isolamento de pessoas com tuberculose. Por outro lado, alguns têm leis que autorizam amplamente a quarentena ou a hospitalização compulsória de pessoas com tuberculose e outras doenças infecciosas, em desacordo com a *Orientação de Ética da OMS para a Implementação da Estratégia de Combate à Tuberculose*.⁴⁴ Em dois países da África Oriental, as avaliações descobriram que era comum realizar a prisão, detenção ou encarceramento arbitrário de pessoas com tuberculose ou com tuberculose multirresistente por interromper o tratamento ou por representar uma ameaça à saúde pública.

As avaliações em seis países revelaram que a lei ou política permite a testagem ou tratamento forçado de pessoas com tuberculose. Em quatro países, as avaliações destacaram a falta de proteção do direito ao consentimento informado para tratamento e teste de tuberculose ou durante a coleta de dados pessoais de saúde para fins de saúde pública.

A avaliação da CDG em nove países descobriu que as leis criminais impõem barreiras aos serviços de saúde para pessoas com tuberculose, inclusive para populações-chave vulneráveis à tuberculose. Essas descobertas revelam que as leis que criminalizam o uso pessoal de drogas, o trabalho sexual comercial e a conduta sexual entre pessoas do mesmo sexo desencorajam o comportamento de busca de tratamento entre as pessoas com tuberculose. Em dois países, as descobertas destacam ainda que as leis nacionais e subnacionais criminalizam a transmissão de tuberculose.

Perspectiva de gênero

Os resultados da avaliação da CDG dão um novo destaque ao papel do gênero na epidemia e resposta à tuberculose. A principal questão emergente de 13 países é o impacto das normas sociais e culturais patriarcais, inclusive em torno das funções domésticas de gênero e de finanças familiares. Essas descobertas indicam que as normas patriarcais limitam a autonomia das mulheres na tomada de decisões relacionadas à saúde, impedem seu acesso aos serviços de saúde para tuberculose e aumentam sua vulnerabilidade à infecção por tuberculose. Os resultados em 12 países revelam ainda que as mulheres com tuberculose sofrem estigma e discriminação mais frequentes ou mais intensos do que os homens em suas famílias e comunidades, às vezes levando a abusos, violência de gênero, divórcio ou abandono.

Três países também descobriram que as mulheres não têm acesso à informação e têm menos conhecimentos do que os homens sobre a tuberculose e sobre serviços de saúde para a doença.

Em 10 países, os resultados da avaliação da CDG mostram que os homens com tuberculose também enfrentam desafios únicos. Os homens experimentam maiores riscos de exposição à infecção por tuberculose, acesso reduzido aos serviços de saúde para tuberculose e taxas mais altas de mortalidade por tuberculose devido a uma série de fatores, incluindo insegurança no emprego, exposição ocupacional, migração laboral, noções de masculinidade e problemas sociais e comportamentais, fatores como tabagismo, consumo excessivo de álcool e uso compulsivo de drogas.

Em sete países, a avaliação da CDG descobriu que as pessoas trans e profissionais do sexo afetadas pela tuberculose e outros membros das populações-chave vulneráveis à tuberculose também enfrentam desafios únicos ao usar o sistema de saúde devido ao seu gênero e outras circunstâncias relacionadas ao gênero.

A avaliação da CDG detectou lacunas programáticas, legais e políticas substanciais, relacionadas ao gênero nas respostas nacionais à tuberculose em 12 países. Isso inclui a falta de uma proibição legal para a discriminação baseada em gênero na atenção à saúde e a não consideração do papel do gênero nos programas, políticas, diretrizes e estruturas de monitoramento e avaliação de tuberculose. As descobertas em oito países destacam ainda a disponibilidade limitada ou a falta de serviços de saúde sensíveis ao gênero para tuberculose, inclusive para pessoas trans, devido à falta de treinamento de sensibilidade de gênero para profissionais de saúde que tratam tuberculose, entre outras coisas. Oito países também identificaram a falta de dados epidemiológicos e outros dados sobre tuberculose desagregados por gênero, inclusive para pessoas trans, como uma preocupação programática grave.

