



Resumo técnico

Tuberculose, Género e Direitos Humanos

Abril de 2017
Genebra, Suíça

Índice

I.	Introdução	3
II.	Barreiras à asseguaração de uma programação baseada em direitos e reativa ao género para a TB	4
III.	Programas para enfrentar a desigualdade de género e eliminar as barreiras de direitos humanos na resposta à TB.....	7
	01 Redução do estigma e da discriminação	7
	02 Redução das barreiras relacionadas com o género nos serviços de TB	8
	03 Serviços jurídicos relacionados com o VIH.....	9
	04 Monitorização e reforma de políticas, regulamentos e leis que dificultam os serviços de TB	9
	05 Conhecer os seus direitos relacionados com a TB	12
	06 Sensibilização dos legisladores, funcionários judiciais e forças policiais.....	12
	07 Formação de prestadores de cuidados de saúde sobre direitos humanos e ética relacionados com o VIH.....	12
	08 Assegurar a confidencialidade e a privacidade.....	13
	09 Mobilização e capacitação de grupos comunitários e de doentes	13
IV.	Uma abordagem baseada nos direitos e reativa ao género das respostas à TB	14
V.	Conclusão	15
VI.	Leituras adicionais.....	15

I. Introdução

Este Resumo Técnico tem por finalidade auxiliar os candidatos a financiamento do Fundo Global a ponderar a inclusão, nas solicitações de financiamento, de programas para eliminar as barreiras de direitos humanos e de gênero nos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose (TB) e ajudar todas as partes interessadas a assegurar que os programas da TB promovam os direitos humanos e a igualdade de gênero.

“Promover e proteger os direitos humanos e a igualdade de gênero” é o Objetivo Estratégico 3 (OE3) da nova Estratégia 2017-2022 do Fundo Global: Investir para acabar com as epidemias.¹ No que respeita à TB, o Fundo Global compromete-se com este objetivo a:

- Ampliar os programas de apoio a mulheres e raparigas, incluindo os de promoção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos;
- Investir na redução das desigualdades na saúde, incluindo as disparidades relacionadas com o gênero e a idade;
- Introduzir e ampliar programas de eliminação das barreiras de direitos humanos no acesso aos serviços;
- Integrar considerações de direitos humanos em todo o ciclo das subvenções, bem como nas políticas e nos processos de elaboração das mesmas;
- Apoiar o envolvimento relevante das populações-chave e vulneráveis e das respetivas redes nos processos relacionados com o Fundo Global.

Para cumprir o OE3, o Fundo Global impõe que todas as solicitações de financiamento (anteriormente, “Notas Concetuais”) “incluam, conforme apropriado, intervenções que deem resposta às populações-chave e vulneráveis, às barreiras de direitos humanos e de gênero e às vulnerabilidades no acesso aos serviços”.²

A nova Estratégia elevou o compromisso do Fundo Global para com a igualdade de gênero, reconhecendo a necessidade urgente de eliminar as disparidades da saúde entre homens, mulheres, raparigas e rapazes adolescentes e pessoas transgênero. Os programas para eliminação das barreiras de direitos humanos e de gênero visam combater atitudes, práticas, normas, políticas e leis estigmatizantes, discriminatórias e punitivas que impedem o acesso das pessoas aos serviços de saúde, bem como proteger e promover a concretização dos direitos humanos correlacionados, tais como o direito de não sofrer um tratamento cruel, desumano ou degradante e o direito de recurso, caso os mesmos sejam violados. Foram identificadas barreiras de direitos humanos e de gênero no acesso a serviços de TB em várias notas concetuais para a TB, mas poucas subvenções incluem programas para a eliminação dessas barreiras ou, se as incluem, nenhuma chega a implementá-las a uma escala significativa. Tal como sublinhado na *Nota Informativa sobre a Tuberculose do Fundo Global*, é essencial abordar a desigualdade de gênero e as barreiras de direitos humanos com programas concretos, bem como por via de programação e implementação baseadas nos direitos humanos e reativas ao gênero, para assegurar que haja serviços de TB com qualidade disponíveis e acessíveis a todos, em particular às populações-chave e vulneráveis.³

¹ *Estratégia 2017-2022 do Fundo Global: Investir para acabar com as epidemias*. GF/B35/02 – Revisão 1, p. 3. Disponível [online](#).

² *The Global Fund Sustainability, Transition and Co-financing Policy*. GF/B35/04 – Revisão 1, pp. 6, 11-13. Disponível [online](#).

³ Fundo Global de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e a Malária: *TB Information Note*. Genebra, 2016, pp. 14-15. Disponível [online](#).

II. Barreiras à asseguaração de uma programação baseada em direitos e reativa ao género para a TB

A tuberculose (TB) está entre as doenças infecciosas causadoras de maior mortalidade a nível mundial.⁴ É também uma das principais causas de morte das pessoas que vivem com o VIH, sendo responsável por 35% das mortes dessa população em 2015;⁵ Por conseguinte, a TB, o VIH e os desafios relacionados com o género e os direitos humanos na sua abordagem estão intimamente ligados. A TB é uma doença da pobreza e da desigualdade. Há vários fatores relacionados com os direitos humanos e o género que podem prejudicar a eficácia, a acessibilidade e a sustentabilidade dos programas e serviços de TB, conforme explicado nesta secção.

Pobreza subjacente e desigualdade económica: a realização dos direitos humanos é posta em causa nas vidas de muitas pessoas que vivem com a TB ou estão em risco de a contrair. As pessoas que vivem em condições de sobrepopulação, ventilação inadequada e nutrição deficiente são vulneráveis à doença e, provavelmente, estão também em desvantagem no que toca à obtenção de informação adequada sobre a TB ou ao acesso a serviços de TB de boa qualidade. Embora os próprios serviços de TB possam ser gratuitos, fatores como o transporte até aos mesmos e uma boa nutrição para apoio dos efeitos de um bom tratamento podem ser dificultados pela pobreza. A incidência e a prevalência da TB refletem a pobreza e a desigualdade de comunidade para comunidade, bem como em termos mundiais. Embora a mortalidade global relacionada com a TB tenha diminuído 40% entre 1990 e 2015, mais de 95% das mortes relacionadas com a TB ocorrem em países de rendimento baixo e médio,⁶ com 86% registadas em África e no Sul e Sudeste Asiático.⁷ A África Subsariana, com apenas 11% da população mundial, é responsável por cerca de 26% dos novos casos de TB e por cerca de três quartos dos novos casos de coinfeção por VIH e TB.⁸

