

Reunião CTA 18 de outubro 2016.

9h00- sub loja, edifício principal.

Setor Comercial Sul - Quadra 4- Brasília

Informes

1. Report OMS 2016

Denise - Coordenadora do Programa Nacional de TB. Neste ano tivemos dificuldades. Assumi em março de 2016, preparei um relatório de gestão para o Secretário da SVS (ex-secretário de saúde de Alagoas - Adeilson - Maceió), focando na demanda atual, reposição dos técnicos que saíram. Perdemos alguns técnicos (Mariana - lab, Nanci - retornou Campinas, Vania - área da Mobilização Social, Marcela - informação estratégica, Luciana - área de comunicação). Temos recurso razoável na OPAS neste ano, mas estamos revisando as prioridades de acordo com as novas orientações da SE.

Patricia Bartholomay - apresenta os dados do Report OMS - 2016 - lançado na semana passada. Relata um sumário do Brasil.

Afrânio - comenta que foi mencionado o pilar 2 (bolsa família), mas não foi mencionado pela Patrícia o comentário da OMS na página 122, a necessidade de criação de Rede Nacional de Pesquisa e incluiu Brasil, Etiópia, Rússia, África do Sul e Vietnã como países que já iniciaram a Global Action Framework.

Denise - fizemos parceria UNB - com 4 epidemiologistas. Foco foi identificar perguntas, por exemplo: como devemos utilizar nossos técnicos para reestimar os dados de TB (SINAN, SIM, HIV).

Vera Galesi - minha sub notificação é de TB-HIV. Baixa realização de cultura - temos um GAP. Com teste rápido aumentou detecção de TB MDR (40% para 60%), mas temos problemas na confirmação dos casos de TB resistentes detectados pelo Xpert MTB Rif. Vou relatar mais tarde.

Margareth - estou falando há anos- preguei no deserto. Estamos detectando um terço do que deveríamos detectar de TB MDR em nível nacional. Teste rápido molecular sem dúvida auxiliou muito na identificação de mais casos de TB MDR que existiam mas não eram conhecidos pelo sistema.

Afrânio - menciona que no Report da OMS há relato de atividades nos países sobre as ações da sociedade civil que visem auxiliar o programa de TB. No mapa, não há informação sobre o Brasil.

Carlos Basília - Existia no Fundo Global tais atividades. Quando acabou a verba do FG não houve mais desdobramentos. Tivemos 2 editais, mas não cobriram as expectativas da Parceria Brasileira. As atividades listadas no Report da OMS referem-se a ações de prestação de serviço complementar ao governo realizadas pela Sociedade Civil. Aqui no Brasil, ativista faz de graça -

mas para auxiliar nas ações de controle TB, precisamos de auxílio financeiro, o que não tem sido disponibilizado.

Carlos Basília - não tinha nada publicado no Brasil sobre o WHO Report 2016. Leitura é uma soma de letrinhas. Usualmente o gestor está sempre se defendendo. Perdemos a oportunidade de trazer a sociedade civil de forma que todo leigo possa entender. Assim poderíamos ter engajamentos ou desdobramentos, poderíamos pautar a mídia para rádio. Fica discussão muito técnica e distante do cidadão comum. Mesmo aqui no CTA não há consenso sobre números - Proponho que realizemos um movimento para resgatar o que foi publicado no Report da OMS em 2016 de modo que informe a população geral da gravidade da TB no país.

Denise - concordo com Basília. Recebemos apenas na sexta-feira passada o Report da OMS. Perdemos uma chance e devemos ser proativos - CTA e PNCT. Proponho realizarmos um artigo e divulgar na OPAS, SBMT - Agencias de notícias, inserir o olhar da Academia, Proteção Social, e outros temas que o CTA considere relevante.

Júlio Croda - pode publicar na SBMT

2 - Situação dos medicamentos, testes rápidos, e PPD

a) BCG - normalizado

b) PPD - conseguimos obter 20.000 frascos - necessário 50.000 por ano (foi disponibilizado 40% do que era anteriormente usado)

Fernanda repassa para os estados - ele pode organizar tem autorização para se organizar de acordo com suas capacidades. Entretanto, em alguns estados, o PPD não foi utilizado de modo adequado. Não temos uma produção nacional do PPD. Tentamos auxiliar no registro de outro empresa como a Sanofi, mas não tivemos sucesso. Foi colocado no CTA em 2015 que seria necessário realizar validação do PPD Sanofi. Caso tenhamos PPD nacional, será produzido em larga escala apenas daqui a 4 anos

Afrânio - sugere que empresa estrangeira registre o produto no Brasil, assim o MS passa a comprar, não é necessário validar um PPD que já está em uso no mercado internacional há décadas. Em paralelo, reitera necessidade de que se produza PPD nacional via Fiocruz-PR e IBMP-PR e não pela Tecpar, que perdeu o interesse.