Grupos vulneráveis e marginalizados

A identificação de grupos que são especialmente vulneráveis à infecção ou doença por tuberculose ou que enfrentam barreiras para acessar os serviços de saúde para a doença é um componente exclusivo da avaliação da CDG. A avaliação em cada país identifica esses grupos por meio de uma combinação de pesquisas e consensos entre as partes interessadas nacionais. Em todos os 20 países, a avaliação da CDG identificou novas populações-chave vulneráveis à tuberculose para priorização que não eram previamente reconhecidas pelos programas nacionais de tuberculose. A Tabela 2 apresenta uma contagem das 26 populações-chave vulneráveis à tuberculose, identificadas durante a avaliação da CDG para os 20 países desta análise.

Os resultados da avaliação em 16 países também destacam várias lacunas e barreiras programáticas, legais e políticas que afetam negativamente as populações-chave vulneráveis à tuberculose. Isso inclui a ausência de políticas, programas e recursos dedicados em programas nacionais para tuberculose que reconheçam e priorizem essas populações nas respostas nacionais relacionadas à doença. Da mesma forma, os resultados em sete países revelam que os programas nacionais de tuberculose não coletam ou desagregam efetivamente dados para as populações-chave vulneráveis à doença para entender sua dimensão, localizações e vulnerabilidades únicas. Em 10 países, os resultados revelam que as leis e políticas criminais ou administrativas e o medo da aplicação da lei impedem o uso de serviços de saúde para tuberculose entre essas populações, como usuários de drogas, profissionais do sexo, migrantes sem documentação e pessoas com histórico de privação de liberdade. Os resultados da avaliação em seis países destacam ainda que a falta de integração dos serviços de saúde para pessoas com tuberculose que vivem com HIV, que usam drogas ou que têm diabetes impede o uso de serviços de saúde para tuberculose.

Participação

Os resultados da avaliação da CDG expõem uma carência de mobilização e envolvimento significativo das pessoas com tuberculose e populações-chave vulneráveis à tuberculose nas respostas nacionais à doença na maioria dos 20 países analisados. O fato de os relatórios de quatro países não discutirem de forma alguma a participação acentua essa situação. Os relatórios dos outros 16 países não abordam a participação na mesma medida ou com tantos detalhes quanto as outras questões examinadas neste artigo.

No entanto, os resultados em 10 dos 16 países que consideram a participação destacam o baixo número de grupos da sociedade civil e da comunidade trabalhando contra a tuberculose, a influência limitada de tais grupos e o escasso apoio financeiro e outros disponíveis para esses grupos para facilitar sua participação significativa na resposta à tuberculose. Os resultados em oito países revelam ainda que os programas nacionais contra a tuberculose não conseguem engajar de forma significativa as pessoas com tuberculose na concepção, implementação, monitoramento e avaliação de políticas e programas contra tuberculose. As

avaliações em dois países descobriram que lacunas ou barreiras na lei e nas políticas impedem a participação significativa das comunidades afetadas pela tuberculose. Essas lacunas incluem a falha da legislação em reconhecer o direito das pessoas com tuberculose de participar dos processos de tomada de decisão em saúde.

Remediações e responsabilidade

Os resultados da avaliação da CDG revelam que as pessoas com tuberculose têm acesso limitado à justiça e mecanismos de responsabilização na resposta à tuberculose. O fato de os relatórios de três países não abordarem preocupações relacionadas a remediações e responsabilização destaca esse problema. Em 10 dos 17 países que consideram o tema, as avaliações descobriram que a lei e a política não estabelecem direitos ou mecanismos legais juridicamente exigíveis para as pessoas com tuberculose buscarem remediações para violações dos seus direitos e outras questões legais. Os relatórios desses países notaram uma série de questões para as quais as remediações e a responsabilização estavam fora de alcance. Estes incluem discriminação no emprego e cuidados de saúde, violações dos direitos à privacidade e confidencialidade, negação de serviços de saúde e compensação por exposição ocupacional à tuberculose, inclusive para profissionais de saúde.