TB e VIH: as pessoas que vivem com o VIH e outros com a imunidade comprometida enfrentam um elevado risco de TB. Estima-se que a TB tenha causado cerca de um terço de todas as mortes entre as pessoas que viviam com o VIH em 2015.⁹ É bem conhecido que o risco de VIH é também reforçado por um vasto leque de violações de direitos humanos que inclui a iniquidade e a desigualdade de género. O estigma, a discriminação e a exclusão associados ao VIH podem amplificar e ser amplificados pelo estigma relacionado com a TB.¹⁰ A Stop TB Partnership sugere uma resposta integrada às barreiras do VIH e da TB, com trabalho de proximidade especial, integração dos serviços de TB e VIH ao nível das unidades com formação dos trabalhadores da saúde para compreenderem o estigma e as preocupações de direitos humanos inerentes a ambas as doenças, apoio de pares e das comunidades para sustentabilidade do tratamento e apoio ao governo e às entidades comunitárias que possam documentar abusos de direitos humanos nesta população duplamente afetada e assegurar mecanismos funcionais de queixa e recurso.¹¹

⁴ Organização Mundial da Saúde. *Global Tuberculosis Report 2016*. Genebra, 2016, p. 5. A OMS estima que, em 2015, tenham ocorrido 1,4 milhões de mortes por TB, mais 0,4 milhões de mortes por TB de pessoas que viviam com o VIH e 1,1 milhões de mortes por VIH/SIDA.

⁵ Ficha informativa da OMS sobre a TB em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>

⁶ Organização Mundial da Saúde. Tuberculosis (ficha informativa n.º 104). Março de 2016, em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>.

⁷ OMS. *Global Tuberculosis Report 2016*, op.cit.

⁸ Ibid.

⁹ Organização Mundial da Saúde. HIV-associated tuberculosis (ficha informativa). Genebra, 2016. Em: http://www.who.int/tb/publications/tbhiv_factsheet.pdf?ua=1

¹⁰ Daftary, A. HIV and tuberculosis: The construction and management of double stigma. *Social Science & Medicine* 2012; 74: 1512-19.

¹¹ Stop TB Partnership. Key Populations Brief: People Living With HIV. Genebra, 2016.

Desigualdade de género e normas de género: as barreiras relacionadas com o género nos serviços da TB podem assumir muitas formas, afetando tanto os homens como as mulheres. Globalmente, os homens enfrentam um maior risco de contrair TB do que as mulheres¹² e as mortes por TB também são mais numerosas entre os homens. Em geral, é menos provável que a TB seja detetada e comunicada nos homens do que nas mulheres.¹³ Os homens também são mais vulneráveis à TB devido às ocupações específicas do género. Em muitos lugares, é mais provável que os homens tenham empregos com exposição a partículas, como na exploração mineira ou no trabalho com explosivos. Os homens são mais propensos a migrar para trabalhar, o que pode causar interrupções no tratamento da TB. Em muitas sociedades, os homens também são mais propensos a fumar ou usar drogas, comportamentos que constituem fatores de risco independentes da TB.

Por outro lado, as mulheres podem ter menos acesso a serviços de tratamento e prevenção da TB do que os homens e, em alguns contextos, é menos provável que se submetam a exames de esfregaço da expetoração.¹⁴ As mulheres podem sentir dificuldades na obtenção de acesso a serviços de TB porque os elementos masculinos da família não estão dispostos a pagar por esses serviços, porque a saúde das mulheres poderá não ser considerada tão importante como a dos seus parentes masculinos ou porque a TB é mais estigmatizada nas mulheres do que nos homens.¹⁵ Em geral, as mulheres esperam mais do que os homens pelo diagnóstico e tratamento e podem ser desincentivadas da procura de cuidados pela falta de privacidade ou de serviços de cuidados infantis nas unidades de cuidados de saúde.¹⁶ Nas prisões, é geralmente menos provável que as mulheres tenham acesso a tratamento da TB do que acontece com os homens.¹⁷



¹² Dodd, P.J., Looker, C., Plumb, I.D., e outros. Age- and sex-specific social contact patterns and incidence of Mycobacterium tuberculosis infection. *American Journal of Epidemiology* 2016; 183(2):156-166

¹³ Onozaki, I., Law, I., Sismanidis, C. e outros. National tuberculosis prevalence surveys in Asia, 1990-2012: an overview of results and lessons learned. *Tropical Medicine and International Health* 2015; 20:1128-45

¹⁴ Begum, V.P., de Colombani, S., Das Gupta, A.H. e outros. Tuberculosis and patient gender in Bangladesh: sex differences in diagnosis and treatment outcome. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2001; 5: 604-610.

¹⁵ Mecanismo de Coordenação do País (VIH e TB), Níger. Evaluation de la prise en compte du genre dans les ripostes nationales au VIH et à la tuberculose au Niger : rapport définitif. Niamey, 2015.

¹⁶ Begum e outros, op.cit.; Thorson, A., Diwan, V.K. Gender inequalities in tuberculosis: aspects of infection, notification rates, and compliance. *Current Opinion in Pulmonary Medicine* 2001; 7:165-169; ver também Karim F, Akramul Islam M, Chowdhury AMR e outros. Gender differences in delays in diagnosis and treatment of tuberculosis, *Health Policy and Planning* 2007; 22:329-334.

¹⁷ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Género e tuberculose. Nova Iorque, dezembro de 2015.

Estigma e discriminação: as pessoas com TB têm o direito de estar livres de discriminação em todos os contextos, incluindo os de cuidados de saúde, emprego, habitação, educação e migração. Apesar desse direito, é frequente que enfrentem o estigma e a discriminação em consequência da sua condição ou do seu historial de TB. Dado que a TB é muitas vezes associada à pobreza e a outros comportamentos e condições de vida socialmente “indesejáveis”, as pessoas com TB ou que se suspeite sofrerem de TB podem ser estigmatizadas e discriminadas negativamente com base na perceção da sua situação socioeconómica e dos seus comportamentos, bem como devido à TB. O estigma e a discriminação desincentivam a procura e a utilização de serviços de teste e tratamento da TB. Para pessoas com coinfeção por VIH e TB, o estigma relacionado com a TB pode ser agravado pelo estigma relacionado com o VIH.