Denise - Farmanguinhos não conseguiu produzir o medicamento 4 em 1. Temos produto produzido no Brasil (amicacina). Farmanguinhos - fez INH de 300mg com cor igual ao INH de 100mg. E portanto não podemos distribuir, pois a chance de ser usado de modo inadequado é enorme.

Afrânio - sugere que este CTA atue de modo pro ativo para viabilizar melhorias do PNCT focando Pilar 1,2,3 como fazia a Lair Guerra na Aids, década de 80. PNCT deve solicitar apoio de seus parceiros, Rede TB, Parceria, SBMT, SBPT para divulgar e instar os responsáveis em

nível governamental e parlamentares para priorizar ações que viabilizem o cumprimento de metas para o Global End TB Strategy.

Fernanda - não podemos comprar do GDF - precisamos termo de cooperação.

Denise - Aqui no PNCT, precisamos de apoio de médicos para auxiliar as atividades vinculadas a este saber. Pois a Fernanda Dockhorn está apenas tempo parcial. Nenhum médico que vir ao PNCT para trabalhar. Outras categorias profissionais - conseguimos com mais facilidade. Peço auxílio aos membros do CTA que identifiquem potenciais candidatos médicos a trabalharem conosco no PNCT.

Fernanda - relata que Farmanguinhos nos informou recentemente que não poderá disponibilizar o 4 em 1 nacional, mantemos a compra via OPAS e portanto sem a fiscalização da produção pela Anvisa. Farmanguinhos - obteve registro - RH (300/150mg) mas ainda está sem previsão de produção e distribuição em nível nacional. PZA suspensão- o problema na produção técnica foi resolvido pelo Laboratório da Marinha e a entrega ocorrerá no final de outubro. EMB - produção via FURP, empresa pública estadual - não fecham preço e cronograma de entregas. Há risco - estoques nacionais até novembro. Colocaram preços muito altos. Se tem registro de medicamento no país, não podemos comprar via GDF ou OPAS. GDF não tinha CNPJ. Para viabilizar a compra via GDF necessitamos ter um acordo de cooperação com UNOPS (Nações Unidas). Já iniciamos o processo, mas é demorado, e como Denise mencionou antes, estamos sem quadros para agilizar tais atividades.

Denise - o atual ministro - pretende mudar a cultura de aquisição de medicamentos. Teremos reunião com o DAF amanhã para agilizar o acordo com UNOPS - Acordo do SCTIE - DAF e eles com a UNOPS das Nações Unidas.

Margareth -Farmanguinhos não cumpriu o acordo. Há planta da Glaxo em Jacarepaguá. O acordo de transferência tecnologia efetuado há 8 anos tem de ser cumprida. Temos problema sério com remédios, precisamos evitar a desconfiança por parte da equipe de saúde. Quando a opinião pública passa a ter desconfiança. Concordo com Afrânio, o CTA tem grande responsabilidade neste processo. Sugiro uma reunião de alto nível do PNCT com a presidência da Fiocruz e direção de Farmanguinhos para identificar os caminhos que possam resolver tais pendências.

Afrânio - pelo exposto, o problema de produção de medicamentos por empresa nacional iniciou há anos por Farmanguinhos. Temos de priorizar ações que visem soberania nacional -- oferecer produtos para a sociedade oriundo de empresa pública ou privada nacional. Temos de ter governabilidade. Na medida que o setor público não atua de modo eficiente, abrimos a porta para a privatização internacional, visto que nosso parque industrial nacional está ainda incipiente para prover produtos para doenças negligenciadas.

Fernanda - temos problemas no uso do teste rápido molecular. Estamos sem kit desde agosto de 2016. Primeiro houve um consumo maior do que o estimado. Estados não reportaram o uso de modo adequado, houve locais onde kits ficaram sem validade. Além disso, a aquisição nacional depende da queda do registro da Werfen (primeira empresa que registrou o Xpert na ANVISA) e em seguida compramos via Cepheid - Brasil, pois ela já tem outro registro. O

processo está agora na secretaria executiva, esperamos que seja resolvido. Os estados demoram a utilizar. Houve demora na distribuição dos equipamentos e de modo irregular. Não temos sistema de informação próprio para isto. Os laboratórios mandam para os estados, e mensalmente temos de compilar todos os dados.

