



COALITION
PLUS

REDE
LUSÓFONA
DE SAÚDE
COMUNITÁRIA

Relatório da Reunião dos Países Lusófonos Rio de Janeiro, 2026



Resumo Executivo

À margem da Conferência AIDS 2026, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reuniu representantes da sociedade civil, de governos e de instituições internacionais e comunitárias de oito países lusófonos - Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste - para avaliar os progressos da colaboração iniciada em Brasília, em 2024, e identificar prioridades comuns para a eliminação das infeções pelo VIH, das hepatites virais, das infeções sexualmente transmissíveis (IST) e da tuberculose como problemas graves de saúde pública até 2030.

Organizada em apresentações breves seguidas de debate, a sessão incluiu nove intervenções distribuídas por três painéis: respostas comunitárias, com experiências da Guiné-Bissau, de São Tomé e Príncipe e do Brasil, incluindo o HTLV e a saúde de mulheres privadas de liberdade; acesso a novas tecnologias de prevenção, através da advocacia brasileira pelos antirretrovirais injetáveis de longa duração e dos resultados do estudo PrEP Choice em Moçambique; e respostas integradas para as infeções pelo VIH, tuberculose e hepatites virais, com contributos do Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA de Angola, do DATHI/Ministério da Saúde do Brasil e do GAT, em representação de Portugal.

A reunião reafirmou que a colaboração lusófona já gera resultados concretos, mesmo com recursos muito limitados, e que existe uma agenda comum entre países, comunidades e agências públicas de saúde.

As novas orientações da OMS publicadas desde 2025 criam uma oportunidade para atualizar políticas e práticas nacionais, embora a sustentabilidade financeira e a disponibilidade de recursos humanos capacitados continuem a ser o principal desafio transversal.

Data: 26 de julho de 2026

Enquadramento: Reunião informal à margem da Conferência AIDS 2026 (IAS2026)

Promotor: Organização Mundial da Saúde – Departamento de HIV, Tuberculose, Hepatites e IST (Genebra)

Idioma da reunião: Português

Países representados: Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe, Timor-Leste

Participantes: Representantes dos ministérios da saúde da CPLP, da sociedade civil da CPLP, de parceiros internacionais (OMS, ONUSIDA, OPAS/PAHO, MSF, Coalition PLUS) e membros da Rede Lusófona de Saúde Comunitária

Promotor Membros





1. Introdução

Desde 2014, os Programas Globais das infecções pelo VIH, hepatites virais e IST da OMS promovem o intercâmbio entre os países lusófonos, partindo do princípio de que a língua comum facilita a circulação de conhecimento, a aprendizagem entre pares e a adaptação de soluções. As reuniões realizadas em Cabo Verde (2014) e Moçambique (2016) permitiram apresentar e discutir novas políticas da OMS sobre VIH e lançaram as bases para uma cooperação mais estruturada.

A cooperação conheceu um novo impulso com a 3.ª Reunião entre Países Lusófonos, realizada em Brasília, de 12 a 14 de março de 2024. Organizado pelos Programas Globais de VIH, Hepatites e IST da OMS, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pelo Ministério da Saúde do Brasil, o encontro reuniu, durante três dias, cerca de 80 participantes de sete países (Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe), incluindo representantes governamentais, organizações da sociedade civil, equipas da OMS e parceiros bilaterais e multilaterais. Pela primeira vez, a colaboração, até então centrada na infeção pelo VIH, foi alargada às hepatites virais, às IST, à tuberculose e, pontualmente, ao paludismo/malária. O objetivo geral, então definido como promover respostas integradas para estas infeções e contribuir para a sua eliminação como problemas de saúde pública até 2030 através da partilha de boas práticas, manteve-se como referência para a reunião de 2026.

A agenda de 2024 incluiu ainda quatro objetivos específicos: identificar desafios, prioridades e oportunidades comuns; promover o intercâmbio de experiências de implementação e boas práticas; identificar oportunidades de cooperação técnica por via de plataformas, mecanismos bilaterais e multilaterais e parceiros; e definir prioridades para os planos nacionais de colaboração e seguimento.