Pessoas sob custódia do Estado e pessoas que consomem drogas: as pessoas sob prisão efetiva ou preventiva estão sujeitas a um elevado risco de TB devido às condições existentes em instalações fechadas, que incluem muitas vezes a sobrepopulação, a má ventilação e o saneamento deficiente. Porém, os prisioneiros são muitas vezes excluídos de forma sistemática dos serviços de prevenção, diagnóstico e cuidados da TB, seja por negação de acesso ou porque desconhecem como ou onde procurar os serviços.¹⁸ Em muitos contextos, as pessoas que consomem drogas enfrentam um elevado risco de TB, não apenas devido à partilha de equipamento para consumo de drogas, mas também porque poderão viver em condições de pobreza e é provável que venham a estar sob custódia do Estado durante o seu tempo de vida.¹⁹

Populações móveis: em muitas circunstâncias, os migrantes, refugiados, nómadas e pessoas deslocadas estão sob risco particularmente elevado de TB, mas podem ser excluídos dos serviços e da informação devido a barreiras discriminatórias étnicas, culturais, linguísticas ou de outra natureza, atitudes estigmatizantes, situação ilegal e receio de deportação ou falta da documentação necessária.²⁰

Riscos profissionais sem proteção: as pessoas de determinadas áreas de atividade, tais como as minas, os cuidados de saúde, as prisões e certos contextos industriais, podem enfrentar riscos específicos de exposição à TB ou a fatores de risco relacionados com a TB sem proteção adequada no local de trabalho.²¹ Em muitos lugares, a exploração mineira baseia-se no recurso a trabalhadores mal pagos em lugares distantes onde as entidades reguladoras do Estado não obrigam as empresas mineiras a prestar contas pela inadequação das condições de segurança no local de trabalho.²²

Isolamento involuntário: em diversos países, as leis ou os regulamentos de saúde pública permitem a detenção compulsória, o isolamento ou outro tipo de punição para aqueles que recusem o tratamento da TB ou interrompam os cuidados.²³ Tais políticas ou práticas criam barreiras à procura e ao uso dos serviços de saúde e podem constituir violações dos direitos humanos. A OMS sugere que, sempre que os doentes são tratados com respeito e é obtido o seu consentimento informado, a indisponibilidade para se submeterem a tratamento é rara. Em qualquer caso, tal como mencionado no documento *Guidance on Ethics of Tuberculosis Prevention, Care and Control* da OMS, a detenção “nunca deve ser uma componente de rotina” dos programas de TB.²⁴ Na rara eventualidade de que, após envidados todos os “esforços razoáveis”, um doente recuse os cuidados ou a continuação dos cuidados, poderá justificar-se, como último recurso, um isolamento

¹⁸ Stop TB Partnership. Key populations brief: Prisoners. Genebra, 2016.

¹⁹ Getahun, H., Baddeley, A., Raviglione, M. Managing tuberculosis in people who use and inject illicit drugs. *Bulletin of the World Health Organization* 2013; 91(2):154-6.

²⁰ Stop TB Partnership. Key populations brief: Mobile populations. Genebra, 2016.

²¹ Stop TB Partnership. Tuberculosis and human rights (nota informativa). Genebra, sem data.

²² Stop TB Partnership. Key populations brief: Miners. Genebra, 2016.

²³ Mburu, G., Restoy, E., Kibuchi, E., Holland, P., Harries, A.D. Detention of people lost to follow-up on TB treatment in Kenya: the need for human rights-based alternatives. *Health and Human Rights* 2016; 18(1):43-54.

²⁴ Organização Mundial da Saúde. *Guidance on ethics of tuberculosis prevention, care and control*. Genebra, 2010.

involuntário “cuidadosamente limitado” usando o menos restritivo meio possível.²⁵ O isolamento não deve ser aplicado como forma de punição e qualquer pessoa a ele sujeita deverá ter sido previamente informada dessa possibilidade.²⁶

III. Programas para enfrentar a desigualdade de gênero e eliminar as barreiras de direitos humanos na resposta à TB

As descrições de tipos de programas seguintes, com exemplos de experiências reais, ajudarão os candidatos a financiamento do Fundo Global e os implementadores a identificar formas de melhorar os efeitos dos programas de TB sobre a saúde através da redução das barreiras de direitos humanos presentes nas suas epidemias de TB específicas. A maior parte das áreas dos programas desta lista está alinhada com áreas dos programas para redução das barreiras de direitos humanos em serviços de VIH que são reconhecidas pelo Fundo Global e pelo ONUSIDA e é tão importante para assegurar a eficácia dos serviços de TB como a dos serviços de VIH. A descrição das áreas dos programas e os exemplos seguintes não são exaustivos. Os países devem escolher as intervenções que sejam claramente indicadas pela epidemia que enfrentam e pelas populações especificamente afetadas. Os recursos enumerados no final deste documento podem ser consultados para informações adicionais.

01 Redução do estigma e da discriminação

Há muitos tipos de programas que podem dar resposta ao estigma e à discriminação relacionados com a TB, tais como:

- Avaliação do estigma e da discriminação: foram desenvolvidos muitos índices de estigma e outras ferramentas para ajudar a aferir o tipo e o nível do estigma relacionado com a TB numa dada população, por exemplo, em unidades de cuidados de saúde ou nas comunidades, e para determinar se o estigma é pior nalguns lugares ou grupos populacionais do que noutros. Esta informação pode ser crucial para idealizar medidas eficazes de combate ao estigma (consulte as referências a algumas ferramentas em “Leituras adicionais”).
- Abordagem do estigma e da discriminação na comunidade e no local de trabalho: há muitas lições aprendidas com base nas experiências dos programas quanto à prestação de informação básica e isenta sobre a TB, acessível ao público em geral e a empregadores e empregados, para contrariar o estigma e a discriminação (consulte “Leituras adicionais”). Tal informação pode ajudar a reduzir o estigma das pessoas vulnerabilizadas ou afetadas pela doença, a capacitar os doentes e as suas comunidades quanto ao conhecimento dos seus direitos e a assegurar o acesso aos serviços para todos. A comunicação social ou outros meios de consciencialização podem ajudar a enfrentar o estigma na comunidade ou no local de trabalho, especialmente se estiverem fundamentados num entendimento das origens do estigma e da natureza dos equívocos que podem alimentar o estigma (consulte a Caixa 1). As experiências de diversos países indicam que o estigma também pode ser diminuído através de estratégias como os grupos de apoio a doentes, clubes ou programas de “amigos” no local de trabalho e a mobilização e informação de patronos de combate ao estigma entre os líderes políticos, religiosos, culturais ou intelectuais. Em Kunming, China, onde os trabalhadores migrantes são uma população particularmente vulnerável, o Fundo Global apoiou campanhas de informação junto dos trabalhadores, bem como junto dos empregadores potenciais de trabalhadores

²⁵ Ibid.

²⁶ Ibid.

migrantes em estaleiros de construção, fábricas e hotéis.²⁷ A informação incluía a importância e a localização dos serviços de prevenção e tratamento da TB multirresistente. Todos os programas de informação no local de trabalho devem realçar que os portadores de TB não devem ser despedidos quando estiverem doentes.

