

KIT DE FERRAMENTAS

**Utilização de
dados da MLC para
o kit de ferramentas de
advocacia do com
a prevenção,
preparação e resposta
a pandemias**

ÍNDICE

Agradecimientos	4
Abreviações	6
Introdução	7
O que correu mal na pandemia de COVID-19?	
O que podemos fazer melhor na próxima pandemia?	11
O que é a PPRP?	14
Quem está envolvido na PPRP? Metas de Advocacia e Pontos de Entrada nos Níveis Local, Nacional, Regional e Global	16
O que são os Regulamentos Sanitários Internacionais e porque são relevantes para as Comunidades?	25
O que pode ser rastreado com MLC na PPRP?	29
MLC na vida real: exemplos e lições do Malawi, África do Sul e desfinanciamento da USAID	35
Advocacia MLC por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na África do Sul	35
Estruturas de propriedade, integridade e governação de dados MLC	36
Ferramentas para a Advocacia MLC	40
Registo de Advocacia	40
Mídias sociais	42
Lista de recursos relevantes del PPRP y resúmenes de documentos	43
Acordo da OMS sobre Pandemia	43
Agenda Global de Segurança Sanitária (GHSA)	44
Regulamento Sanitário Internacional	44
Quadro de Monitorização e Avaliação do RSI (RSI-QMA)	45
Plano de Acção Nacional para a Segurança Sanitária (PANSS)	46
Avaliação Externa Conjunta (AEC)	46
Relatório Anual de Autoavaliação dos Estados Partes (RAEP)	47
Exercício de Simulação (SimEx)	47

Revisões de Resposta a Emergências (RRE)	48
Os parâmetros da OMS para o reforço das capacidades de emergência em saúde foram alargados para incluir medidas sociais e de saúde pública (MSSP)	48
Próximos passos	50
Exercício de mapeamento	50
Conclusão	52
Anexo	53
Caso prático: Construir coligações para a gestão sustentável do capital (MLC) nas Filipinas. Uma conversa com a ACHIEVE	54
Leitura adicional	56

TABELAS E FIGURAS

FIGURA 1: PPRP e Direitos Humanos	13
FIGURA 2: Análise de potência	16
FIGURA 3: Principais atores locais, nacionais, regionais e globais na PPRP	17
FIGURA 4: Partes interessadas do PPRP para a defesa de dados a MLC: estudo de caso do Burkina Faso	22
FIGURA 5: Estudo de caso - Como a KHANA no Camboja identificou as partes interessadas para o MLC no PPRP	24
FIGURA 6: O que pode o MLC rastrear no PPRP? Um Mapa Mental	30
FIGURA 7: Exemplos de próximos passos com base nas descobertas do MLC	39
FIGURA 8: Planejando seu MLC-PPRP	48
TABELA 1: Definições: Monitorização liderada pela comunidade versus vigilância baseada na comunidade	8
TABELA 2: O que correu mal na pandemia de COVID-19	11
TABELA 3: Componentes do PPRP	14
TABELA 4: Principais atores locais, nacionais, regionais e globais no PPRP	18
TABELA 5: Resumo das obrigações do RSI e o que estas significam para as comunidades	25
TABELA 6: Exemplos de MLC para PPRP	32
TABELA 7: Lista de recursos relevantes da PPRP	43

AGRADECIMENTOS

© ITPC, Matahari Global Solutions

DATA DE PUBLICAÇÃO: Septiembre 2025

AUTORES: Dr. Fifa A. Rahman, Gisa Dang, Axelle Ebode

CITAÇÃO SUGERIDA: Rahman FA, Dang G. Kit de Ferramentas de Monitorização Liderada pela Comunidade para Prevenção, Preparação e Resposta a Pandemias (MLC-PPRP): Utilização de Dados do MLC-PPRP para a Advocacia. Coligação Internacional de Preparação para o Tratamento (ITPC) e Fundo Global; 2025.



MATAHARI

A **MATAHARI GLOBAL SOLUTIONS** é uma empresa global de consultoria em saúde com foco em soluções globais de saúde com relevância local. Registada em Kuala Lumpur e com consultores espalhados pelo mundo, o nosso trabalho

abrange uma vasta gama de questões de saúde global, utilizando metodologias robustas e inclusivas. Isto inclui: trabalho para desenvolver o Pacto da Força de Trabalho em Saúde da União Africana, em consulta com os Estados-Membros africanos; análises de mercado/percurso crítico em ensaios para sífilis/gonorreia e novos diagnósticos sem expetoração; pesquisa aprofundada sobre reconhecimento legal do transgénero e impacto no acesso aos cuidados de saúde; uma avaliação dos impactos da advocacia da sociedade civil sobre a tuberculose pediátrica; a avaliação de projectos multinacionais sobre o HIV em África, Ásia, Europa de Leste e Ásia Central, e América Latina; e investigação sobre Lacunas de acesso à COVID-19 com ITPC.



ITPC

A **COLIGAÇÃO INTERNACIONAL DE PREPARAÇÃO PARA O TRATAMENTO (ITPC)** é uma rede global de pessoas que vivem com HIV e activistas comunitários que trabalham para alcançar o acesso universal ao tratamento optimizado para o HIV para aqueles que dele necessitam.

A ITPC é uma organização sem fins lucrativos que trabalha para alcançar a saúde e a justiça social para todos através de um forte envolvimento comunitário. A ITPC defende ativamente o acesso à saúde em todo o mundo, com foco em três pilares estratégicos: propriedade intelectual e acesso a medicamentos (#MakeMedicinesAffordable); monitorização liderada pela comunidade (MLC) e responsabilização (#WatchWhatMatters); e ativismo e capacitação (#BuildResilientCommunities).

Com o apoio do ITPC e do Fundo Global, Matahari conduziu uma revisão documental de documentos sobre monitorização liderada pela comunidade e/ou PPRP e entrevistas com informantes-chave para fundamentar e triangular as conclusões da revisão documental. Os temas-chave foram extraídos através de uma análise textual colaborativa das transcrições.

Este kit de ferramentas/guia foi desenvolvido com o apoio do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária no âmbito do Investimento Limitado Gerenciado Centralmente (CMLI) em Comunidades em Preparação e Resposta a Pandemias (COPPER) por meio do Monitoramento Liderado pela Comunidade (CLM).