Ao longo de três dias, a reunião combinou apresentações técnicas, discussões em grupo e visitas ao terreno, a serviços de saúde formais e comunitários em Brasília, incluindo visitas em contexto prisional, e à Fiocruz. As visitas abrangeram cuidados para a infeção pelo VIH e PrEP, certificação da eliminação da transmissão vertical, respostas dirigidas a pessoas trans e a pessoas privadas de liberdade, e um laboratório de referência para o VIH e a tuberculose, permitindo observar modelos de integração de serviços.

O balanço da reunião de 2024, publicado pela OMS em dezembro desse ano, destacou quatro vantagens da colaboração lusófona, língua comum, experiência coletiva, otimização de recursos e advocacia conjunta, e três resultados principais: a realização regular de reuniões e *webinars*, a criação de um espaço de intercâmbio de recursos e materiais em português, e o reforço das ligações entre governos, sociedade civil e parceiros internacionais. Meg Doherty, diretora do Departamento de Programas Globais de VIH, Hepatites e IST da OMS, enquadrou a iniciativa no ODS 3.3; Dráurio Barreira, diretor do Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infeções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde do Brasil (DATHI), salientou a importância de retomar um diálogo construtivo entre os países lusófonos; e Rodrigo Pinheiro, do FOAESP/Rede Lusófona de Saúde Comunitária, defendeu a realização de encontros anuais para acompanhar e monitorizar os progressos e reforçar a articulação da sociedade civil.

Promotor Membros





Este percurso, de Cabo Verde (2014) e Moçambique (2016) a Brasília (2024), conduziu à reunião do Rio de Janeiro, em 2026, agora com a participação de oito países, após a integração de Timor-Leste. Um inquérito prévio confirmou o interesse dos participantes numa troca prática baseada em experiências concretas e identificou três áreas prioritárias: intervenções comunitárias dirigidas às populações-chave; acesso a novas tecnologias de prevenção; e integração dos serviços de VIH, tuberculose, IST e hepatites virais.

2. Objetivos

Objetivo geral: promover respostas integradas e de qualidade para as infeções pelo VIH, hepatites virais (B e C), IST e tuberculose, contribuindo para a sua eliminação como problemas de saúde pública nos países lusófonos até 2030, através da partilha de boas práticas, do reforço da colaboração técnica entre os países lusófonos e da mobilização de recursos financeiros e humanos.

Objetivos específicos:

- 1) Partilhar os progressos alcançados no âmbito da colaboração lusófona e identificar oportunidades para dar continuidade ao intercâmbio e ao apoio entre pares.
- 2) Partilhar experiências práticas sobre envolvimento comunitário, inovação na prevenção e integração dos serviços de VIH, tuberculose, IST e hepatites virais, em contextos de recursos limitados e não só.

3. Metodologia

A sessão adotou um formato de apresentações breves, perguntas rápidas e debate. Cada painel temático começou com duas a quatro intervenções de cerca de cinco minutos, centradas em experiências nacionais, seguidas de discussão entre palestrantes e participantes.

4. Desenvolvimento da sessão

4.1 Boas-vindas e abertura

A sessão foi facilitada por Marco Vitória (OMS, Genebra), com abertura de Tereza Kasaeva (OMS, Genebra).

4.2 Contextualização: “Da colaboração à ação: aprendizagens, conquistas e futuras oportunidades”

Marco Vitória e Clarice Pinto, do Departamento de VIH, Tuberculose, Hepatites e IST da OMS, apresentaram o percurso da colaboração, organizando a reflexão em torno de quatro perguntas.

O que nos trouxe até aqui? A génese da colaboração em Brasília (2024) e os desafios comuns identificados pelos sete países fundadores.

O que conseguimos fazer juntos? Exemplos de cooperação Sul-Sul mantida mesmo com financiamento limitado ou inexistente: cooperação entre Brasil e São Tomé e Príncipe em laboratórios de TB; constituição de uma rede lusófona de laboratórios de TB; apoio técnico de Moçambique a São Tomé e Príncipe em diretrizes de VIH e PrEP; e a Rede Lusófona de Rastreio Comunitário para as infeções pelo VIH, hepatites virais, IST e TB.