A avaliação em nove países descobriu que as pessoas com tuberculose não têm acesso à justiça devido à ausência ou disponibilidade limitada de serviços de assistência jurídica. Os resultados em oito países destacam que o uso limitado de tribunais por pessoas com tuberculose se deve aos baixos níveis de alfabetização jurídica e conhecimento sobre seus direitos legais. Dois países especificamente mencionaram a necessidade de alternativas ao litígio, como uma resolução alternativa de disputas e mediação, para que as pessoas com tuberculose possam obter remediações de forma mais fácil, rápida e acessível e promover a responsabilização por violações de direitos.

Tabela 2. Populações-chave vulneráveis à tuberculose identificadas na avaliação da CDG para priorização nas respostas nacionais à doença

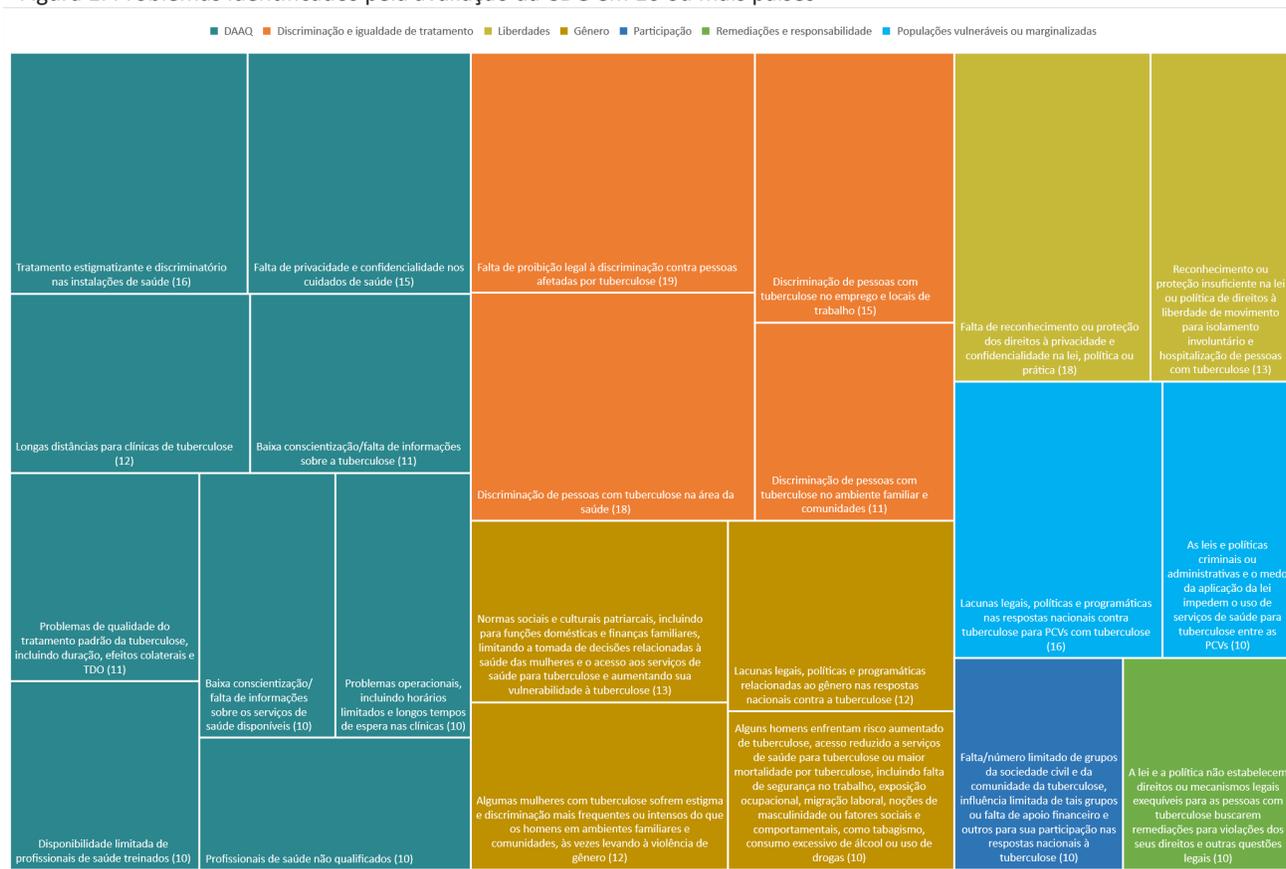
	População-chave vulnerável à tuberculose	Nº de países que identificam esta população
1.	Pessoas privadas de liberdade e pessoas com histórico de privação de liberdade	18
2.	Pessoas vivendo com HIV	15
3.	Migrantes, refugiados, pessoas internamente deslocadas e outras populações móveis	14
4.	Usuários de drogas e pessoas que injetam drogas	13
5.	Trabalhadores hospitalares e de cuidados de saúde	8
6.	Crianças	7
7.	Pessoas com diabetes	7
8.	Pessoas em situação de pobreza urbana e pessoas que vivem em comunidades	7
9.	Idosos	6
10.	Mineiros e pessoas com silicose	6
11.	Contatos de pessoas com tuberculose	4
12.	Fumantes	3
13.	Agricultores e pescadores	3
14.	Pessoas vivendo em situação de rua	2
15.	Gestantes e mães	2
16.	Pessoas em situação de pobreza em zona rural	2
17.	Profissionais do sexo	2
18.	Minorias étnicas	1
19.	Povos indígenas	1
20.	Homens que fazem sexo com homens	1
21.	Militares	1
22.	Pessoas alcoólatras	1
23.	Pessoas com deficiências	1
24.	Pessoas com desafios de saúde mental	1
25.	Curandeiros tradicionais	1
26.	Pessoas trans	1