3. Manual de Recomendações

Fernanda - houve atraso, mudou secretário da SVS, e além disso não conseguíamos adquirir capreocimina que fora inserida no novo Manual. Devemos colocar para consulta pública nas próximas semanas.

Afrânio - propõe que as mudanças no Manual de Normas sejam temas para serem monitorados pelo PNCT focando no impacto clínico do uso de novas tecnologias. Isto pode ser inserido no Plano Nacional para End TB Strategy que Stefano irá apresentar mais tarde.

4. Atualização sobre encaminhamentos junto à Conitec

Fernanda - Uso compassivo pela Bedaquilina - deve iniciar em São Paulo. Iniciamos o processo de negociação com empresa. O dossiê brasileiro está pronto para registro na Anvisa. Depois iremos retomar à Conitec para sua análise. A negociação com a empresa só ocorre após a incorporação junto com o DAF.

Afrânio - reforça o mecanismo do Uso Compassivo para a incorporação de novas tecnologias. Pois assim oferece governabilidade ao PNCT e a própria empresa, pois haverá o monitoramento da incorporação do produto na prática clínica.

Carlos Basília - o que podemos fazer para politizar - Pergunta se a questão é apenas técnica ou podemos inserir a sociedade civil - advocacy para pautar a incorporação da Bedaquilina

Margareth - quando se trata de vida humana com possibilidade de evitar óbitos deveria ser de máxima prioridade. Fizemos uma lista de escolha de sofia entre os pacientes com XDR - e pré-XDR e encaminhamos para o PNCT. Seriam candidatos para tratamento com bedaquilina. Como não houve desdobramentos no governo, muitos já morreram

Fernanda - em relação à rifapentina necessário de texto para a avaliação da incorporação que está em construção. Problema é mostrar a custo efetividade. Custo é elevado, Impacto orçamentário realizado pelo Rodrigo, aluno do Tolentino em Manaus mostrou um grande impacto orçamentário. Necessitamos estudos de custo efetividade no Brasil. Podemos focar o uso de Rifapentina em populações prioritárias.

IGRA - há excesso de estudos. Temos texto para analisar a incorporação. Discussão sobre a incorporação com a Conitec em andamento. Mas a execução da técnica em nível laboratorial não é fácil. Tivemos 3 ou 4 reuniões com a empresa. O tempo esperado de 16h da coleta a incubação - dificulta - compra de serviços. Pensamos em focar em grupos prioritários. A Rede HIV está acostumada com compra de serviços e pode agilizar o uso da IGRA para TB-HIV. Assim devem diminuir os problemas da fase pré-analítica na abordagem de pacientes em terapias imunobiológicas e candidatos a transplante. Utilizaríamos a rede de postos de coleta para

Rede de HIV. O Departamento de HIV-Aids comprará os serviços do IGRA para as populações definidas e priorizadas neste momento. Na atenção primária em cidades menores - devemos continuar o uso do PPD. Entretanto, o preço ideal, para ser custo-efetivo, seria de 16 dólares. Mesmo assim, trará um grande impacto orçamentário. A discussão do IGRA está em fase inicial com o DIAHV, ainda não há uma definição.

Cultura líquida (detecção e TS) - texto para avaliação da Conitec em atualização - mesmo sendo utilizado na Rede SUS, precisamos passar pela crivo da Conitec para incorporar no Manual de Normas e na tabela SUS. Jarbas pediu para parar o processo no passado. Desde a época do Nardi -estamos atualizando os dados. Precisamos aumentar o uso de cultura líquida. Entretanto, com o uso do teste rápido, observamos que houve uma queda na realização de cultura. Precisamos rever o texto, os custos e definir onde localizar a cultura líquida. TRM - já passou na Conitec - mas não foi incorporado no SIA-SUS. Quando entra no SIA-SUS não podemos mais comprar. Cabe aos estados/municípios comprarem.

Dose fixa pediátrica - discussão sobre a incorporação junto ao DAF. Precisa de um plano - é necessário construir um texto para incorporação. A reunião com o DAF sobre esse tema está agendada.

Delamanid - texto ainda deverá ser construído em 2017 para submissão à Conitec. Reunião sobre a incorporação do DAF ainda vai ocorrer.