Este relatório foi fundamentado pela experiência e pelos insights de vários especialistas em PPRP, MLC e sistemas de saúde. Os nossos agradecimentos a (listados por ordem alfabética do apelido):

Jeffry Acaba	APCASO [parceiro da COPPER]
Aggrey Aluso	Rede de Ação Pandémica
Sibelle Balanga	Coordenador, Seni Na Maiengo, República Centro-Africana [parceiro da COPPER]
Oliver I D. Barrameda	Coordenador do Projeto COPPER CE, ACHIEVE Inc., Filipinas [parceiro da COPPER]
Emily Bass	Consultor Independente
Ngombe Lebeté Cyriaque Juvenil	Diretor Executivo, Plataforma da Sociedade Civil de Organizações Comunitárias que trabalham na Saúde (anteriormente Diretor Executivo, Seni Na Maiengo), República Centro-Africana [parceiro da COPPER]
Fitsum Lakew Alemayehu	Gestor de Ligação da UA, WACI Health
Innocent Laison	Membro do Conselho do ITPC África Ocidental e Consultor Independente
Krista Lauer	Líder de Ciência Cidadã, ITPC Global
Reiche Massengo	Delegado de saúde comunitária, CDC África
Keith Mienies	Consultor Técnico Sênior, Sistemas e Respostas Comunitárias, Fundo Global
Rodrick W. Mugishagwe	Gestor de Programa Interino, EANNASO [fornecedor de AT da COPPER]
Olive Mumba	Consultor, Envolvimento Comunitário e Preparação e Resposta a Pandemias, Fundo Global
Gemma Oberth	Consultor Independente
Hamidou Ouédraogo	Directeur Exécutif National (Diretor Executivo Nacional), Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME), Burkina Faso [parceiro COPPER]
Phorng Chanthorn	Gestor: Política, Advocacia e Mobilização de Recursos, KHANA, Camboja [parceiro da COPPER]
Melikhaya Soboyisi	Gestor de Projeto – Monitorização e Advocacia Lideradas pela Comunidade, NACOSA, África do Sul
Massogui Thiamdoume	Directeur Technique (Diretor Técnico), Alliance Nationale des Communautés pour la Santé (ANCS), Senegal [parceiro COPPER]
Donald D. Tobaiwa	Diretor, Jointed Hands Welfare Organisation
Kriti Trivedi	Diretor (Investigação e Desenvolvimento de Negócio), Instituto Indiano de Gestão do Desenvolvimento [Especialista em Saúde Única e envolvimento comunitário]

Este relatório foi revisto por **Nadia Rafif** e **Jelena Bozinovski**, do ITPC; **Susan Perez**, do Fundo Global; e **Jeff Acaba**, da APCASO. Agradecemos a **Axelle Ebode**, Consultora Associada: Regulamentos Sanitários Internacionais, Matahari Global Solutions, pelo apoio na discussão do RSI.

ABREVIACÕES

AADQ	Acessibilidade, Aceitabilidade, Disponibilidade, e Qualidade	OMS	Organização Mundial de Saúde
AEC	Avaliação Externa Conjunta	OMS AFRO	Escritório Regional para África da OMS
AMALGAM	Movimento Africano pelo Acesso a Medicamentos de Longa Ação e Genéricos para Todos Tratamento do HIV, Tuberculose e Malária	OC	Organização comunitária
AT	Assistência Técnica	OSC	Organização da Sociedade Civil
ACHIEVE	Iniciativas de Acção para a Saúde	APPB	Acesso a agentes patogénicos e partilha de benefícios
ÁFRICA CDC	Centros Africanos para o Controlo e Prevenção de Doenças	PPRP	Prevenção, Preparação e Resposta a Pandemias
ACS	Agente comunitário de saúde	PCR	Reação em Cadeia da Polimerase
CAT	Campanha de Ação de Tratamento	PLHIV	Pessoas vivendo com HIV
CEDEAO	Comunidade dos Estados da África Ocidental	PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente para a luta contra SIDA
CUS	Cobertura Universal de saúde	PREP	Profilaxia pré-exposição
COPPER	Comunidades na preparação e resposta a pandemias	PIDESC	Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais
EC	Engajamento Comunitário	PWA	Alianças das Mulheres da Ásia e Pacífico para HIV/SIDA
EPI	Equipamento de Proteção Individual	SADC	Comunidade da África Austral para o Desenvolvimento
ESCR	Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais	SANARELA+	Rede da África Austral de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV
ESPII	Emergência De Saúde Pública De Interesse Internacional	SIMEX	Exercício de Simulação
GHSA	Agenda Global de Segurança Sanitária	RAEP	Relatório Anual de Autoavaliação dos Estados Partes
HTM	HIV, Tuberculose e malária	RPA	Revisão pós-ação
HEALTH GAP	Projecto de Acesso Global	RAP	Revisão de Ação Precoce
LGBTQ	Lésbica, Gay, Bissexual, Transgénero, Queer	RSI	Regulamento Sanitário Internacional
MCP	Mecanismo de Coordenação dos Países	RSI-MAA	Estrutura de Monitorização, Avaliação e Aprendizagem do RSI
METAL	Mobilização de conhecimentos especializados e assistência técnica para a CLM-PPRP e liderança em advocacia	RSI-QMA	Quadro de Monitorização e Avaliação do Regulamento Sanitário Internacional
MS	Ministério da Saúde	RIA	Revisão Intra-Acção
MLC	Monitorização liderada pela Comunidade	RRE	Revisão de Resposta a Emergências
MSSP	Medidas sociais e de saúde pública	TAR	Tratamento antirretroviral
NACOSA	Rede da Comunidade HIV e SIDA da África Austral	TB	Tuberculose
PNASS	Plano Nacional de Ação para a Segurança Sanitária	USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
		UNICEF	Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para as Crianças
		VS	Vigilância comunitária

INTRODUÇÃO

Este Kit de Ferramentas foi desenvolvido tendo como pano de fundo um ambiente operacional em mudança para a saúde global, que não foi previsto na reunião inicial de maio de 2024 da iniciativa das Comunidades do Fundo Global em Preparação e Resposta a Pandemias (COPPER). É um de uma série de produtos de assistência técnica destinados às comunidades, à sociedade civil e aos implementadores de monitorização liderada pela comunidade (MLC) que exploram as sinergias do seu trabalho de saúde com a preparação, prevenção e resposta a pandemias (PPRP). Mesmo antes da mudança no financiamento global para a saúde, as comunidades e a sociedade civil que trabalham na saúde global depararam-se com um cenário em evolução. Após a pandemia da COVID-19, os intervenientes na arquitectura da saúde global têm discutido novos instrumentos de governação, como um Acordo sobre Pandemias, alterado o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e criado um novo mecanismo de financiamento multilateral, o Fundo Pandémico. Ao mesmo tempo, as comunidades, a sociedade civil e os implementadores de MLC adquiriram uma nova expertise na condução de MLC durante a pandemia da COVID-19 e os surtos de Ébola e mpox. Com a sua experiência vêm dados valiosos que podem e devem influenciar as decisões do PPRP sobre a saúde.