Promotor Membros





Que prioridades foram definidas? Consenso de 2024 em torno de seis áreas: tripla eliminação da transmissão vertical; expansão da PrEP, do rastreio e do autoteste; fortalecimento dos serviços para populações-chave e da saúde materno-infantil; participação da sociedade civil e monitorização comunitária; reforço dos sistemas laboratoriais (sobretudo de TB); e integração de serviços e respostas multidisciplinares, convergindo em equidade, integração e implementação.

O que mudou entretanto? Desde 2025, novas orientações da OMS abrem uma janela de oportunidade para atualizar políticas e práticas nacionais, nomeadamente em rastreio, prevenção e otimização do tratamento para VIH/IST; monitorização da doença avançada por VIH; PrEP de longa duração (incluindo o lenacapavir); prevenção e monitorização de IST (incluindo a DoxyPEP); hepatites B e C; TB e comorbilidades, com diagnóstico próximo do ponto de atendimento; e populações-chave e redução de danos.

A colaboração lusófona já demonstrou capacidade para transformar desafios comuns em aprendizagem partilhada, trabalho concreto e resultados. A próxima etapa consiste em utilizar esta plataforma para acelerar a aplicação das novas orientações da OMS e aproximar os serviços das pessoas e das comunidades que deles mais necessitam. Foi também divulgada a página da colaboração lusófona no site da OMS, já disponível em português, com a recomendação de que seja mais utilizada e partilhada pelos países e parceiros.

4.3 Discussão em grupo: partilha de experiências colaborativas desde 2024

Com a facilitação de Clarice Pinto, a discussão foi orientada por cinco perguntas: (i) principais avanços desde o início da colaboração; (ii) o que funcionou melhor com recursos limitados; (iii) como proteger e manter os resultados alcançados; (iv) que inovações têm maior potencial de escala; e (v) que prioridades devem orientar a próxima fase.

Os participantes destacaram a importância da cooperação técnica entre pares, da integração dos serviços, da participação das organizações comunitárias e da criação de mecanismos mais estáveis de coordenação e financiamento.

4.4 Painel 1 — Intervenções comunitárias

Katia Barreto (ENDA Santé/Rede Lusófona de Saúde Comunitária, Guiné-Bissau): fortalecimento da resposta comunitária dirigida às populações-chave através da integração de serviços para as infeções pelo VIH, IST, hepatites virais e HPV. O projeto FEVE IMPULSE está ativo em seis das oito regiões administrativas do país. A prevalência do VIH em adultos dos 15 aos 49 anos é de 2,1% (Spectrum, 2025), mais elevada entre os grupos-chave, nomeadamente mulheres que fazem trabalho sexual (5,6%), homens que têm sexo com homens (3%) e pessoas que usam drogas por via injetada (3,5%) (IBBS ENDA Santé, 2022). Os resultados de janeiro a dezembro de 2025 mostram progressos no acesso destes grupos aos serviços integrados de saúde comunitários.

Márcia Leão (NUAS, Brasil): projeto de advocacia em saúde com mulheres em contexto prisional, na Penitenciária Feminina de

Promotor Membros





Campinas (São Paulo). O rastreio realizado em 2024–2025 abrangeu 651 mulheres em regime semiaberto, das quais 80,7% já tinham sido rastreadas para a infecção pelo VIH; o diagnóstico comunitário de 2022 identificou barreiras persistentes de acesso, com 64% das mulheres a reportarem dificuldades no acesso a serviços de saúde, sobretudo durante as transferências entre os estabelecimentos prisionais.

Pâmela Cristina Gaspar (DATHI, Ministério da Saúde do Brasil): o HTLV mantém-se invisibilizado, apesar de afetar entre 5 e 10 milhões de pessoas no mundo, com pelo menos 800 mil casos estimados no Brasil e maior prevalência entre as mulheres, as pessoas negras ou pardas e as pessoas com menor escolaridade. O projeto promoveu oficinas estaduais desenvolvidas com a sociedade civil, das quais resultaram avanços concretos: notificação compulsória, rastreio universal no pré-natal, disponibilização de cabergolina e fórmula infantil para crianças expostas, inclusão do HTLV na Agenda de Mulheres Vulnerabilizadas e na estratégia de eliminação da transmissão vertical, e criação da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HTLV.