Os resultados da avaliação da CDG em dois países enfatizam a falta de responsabilização por mortes evitáveis por tuberculose, tratamento médico inadequado de pessoas com a doença e outras questões de negligência grave de pessoas com tuberculose, inclusive nas prisões. As descobertas em três países chamam a atenção para as leis criminais que atuam como impedimentos inadequados e ineficazes ou interferem no acesso a remediações para pessoas com tuberculose. Os relatórios de dois países afirmam que a lei não deve criminalizar a omissão de médicos, farmacêuticos ou outros profissionais de saúde por notificar os casos de tuberculose. Em vez disso, os relatórios recomendam que os programas nacionais contra tuberculose usem incentivos para promover a notificação da doença entre os profissionais de saúde, particularmente no setor privado. Os resultados da avaliação em outro país revelam que as leis que criminalizam o uso de drogas desencoraja as pessoas que usam drogas a procurar serviços legais para obter remediações para violações de direitos relacionadas à tuberculose devido ao medo da aplicação da lei.

Discussão e direções

A declaração política da primeira Reunião de Alto Nível da ONU sobre Tuberculose contém compromissos pioneiros dos estados membros da ONU para priorizar comunidades, direitos humanos e gênero na resposta à tuberculose.⁴⁵ Emoldurados por uma promessa de "proteger e cumprir os direitos humanos e a dignidade de todas as pessoas", esses compromissos fortalecem e expandem os compromissos dos direitos humanos preexistentes na Estratégia da OMS para Acabar com a Tuberculose, a Declaração da OMS de Moscou, e o Plano Global da STP para Acabar com a Tuberculose.⁴⁶ Os resultados da avaliação da CDG constituem a evidência mais robusta disponível para refletir sobre esses compromissos, revisar prioridades estratégicas e ampliar investimentos em comunidades, direitos humanos e gênero.