A MLC é definido como:

*A Um processo em que as comunidades — especialmente as pessoas que vivem com HIV e as afectadas por programas de saúde — **recolhem e analisam rotineiramente dados sobre a qualidade e a acessibilidade dos serviços de saúde.** Estes dados são utilizados para defender melhorias na prestação de cuidados, com base em evidências geradas pela comunidade em tempo real.¹*

Este kit de ferramentas visa fornecer aos intervenientes do HTM informação que lhes permita encontrar pontos de entrada adequados para a sua monitorização e advocacia.

A MLC tem sido um mecanismo importante para uma compreensão mais aprofundada do funcionamento dos sistemas de saúde e para a prestação de contas a nível local, subnacional e nacional. No contexto do HIV, TB e malária (HTM), as comunidades e a sociedade civil têm utilizado a MLC para avaliar o sistema de saúde em termos da estrutura de Disponibilidade, Aceitabilidade, Acessibilidade e Qualidade (AADQ).

Este trabalho foi fundamental para identificar os inúmeros impactos da pandemia da COVID-19 nas populações-chave, ou seja, aquelas mais afectadas pela HTM. No entanto, envolver os intervenientes da PPRP na advocacia estratégica baseada em dados da MLC requer o conhecimento do ecossistema e dos processos que regem a formulação de políticas do PPRP. Este kit de ferramentas visa fornecer aos intervenientes do HTM informação que lhes permita encontrar pontos de entrada adequados para a sua monitorização e advocacia. Irá mapear os intervenientes governamentais, organizacionais e de coligação relevantes a nível nacional, regional e global e explicar que partes dos principais instrumentos da PPRP, como o RSI e a sua Estrutura de Monitorização, Avaliação e Aprendizagem (RSI-MAA), são relevantes para aqueles que trabalham na MLC. Com base no feedback da comunidade, este kit de ferramentas também irá explorar algumas áreas que a MLC-PPRP pode mapear (e, em alguns casos, já mapeou).

[1] Coligação Internacional de Preparação para Tratamento. Como Implementar a Monitorização Liderada pela Comunidade: Um Kit de Ferramentas Comunitárias. Dezembro de 2021. https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2021/12/1205_ITPC_CLM_Design_FullReport06_compressed.pdf.

Mas porque é importante que as comunidades e organizações da sociedade civil (OSC) que trabalham com HTM considerem a PPRP como parte do seu trabalho? Para responder a esta questão, vejamos uma definição de PPRP,² que diz o seguinte:

“A Prevenção, Preparação e Resposta a Pandemias (PPRP) é uma **abordagem sistemática** para prevenir, preparar e responder a pandemias através **da vigilância de doenças, promoção da saúde, políticas de quarentena, planeamento de contingência, formação médica e aquisição de equipamento**. O objetivo é proteger a saúde pública, reduzir os impactos sociais e económicos e reforçar os sistemas de saúde e a colaboração interinstitucional.

Se trabalha com o HTM, a maior parte disto pode parecer-lhe bastante familiar. Pode também recordar-

lhe as respostas de saúde pública à mpox e ao ébola e a sua experiência recente com a COVID-19. De facto, parte do trabalho que realiza sobre o HIV, a tuberculose ou a malária faz parte do PPRP e/ou é-lhe adjacente. No entanto, alguns conhecimentos técnicos e os processos através dos quais o PPRP funciona serão provavelmente novos para si. No entanto, existe muita sinergia entre estas áreas de trabalho, pois todas analisam o sistema de saúde e como este oferece ou não as intervenções necessárias para que todas as pessoas vivam as suas vidas com dignidade e realizem os seus direitos humanos, incluindo o direito à saúde (PIDESC, Art.º 12.º)³ e direito à ciência (PIDESC Art.º 15.º).⁴ A MLC tem-se revelado uma ótima ferramenta para compreender melhor como funcionam (ou não) os sistemas de saúde a nível local, nacional e/ou regional.

A vigilância baseada na comunidade (VBC), de acordo com um consenso da OMS, é “a deteção e notificação sistemática de eventos de importância para a saúde pública dentro de uma comunidade por membros da comunidade.”⁵ A VBC faz frequentemente parte da rotina do sistema nacional de saúde pública para

TABELA 1: Definições: Monitorização liderada pela comunidade vs. vigilância baseada na comunidade

	DEFINIÇÃO	DETALHES
 Monitorização liderada pela comunidade	“Um processo no qual as comunidades — especialmente as pessoas que vivem com HIV e as afetadas por programas de saúde — recolhem e analisam rotineiramente dados sobre a qualidade e a acessibilidade dos serviços de saúde . Estes dados são utilizados para defender melhorias na prestação de cuidados, com base em evidências geradas pela comunidade em tempo real.”	Não é uma parte rotineira do sistema nacional de saúde
 Vigilância comunitária	“A deteção e notificação sistemática de eventos de importância para a saúde pública dentro de uma comunidade por membros da comunidade”. ⁶	Geralmente, parte do sistema nacional de saúde pública

[2] APCASO et al. Módulo de Formação. Reforçar a Capacidade Comunitária em matéria de Direitos Humanos e Advocacia no Contexto da Prevenção, Preparação e Resposta à Pandemia. Julho de 2024. <https://copper.apcaso.org/download/ppr-101-training-module-english/>.

[3] Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 16 de diciembre de 1996.. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>.

[4] Ibidem.

[5] Colaboradores técnicos da reunião da OMS de junho de 2018. Uma definição para a vigilância comunitária e um caminho a seguir: resultados da reunião técnica global da OMS, França, 26 a 28 de junho de 2018. Euro Surveill. 2019 Jan;24(2):1800681. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2019.24.2.1800681. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6337056/>.

[6] Colaboradores técnicos da reunião da OMS de junho de 2018. Uma definição para a vigilância comunitária e um caminho a seguir: resultados da reunião técnica global da OMS, França, 26 a 28 de junho de 2018. Euro Surveill. 2019 Jan;24(2):1800681. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2019.24.2.1800681. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6337056/>.

manter informação sobre a incidência e a propagação de doenças infecciosas, mas também pode registar outros incidentes relacionados com a saúde. Na PPRP, a VBC pode ser utilizado como parte da estrutura “Uma Saúde”⁷ para contabilizar incidentes de saúde animal e humana. Comunidade, no âmbito da VBC, pode ser entendida, por exemplo, como as pessoas numa região geográfica específica, pessoas que fazem parte de uma profissão (por exemplo, agricultores) ou um grupo étnico dentro de um país. Refere-se à recolha de dados ao nível da comunidade ou à recolha de dados de uma comunidade específica.