António Amado Vaz (ASPF/Rede Lusófona de Saúde Comunitária, São Tomé e Príncipe): respostas comunitárias para pessoas que vivem com VIH e populações-chave em São Tomé e Príncipe, com destaque para a promoção de campanhas de sensibilização e das semanas do teste, prevenção combinada (VIH; IST; TB; paludismo/malária), com mais de metade dos resultados reativos concentrados no distrito de Água Grande.

Os principais desafios relacionam-se com o acesso a recursos, com forte dependência de parceiros internacionais num contexto de cortes de financiamento, o estigma no trabalho com

pessoas que fazem trabalho sexual e homens que têm sexo com homens (HSH), e uma prevalência estável (cerca de 0,50%). Como oportunidades, aponta a transição do Programa Nacional de Luta contra a SIDA para um Programa Nacional de Eliminação da SIDA, a prevenção biomédica (PrEP, PEP, autoteste) e o reforço de parcerias multilaterais e da Rede Lusófona de saúde Comunitária.

4.5 Painei 2 — Acesso a novas tecnologias de prevenção

Andrea Boccardi Vidarte e Gustavo Passos (ONUSIDA, Brasil): apresentação em inglês, ainda que a língua de trabalho da reunião fosse o português: advocacia parlamentar (“*UNAIDS and Parliament: Turning Advocacy into Policy Change*”). Um modelo de advocacia assente em três pilares, nomeadamente entre o governo, a sociedade civil e os legisladores, tem sido usado no Brasil para pressionar pelo acesso equitativo aos injetáveis de longa duração. Entre os resultados concretos: duas audiências públicas (2025 e 2026); o Projeto de Lei 418/2026, da deputada federal Duda Salabert, que declara o lenacapavir de interesse público para facilitar o seu acesso pelo SUS; e um manifesto assinado por 54 organizações Pride brasileiras exigindo à Gilead a redução do preço do medicamento. A apresentação situou este trabalho no contexto de uma quebra de cerca de 23% na assistência global ao desenvolvimento em 2025, a maior alguma vez registada, que a ONUSIDA estima poder resultar em 6 milhões de novas infeções e 4 milhões de mortes relacionadas com a SIDA até 2029 caso as disrupções de financiamento se mantenham; as emendas do Congresso brasileiro ultrapassaram 4 mil milhões de dólares em 2025, reforçando a importância do financiamento doméstico.

António Flores (MSF, Southern Africa Medical Unit): resultados finais do estudo *PrEP Choice*, realizado na cidade da Beira, Moçambique, sobre

Promotor

Membros





a aceitabilidade, persistência e segurança do CAB-LA (PrEP injetável de longa duração) em grupos-chave. Numa coorte de 240 participantes (48% de pessoas que fazem trabalho sexual, 44% de HSH/pessoas trans; idade mediana de 24 anos; 73% sem experiência prévia de PrEP), 85,9% optaram pelo CAB-LA quando lhes foi oferecida escolha informada (95% entre pessoas que fazem trabalho sexual, 76,5% entre HSH). A persistência em pessoa-tempo foi significativamente superior à da PrEP oral (55% vs. 39%, $p=0,043$), com duração mediana de proteção de 195 dias (HSH/pessoas trans) e 169 dias (trabalhadoras do sexo), e zero infecções pelo VIH registadas entre os participantes com seguimento concluído. O modelo comunitário de distribuição alcançou uma taxa de conclusão de seguimento 20 pontos percentuais superior à da unidade de saúde convencional (55,9% vs. 36,3%). Recomendações: oferecer o CAB-LA como opção adicional no leque de PrEP, priorizar a descentralização comunitária e capacitar as equipas de atenção primária para o manejo simples de reações no local de injeção.

4.6 Painel 3 — Respostas integradas para VIH, IST, hepatites virais e TB

Graça Manuel (Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA/Ministério da Saúde de Angola): integração dos programas de VIH, TB e hepatites virais, incluindo o número de unidades sanitárias angolanas com oferta integrada dos três serviços, com expansão gradual por província entre 2023 e o presente. A apresentação enquadrou esta integração num conjunto alargado de estudos nacionais realizados entre 2019 e 2025, incluindo inquéritos de vigilância biológica e comportamental, estudos-piloto de autoteste e PrEP, e inquéritos em grupos-chave e em pessoas reclusas, dos quais se destacam uma supressão viral de 87% entre pessoas sob TARV e uma prevalência do

VIH de 1,6% na população dos 15 aos 49 anos (IIMS, 2024/2025).