Figura 1. Problemas identificados pela avaliação da CDG em 10 ou mais países



Os resultados da avaliação da CDG examinados neste artigo destacam um amplo espectro de desafios e oportunidades. Apesar da considerável diversidade entre os problemas, como demonstra a Figura 1, há uma sobreposição significativa de desafios compartilhados entre os 20 países e quatro regiões. Por exemplo, 90% das avaliações constataram que as pessoas afetadas pela tuberculose passam por um tratamento estigmatizante e discriminatório nos cuidados de saúde. 75% das avaliações revelaram que as pessoas com tuberculose sofrem discriminação no emprego. Apesar disso, 95% dos países neste artigo não proibem explicitamente por lei a discriminação contra pessoas com tuberculose. Os resultados da avaliação em 90% dos países destacam várias preocupações de privacidade, incluindo quebras de confidencialidade que impedem o uso de serviços de saúde para tuberculose. Em 65% dos países, os resultados da avaliação

indicam que as normas patriarcais impactam negativamente o acesso das mulheres aos serviços de saúde para tuberculose e aumentam sua vulnerabilidade à infecção pela doença. Essas descobertas notáveis lançam uma nova luz sobre desafios, muitas vezes negligenciados, que são essenciais para cumprir com os compromissos globais para acabar com a tuberculose até 2030.

Este ano, a OMS divulgou uma lista atualizada de países com altos níveis de incidência de tuberculose, coinfeção de tuberculose/HIV ou tuberculose multirresistente/rifampicina.⁴⁷ Mais de 30 desses países com altos níveis de incidência ainda não realizaram a avaliação da CDG. Em 2020, a Delegação das Comunidades Afetadas da Stop TB Partnership e as Delegações das ONGs dos Países Desenvolvidos e em Desenvolvimento apelaram a todos os países com altos níveis de incidência da doença para realizar a avaliação da CDG e desenvolver planos de ação nacionais custeados com orçamentos detalhados e estruturas de monitoramento e avaliação para a comunidade, direitos humanos, e gênero até 2022.⁴⁸ Eles recomendaram que os países integrem os resultados da avaliação em seus planos estratégicos nacionais para tuberculose, a fim de estabelecer metas relevantes e definir o financiamento nacional e prioridades de intervenção. As delegações da STP recomendaram ainda que uma avaliação completa da CDG e um plano de ação nacional correspondente sejam pré-requisitos para os países obterem doações do Fundo Global e de outros doadores.⁴⁹ De acordo com essas recomendações, a avaliação da CDG já conduziu a planos de ação nacionais custeados para comunidade, direitos humanos e gênero em Bangladesh, República Democrática do Congo, Índia, Nigéria e Tanzânia, e processos semelhantes estão em andamento na maioria dos outros países neste artigo.⁵⁰

Os resultados da avaliação da CDG representam um apelo à ação para doadores e parceiros técnicos para priorizar a comunidade, direitos humanos e gênero em suas prioridades programáticas e de investimento para tuberculose. Essas instituições incluem a OMS, Stop TB Partnership, o Fundo Global, outros doadores multilaterais, doadores bilaterais, organizações internacionais e fundações filantrópicas. O Programa Global de Tuberculose da OMS deve incorporar os resultados da avaliação da CDG nas resoluções da Assembleia Mundial da Saúde, seu influente *Relatório Global de Tuberculose* anual e orientações normativas, e o Quadro de Responsabilidade Multissetorial da OMS para Acelerar o Progresso para Acabar com a tuberculose até 2030.⁵¹

Sendo o maior doador internacional para a tuberculose, o Fundo Global deve alavancar os resultados da avaliação da CDG para aumentar seu apoio financeiro à comunidade, direitos humanos e intervenções de gênero para tuberculose, por meio de mecanismos de financiamento estabelecidos, promovendo o monitoramento da doença liderado pela comunidade e desenvolvendo indicadores de tuberculose para direitos humanos e gênero.⁵² Este último pode ser habilitado dentro do Quadro Estratégico de 2021 do Fundo Global e das orientações operacionais e incentivado como pré-requisito para subsídios nacionais para tuberculose com base no indicador de estigma no Quadro de Atuação do Fundo Global.⁵³