Na MLC, o significado de comunidade refere-se a quem recolhe os dados e a quem lidera o trabalho global, ou seja, os membros de uma comunidade específica elaboram o projecto, lideram o projecto e utilizam os dados recolhidos para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde de que a sua comunidade necessita. A MLC também pode analisar incidentes de doenças específicas, mas, ao contrário da VBC, isto faz parte da compreensão do ambiente operacional para que as comunidades possam defender uma mudança de política ou a implementação de políticas existentes. Em alguns casos, a MLC trabalha em estreita colaboração com as partes interessadas do sistema de saúde local e informa-as. No entanto, a MLC ainda não é uma parte rotineira do próprio sistema de saúde.⁸ No entanto, as

evidências mostram que quando a MLC é integrado na infra-estrutura de cuidados de saúde, tem um impacto positivo no sistema de cuidados de saúde.⁹

Por isso, a MLC é uma forma importante de unir a HTM e a PPRP. A COVID-19 e outros eventos de saúde mostram repetidamente que as populações-chave em HTM são também marginalizadas durante as emergências de saúde. As comunidades desempenham um papel importante na formulação de respostas políticas adequadas e estão mais próximas de onde as políticas são insuficientes ou não são implementadas de forma eficaz. No entanto, são frequentemente marginalizadas quando ocorrem novas emergências de saúde. A sua perícia raramente é ativamente procurada pelos decisores políticos e pelas instituições que respondem a emergências de saúde. Mas, como disse um dos entrevistados para o desenvolvimento deste Kit de Ferramentas, “Não se podem tomar boas decisões sem ter bons dados”. Os implementadores da MLC podem trazer estes dados para a formulação de políticas de PPRP, participar nos processos de PPRP e, assim, garantir que as estratégias para futuras emergências de saúde são mais fortes e os nossos sistemas de saúde mais resilientes.

Este kit de ferramentas fornecerá às comunidades, organizações da sociedade civil, implementadores do MLC e aqueles que apoiam a implementação do MLC insights sobre:

- Lições da COVID-19 e o que nos ensina para a MLC e a próxima pandemia
- Quem são os principais partes interessadas da PPRP
- Quais os principais processos internacionais e nacionais para a PPRP
- Que partes do RSI são de principal interesse para o HTM e a PPRP e MLC
- Ideias sobre o que a MLC pode rastrear na PPRP que são significativas para o HTM ao mesmo tempo
- Documentos, processos e terminologia importantes do PPRP para compreender
- Como começar com MLC que combina HTM e PPRP

[7] Veja a definição de Uma Saúde aqui: [who.int/health-topics/one-health](https://www.who.int/health-topics/one-health).

[8] Saiba mais sobre a CBS na secção Leituras adicionais do Anexo.

[9] Veja-se, por exemplo, a ONUSIDA. Monitorização liderada pela comunidade em ação. 2023. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/3C3085E_community-led-monitoring-in-action_en.pdf

Uma versão mais curta deste Kit de Ferramentas, o Guia da Comunidade, está disponível aqui [link]. Estes recursos podem ser utilizados em conjunto ou separadamente, dependendo das suas circunstâncias. Pode utilizar o Kit de Ferramentas e o Guia da Comunidade de diversas formas:

→ **Como manuais de referência:** Este Kit de Ferramentas fornece conhecimentos básicos que o ajudarão a começar a mapear como utilizar a MLC para a sua advocacia em relação à PPRP. A secção Leituras adicionais, bem como as notas de rodapé ao longo do texto, fornecem fontes adicionais para aprofundar o seu conhecimento e compreender os requisitos da Organização Mundial de Saúde (OMS) que os países são obrigados a cumprir, bem como as orientações e processos oficiais.

→ **Como recursos de aprendizagem pessoal:** Ao seu próprio ritmo, explore os pontos de ligação entre a MLC e o PPRP. Ligue a sua experiência à informação deste Kit de Ferramentas e utilize as Perguntas de Reflexão intercaladas no texto como exercícios de raciocínio. As secções do RSI apresentar-lhe-ão a redação oficial e as obrigações normalmente mencionadas nos documentos oficiais globais e nacionais de PPRP.

→ **Como material didático:** Dependendo das necessidades da sua comunidade ou organização, desenvolva um workshop ou grupo de estudo para abordar o conteúdo deste Kit de Ferramentas. Várias figuras e tabelas podem ser o ponto de partida para uma melhor compreensão do seu ambiente específico e, em conjunto, aumentar a expertise da sua comunidade em PPRP e MLC, tendo como pano de fundo as práticas e conceitos globais de saúde pública.

→ **Como recursos de advocacia e desenvolvimento de projetos:** A estrutura deste Kit de Ferramentas segue as etapas de desenvolvimento de um projeto sobre MLC para o espaço PPRP, que exige que:

- Conheça o ambiente operacional do PPRP, incluindo os requisitos legais, os documentos e processos oficiais e as diferentes partes interessadas.
- Perceba como a MLC e a PPRP se cruzam e que exemplos e/ou descobertas já existem que pode utilizar para explicar a importância do seu projeto.
- Defina quais das partes sobrepostas da PPRP e do HTM são mais importantes para a sua comunidade e como pode utilizar a estrutura AADQ para defender um sistema de saúde melhor através de dados do MLC que promovem a resposta do HTM e da PPRP ao mesmo tempo.
- Mapeie as partes interessadas específicas que são colaboradores importantes e alvos de advocacia para o seu objetivo de advocacia e decida como e quando os irá abordar.
- Escolha com que processos nacionais, se houver, pode contribuir com os seus dados do MLC e saiba que documentos mostrarão as prioridades nacionais que o seu governo definiu como parte do trabalho do Quadro de Monitorização e Avaliação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI-QMA).

Todas estas etapas fazem parte do desenvolvimento do seu projeto de MLC bem-sucedido. Embora nenhuma delas ensine a conduzir a MLC (consulte a secção **Leituras Adicionais** no Kit de ferramentas para tal), são importantes porque a MLC liga-se sempre a um objetivo de advocacia. Situar o seu projeto dentro dos sistemas mais amplos de PPRP e HTM e saber quem contactar, quando utilizar os seus dados e como utilizá-los irá prepará-lo para uma viagem mais sólida na ligação do trabalho de PPRP e HTM.

O que correu mal na pandemia de COVID-19? O que podemos fazer melhor na próxima pandemia?

A pandemia de COVID-19 gerou inúmeras desigualdades devido a insuficiências na prevenção, preparação e resposta; à incapacidade de ter em conta adequadamente os direitos humanos; à insuficiente expertise participativa; ao nacionalismo que impediu o acesso equitativo a produtos

pandémicos, como equipamentos de proteção individual (EPI), testes, tratamentos e vacinas; às interrupções nos serviços de saúde de rotina; e à insuficiência de proteções sociais. Ao conceber adequadamente uma intervenção de MLC-PPRP que capte as prioridades da comunidade, é um passo valioso considerar estas experiências, bem como as do ébola ou da mpox.