Álisson Bigolin (DATHI, Ministério da Saúde do Brasil): integração entre as redes de diagnóstico de VIH, hepatites virais, IST, tuberculose e HTLV. Enquadrada pela cobertura universal do SUS (27 unidades federativas, 5 570 municípios) e pela oferta gratuita de prevenção, diagnóstico, incluindo autoteste, testes rápidos, quantificação de carga viral, contagem de CD4 e deteção molecular, e tratamento, os dados mostram um crescimento consistente entre 2022 e 2025 nos volumes de rastreio e de carga viral, convencional e rápida, para as infeções pelo VIH, hepatite B, hepatite C e CT/NG, incluindo um aumento sustentado do diagnóstico de coinfeção TB-VIH.

Luís Mendão (GAT/Rede Lusófona de Saúde Comunitária, Portugal), em representação da Rede Lusófona de Saúde Comunitária e da Coalition PLUS: modelo integrado e multidoença de rastreio comunitário, que permite realizar, numa única sessão, testes para as infeções pelo VIH, hepatites virais (B e C), sífilis, questionário de sintomas para a tuberculose e, quando aplicável, teste de paludismo/malária. O modelo é implementado por técnicos comunitários e pares, e encontra-se adaptado às especificidades de oito contextos nacionais. Desenvolvido inicialmente em Portugal, sob coordenação do GAT, e tendo o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP) e o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) como principais pilares científicos, o modelo tem vindo a ser implementado, avaliado e objeto de publicações desde 2018. A partir de 2020, começou a ser adaptado e progressivamente escalado nos restantes países lusófonos, no âmbito da parceria do GAT com a Coalition PLUS e da Rede Lusófona de Saúde Comunitária.

Em 2025, a experiência de expansão na África Subsaariana foi submetida à Organização Mundial

Promotor Membros





da Saúde para reconhecimento como boa prática, encontrando-se a decisão ainda pendente.

A Rede Lusófona de Rastreio Comunitário assenta em seis componentes comuns: liderança comunitária na implementação; pacote integrado de rastreio; cobertura descentralizada; recolha de dados harmonizados; referenciação e (re)ligação aos cuidados; e articulação com os sistemas nacionais de saúde. As mulheres em idade reprodutiva constituem uma população prioritária transversal a todos os países. Em 2025, foram apresentados os seguintes resultados: 40 538 pessoas rastreadas, 95 336 testes rápidos realizados, 23 894 jovens entre os 15 e os 29 anos alcançados e 19 706 mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) abrangidas. O ciclo 2026–2028 está estruturado em torno de três prioridades: consolidar, mediante a formalização da Rede, a adoção de procedimentos comuns, o reforço da governação e a harmonização dos dados; expandir, através da integração prioritária de Moçambique e Timor-Leste em 2026; e sustentar, procurando ultrapassar a atual fragmentação do financiamento por projeto e utilizando a evidência produzida para fundamentar um investimento mais estável e continuado.

4.7 Perguntas, reflexões e discussão aberta

O debate reforçou desafios partilhados entre os países, nomeadamente a desigualdade no acesso a novas tecnologias de prevenção, a fragilidade do financiamento, as limitações dos sistemas laboratoriais e de referenciação, e a necessidade de maior reconhecimento das respostas comunitárias.

Houve consenso quanto ao valor da aprendizagem entre pares e à adaptação das boas práticas aos diferentes contextos nacionais.

4.8 Síntese, próximos passos e encerramento

Na síntese final, foi reafirmada a necessidade de a colaboração lusófona evoluir da partilha de experiências para uma agenda mais orientada para a implementação. Entre os próximos passos, destacaram-se a continuidade do diálogo técnico e das novas orientações e ferramentas técnicas da OMS, o reforço da partilha de conhecimento em português e a procura de soluções sustentáveis para as iniciativas em curso.