A Stop TB Partnership, sediada pela ONU, deve melhorar a ferramenta de avaliação da CRG de acordo com as sugestões deste artigo (ver abaixo) e buscar maior apoio de doadores para o seu programa de subsídios Challenge Facility for Civil Society. Entre outras coisas, este programa financia a comunidade contra a tuberculose e grupos da sociedade civil para conduzir a avaliação da CDG e implementar e monitorar as recomendações da avaliação.⁵⁴ A Stop TB Partnership também deve incluir as conclusões da avaliação da

CDG no seu próximo Plano Global para Acabar com a Tuberculose: 2023–2030 e as próximas iterações dos relatórios de *Governança de Programas de Tuberculose e Compromissos vs. Realidades da Tuberculose* da próxima Reunião de Alto Nível da ONU sobre Tuberculose em 2023.⁵⁵

À medida que mais países — incluindo aqueles nas novas listas da OMS com altos níveis de incidência — se concentram na comunidade, direitos humanos e gênero, a Stop TB Partnership e parceiros devem fortalecer a ferramenta de avaliação da CDG e promover uma maior consistência nos relatórios nacionais que produz. Seis ideias concretas para fortalecer a ferramenta de avaliação da CDG emergiram a partir da análise deste artigo:

(1) garantir que o processo de avaliação seja adaptável e capaz de integrar questões emergentes, como a COVID-19 e outras emergências de saúde; (2) melhorar a qualidade e promover uma maior uniformidade das metodologias de avaliação por meio de orientação, treinamento e suporte técnico aprimorados, inclusive para metodologias quantitativas que os pesquisadores possam incorporar; (3) identificar e priorizar questões críticas negligenciadas nas 20 avaliações concluídas, como a participação da comunidade de tuberculose, governança e sistemas de saúde, assistência jurídica, remediações e apoio psicossocial; (4) incorporar uma análise crítica do TDO — o paradigma de tratamento da tuberculose, predominante, mas falho — em favor de abordagens baseadas na comunidade; (5) empregar uma lente transformadora de gênero — ao invés de simplesmente sensível ao gênero — na avaliação; e (6) posicionar explicitamente a avaliação como o início de um diálogo e processo para integrar comunidades, direitos humanos e gênero nas respostas nacionais à tuberculose, inclusive por meio de planos de ação nacionais custeados e um financiamento dedicado à sociedade civil e grupos comunitários.

Conclusão

Uma mudança de paradigma começou na resposta global à tuberculose. O foco emergente nas comunidades, direitos humanos e gênero rejuvenesceu o combate a uma doença antiga, mas curável, impulsionada por desvantagens sociais e econômicas. A avaliação da CDG da Stop TB Partnership e suas descobertas a partir dos 20 países neste artigo são um produto e um exemplo vigoroso dessas novas ideias. Rogamos por mais pesquisas, discussões e ações dos programas nacionais de tuberculose, pessoas afetadas pela tuberculose, acadêmicos e outras partes interessadas globais e nacionais para desenvolver soluções para os desafios identificados pela avaliação da CDG. Intervenções comunitárias, de direitos humanos e de tuberculose focadas no gênero são especialmente essenciais, em face dos desafios sem precedentes da pandemia de COVID-19. À medida que o mundo avança rapidamente para a conclusão da Agenda de Desenvolvimento Sustentável 2030, a sociedade civil e grupos comunitários, países afetados pela tuberculose e doadores e parceiros técnicos devem alavancar a avaliação da CDG e suas descobertas na busca das metas e compromissos para acabar com a tuberculose na declaração política da Reunião de Alto Nível da ONU sobre Tuberculose e outros planos globais.