- Abordagem do estigma em contextos de cuidados de saúde: foram concebidos muitos programas para ajudar os trabalhadores da saúde a compreender e abordar as suas próprias preocupações acerca da TB no trabalho, bem como as atitudes estigmatizantes para com os doentes.²⁸ Assegurar a confidencialidade e a privacidade dos doentes com TB é uma parte importante da redução do estigma nas unidades de saúde e aumenta o recurso aos serviços de saúde por parte de quem deles necessita²⁹ (consulte também o ponto 6 abaixo).
- Abordagem do estigma e da discriminação na educação: o estigma relacionado com a TB pode conduzir à discriminação e à exclusão na educação,³⁰ tendo já sido comprovada a eficácia dos programas de informação baseados nas escolas em alguns contextos.³¹

Redução do estigma relacionado com a TB e consciencialização na Índia

No estado indiano de Odisha, foi implementada uma importante iniciativa de comunicação e mobilização das comunidades destinada a promover o apoio comunitário às pessoas necessitadas de serviços de TB e a contribuir para a redução do estigma.³² “ONG de interface”, com formação especial, colaboraram com grupos comunitários e líderes locais para consciencializar a população sobre a disponibilidade de serviços gratuitos e para dissipar a desinformação acerca da TB através de linguagem, ilustrações e exemplos com que todos se conseguiram identificar. Na avaliação qualitativa subsequente, os doentes de TB afirmaram sentir um estigma menor nos serviços de saúde e tanto os trabalhadores da saúde do sector público como os curandeiros tradicionais disseram que compreendiam melhor a doença e que se sentiam menos receosos na ajuda a pessoas com TB. A presença de ex-doentes em iniciativas de consciencialização ao nível comunitário foi considerada especialmente útil. O apoio financeiro adequado às ONG que lideraram o trabalho foi também visto como uma determinante crucial para os seus efeitos positivos.

02 Redução das barreiras relacionadas com o género nos serviços de TB

Estão mencionadas acima diversas barreiras relacionadas com o género, reais ou potenciais, nos serviços de TB. Os países têm de compreender as suas populações em risco de TB e que vivem com a TB, que podem muito bem abranger grupos de homens em risco. As avaliações das barreiras relacionadas com o género nos serviços de uma dada comunidade e a recolha sistemática de dados desagregados por género sobre a incidência, a prevalência e os serviços podem fundamentar o trabalho de proximidade direcionado para homens e mulheres, a formação dos trabalhadores da saúde e outras formas de reforço dos sistemas de saúde. Tal como sugerido na Nota Informativa do Fundo Global sobre a TB, as avaliações centradas no género podem pôr em destaque os regulamentos, leis e políticas, bem como as práticas programáticas, que não levam em devida conta os fatores de risco relacionados com o género. Se o horário de trabalho dos homens (ou das mulheres) dificultar a procura de serviços de saúde, as medidas úteis podem incluir os serviços móveis, o aumento das dotações orçamentais para possibilitar horários alargados em unidades

²⁷ Humana People to People China. TB Kunming: 2014 Year Report. Em: www.uffnorge.org.

²⁸ International HIV/AIDS Alliance, Zambart Project e STAMPP-EU. *Understanding and challenging TB stigma: toolkit for action*. Brighton, UK, 2009; Stop TB Partnership. Good practice: Stop TB Partnership challenge facility for civil society – financial support to community initiatives for positive change. Genebra, sem data.

²⁹ Stop TB Partnership. Key populations brief: Health Care Workers. Genebra, 2016.

³⁰ Ver, por exemplo, Cremers, A.L., de Laat, M.M., Kapata, N., e outros. Assessing the consequences of stigma for tuberculosis patients in urban Zambia. *PLoS ONE* 2015; 10(3):e0119861.

³¹ Gothankar, J.S. Tuberculosis awareness program and associated changes in knowledge levels of school students. *International Journal of Preventive Medicine* 2013; 4(2):153-7.

³² Kamineni, V.V., Turk, T., Wilson, N., Satyanarayana, S., Chauhan, L.S. A rapid assessment and response approach to review and enhance advocacy, communication and social mobilisation for tuberculosis control in Odisha state, India. *BMC Public Health* 2011; 11:463.

fixas e a defesa da importância do acesso aos serviços para todos junto de líderes comunitários, grupos de homens e mulheres e outros. Se os homens tenderem a não recorrer às unidades de cuidados de saúde primários por existir a percepção de que estas se destinam a mulheres e crianças, por exemplo, a consciencialização direcionada pode alterar as atitudes. Se os homens forem desfavorecidos como trabalhadores migrantes ou trabalhadores expostos a partículas ou forem mais propensos ao consumo de drogas,³³ o patrocínio e a extensão direcionada de serviços vocacionados para os homens podem ajudar. Nas áreas onde o VIH é endémico, devem estar disponíveis informações e serviços de TB para as mulheres que procurem cuidados e assistência contra o VIH para prevenção da sua transmissão vertical. O PNUD recomenda a colaboração sistemática entre os prestadores de serviços de TB, VIH e saúde materna e infantil para otimizar o acesso das mulheres a informações e serviços de TB.³⁴

03 Serviços jurídicos relacionados com o VIH

Ainda que as pessoas conheçam os seus direitos, poderão não conseguir defender os seus direitos sem a assistência de profissionais jurídicos. Em algumas circunstâncias, o acesso a assistência jurídica pode ser a forma mais direta e eficaz de pessoas marginalizadas conseguirem acesso a serviços de TB, obterem proteção contra o tratamento compulsório ou o isolamento involuntário ou darem resposta ao estigma e à discriminação. O aconselhamento ou os serviços jurídicos baseados nas comunidades e prestados por pares podem ser particularmente eficazes. Por exemplo, a ONG *Namati* mobiliza advogados e forma assistentes jurídicos para o trabalho com líderes comunitários e comités sanitários no sentido de melhorar o acesso aos serviços de saúde, incluindo os serviços de TB. Em Moçambique, esta abordagem proporcionou recursos legais a doentes de VIH e TB que sofreram atrasos no recebimento da sua medicação, bem como na retificação de más condições sanitárias em unidades de saúde, ajudando a estabelecer serviços móveis para algumas populações distantes e a reduzir os tempos de espera para pessoas gravemente doentes.³⁵

04 Monitorização e reforma de políticas, regulamentos e leis que dificultam os serviços de TB

As políticas e leis podem impedir o acesso a serviços de TB e podem ser contestadas de muitas formas, dependendo da sua natureza; por exemplo, através do patrocínio, da mobilização e consciencialização das comunidades e do contencioso. São apresentados abaixo alguns exemplos de medidas que podem ser tomadas para mudar as políticas e leis que prejudicam a implantação e a eficácia dos programas da TB:

- Medidas para combater o isolamento involuntário e o tratamento coercivo ou compulsório: os candidatos a financiamento do Fundo Global podem, por exemplo, solicitar apoio para: (a) avaliação das políticas e leis em vigor a respeito do isolamento e do tratamento compulsório (incluindo a possibilidade de os migrantes, as minorias, as pessoas que consomem drogas ou outras populações desfavorecidas serem desproporcionadamente sujeitos a isolamento); (b) patrocínio de práticas e leis que obedeçam às normas internacionais; (c) apoio à formação de trabalhadores da saúde ou juizes; ou (d) campanhas do tipo “conheça os seus direitos” para doentes ou para o público em geral. As solicitações de financiamento também podem incluir medidas para reforço dos mecanismos de queixa e recurso destinados a doentes que considerem ter sofrido uma violação dos seus direitos. Podem ainda incluir recursos para

³³ Ibid.