LPA - texto para ser incorporado está com construção, prioridade para 2017. Maior desafio será discutir o algoritmo nacional onde alocar o teste e também os laboratórios capacitados para sua utilização.

Afrânio - pergunta porque o kit SIRE da Nitratase não foi incluído na apresentação.

Denise - sim de fato, deveria constar. Devemos inserir a nitratase na discussão sobre incorporação a partir de 2017.

5. Expansão da Rede do Teste Rápido

Fernanda Dockhorn - em 2014 foi solicitado as Secretarias de Saúde as prioridades para alocação de máquinas. Foram estabelecidos critérios nacionais para a priorização como: critérios epidemiológicos, população vulnerável, estrutura física, eletricidade e RH. Aprendemos que atualmente o principal é o fluxo das amostras e dos resultados. Temos garantia dos equipamentos por 2 anos pela empresa. Na legislação brasileira, quem recebe doação é o responsável pela manutenção do equipamento. Após reunião entre os vários setores do MS, recebemos orientação do MS de não comprarmos serviço para manutenção dos equipamentos após os dois anos de uso. Há secretarias municipais que tem facilidade para comprar serviço e outros tem muita dificuldade. Atualmente, a manutenção completa por equipamento custa US\$ 2.900: calibração preventiva, corretiva e controle remoto. Cepheid é única empresa. SP - 45 equipamentos, RJ 25 equipamentos. Pensando na doação e distribuição dos novos equipamentos adquiridos em 2015 tivemos dificuldades na – negociações pois com a mudança de Secretário da SVS houve diferença de abordagens.

Acre não respondia as nossas solicitações as necessidades de equipamentos e de insumos. Há laboratórios em SP e em RJ foi necessário alocar mais equipamentos. Tivemos problemas para distribuição de equipamentos e insumos na época eleitoral. No início da implantação do TRM, o PNCT realizou procedimentos não usuais para viabilizar a entrada dos equipamentos. Agora temos de rever os processos. Necessário rever o que fazer com os 10 equipamentos usados para pesquisa. Sanatório Penal no RJ, HC e CRT Aids pretendem continuar a prestar serviço e utilizar esses equipamentos.

Denise - pede que Maria Alice informe as discussões sobre os resultados falso pôs de Xpert Resist RIF no SLAMTB em Rosário

Maria Alice - levamos os resultados de 64 cepas de Mtb Xpert falso positivo - não detectamos mutação no RpoB em 14 casos. Conversamos com Profa Ellen da Cepheid.

Denise - iremos realizar uma reunião com Profa Ellen da Cepheid em Liverpool para rever os próximos passos.

Vera - fiz duas apresentações no CTA do MS em 2016 (maio e outubro) sobre este tema. Temos 165.000 exames realizados, entre eles, 168 casos foram RIF pelo Xpert - e 40% tinham resultados discordantes no TS com meio líquido; 30% não tivemos TS (cultura foi negativa, ou contaminou). Não posso assumir que são de TB MDR. Como mencionado pela Maria Alice, o IAL levou para o SLAMTB em Rosário na Argentina, os 63 genótipos de falso positivos (14 não tinham mutação). Estamos sem conclusões sobre o ocorrido. Assim que percebemos estes resultados discordantes, em janeiro de 2015 já mudamos a rotina em São Paulo. Tenho monitorado pessoalmente todos os casos com Xpert pôs Resist para RIF e orientamos a equipe de saúde que espere o resultado do TS para iniciar esquema de TBMR. Informo que a maioria dos pacientes não usaram esquema MR - esquema básico - esquema básico (SM ou Amicacina) tiveram boa evolução. Estou revendo a casuística para depois relacionar com os dados do laboratório

Vera - reitera a necessidade que seja adotada a vigilância dos casos resistentes a RIF identificados pelo teste rápido.

Afrânio - relata conversa com Mateo da OMS em junho, onde ele comentou que resultado falso pôs do Xpert Rif Resist não deveria ser maior de 5%. Ha resultados altos - Afeganistão, Paquistão, Moldovia (11 a 13%) e África do Sul (8,5%). Mas comentou que dados do Brasil são muito altos. Relata conversa com representante da Cepheid, Profa Ellen em Rosário há duas semanas atrás. Propõe um Task Force para discutir o impacto positivo e negativo sobre Xpert - que inclua PNCT, Cepheid e Rede TB. E não focar apenas em dados laboratoriais e sim a interação laboratório com clínica, a vigilância que inclua dados secundários (SINAN e GAL) e dados primários (o que ocorreu na pratica, qual o esquema de fato foi adotado e como foi a evolução clínica dos pacientes).