5. Principais mensagens e conclusões

A cooperação lusófona no VIH, nas hepatites virais, nas IST, na tuberculose e no paludismo/malária, retomada em 2024 com sete países e alargada a oito com a integração de Timor-Leste, já apresenta resultados concretos, mesmo em contextos de recursos limitados e sem financiamento específico. Espera-se ainda a retoma da participação oficial, ao nível governamental, da Guiné-Bissau, cuja sociedade civil já participa ativamente na colaboração.

Os países partilham uma agenda comum: eliminação da transmissão vertical, expansão da PrEP, do rastreio e do autoteste, reforço das respostas comunitárias, integração de serviços, fortalecimento dos sistemas laboratoriais e monitorização liderada pela comunidade. Equidade, integração e implementação constituem os principais eixos transversais.

As orientações da OMS publicadas desde 2025, incluindo recomendações sobre prevenção de longa duração com lenacapavir, DoxyPEP, doença avançada por VIH e utilização de testes rápidos em locais de atendimento ou próximos das comunidades, constituem uma oportunidade concreta para atualizar as políticas, normas e práticas nacionais.

As experiências apresentadas reforçam o valor dos modelos comunitários integrados. Em Moçambique, o CAB-LA apresentou maior continuidade de

Promotor

Membros





utilização do que a PrEP oral, e a distribuição comunitária aumentou o sucesso do seguimento. No Brasil, verificou-se um crescimento sustentado do rastreio integrado, enquanto a Rede Lusófona de Saúde Comunitária apresentou um modelo comunitário multidoeença, adaptado a diferentes contextos nacionais e submetido à OMS para reconhecimento como boa prática. O financiamento permanece o principal desafio transversal: a redução de cerca de 23% da assistência oficial ao desenvolvimento em 2025 reforça a necessidade de mobilizar financiamento doméstico, aprofundar a cooperação internacional e fortalecer os mecanismos de advocacia política e legislativa.

6. Recomendações e Próximos Passos

Com base nas experiências partilhadas e nas prioridades identificadas, recomenda-se que a cooperação e as parcerias lusófonas em saúde, no âmbito da Rede Lusófona de Saúde Comunitária avancem para uma fase mais estruturada, com maior foco na implementação, na continuidade institucional e na sustentabilidade.

6.1 Reforçar a coordenação política e institucional

Cada país deverá identificar um ponto focal nacional para a colaboração lusófona em saúde, preferencialmente no respetivo Ministério da Saúde, assegurando uma interlocução estável para o acompanhamento das atividades, a articulação entre instituições e a mobilização de apoio político.

Deverá ser considerada a criação de um mecanismo permanente de coordenação, articulado com a CPLP, a OMS e outros parceiros, que permita definir prioridades comuns, acompanhar a sua execução e garantir continuidade entre reuniões.

Em Portugal, recomenda-se que o Ministério da Saúde designe um ponto focal com experiência em saúde pública e epidemiologia e conhecimento dos sistemas de saúde dos países africanos de língua portuguesa. Esta função deverá complementar a atuação do Ministério dos Negócios Estrangeiros e do Camões, I.P., e facilitar a mobilização das instituições públicas, académicas e da sociedade civil com experiência relevante.

6.2 Adotar um plano de trabalho comum

Deverá ser elaborado um plano de trabalho plurianual, com objetivos, atividades, responsabilidades, calendário e indicadores de acompanhamento. O plano deverá concentrar-se num conjunto limitado de prioridades realistas, incluindo:

- 1) tripla eliminação da transmissão vertical;
- 2) expansão da PrEP, do rastreio e do autoteste e de outras tecnologias de prevenção;
- 3) integração dos serviços de VIH, tuberculose, IST e hepatites virais;
- 4) reforço dos sistemas laboratoriais e do diagnóstico próximo das comunidades;
- 5) respostas dirigidas às populações-chave, incluindo mulheres e meninas, e às pessoas em situação de maior vulnerabilidade;
- 6) participação comunitária e monitorização liderada pela comunidade.

A inclusão do paludismo/malária e de outras prioridades de saúde pública poderá ser considerada nos contextos nacionais em que seja epidemiologicamente relevante, preservando uma abordagem integrada e adaptada às necessidades de cada país.