³⁴ PNUD, op.cit.

³⁵ Feinglass, E. Spring 2015 program update: Realizing the right to health. *Health Namati News*, junho de 2015.

estabelecimento de modelos de tratamento e monitorização baseados nas comunidades com vista a apresentar alternativas ao isolamento involuntário³⁶ (consulte a Caixa 2 abaixo para um exemplo do uso de contencioso nesta matéria)

- Reforma dos regulamentos e leis de propriedade intelectual e dos quadros normativos para registo de medicamentos: a Médicos Sem Fronteiras (MSF) estima que apenas 2% das pessoas que necessitam dos medicamentos mais recentes para a TB multirresistente e extensivamente resistente têm acesso aos mesmos, em parte devido aos preços elevados desses fármacos, que estão protegidos por patentes, e em parte porque os mesmos ainda não estão registados para fins terapêuticos em alguns países.³⁷ Perante um desafio semelhante em relação a medicamentos para a hepatite C, um beneficiário principal de uma subvenção do Fundo Global na Ucrânia alavancou o apoio do Fundo Global para negociar um preço preferencial com o fabricante dos medicamentos e para pressionar o governo no sentido de acelerar o processo de registo e, em fase posterior, assumir uma parcela maior dos custos dos tratamentos.³⁸ As lições extraídas desta experiência podem ser relevantes para a TB.
- Melhoramento das políticas, práticas e leis que afetam os cuidados para populações móveis como os refugiados e outros migrantes: no interesse da saúde pública e dos direitos humanos, os trabalhadores migrantes, os refugiados e as pessoas deslocadas devem ter acesso aos serviços de TB de que necessitam. Porém, em muitos países, o acesso a serviços de saúde é condicionado à apresentação de prova de cidadania ou residência. Até mesmo as pessoas deslocadas internamente (PDI) podem não conseguir obter acesso a serviços de saúde fora da sua província ou região natal.³⁹ As propostas de financiamento do Fundo Global, inclusive em contextos operacionais complexos nos quais o movimento de refugiados e PDI pode ser intenso, podem solicitar apoio para patrocínio em favor de regulamentos e políticas de saúde que impeçam as fronteiras e as movimentações de se tornarem barreiras aos serviços essenciais. Além disso, medidas como as seguintes podem ajudar a estabelecer um ambiente propício à mudança das políticas: (a) formação ou sensibilização dos trabalhadores da saúde sobre a situação dos migrantes, refugiados e pessoas deslocadas internamente; (b) sistemas de encaminhamento transfronteiriço e outras formas de colaboração para abrir o debate sobre as políticas transfronteiriças e as normas de atuação; e (c) investigação operacional sobre as determinantes sociais da TB nas populações de migrantes, refugiados e populações deslocadas.⁴⁰
- Capacitação do quadro jurídico e político: quando são aplicadas sanções penais, em especial a prisão, ao consumo de drogas, à posse de drogas para consumo pessoal e à posse de equipamento para consumo de drogas, como acontece em muitos países, é provável que uma grande percentagem das pessoas que consomem drogas esteja sob prisão efetiva ou preventiva nalguma fase da sua vida e que sinta relutância em recorrer aos serviços de saúde por receio de exposição do seu consumo de drogas.⁴¹ A candidatura a financiamento do Fundo Global pode incluir o patrocínio para a criação de um ambiente facilitador com vista a assegurar o acesso a serviços de diagnóstico, tratamento, cuidados e apoio contra a TB para pessoas que consomem drogas, incluindo o patrocínio para revisão do quadro punitivo jurídico e político que impede o

³⁶ Organização Mundial da Saúde. *Guidance on ethics of tuberculosis prevention, care and control*. Genebra, 2010.

³⁷ Médicos Sem Fronteiras. Just 2% of people with the severest cases of drug-resistant TB currently have access to new, more effective treatments (declaração online), 21 de março de 2016, em: <http://msfaccess.org/about-us/media-room/press-releases/just-2-people-severest-cases-drug-resistant-tb-currently-have-access>

³⁸ Maistat, L., Alliance for Public Health – Ucrânia. Rolling up HCV treatment programs for PWID in Ukraine. Apresentação em reunião da VHPB, Liubliana, março de 2016.

³⁹ Stop TB Partnership. Key Populations Brief: Mobile populations. Genebra, 2016.

⁴⁰ Organização Internacional para as Migrações e Organização Mundial da Saúde. Tuberculosis prevention and care for migrants. Genebra, 2014, em: http://www.who.int/tb/publications/WHOIOM_TBmigration.pdf

⁴¹ Getahun e outros, op.cit.

acesso das pessoas que consomem drogas aos serviços de TB ou o desenvolvimento de políticas de saúde que possibilitem a integração entre serviços de TB e clínicas de metadona ou outras unidades que possam merecer a confiança das pessoas que consomem drogas.

- Melhoramento do local de trabalho e das políticas e leis laborais: os candidatos a financiamento do Fundo Global podem solicitar apoio para avaliar ou contestar as leis e práticas relacionadas com o emprego que prejudicam os direitos dos trabalhadores que têm ou tiveram TB ou que são postos em risco de TB no trabalho, incluindo os casos em que não é concedida dispensa do trabalho para tratamento sem perda do emprego ou da antiguidade e em que não é assegurada a confidencialidade da situação de TB dos trabalhadores.⁴² Estes problemas podem ser enfrentados por via do patrocínio, do contencioso, da educação dos empregados, das políticas sobre TB no local de trabalho e das atividades de capacitação dos trabalhadores. Tal como mencionado acima, dependendo da localização e da natureza da epidemia, os riscos profissionais podem incidir desproporcionalmente nos homens que se envolvem em ocupações nas quais os riscos relacionados com a TB são elevados, tais como o trabalho com explosivos ou em minas, ou nas mulheres a quem acontece o mesmo, por exemplo, na prestação de serviços de saúde. Em qualquer dos casos, os esforços para melhorar as políticas do local de trabalho devem fundamentar-se numa avaliação das atitudes dos homens e mulheres para com a procura e a utilização dos serviços de saúde e devem incentivar o acesso a informação vocacionada para os homens e para as mulheres sobre TB no local de trabalho.
- Melhoramento das condições e políticas prisionais: as solicitações de financiamento ao Fundo Global podem incluir atividades para aferir/solucionar as condições prisionais no que respeita ao risco de TB (sobrepopulação, má ventilação, injeção de drogas com equipamento contaminado, etc.) e para estabelecer políticas e práticas que minimizem o risco de TB e otimizem o acesso aos cuidados. Uma das mais importantes medidas a apoiar nas subvenções do Fundo Global poderá ser a defesa de um menor recurso à prisão preventiva sempre que sejam possíveis medidas de coação que não impliquem o encarceramento.⁴³