Daniele Pelissari - há técnicos do PNCT que estão desenvolvendo doutorado (pesquisa) do impacto do Xpert na Rede SUS.

Denise relata que está programada reunião em Liverpool com pessoal da Cepheid para discutir o tema e encaminhamentos principalmente referentes aos casos discordantes do Xpert de SP.

6. Cooperações Internacionais

- a) Johns Hopkins
- b) CDC Atlanta e Brasil
- c) São Tomé e Príncipe
- d) BRICS

Cintia Dantas

Johns Hopkins - projeto submetido ao NIH - Rifapentina e INH para TB Latente em HIV+. Será realizado em SP (Artur Kalichman) e RJ (Solange Cavalcanti) e custo efetividade (Anete)

CDC - interação com Paul Jensen iniciado em Maceió, no Workshop da Rede Tb. Propusemos ao CDC: 1 - projeto de custos catastróficos, 2 - projeto de aumento de detecção de TB entre sintomáticos respiratórios 3 - controle de infecção (capacitação - RH) e 4) custo efetividade para TB latente

Afrânio propôs inserir no item 2 - análise da incorporação do escore clínico (triagem) para agilizar processos de detecção de TB antes do Xpert ou da BAAR. Relata o estudo de custo efetividade via modelagem com dados do PoA, que confirmou ser custo efetivo tal estratégia. Escore antecedendo o uso de Xpert, de cultura ou Rx torax. Propõe também inserir no item 3, estudos de análise de impacto de novas estratégias para controle de transmissão

São Tomé Príncipe - 200 casos por ano. Criar Lab de TB (baciloscopia) e capacitação de RH e monitoramento (alocado R\$ 1 milhão de dólares pelo Itamarati)

BRICS - presidência dos BRICS em nov 2014, aprovamos um comunicado dos Ministros de Saúde sobre TB. Propõe Rede de Pesquisa em TB dos BRICS e coordenar a Agenda Nacional de Pesquisa dos BRICS

Afrânio - relata reunião com pessoal da Rússia e China na semana passada. Eles concordaram com a ideia. Falta contatar pessoal da Índia e África do Sul. Sugere contatar Soumya na Índia, pois ela é bem relacionada entre o Ministério da Saúde e Ministério de Ciência Tecnologia. Na África do Sul fica mais difícil, pois o grupo do MS não interage com os pesquisadores e vice versa.

Margareth - comenta que conhece a Soumya e de fato ela pode ser estratégica neste processo

7. Implantação da Vigilância

- a) do óbito

Andrea Lobo – descreveu a magnitude da mortalidade por e com tuberculose.

O trabalho desenvolvido pelo PNCT tem como objetivo geral realizar a vigilância do óbito por tuberculose como causa básica ou associada. Os objetivos específicos são: identificar as condições de acesso dos pacientes com tuberculose, que evoluíram para o óbito, aos serviços de saúde; contribuir para a identificação de contatos de casos de tuberculose que evoluíram para o óbito e ainda não foram avaliados pelos serviços de saúde, visando à interrupção da cadeia de transmissão da doença; corrigir (quanti-qualitativamente) as informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e propor medidas que possam impactar na ocorrência de mortes por tuberculose.

As atividades propostas pelo trabalho são: monitoramento dos óbitos no SIM, monitoramento dos desfechos dos casos no Sinan e investigação dos óbitos por/com tuberculose

A vigilância do óbito envolve vários parceiros: programas de tuberculose, Vigilância do Óbito, Gestão do Sistema de Informações sobre Mortalidade, Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, Vigilância de Aids, Departamento de Atenção Básica, Serviço de Verificação de óbito e IML. Todos já estão envolvidos na elaboração do protocolo da vigilância da vigilância do óbito por tuberculose, exceto as equipes do DAB, SVO e IML que ainda serão contatados.

Já existe um protocolo de investigação de óbito por HIV/Aids. A equipe do Departamento é parceira na construção do protocolo de vigilância do óbito por tuberculose.

Estamos propondo duas fichas de investigação de óbito. Todos concordam com a ficha, mas deve ser simples.