TABELA 2: O que correu mal na pandemia de COVID-19?

O QUE CORREU MAL NA PANDEMIA DA COVID-19?	INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO E PREPARAÇÃO
Máquinas GeneXpert normalmente utilizadas para testar a tuberculose passaram a ser utilizadas para testar a COVID-19	→ Preparação para o aumento da capacidade dos laboratórios → Integração do diagnóstico de TB nas estratégias de testagem da COVID-19¹⁰
Serviços de rotina para o HIV, tuberculose e malária interrompidos (devido a confinamentos, encerramentos de instalações, interrupções no fornecimento de stocks)	→ Política desenvolvida com organizações comunitárias de HIV, TB e malária sobre serviços remotos/entrega porta-a-porta de, por exemplo, medicamentos e outras opções alternativas de prestação de serviços.
Os autotestes chegaram às comunidades do Sul Global mais tarde do que no Norte Global (emissão tardia das orientações da OMS, impedindo a aquisição por parte dos países, do Fundo Global e da UNICEF) ¹¹	→ Defender uma maior dependência das directrizes regionais, como as do CDC África ou da Agência Africana do Medicamento → Produção regional ou local de autotestes
As mulheres e as pessoas LGBTQ não foram consideradas nas respostas, resultando num acesso menos que ideal aos produtos da pandemia ¹²	→ Elaboração de políticas participativas de PPRP → Dados desagregados por género, por exemplo, sobre quantos homens, mulheres e pessoas de género diverso estão a aceder a produtos pandémicos, como vacinas → Influencers de confiança, organizaciones de mujeres, líderes locales y profesionales de la salud comunitarios participaron activamente como agentes y expertos para aumentar la creación de demanda → Organizações LGBTQ consultadas sobre a melhor abordagem/ localização para a prestação de serviços relacionados com a pandemia → Influenciadores de confiança, organizações femininas, liderança local e profissionais de saúde comunitários envolveram-se ativamente como agentes e especialistas para aumentar a criação de procura

[10] Recomendado em <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/figure?id=10.1371/journal.pmed.1003666.t001>.

[11] Fifa A. Rahman, Brook K. Baker e Carolyn Gomes. Equidade nos Testes de COVID: Uma Reflexão Baseada em 1,5 Anos no Acelerador ACT. PLOS Global Public Health (blogue). 24 de janeiro de 2022. <https://speakingofmedicine.plos.org/2022/01/24/covid-testing-equity-a-reflection-based-on-1-5-years-in-the-act-accelerator/>.

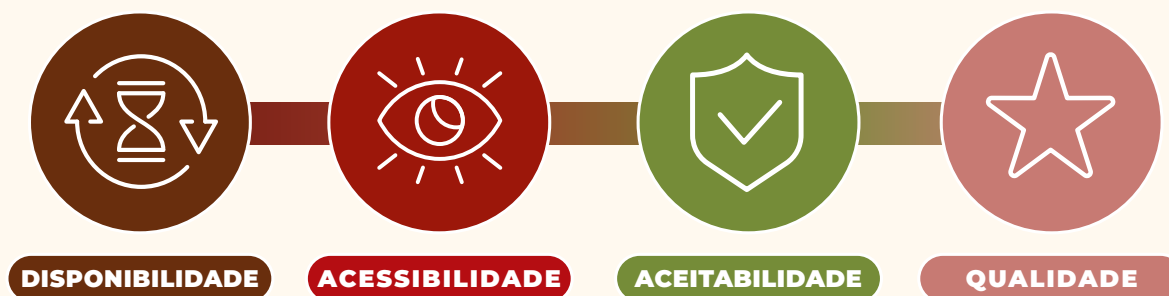
[12] Fifa Rahman e Gisa Dang. COVID-19 e Género: Melhores Práticas, Desafios e Lições para Pandemias Futuras. Matahari Global Solutions, dezembro de 2023 https://matahari.global/wp-content/uploads/2024/01/COVID19_Gender_Report-FINAL.pdf.

O QUE CORREU MAL NA PANDEMIA DA COVID-19?	INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO E PREPARAÇÃO
Violações dos direitos humanos (como detenções por não usar máscaras)	→ Envolvimento e protocolos estabelecidos com as autoridades policiais e os líderes políticos, incluindo a sensibilização para o impacto das prisões no risco de infeção, o direito à saúde e o direito à vida familiar, entre outros direitos humanos
As pessoas que vivem com HIV e as pessoas com tuberculose em sectores informais perderam os seus rendimentos, resultando em insegurança alimentar e incapacidade de se manterem aderentes aos tratamentos de TAR e tuberculose ¹³	→ Acção de advocacia que destaca o impacto da perda de rendimentos na saúde e na segurança e a necessidade de uma rede de segurança social para o sector informal durante os tempos de pandemia – incluindo através de pagamentos directos em dinheiro → Apoio à adesão ativa através de agentes de saúde comunitários formados e de tecnologias digitais de apoio à adesão
Acessibilidade dos produtos pandémicos limitada devido à distância das instalações e às longas filas ¹⁴	→ Serviços móveis implementados para garantir a acessibilidade às comunidades, incluindo donas de casa, pessoas com deficiência, comunidades agrícolas e migrantes
O fluxo de informação oficial é insuficientemente apresentado nas línguas locais e não é suficientemente frequente/forte para combater a desinformação	→ As equipas de emergência do Ministério da Saúde devem incluir especialistas qualificados em comunicação de riscos, orçamentos de comunicação robustos e autoridade para trabalhar em todos os canais de comunicação social relevantes para garantir a agilidade → As informações oficiais serão apresentadas nas principais línguas locais → Parceria entre comunidade e OSC na comunicação

[13] Coligação Internacional de Preparação para o Tratamento. Como Implementar a Monitorização Liderada pela Comunidade: Um Kit de Ferramentas para a Comunidade. https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2021/12/1205_ITPC_CLM_Design_FullReport06_compressed.pdf.

[14] Fifi A. Rahman et al. Mapeando as Lacunas de Acesso na COVID-19: Resultados de 14 Países e Territórios. Matahari Global Solutions, agosto de 2022. <https://matahari.global/wp-content/uploads/2022/08/Mapping-Access-Gaps-in-COVID-19.pdf>.