Uso dos tribunais para contestar a detenção relacionada com a TB

Em 2010, no condado de Nandi, Quênia, num caso iniciado pelo diretor de saúde pública, dois homens foram considerados culpados e condenados a oito meses de prisão por incumprimento do tratamento contra a TB.⁴⁴ Na prisão, foram sujeitos a condições que só podiam agravar o seu estado, como a sobrepopulação e a alimentação deficiente. Foram libertados após 46 dias, com a ajuda de organizações da sociedade civil. A ONG queniana KELIN apresentou uma petição junto do Tribunal Supremo para contestar a prática de condenação a pena de prisão no tipo de casos em questão. A decisão do Tribunal Supremo, proferida no Dia Mundial da TB em março de 2016, reconheceu que a detenção pode justificar-se para proteger a saúde pública, mas que não deve ocorrer numa prisão porque, entre outras coisas, pretende ser um tratamento e não uma punição.⁴⁵ O tribunal rejeitou a atribuição de uma indemnização aos queixosos pelo tempo de prisão cumprido, mas ordenou o desenvolvimento de uma política de detenção por motivos sanitários. A decisão judicial foi vista como “revolucionária” pela KELIN e como um ponto de viragem no sentido de práticas mais baseadas nos direitos e centradas nos doentes em relação ao isolamento associado à TB.⁴⁶

⁴² Organização Internacional do Trabalho. *Tuberculosis: Guidelines for workplace control activities*. Genebra, 2003.

⁴³ Csete, J. Consequences of injustice: pretrial detention and health. *International Journal of Prison Health* 2010; 6(1):3-14.

⁴⁴ Maleche, A., Were, N. Petition 329: A legal challenge to the involuntary confinement of TB patients in Kenyan prisons. *Health and Human Rights Journal* 18(1):103-08.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Maleche, A., Wafula, T. Imprisonment of TB patients declared unconstitutional in Kenya. Nova Iorque: Open Society Foundations, 2016, em: <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/imprisonment-tb-patients-declared-unconstitutional-kenya>

05 Conhecer os seus direitos relacionados com a TB

A literacia sobre direitos relacionados com a TB, que consiste em ajudar as pessoas a conhecer os seus direitos nos termos dos regulamentos e leis nacionais de saúde, bem como os seus direitos enquanto seres humanos e doentes no que respeita à TB, pode fazer parte de atividades de reforço dos sistemas comunitários e campanhas de informação de maior amplitude ou pode ser mais direcionada. A literacia sobre direitos pode ser crucial, em especial para populações marginalizadas já propensas à discriminação e à exclusão e sem acesso adequado a fontes de informação convencionais. A literacia sobre direitos resulta melhor se combinada com medidas que melhorem o acesso a serviços jurídicos ou que combatam as políticas e leis problemáticas (ver abaixo). Os programas de direitos dos doentes também podem ser combinados de forma eficaz com a formação dos trabalhadores de cuidados de saúde numa base de não-discriminação, reatividade ao género, confidencialidade e consentimento informado. Os trabalhadores da saúde, mineiros, funcionários prisionais e outros que podem ser expostos à TB no trabalho também podem beneficiar dos programas de literacia sobre direitos.

06 Sensibilização dos legisladores, funcionários judiciais e forças policiais

Conforme sugerido pelo exemplo do Quênia acima, os juízes também podem desempenhar um papel importante na proteção e na concretização dos direitos dos doentes de TB e dos prestadores de cuidados. A formação de polícias, juízes e outros elementos das autoridades policiais e judiciais pode ser uma atividade essencial para assegurar a eficácia e a adoção dos serviços de TB. Tal como no caso do VIH, é provável que a formação dos polícias seja mais bem recebida se incluir informação prática sobre as formas de se protegerem a si próprios da TB no trabalho.

07 Formação de prestadores de cuidados de saúde sobre direitos humanos e ética relacionados com o VIH

Embora se possa esperar dos trabalhadores da saúde que sejam modelos para a comunidade no que toca aos direitos das pessoas afetadas pela TB ou em risco de a contrair, tal não é sempre o caso. Os trabalhadores da saúde podem necessitar de apoio para superar os seus próprios estigmas e receio de contrair TB, bem como para ter a noção da importância da prestação de cuidados de saúde não discriminatória, do consentimento informado, da confidencialidade e privacidade, dos cuidados centrados nos doentes, dos direitos dos doentes e da participação relevante dos doentes na tomada de decisões acerca dos seus cuidados. A formação é uma das estratégias para melhorar o conhecimento, as atitudes e as práticas dos trabalhadores da saúde. Pode ser conjugada com a integração de elementos de direitos humanos e ética nas análises de desempenho ou outros incentivos e também com a educação dos doentes sobre os seus direitos. É improvável que a formação seja eficaz se os trabalhadores da saúde acharem inadequadas as provisões de medicamentos e meios de diagnóstico ou insuficiente o apoio no local de trabalho, ou se sentirem que os seus direitos de privacidade e confidencialidade são indevidamente protegidos.⁴⁷

⁴⁷ Health and Development Networks, Stop TB Partnership, AIDS Care Watch, Development Cooperation Ireland. *Fighting TB on the front lines: Highlights and recommendations from the Stop-TB eForum 2005*. Dublin, 2005.

Melhoramento das atitudes e práticas dos trabalhadores da saúde no Tajiquistão

A Project Hope, beneficiária principal de uma subvenção do Fundo Global para a TB no Tajiquistão, procurou colmatar lacunas na informação básica sobre TB para trabalhadores da saúde e, ao mesmo tempo, dar resposta àquilo que, numa avaliação de referência, considerou serem práticas desagradáveis para com os pacientes e má comunicação da parte dos trabalhadores da saúde.⁴⁸ Foi concebido um programa de informação básica sobre TB e competências de aconselhamento/comunicação interpessoais específico do Tajiquistão para os enfermeiros hospitalares. Além disso, foram identificadas e formadas centenas de voluntários das comunidades para ajudarem a melhorar o conhecimento sobre TB do público em geral. Dado que estas atividades ocorreram em simultâneo, é difícil saber qual delas foi responsável pelos resultados, que incluíram efeitos do tratamento comprovadamente melhores e um trabalho de proximidade junto das comunidades mais eficaz. Subsequentemente, a Project HOPE recebeu um apoio significativo da USAID para expandir o seu trabalho na área da TB na Ásia Central com vista a melhorar a capacidade dos recursos humanos de saúde da região para a prestação de serviços às populações marginalizadas.⁴⁹

08 Assegurar a confidencialidade e a privacidade

Poderão ser tomadas medidas para reformar as políticas, práticas e leis que prejudicam a confidencialidade e a privacidade no que respeita ao estado de TB, não apenas no local de trabalho, mas também nas unidades de cuidados de saúde, nas instituições de ensino e noutros contextos. As solicitações de financiamento ao Fundo Global podem incluir atividades para aferir as práticas nesta área, apoiar o desenvolvimento de modelos de políticas e programas ou ministrar formação aos trabalhadores da saúde.