O cronograma de atividades foi apresentado

Atividades	2016				2017
	Set	Out	Nov	Dez	1º tri
Envio de questionários aos Programas de Controle da Tuberculose		X			
Piloto da ficha de investigação					
-Pernambuco	X				
-Goiás			X		
-Região Sul					
-Amazonas				X	
-Região Sudeste					
Participação no piloto para melhoria da qualidade dos dados do SIM da CGIAE	X	X	X	X	
Reunião do comitê de mortalidade por aids de Porto Alegre-RS				X	
Consulta pública				X	
Apresentação dos resultados do piloto em reunião da CGIAE			X		
Reunião com especialistas					X
Previsão de publicação do protocolo					X

Vera – alerta que São Paulo capital desenvolve a vigilância do óbito há 10 anos a partir do PROAIM - sistema de mortalidade. Fazem as visitas domiciliares de óbito.

Afrânio - sugere inserção do grupo da Profa Teresa Scatena Villa da Pesquisa Operacional da Rede TB junto com o Protocolo de Vigilância de Óbitos, nos municípios que Tite já tem grupos de pesquisa operacional. Atuar em conjunto os PCT estaduais que irão incorporar a vigilância de óbitos. Relata a apresentação da Patrícia Durovni no RJ. Sem dúvida, esta abordagem de vigilância de óbitos deve ser reforçada. Pergunta como este processo novo pode ser realizado sem receber a denominação de pesquisa.

Andréa Lobo - temos três alunas de doutorado com projetos que envolvem a mortalidade por tuberculose: Patrícia, Marli e Andrea Lobo

Patricia Bartholomay: esses projetos tem aprovação nos Comitês de Ética em Pesquisa. A publicação do protocolo de vigilância do óbito por tuberculose não necessita de aprovação.

Denise- a recomendação estabelecida pelo PNCT deve ser aprovada pelo Conass e Conasems para agilizar os processos e não precisa de aprovação de Comitê de Ética-

b) ILTB

Andréa Lobo: Estamos retomando a discussão. Kleydson fez um questionário para os coordenadores dos PCTs com objetivo de identificar as experiências com a vigilância da ILTB no Brasil. Há dois técnicos do PNCT (Elaine Andrade e Kleydson Andrade) visitando estados com experiência na vigilância da ILTB. Estiveram em São Paulo em setembro. Outros estados ainda serão visitados. Em 2017 teremos reunião com especialistas para discutir o protocolo de vigilância da ILTB

Pretendemos executar um piloto em dois estados.

Afrânio - sugere utilizar as lições aprendidas sobre a cascata diagnóstica e terapêutica de TB latente nos estados que já têm sistema de informação (ILTB) em São Paulo, Paraná e Santa Catarina - e checar os barreiras na ponta. Relata a experiência da Anneliese em São José do Rio Preto. Artigo publicado este ano no Plos One sobre a cascata diagnóstica e terapêutica de TB latente na atenção primária. Esta experiência foi realizada numa cidade e estado que já tem sistema informatizado. Importante utilizar tais experiências. No estudo da Anneliese e também os dados mostrados pela Anete Trajman em Maceió, num estudo em andamento em Manaus, Recife e no Rio de Janeiro, a equipe de profissionais de saúde não considera importante realizar o diagnóstico e tratamento de TB latente, culpa o contato para não fazer a detecção de TB Latente.

Patricia - tínhamos iniciado esta discussão sobre ILTB há dois anos, recuamos com a falta de PPD. Retomamos agora a vigilância de ILTB no PCNT dentro do Plano Global End TB Strategy

Denise - relata o TB investment Case, projeto OMS, Rede TB e PNCT -identifica a vulnerabilidade - foi a pobreza. A intervenção foi a bolsa família - entrou TB MAC (modelagem) SProtec (London School) - o que anda mais - modelagem matemática - teremos sessão em Liverpool. Precisamos nova reunião

8. Plano Nacional de Resistência Antimicrobiana

Andrea Lobo - a OMS publicou, em novembro de 2015, o Plano de Ação Global para Resistência Antimicrobiana e, em fevereiro de 2016, houve a publicação das normas para elaboração de planos nacionais Em maio 2016, na Assembleia da ONU, o MS do Brasil assinou o compromisso de elaborar o plano brasileiro. A partir de então, foi composto um grupo com o objetivo de elaborar o Plano Nacional de Prevenção e Controle da Resistência Antimicrobiana no Brasil.

Há dois pontos focais do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (Artemir Brito e Andréa Lobo) nesse grupo que também contará com participação de representantes de outros ministérios (MAPA, MEC, etc.).