FIGURA 1: PPPR e Direitos Humanos



Os direitos humanos são parte integrante da vida de cada pessoa. Aplicam-se a todos, em todo o lado, sempre, exceto se temporariamente restringidos após um processo legal durante um estado de emergência, o que uma pandemia poderia constituir. Um exemplo disso é quando a liberdade de movimentos é suspensa durante os confinamentos. Como sabem, os direitos humanos são parte integrante da resposta ao VIH há muito tempo e uma resposta baseada nos direitos humanos é agora também mais comum nos programas de tuberculose. Mas e quanto a outras pandemias? Os direitos humanos ainda se aplicam, mas, a cada pandemia, os activistas tiveram de lembrar os governos das suas obrigações em matéria de direitos humanos, que decorrem do direito internacional. Os direitos humanos são interdependentes e indivisíveis, o que significa que se afectar positivamente um direito, as suas acções terão também benefícios para

outros direitos humanos. Não se pode separar um direito humano do outro e abordá-los isoladamente. Os direitos humanos que podem ser significativamente afectados em pandemias incluem: o direito à vida; o direito à saúde com o seu enquadramento de **Acessibilidade, Aceitabilidade, Disponibilidade e Qualidade (AAAQ)**, bem como os determinantes subjacentes da saúde; o direito à ciência (ou seja, a obrigação do governo de desenvolver, difundir e conservar os resultados tangíveis e intangíveis, também conhecidos como produtos da ciência); e o direito à não discriminação.

O que é a PPRP?

A tabela seguinte mostra alguns dos componentes do PPRP e alguns exemplos de como são implementados.

Isto fornecerá parâmetros adicionais para a compreensão dos aspetos do PPRP que podem ser interessantes para aMLC e fornecerá um ponto de partida para mapear as partes interessadas envolvidas nesta componente do PPRP.

TABELA 3: Componentes do PPRP

COMPONENTE	TÓPICO	DEFINIÇÃO	IMPLEMENTAÇÃO
 PREVENÇÃO	Vigilância de doenças	Monitorização ativa de eventos de doença realizada sistematicamente para detetar alterações na propagação da doença	Inclui monitorização de casos, análise de tendências epidemiológicas, carregamento de dados de sequências genéticas para bases de dados regionais e globais e outros relatórios de dados de rotina para apoiar a tomada de decisões atempadas
	Intervenções One Health	Estratégias que reconhecem a interligação da saúde humana, animal e ambiental na prevenção da transmissão zoonótica, ou seja, quando as doenças passam dos animais para os humanos	Inclui políticas de zoneamento que separam os aglomerados humanos dos habitats de animais de alto risco, vacinação do gado para evitar reservatórios de doenças e monitorização de eventos incomuns de morbilidade/mortalidade na vida selvagem e no gado.
	Promoção da saúde pública	Esforços para aumentar a sensibilização da comunidade para a importância da saúde, bem como para educar as pessoas sobre as ações preventivas que podem ser tomadas para reduzir o risco de propagação de doenças	Utilizando campanhas públicas, divulgação e educação em massa para mudar comportamentos da comunidade relacionados com a higiene, vacinação e outras práticas preventivas
	Políticas de quarentena	Políticas que restringem a circulação de pessoas, animais ou bens para evitar a propagação de doenças de áreas infectadas para novas áreas	Regular e aplicar os procedimentos de quarentena, incluindo a monitorização da saúde nos pontos de entrada, o isolamento dos casos identificados e a aplicação de medidas de quarentena adequadas
 PREPARAÇÃO	Desenvolvimento de plano de contingência	Documentos de planeamento detalhados que descrevem as medidas a tomar em resposta a uma pandemia, incluindo a alocação de recursos, os procedimentos operacionais padrão e as estruturas de gestão de crises	Criar e testar regularmente planos de contingência, envolvendo as principais partes interessadas para garantir a prontidão para vários cenários potenciais de pandemia
	Formação para profissionais de saúde	Processos de educação e formação para melhorar as competências dos profissionais de saúde na gestão de casos de pandemia, incluindo a identificação de sintomas, a gestão do isolamento e os cuidados médicos adequados	Realização de formação regular, simulações de pandemias e cursos especializados para melhorar as competências e o conhecimento dos profissionais de saúde no enfrentamento de emergências de saúde pública

COMPONENTE	TÓPICO	DEFINIÇÃO	IMPLEMENTAÇÃO
 PREPARAÇÃO	Aquisição de equipamento médico	O processo de aquisição e preparação de ferramentas e material médico necessário para responder a uma pandemia, como ferramentas de teste de diagnóstico, EPI e equipamento de suporte vital	Avaliar as necessidades, inventariar os stocks e desenvolver sistemas de distribuição eficientes para garantir a disponibilidade adequada de equipamento médico durante uma pandemia
	Educação pública	Fornecer informações ao público sobre as medidas preventivas que as pessoas podem tomar para se protegerem a si e às suas famílias da propagação de doenças	Organizar campanhas sociais, fornecer materiais educativos e realizar sessões de divulgação junto da comunidade para aumentar a sensibilização do público sobre pandemias e medidas preventivas eficazes
 RESPOSTA	Deteção precoce	Identificação rápida e precisa de novos casos de doenças ou sintomas invulgares que podem indicar um evento pandémico	Estabelecer sistemas de vigilância responsivos, melhorar a capacidade laboratorial para testes de diagnóstico e facilitar a notificação direta de casos às autoridades de saúde
	Isolamento de caso	Separar os indivíduos afectados pela doença ou aqueles que se pensa terem a doença para evitar a transmissão a outros	Estabelecer instalações de isolamento, providenciar transporte médico seguro e prestar os cuidados médicos necessários de acordo com os protocolos de saúde estabelecidos
	Cuidados médicos adequados	Prestar cuidados eficazes a indivíduos com a doença para melhorar as hipóteses de recuperação e reduzir a gravidade da doença	Coordenar as equipas de cuidados, fornecer instalações de cuidados intensivos e garantir o acesso a medicamentos e terapias recomendados pelas autoridades de saúde
	Comunicação clara do risco	Transmitir informações oportunas, precisas e fiáveis ao público sobre os riscos para a saúde, as medidas preventivas e os últimos desenvolvimentos relacionados com a pandemia	Utilizando diversas plataformas de comunicação, como os meios de comunicação de massa, as redes sociais e as sessões de divulgação direta para garantir a compreensão e o envolvimento ideais do público
	Coordenação interinstitucional	Colaboração intersectorial e interinstitucional para coordenar eficazmente as respostas à pandemia, incluindo a gestão logística, a divulgação de informação e a tomada de decisões estratégicas	Facilitar reuniões regulares, formar equipas de resposta a emergências e implementar estruturas claras de comando e controlo para minimizar as barreiras no tratamento de situações de crise

Quem está envolvido no PPRP?