09 Mobilização e capacitação de grupos comunitários e de doentes

A participação relevante das pessoas na tomada de decisões acerca dos programas e políticas de saúde que as afetam é um elemento crucial do direito à saúde.⁵⁰ Tal como acontece em muitos serviços de saúde, os serviços de tuberculose têm geralmente sido prestados de um modo “descendente”. O Fundo Global, juntamente com a OMS, a Stop TB Partnership e outros peritos, já sublinhou que os melhores resultados dependem da capacitação das pessoas para se tornarem participantes relevantes na prevenção, no diagnóstico e no tratamento da TB, para conhecerem os seus direitos enquanto doentes e para desempenharem um papel de “vigilantes” na monitorização da qualidade e do alcance dos serviços.⁵¹ As solicitações de financiamento ao Fundo Global para a TB podem incluir atividades de reforço dos sistemas comunitários (RSC) que contribuam para a capacitação dos doentes e do público em geral na interação com os prestadores de serviços de TB.⁵² Entre as medidas com resultados de sucesso em diversos países contam-se: (a) apoio a grupos de pares de doentes, (b) reforço de capacidades para possibilitar que as pessoas, incluindo homens, mulheres e jovens, assumam um papel ativo na identificação e na abordagem dos riscos de TB nas habitações, nas comunidades e nos locais de trabalho, (c) criação de plataformas para a participação formal de doentes e grupos de doentes na tomada de decisões sobre saúde, (d) desenvolvimento de capacidades de patrocínio político dos atuais e ex-doentes de TB e (e) desenvolvimento de capacidades e oportunidades para que os comités de saúde comunitária ou grupos de doentes de TB monitorizem e relatem a qualidade dos serviços de TB nas suas comunidades.⁵³

⁴⁸ Stop TB Partnership e Organização Mundial da Saúde. *Advocacy, communication and social mobilization for tuberculosis control: Collection of country-level good practices*. Genebra, 2010.

⁴⁹ Project Hope, “Project Hope awarded \$24M USAID grant for Central Asian Republics regional TB program,” 10 de outubro de 2014, em: <http://www.projecthope.org/news-blogs/press-releases/2014/>

⁵⁰ Comité de Direitos Económicos, Sociais e Culturais da ONU, Comentário geral n.º 14, op.cit.

⁵¹ Macq, J. *Empowerment and involvement of tuberculosis patients in tuberculosis control: Documented experiences and interventions*. Genebra: Organização Mundial da Saúde e Stop TB Partnership, 2007.

⁵² Fundo Global de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e a Malária. *Community systems strengthening: information note*. Genebra, 2014; também Global Fund, *Community systems strengthening: technical brief* [quando disponível].

⁵³ Macq, op.cit.

10 Programas nas prisões e noutros contextos fechados

As pessoas sob prisão efetiva e preventiva têm direito a serviços de saúde equivalentes aos prestados nas comunidades.⁵⁴ Está bem estabelecido que a ocorrência de epidemias de TB nas prisões é uma importante determinante das epidemias de TB na sociedade,⁵⁵ o que indica que os serviços de TB devem fazer parte de todos os esforços nacionais de controlo da TB. Porém, se os MCP e os gestores dos programas considerarem que existem barreiras específicas ao estabelecimento nos contextos de prisão efetiva e preventiva de serviços de TB equivalentes aos existentes nas comunidades, poderá ser útil solicitar apoio para dar resposta a essas barreiras. Poderá ser eficaz a formação do pessoal médico prisional, bem como dos guardas e de outros funcionários prisionais, sobre os aspetos básicos da prevenção e dos cuidados contra a TB. A coordenação dos cuidados prisionais entre as prisões e com os cuidados pós-libertação pode ser a chave para possibilitar que as pessoas sob custódia do Estado iniciem o tratamento da TB sem receio de interrupção quando forem transferidas ou libertadas.⁵⁶ As abordagens baseadas em pares e centradas nos doentes devem ser incentivadas nas prisões tal como noutros contextos.⁵⁷

IV. Uma abordagem baseada nos direitos e reativa ao género das respostas à TB

A secção anterior descreve os programas que abordam as barreiras específicas relacionadas com os direitos humanos e o género que afetam a eficácia dos programas de TB. Porém, os serviços de saúde baseados nos direitos não se limitam à existência de programas específicos para dar resposta às barreiras de direitos humanos. Uma abordagem baseada nos direitos humanos e reativa ao género para dar resposta à TB e a outros problemas de saúde pressupõe a integração de normas e princípios de direitos humanos e igualdade de género, inclusive em matéria de não-discriminação, transparência e responsabilização, na conceção, implementação, monitorização e avaliação dos programas. Também pressupõe a capacitação dos grupos vulneráveis e populações-chave, implementando os programas necessários para dar resposta às suas vulnerabilidades e necessidades específicas, assegurando a sua participação nos processos de tomada de decisões que os afetam e assegurando a existência de mecanismos de queixa e recurso quando os direitos forem violados. Os serviços baseados nos direitos humanos devem ser fundamentados numa avaliação e análise meticulosa dos casos em que existem barreiras de direitos humanos e desigualdade de género e das pessoas por elas afetadas. Em alguns casos, o direcionamento melhorado dos programas existentes para assegurar a inclusão de pessoas marginalizadas pode ser uma medida de direitos humanos importante.

O planeamento, a implementação, a monitorização e a avaliação dos programas de TB apoiados pelo Fundo Global são oportunidades para contribuir para respostas nacionais à TB baseadas nos direitos. Podem ajudar a assegurar que os utentes dos serviços de saúde e os mais afetados pela TB sejam reunidos num processo de consulta atencioso e relevante com o governo, os prestadores de cuidados, os líderes das comunidades e outros elementos da sociedade civil. As perspetivas e a voz dos afetados pela doença são insubstituíveis, inclusive na determinação de prioridades para a redução da desigualdade de género e das barreiras de direitos humanos e na conceção e implementação de serviços de prevenção e tratamento mais eficazes. Nos casos em que estejam

⁵⁴ Comissão para a Prevenção do Crime e a Justiça Penal da ONU. *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules)*. Doc. E/CN.15/2015/L.6/Rev.1 da ONU, 21 de maio de 2015 (ver a regra 24).

⁵⁵ Stuckler, D., Basu, S., McKee, M., King, L. Mass incarceration can explain population increases in TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2008;105(36):13280-5.

⁵⁶ Dara, M., Acosta, C.D., Melchers, N.V., e outros. Tuberculosis control in prisons: current situation and research gaps. *International Journal of Infectious Diseases* 2015; 32:111-7.