No que diz respeito ao controle da tuberculose drogarresistente, os objetivos que serão trabalhados nesse plano serão:

- Fortalecer:
 - a rede de laboratório para diagnóstico da tuberculose
 - o Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose
- Implantar a vigilância sentinela da tuberculose drogarresistente

Perguntamos ao CTA se concordam que neste processo podemos obter financiamento e fortalecer a rede de laboratório para diagnóstico de TB resistente o SITETB.

Patrícia Bartholomay - informa que os gestores do MS relatam que não faltará verba para as ações que serão inseridas no plano.

Andrea - CGLAB - está coordenando as demandas para a rede de laboratórios. Ainda não houve discussão com as equipes estaduais e municipais.

Afrânio - propõe que neste plano sejam inseridos as necessidades da incorporação de cultura - TS líquido, LPA, Nitratase, vigilância de óbito para TB resistente e monitoramento de uso de medicamentos da segunda linha ou novos fármacos

9. Reunião com grupo de especialistas para atualizar o manejo clínico

Fernanda teceu comentários do que está sendo programado para o uso do novo Manual de Normas

10. Audiência Pública na Câmara dos Deputados sobre o Plano Nacional pelo Fim da TB

Cancelado

11. Resultados Survey Agenda

Cancelado por atraso na agenda da reunião

Pauta -

1. Plano Nacional pelo Fim de TB - Stefano Codenotti

Denise - relata que o PNCT não tem experiência na elaboração de um Plano de Eliminação
Objetivo é conversar com Programas Estaduais

Stefano - irei apresentar para vocês o que discutimos ontem com Basília, Vera, Júlio Croda, Maria Alice e outros representantes de programas municipais e sociedade civil. No material

que repassei na quinta-feira passada houve poucas mudanças. Hoje passamos ao CTA o texto atualizado, impresso. O Plano Nacional será dividido em 4 etapas (2017-2035). Nesse momento focaremos na Fase 1 - 2017 a 2020

Diagnóstico situacional. Usamos documentos publicados do MS, boletim de março de 2016, inserimos texto sobre intersectorialidade, Rede de Testes rápidos, resultados de indicadores epidemiológicos e operacionais, níveis de atenção (onde diagnostica e trata). Além da discussão, com 4 professores da UNB, para discussão sobre os cenários da tuberculose no país - como se divide aos indicadores da TB. Essa discussão foi liderada pela área de Informação Estratégica do PNCT, tendo mais a frente Patricia, Daniele Pelissari e Marli.

Na primeira análise, temos os cenários 1 e 2. Nesse, as variáveis associadas ao coeficiente de incidência foram: desemprego e moradia (> 2 cômodos)

Após essa discussão, os cenários foram divididos em subcenários que ao final formaram 8 grupos (4 subcenários em cada um). Nesse segundo momento foram levantados diversos indicadores epidemiológicos e operacionais do programa.

cenário 1 - coeficiente de incidência de AIDS, percentual de casos novos com pelo menos uma vulnerabilidade e contatos examinados (1.3. P BL 27%)

cenário 2 - coeficiente de incidência de AIDS, percentual de casos novos com pelo menos uma vulnerabilidade e número de casos transferidos (2.3 TB HIV - 56%)

Serão discutidas estratégias devem levar em consideração os pilares e os objetivos. Além de estratégias específicas para cada cenário e seus indicadores associados.

Estratégias que podem ser executadas na fase 1

Júlio - comenta a correlação entre as variáveis. Importante deixar claro que nesta análise não foi feita qual a intervenção para cada cenário

Afrânio - pergunta se algumas variáveis se foram incluídas nas análises - exemplo - proporção de descentralização de ações, presença de bolsa família.

Patricia - sim foram incluídas, mas não foram mantidas na análise final.

Daniele Pelissari - análise ecológica, tem limitações, não substitui a visão do gestor que já tem suas prioridades. Usamos médias, teremos extremos.

Denise - este trabalho foi exaustivo realizado por Patricia, Marli e Daniele. Esta estratégia pode auxiliar o gestor local e focar em atividades programáticas que tenham mais impacto localmente

Stefano – o plano deve orientar o planejamento para cada município. Pretendemos evitar ações realizadas no passado. Importante que PNCT pense no que será feito no ano seguinte, mas revise o plano que foi feito. Para planejar as ações atuais do programa o Plano de 2005 não é revisitado. Os gestores receberão anexos com a identificação de cada cenário. Eles devem identificar quais cenários se localizam e realizar o aprofundamento no diagnóstico

situacional para poderem planejar suas ações, a partir das recomendações feitas no plano e no próprio conhecimento local.