Metas de Advocacia e Pontos de Entrada nos Níveis Local, Nacional, Regional e Global

Um aspecto importante da MLC é envolver os decisores desde o início. No entanto, alguns destes tomadores podem ainda não fazer parte da sua rede de advocacia. Neste capítulo será apresentada a estrutura geral de quem está envolvido na PPRP, especialmente, mas não só, na área da saúde. Neste capítulo, verá os principais intervenientes a nível global, regional, nacional e subnacional/local. Tenha em mente que, a nível

nacional ou subnacional, agências específicas podem ter nomes diferentes, mas alguém desempenhará este tipo de função. A nível local, é bem possível que o ponto focal para o trabalho relacionado com a PPRP também tenha outras responsabilidades – e pode já conhecê-las. Uma análise de partes interessadas ou uma análise de poder conduzida no seu contexto será útil para mapear partes interessadas relevantes para o seu contexto.

FIGURA 2: Análise de Poder

A análise de poder é um tipo de mapeamento de partes interessadas utilizado para identificar quem tem o poder de gerar mudança e que informação, dados ou táticas serão necessários para que utilizem o seu poder em apoio do seu objetivo de advocacia. Uma abordagem à análise do poder analisa onde o poder está localizado dentro de uma comunidade específica. Outras abordagens de análise de poder diferenciam os tipos de poder que pode mapear para decidir onde concentrar a sua advocacia:



PODER SOBRE

Uma instituição ou pessoa que tem o poder de influenciar diretamente o comportamento de outras pessoas.



PODER PARA

A percepção de que todos têm o poder de fazer determinadas coisas e que esse poder pode ser construído através da aprendizagem de competências e ações.



PODER COM

O poder que advém da ação coletiva e organizada com base em prioridades partilhadas.



PODER INTERIOR

A sensação de confiança que constrói, por exemplo, ao perceber que tem a capacidade de fazer algo.

A análise de poder pode não só ajudá-lo a identificar quem deve ser o seu principal alvo de advocacia, mas também se e como pode obter alvos adicionais que defendam a sua causa. Saiba mais sobre a análise de poder aqui:

- ➔ Instituto de Outro e Pertença. *Análise do Poder*. <https://belonging.berkeley.edu/power-analysis>.
- ➔ Associação Nacional de Educação. *Mapeamento do Poder 101*. <https://www.nea.org/professional-excellence/student-engagement/tools-tips/power-mapping-101>.

- ➔ Biblioteca de Mudança Social do Commons. *Um Guia para a Análise do Poder na Organização Comunitária*. <https://commonslibrary.org/a-guide-to-power-analysis-in-community-organising/>.

Ao ler este capítulo, considere o seguinte:

1. Quais são os comitês nacionais que trabalham com epidemias e doenças no seu país? Utilize estas informações para os identificar.
2. Quais os seus respetivos papéis na PPRP e/ou HTM?
3. Quem poderia envolver no processo de planeamento e implementação da MLC? Em alguns casos, isto pode incluir alvos de advocacia primários e secundários.
4. Quem já conhece? Como criará engagement com os alvos de advocacia que ainda não conhece?

O diagrama seguinte fornece uma visão geral de quem está envolvido no PPRP a nível local, nacional, regional e global. Também fornecemos uma descrição mais detalhada dos principais intervenientes do PPRP e dos seus papéis nas páginas seguintes.

FIGURA 3: Principais atores locais, nacionais, regionais e globais em PPRP

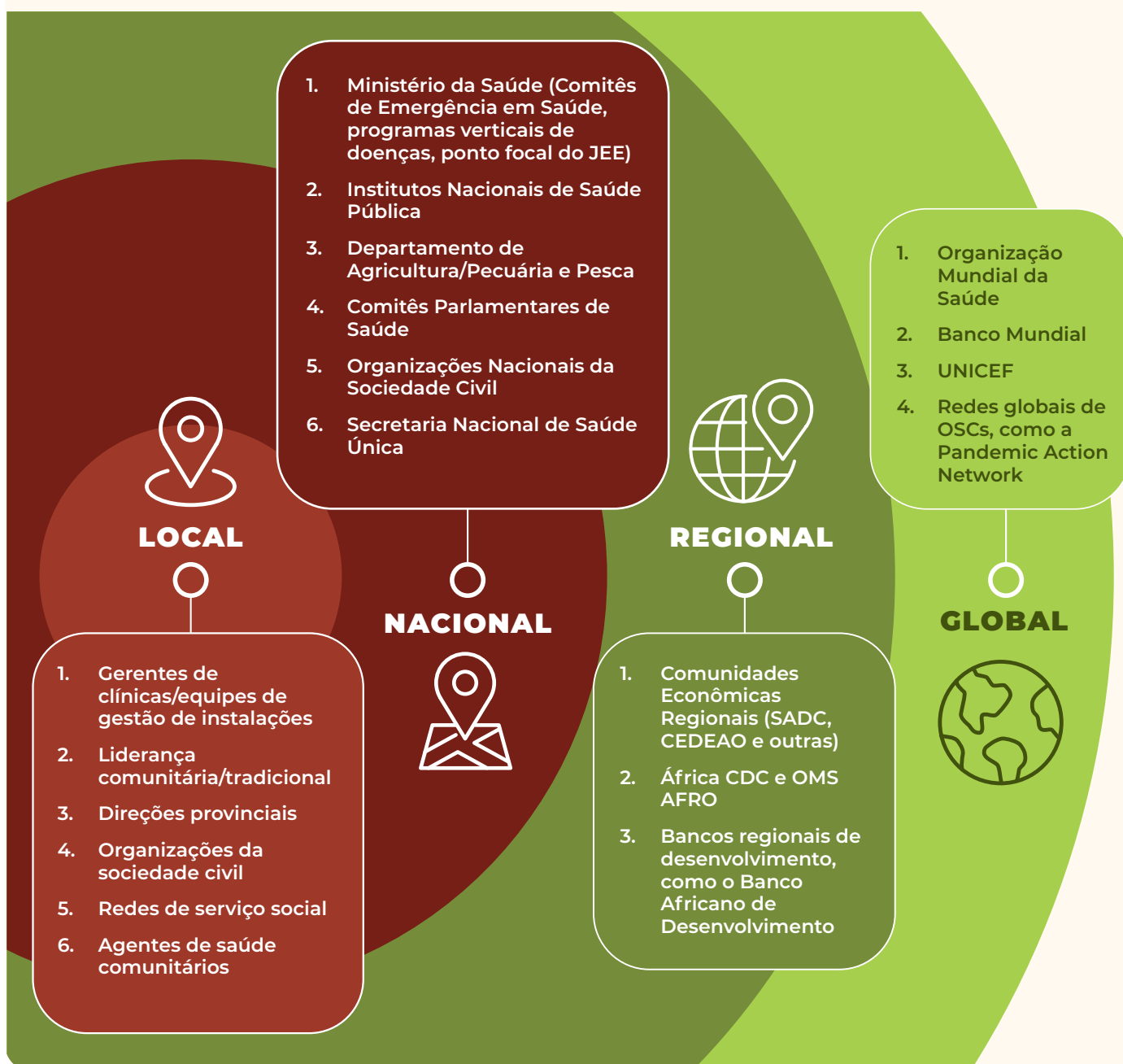


TABELA 4: Principales actores locales, nacionales, regionales y globales en el PPRP