⁵⁷ Ibid.

estabelecidos órgãos ou provedores nacionais de direitos humanos, tais instituições podem também desempenhar um papel importante na asseguarção do respeito, da proteção e da concretização dos direitos das pessoas que necessitam dos serviços de TB e que os utilizam.

V. Conclusão

A identificação e a redução das barreiras de direitos humanos na prevenção, no diagnóstico e no tratamento da TB podem fazer a diferença entre os programas que beneficiam apenas as pessoas relativamente privilegiadas e os que têm um impacto generalizado e sustentável. Na maioria dos casos, os programas aqui descritos para a eliminação de barreiras relacionadas com os direitos humanos e a igualdade de gênero nos serviços de TB têm resultados comprovados em algumas partes do mundo. As suas conceção, implementação e avaliação são objeto de normas e orientações internacionais (consulte “Leituras adicionais” abaixo). A incorporação da redução das barreiras de direitos humanos nos programas de TB apoiados pelo Fundo Global aumentará a eficácia dos programas de TB nacionais ao tornar os serviços de saúde mais eficazes e ao aumentar o alcance desses serviços no seio dos grupos altamente marginalizados e vulneráveis. Também servirá para reforçar os serviços comunitários e de saúde, aumentando a sustentabilidade e a equidade.

VI. Leituras adicionais

A lista abaixo inclui relatórios e diretrizes disponíveis na Internet, bem como artigos de publicações académicas de acesso livre.

TB, direitos humanos e ética: geral

Citro, B., Lyon, E., Mankad, M., Pandey, K.R., Gianella, C. Developing a human rights-based approach to tuberculosis. *Health and Human Rights* 2016; 18(1):1-8. <https://www.hhrjournal.org/>

Slagle, T., Ben Youssef, M., Calonge, G., Ben Amor, Y. Lessons from Africa: developing a global human rights framework for tuberculosis control and prevention. *BMC International Health and Human Rights* 2014; 14:34. <http://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12914-014-0034-7>

Stop TB Partnership. Tuberculosis and human rights (nota informativa). Genebra, sem data. <http://www.stoptb.org/assets/documents/global/hrtf/Briefing%20note%20on%20TB%20and%20Human%20Rights.pdf>

Organização Mundial da Saúde. *Guidance on ethics of tuberculosis prevention, care and control*. Genebra, 2010. http://www.who.int/tb/features_archive/ethics/en/

Comunicação e consciencialização sobre a TB

Organização Mundial da Saúde e Stop TB Partnership. *Advocacy, communication and social mobilization (ACSM) for tuberculosis control: A handbook for country programs*. Genebra, 2007.

Organização Mundial da Saúde e Stop TB Partnership. *Advocacy, communication and social mobilization to fight TB: A 10-year framework for action*. Genebra, 2006.

US Agency for International Development e Stop TB Partnership. *Guide to monitoring and evaluation of advocacy, communication and social mobilization to support TB prevention and care*. Washington D.C., 2013.

Estigma relacionado com a TB

Courtwright, A., Turner, AN. Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions. *Public Health Reports* 2010; 125 Suppl 4:34-42. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2882973/>

International HIV/AIDS Alliance, Zambart Project e STAMPP-EU. *Understanding and challenging TB stigma: toolkit for action*. Brighton, Reino Unido, 2009.

Macq, J., Solis, A., Martinez, G., Martiny, P. Tackling tuberculosis patients' internalized social stigma through patient centred care: an intervention study in rural Nicaragua. *BMC Public Health* 2008; 8:154.

Somma, D., Thomas, B.E., Karim, F. e outros. Gender and socio-cultural determinants of TB-related stigma in Bangladesh, India, Malawi and Colombia. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2008; 12(7):856-66.

https://www.researchgate.net/publication/5311522_Gender_and_socio-cultural_determinants_of_TB-related_stigma_in_Bangladesh_India_Malawi_and_Colombia

Género e TB

Stop TB Partnership e ONUSIDA. *Gender assessment tool for national HIV and TB responses*. Genebra, 2016.

http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/Gender_Assessment_Tool_TB_HI V_UNAIDS_FINAL_2016%20ENG.pdf

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Género e tuberculose. Nova Iorque, dezembro de 2015. [http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Gender%20HIV%20and%20Health/Gender%20and%20TB%20UNDP%20Discussion%20Paper%20\(1\).pdf](http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Gender%20HIV%20and%20Health/Gender%20and%20TB%20UNDP%20Discussion%20Paper%20(1).pdf)

TB no local de trabalho

Organização Internacional do Trabalho. *Tuberculosis: Guidelines for workplace control activities*. Genebra, 2003.

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@ilo_aids/documents/publication/wcms_116660.pdf

Organização Mundial da Saúde e Organização Internacional do Trabalho. *Joint WHO/ILO policy guidelines on improving health worker access to prevention, treatment and care services for HIV and TB*. Genebra, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44467/1/9789241500692_eng.pdf

TB e populações-chave

Série de monografias da Stop TB Partnership sobre as populações-chave, incluindo mulheres, crianças, populações móveis, mineiros, pessoas que consomem drogas, prisioneiros, populações rurais e populações urbanas: <http://www.stoptb.org/resources/publications/>

Getahun, H., Baddeley, A., Raviglione, M. Managing tuberculosis in people who use and inject illicit drugs. *Bulletin of the World Health Organization* 2013; 91(2):154-6.

Organização Internacional para as Migrações e Organização Mundial da Saúde. Tuberculosis prevention and care for migrants. Genebra, 2014, em: http://www.who.int/tb/publications/WHOIOM_TBmigration.pdf

Capacitação dos doentes e das comunidades

Macq, J. *Empowerment and involvement of tuberculosis patients in tuberculosis control: Documented experiences and interventions*. Genebra: Organização Mundial da Saúde e Stop TB Partnership, 2007.

Stop TB Partnership. *Good practice: Stop TB Partnership challenge facility for civil society – financial support to community initiatives for positive change*. Genebra, sem data.

TB em contextos de prisão efetiva e preventiva

Dara, M., Acosta, C.D., Melchers, N.V., e outros. Tuberculosis control in prisons: current situation and research gaps. *International Journal of Infectious Diseases* 2015; 32:111-7.

[http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(14\)01747-0/pdf](http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(14)01747-0/pdf)

Comité Internacional da Cruz Vermelha. *Combating TB, HIV and malaria in detention – Uganda's experience*. Genebra, 2015. <https://www.icrc.org/en/publication/avo61a-combating-tb-hiv-and-malaria-detention-ugandas-experience>

Penal Reform International e Royal Netherlands Tuberculosis Foundation. Human rights and health in prison: a review of strategy and practice. Londres, 2006. <http://www.penalreform.org/resource/human-rights-health-prisons-review-strategy-practice/>

Gabinete Regional para a Europa da Organização Mundial da Saúde. *Prisons and health*. Copenhaga, 2014. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health>