Afrânio - sugere que o Plano não fique centrado apenas nas ações do PNCT. Necessário articular com a Capes, MCT, MCTI, outras secretarias do MS, Academia Nacional de Medicina. No Plano Nacional deve estar claro que os 3 pilares devem estar priorizados de modo equânime. Neste processo, o PNCT deve ser o maestro. Sugere que as mudanças no Manual de Normas que deve ser lançado nos próximos meses sejam as pesquisas priorizadas na lógica do Implementation Science (impacto clínico, laboratorial, econômico)

Denise - estamos buscando aproximação com Pilar 3 - com a Rede TB. Solicita apoio da Rede TB nesta articulação com outras instituições.

Rossana - quem irá participar do plano, quem irá pactuar.

Otavio - concordo que o Plano seja mobilizador - Aquilo que não foi falado, aponta para novos recortes. Entendo que há novas mudanças - planos desenvolvidos em nível central abrem perspectivas e demandas locais

Carlos Basília - temos em frente um novo Plano que envolve outros paradigmas. Precisamos de roteiro e cronograma de processos - Temos reunião em dezembro com a Frente Parlamentar. Como iremos inserir a mobilização da sociedade civil neste contexto. Desde a consulta, implementação, monitoramento de acompanhamento. Proponho 3 Grupos de Trabalhos (GTs)

Rossana - pede que os membros do CTA enviem para Stefano quais instituições que devem participar.

Stefano - reitero que nossa preocupação no PNCT é que o plano seja amplo para atividades vinculadas com a eliminação da TB. Onde a Academia pode entrar, Pilar 1, 2, 3 ou apenas 3

Afrânio - sugere a realização do SWOT (ou FOFA) nos PCTs Estaduais ou municipais (grande porte). Pergunta como será viabilizada a Comissão Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação conforme ficou acordado na Agenda Nacional de Pesquisa consolidada em 2015 e refinada agora em agosto de 2016, no Workshop da Rede TB em Maceió, por meio de survey eletrônico

Denise - nós contrataremos via OPAS - epidemiologista e estatístico para 6 estudos, perguntas vindas dos programas. Faremos um nivelamento dos gestores. É uma proposta. Trazer as Sociedades (SBMT, SBPT), Rede TB, e junto discutir com Capes e CNPq como viabilizar capacitação de RH para pesquisa, similar ao Icohrta que era coordenado pela Rede TB. Comenta que prefere iniciar a discussão do Plano Nacional e em paralelo identificar quais grupos e instituições que podem participar da criação da Comissão Nacional de CT*IS

Patricia Werlang - a audiência pública com a Frente Parlamentar ocorrerá em 06 de dezembro - indicamos Afrânio (Rede TB), Carlos Basília (Parceria) e Vera Galesi (Gestão SES)

Denise - combinamos de elaborar um artigo sobre a perspectiva do Brasil nas atividades do End TB Strategy. Fernanda Dockhorn encaminhará o Manual de Normas para os membros do CTA e receber sugestões. Pergunta Rifapentina - Júlio Croda, IGRA - Anete, Bedaquilina - Margareth, kit nitrataze - Afrânio, testes identificação da espécie de micobacteriana. Plano de

enfrentamento da resistência antimicrobiana. Nova reunião com os atores da vigilância de resistência. [Mapeamento da rede laboratorial]

Margareth - reitera a necessidade de realizarmos reunião com Presidência da Fiocruz, da Farmanguinhos e PNCT e representantes do CTA

Fernanda Dockhorn - 2 anos de discussão - vigilância de resistência - foi priorizado o teste rápido - Reforça o fortalecimento dos Laboratórios. Em relação ao PPD, iremos discutir com CGAFME -DAF - pautar na SCTIE - Discussão da PDP - ficou parada - pois o Ministério atual informou que a Tecpar não tem interesse em produzir o PPD e outras instituições não tem planta física.

Afrânio - sugere que tenhamos plano B para o teste molecular rápido. Devemos procurar outros mercados de TRM, China ou Índia. Pois caso percamos o subsídio do teste molecular (hoje 10 dólares), o PNCT não poderá disponibilizar para a Rede SUS com os preços cobrados na área privada (110 dólares por kit)