Referências

1. Stop TB Partnership, *Global plan to end TB 2018–2020: The paradigm shift* (Genebra: STP, 2018).
2. Stop TB Partnership, *About Stop TB Partnership* (2021). Disponível em <https://www.stoptb.org/about-stop-tb-partnership>.
3. Fundo Global, *Questions and answers: Breaking down barriers to access; Scaling up programs to remove human rights-related barriers to health services in 20 countries and beyond* (Genebra: Fundo Global, 2020); Stop TB Partnership, *TB stigma assessment implementation handbook* (Genebra: STP, 2019); Stop TB Partnership, *OneImpact community-led monitoring framework: Empowering communities to End TB* (Genebra: STP, 2021).
4. Organização Mundial da Saúde, *Relatório global sobre tuberculose 2021* (Genebra: OMS, 2021), p. 8.
5. *Ibid.*, pp. 1, 7.
6. *Ibid.*
7. *Ibid.*, p. 9.
8. M. Deutsch-Feldman, R. Pratt, S. Price, et al., “Tuberculosis: United States, 2020,” *Centers for Disease Control and Prevention, Morbidity and Mortality Weekly Report* 70 (2021), pp. 409–414; J. Self, C. McDaniel, S. Bamrah Morris, et al., “Estimating and evaluating tuberculosis incidence rates among people experiencing homelessness, United States, 2007–2016,” *Medical Care* 59 (2021), pp. S175–S181; J.L. Potter, L. Inamdar, E. Okereke, et al., “Support of vulnerable patients throughout TB treatment in the UK,” *Journal of Public Health* 38 (2016), pp. 391–395.
9. Stop TB Partnership, *The potential impact of the COVID-19 response on tuberculosis in high-burden countries: A modelling analysis* (Genebra: STP, 2020).
10. Stop TB Partnership, *One year on, new data show global impact of COVID-19 on TB epidemic is worse than expected* (Genebra: STP, 2021).
11. Organização Mundial da Saúde (2021, ver nota 4), pp. 1, 4.
12. *Ibid.*
13. *Ibid.*, p. 7.
14. Assembleia Geral das Nações Unidas, *Transformando o Nosso Mundo: Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*, ONU Doc. A/RES/70/1 (2015); Organização Mundial da Saúde, *Estratégia para o fim da tuberculose* (Genebra: OMS, 2014); Organização Mundial da Saúde, *declaração de Moscou para acabar com a tuberculose* (Genebra: OMS, 2017); Stop TB Partnership (2018, ver nota 1).
15. *Ibid.*
16. Assembleia Geral das Nações Unidas, *Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral sobre o Combate à Tuberculose*, ONU, Doc. A/RES/73/3 (2018).
17. *Ibid.*, par. 24.
18. *Ibid.*, pars. 17, 19, 23, 33, 35, 37, 39, 48.
19. Stop TB Partnership (2019, ver nota 3); Stop TB Partnership, *Challenge facility for civil society*. Disponível em <https://www.stoptb.org/communities-rights-and-gender-crg/challenge-facility-civil-society>.
20. Stop TB Partnership, *Communities, rights and gender (CRG)*. Disponível em <https://www.stoptb.org/prioritising-people-human-rights-gender/communities-rights-and-gender-crg>.
21. Conselho de Direitos Humanos, *Contribuições da Estrutura do Direito à Saúde para a Implementação Efetiva e Alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável Relacionados à Saúde: Relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos*, ONU, Doc. A/HRC/38/37 (2018).
22. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, GA Res. 2200A (XXI), art. 12 (1966); Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, *Comentário Geral Nº 14, O Direito ao Mais Alto Padrão Possível de Saúde*, ONU, Doc. E/C.12/2000/4 (2000); Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, *Relatórios temáticos anuais do Relator Especial sobre o direito à saúde física e mental* (2021). Disponível em <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/AnnualReports.aspx>.
23. Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, *Relator Especial sobre o direito à saúde física e mental* (2021). Disponível em <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/SRRightHealthIndex.aspx>.
24. Secretariado da Stop TB Partnership, *Stop TB annual report 2000* (Genebra: WHO, 2001), p. 24; Secretariado Stop TB Partnership, *A human rights approach to TB: Stop TB guidelines for social mobilization* (Genebra: OMS, 2001).
25. Ver, por exemplo, A. Boggio, M. Zignol, E. Jaramillo, et al., “Limitations on human rights: Are they justifiable to reduce the burden of TB in the era of MDR-and XDR-TB?,” *Periódico de Saúde e Direitos Humanos* 10/2 (2008), pp. 121–126;