Promotor

Membros





6.3 Consolidar os modelos comunitários e integrados

As experiências apresentadas indicam que os modelos comunitários podem melhorar o acesso, a adesão, a continuidade do acompanhamento e a ligação aos cuidados. Recomenda-se, por isso, que os ministérios da Saúde reconheçam formalmente as organizações comunitárias como parceiras da resposta de saúde pública e promovam a sua participação nos mecanismos nacionais de planeamento, execução e avaliação.

A expansão destes modelos deverá ser acompanhada por normas de qualidade, formação das equipas, sistemas eficazes de referenciação e mecanismos adequados de financiamento.

6.4 Harmonizar dados e produzir evidência comum

Deverá ser desenvolvido, de forma progressiva e respeitando os sistemas nacionais, um quadro mínimo de indicadores comuns que permita comparar resultados, acompanhar tendências e demonstrar o valor acrescentado da colaboração.

A Rede Lusófona de Saúde Comunitária poderá contribuir para este processo através da harmonização de procedimentos, instrumentos de recolha de dados, critérios de qualidade e mecanismos de referenciação, em articulação com os programas nacionais e as instituições científicas.

Deverá igualmente ser incentivada a produção conjunta de estudos, avaliações, publicações e documentos de boas práticas em língua portuguesa.

6.5 Acelerar a implementação das novas orientações técnicas

Os países deverão analisar as novas recomendações da OMS e definir estratégias nacionais para a sua adaptação e implementação, incluindo as tecnologias de prevenção de longa duração, o diagnóstico próximo do ponto de atendimento, as abordagens atualizadas para a doença avançada por VIH, as IST, as hepatites virais, a tuberculose e a redução de danos.

A colaboração lusófona poderá facilitar este processo através de assistência técnica entre pares, formação conjunta, intercâmbio de protocolos e missões técnicas entre países.

Para que esta assistência técnica seja efetiva, recomenda-se a constituição de uma bolsa de consultores e consultoras de língua portuguesa especializados em saúde pública, reduzindo a atual dependência de peritos que trabalham noutras línguas. O recurso recorrente a consultoria nessas línguas dificulta a apropriação dos processos pelos países e o entendimento e a comunicação direta entre técnicos, parceiros e comunidades, contrariando o próprio fundamento da colaboração lusófona: a língua comum.

6.6 Garantir financiamento sustentável

A sustentabilidade financeira deverá ser tratada como prioridade transversal. Recomenda-se o desenvolvimento de uma estratégia de mobilização de recursos que combine financiamento nacional, cooperação bilateral e multilateral e apoio de parceiros internacionais.

Sempre que possível, as atividades prioritárias deverão ser progressivamente incorporadas nos orçamentos e planos nacionais de saúde, reduzindo a dependência de projetos pontuais e assegurando a continuidade dos serviços comunitários, laboratoriais e de referenciação.

Promotor Membros





6.7 Manter uma plataforma regular de colaboração

Recomenda-se a realização de reuniões regulares, preferencialmente anuais, complementadas por encontros técnicos e *webinars online* ao longo do ano. Estes espaços deverão permitir acompanhar a execução do plano de trabalho, partilhar resultados, identificar dificuldades e divulgar novas orientações e experiências.

A futura plataforma de conhecimento anunciada pela OMS poderá funcionar como repositório comum de orientações, protocolos, materiais de formação, resultados, boas práticas e recursos técnicos em português.

6.8 Acompanhamento imediato

Como ações iniciais, propõe-se:

- 1) confirmar os pontos focais de cada país;
- 2) constituir um pequeno grupo de coordenação;
- 3) preparar um plano de trabalho para o período 2027–2029;
- 4) definir um conjunto mínimo de indicadores comuns;
- 5) identificar duas ou três iniciativas prioritárias de cooperação técnica entre países;
- 6) constituir uma bolsa de consultores e consultoras de língua portuguesa especializados em saúde pública, reduzindo a dependência de assistência técnica noutras línguas;
- 7) elaborar uma proposta conjunta de sustentabilidade e mobilização de recursos;

- 8) realizar uma nova reunião de acompanhamento nos próximos doze meses.

A concretização destas medidas permitiria transformar a colaboração existente numa plataforma mais estável, orientada para resultados e capaz de contribuir, de forma sustentada, para a eliminação do VIH, das hepatites virais, das IST e da tuberculose como problemas de saúde pública nos países lusófonos.

Promotor

Membros