- J. J. Amon, F. Girard, e S. Keshavjee, "Limitations on human rights in the context of drug-resistant tuberculosis: A reply to Boggio et al.," *Periódico de Saúde e Direitos Humanos* 11/1 (2009); T. Slagle, M. Ben Youssef, G. Calonge, et al., "Lessons from Africa: Developing a global human rights framework for tuberculosis control and prevention," *BMC International Health and Human Rights* 14 (2014).
26. *Periódico de Saúde e Direitos Humanos* 18/1 (2016).
 27. TBpeople e Stop TB Partnership, *Declaration of the Rights of People Affected by Tuberculosis* (2019).
 28. B. Citro, *Activating a human rights-based tuberculosis response: A technical brief for policymakers and program implementers* (Global Coalition of TB Activists, Stop TB Partnership, Northwestern Pritzker School of Law Center for International Human Rights, 2020).
 29. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, GA Res. 2200A (XXI) (1966), art. 2.
 30. *Ibid.*
 31. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ver nota 22), par. 30.
 32. *Ibid.*, par. 12(a).
 33. *Ibid.*, par. 12(b).
 34. *Ibid.*, par. 12(c).
 35. *Ibid.*, par. 12(d).
 36. *Ibid.*, pars. 18, 19.
 37. *Ibid.*, pars. 3, 8.
 38. *Ibid.*, par. 20.
 39. Ver Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, *Relator Especial sobre o direito à saúde física e mental: Objetivo do mandato* (2021). Disponível em <https://www.ohchr.org/en/issues/health/pages/srrighthealthindex.aspx>.
 40. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ver nota 22), par. 37.
 41. *Ibid.*, par. 11.
 42. *Ibid.*, pars. 59–62.
 43. Stop TB Partnership, *Communities, rights and gender (CRG): TB CRG assessment country reports*. Disponível em <https://www.stoptb.org/prioritising-people-human-rights-gender/communities-rights-and-gender-crg>.
 44. Organização Mundial da Saúde, *Orientação ética para a implementação da estratégia de combate à tuberculose* (Genebra: OMS, 2017), cap. 15.
 45. Assembleia Geral das Nações Unidas (2018, ver nota 16), pars. 17, 19, 23, 33, 35, 37, 39, 48.
 46. *Ibid.*, preâmbulo.
 47. Organização Mundial da Saúde, *listas globais da OMS de países com alto nível de incidência de tuberculose (TB), TB/HIV e tuberculose multirresistente/rifampicina (MDR/RR-TB), 2021–2025: Documento de referência* (Genebra: OMS, 2021).
 48. Stop TB Partnership, *Deadly divide: TB commitments vs. TB realities* (Genebra: STP, 2020), p. 44.
 49. *Ibid.*
 50. *Ibid.*, p. 22.
 51. Organização Mundial da Saúde, *estrutura de responsabilização multissetorial da OMS para acelerar o progresso para acabar com a tuberculose até 2030* (Genebra: OMS, 2019).
 52. Fundo Global, *Results Report 2021* (Genebra: Fundo Global, 2021), p. 33.
 53. Fundo Global, *Strategy development*. Disponível em <https://www.theglobalfund.org/en/strategy-development/>; Fundo Global, *Modular framework handbook* (Genebra: Fundo Global, 2019), p. 96.
 54. Stop TB Partnership, *Challenge facility for civil society* (ver nota 19).
 55. Stop TB Partnership and USAID, *Governance of TB programs: An assessment of practices in 22 countries* (Genebra: STP e USAID, 2021); Stop TB Partnership (2020, ver nota 48)