NIVEL	ACTOR/OBJETIVO DE DEFENSA/PUNTO DE ENTRADA	PAPEL EN EL PPRP Y RELEVANCIA PARA EL MLC
 LOCAL	Gestores de clínicas/equipas de gestão de instalações	Perceba como as clínicas alimentam os sistemas de reporting, precisam de implementar protocolos de higiene e segurança, bem como protocolos PPRP emergentes durante pandemias.
	Liderança comunitária	Dependendo do sistema administrativo do seu país, podem existir vários cargos de liderança em organizações políticas, administrativas e comunitárias. Podem fazer parte do sistema político oficial e reportar ao nível imediatamente superior. A divisão de responsabilidades pode espelhar o nível provincial ou nacional. Em alguns casos, uma pessoa pode ter mais do que uma responsabilidade de reporte. Estes cargos fazem parte da hierarquia oficial do PPRP e são responsáveis pela implementação e monitorização das políticas. A vida local tem também cargos de liderança social, como outras organizações comunitárias (OCs) e organizações ou estruturas da sociedade civil. Estas pessoas podem ter uma influência social e política considerável, bem como perícia. Considere como a colaboração pode aumentar a eficácia, o alcance e o impacto do seu projeto.
	Liderança tradicional/religiosa	Os líderes tradicionais desempenham um papel vital nos esforços de resposta à pandemia devido à sua autoridade, influência e profunda ligação com as comunidades locais. A sua relevância é particularmente pronunciada nas zonas rurais e carenciadas, onde as estruturas governamentais formais podem ter um alcance limitado. Os líderes tradicionais são figuras de confiança nas suas comunidades, o que os torna eficazes na divulgação de informação sobre crises de saúde e na aplicação de medidas de controlo. Muitos líderes tradicionais aplicaram activamente as políticas governamentais a nível comunitário. No Malawi, os líderes exigiram o uso de máscaras, restringiram grandes aglomerações e estabeleceram estações de lavagem das mãos. ¹⁵ Pode partilhar as suas conclusões da MLC com os líderes tradicionais e, como estes geralmente atuam como intermediários entre os governos e as populações locais, isto permite que estes líderes defendam as mudanças necessárias com base nos seus dados da MLC.
	Direcções provinciais	Dependendo do sistema burocrático/administrativo do seu país, as entidades provinciais, estaduais ou outras sub-regionais são as peças de ligação entre o sistema de saúde local e o nacional. São também pontos de entrada importantes quando tenta abordar problemas semelhantes em mais do que uma ou duas clínicas, por exemplo.
	Organizações da sociedade civil	A construção de coligações é um pilar fundamental para uma advocacia eficaz. Novos objetivos de advocacia podem exigir a construção da sua rede com OSC de outras regiões ou comunidades: aquelas que possuem competências complementares ou que podem expandir o seu trabalho. Dependendo do seu país, os académicos ou os think tanks podem também ser parceiros eficazes da sociedade civil.

[15] Ciências da Gestão para a Saúde. Líderes Tradicionais do Malawi: Essenciais para a Resposta à COVID-19. Liderança, Gestão e Governação, Preparação e Resposta à Pandemia (blogue). 16 de junho de 2022. <https://msh.org/story/malawis-traditional-leaders-key-to-covid-19-response/>. <https://msh.org/story/malawis-traditional-leaders-key-to-covid-19-response/>.

NIVEL	ACTOR/OBJETIVO DE DEFENSA/PUNTO DE ENTRADA	PAPEL EN EL PPRP Y RELEVANCIA PARA EL MLC
 LOCAL	Redes de serviços sociais	Compreender as redes formais e informais que prestam serviços sociais na sua comunidade e no seu país prepara-o para responder rapidamente às necessidades da sua comunidade na próxima pandemia. As redes de serviços sociais fornecem apoio alimentar e psicossocial e podem até fornecer assistência financeira às comunidades que os seus dados da MLC identificaram como necessitadas. Pode utilizar a sua experiência com a COVID-19 para identificar os serviços necessários, como o acesso a ajuda alimentar, e verificar que canais oficiais e informais existem para obter acesso para a sua comunidade, bem como considerar a formação de uma coligação.
	Agentes comunitários de saúde/trabalhadores de saúde	Tal como num dos exemplos de caso abaixo, os profissionais de saúde e os agentes de saúde comunitários são partes interessadas importantes para o MLC e também para a PPRP. Durante a COVID-19, houve um reconhecimento mais forte, especialmente por parte dos agentes de saúde comunitários não remunerados, o que pode ser um importante ponto de entrada para apoiar a advocacia relacionada com a PPRP e também para obter reconhecimento pelas contribuições das populações-chave e pelo apoio de pares da comunidade durante e após a pandemia.
 NATIONAL	Ministério da Saúde → Ponto focal do RSI → Programas de doença (como o programa nacional de tuberculose) → Direções/departamentos de resposta a emergências	Estas entidades têm designações e responsabilidades oficiais dentro da Estrutura de Monitorização e Avaliação do RSI, que são ativadas durante uma pandemia emergente e, em alguns casos, em períodos não pandémicos. São responsáveis pelo desenvolvimento de políticas e programas e, frequentemente, também pela implementação das recomendações da OMS no contexto do seu país.
	Secretarias Nacionais de Saúde Única/Plataformas de coordenação de Saúde Única	As plataformas de coordenação da One Health são frequentemente organismos multiagências que trabalham em todas as interfaces entre humanos, animais e ambiente para prevenir a propagação zoonótica (ou seja, a transferência de agentes patogénicos de animais e do ambiente para humanos). Se estiver a registar nas suas comunidades que existem mortes inexplicáveis de animais, esta plataforma precisará de saber, e poderá reportar-lhe esses dados.
	Departamentos de Agricultura/Pecuária	Durante as emergências, estes departamentos são importantes para manter o fornecimento de alimentos e gerir subsídios para a população e para o setor, além de fazerem parte dos processos de recuperação. Geralmente, fazem também parte das estruturas de vigilância comunitária e do programa One Health para comunicar surtos de doenças com potencial pandémico. Por exemplo, podem fazer parte das plataformas nacionais do One Health que monitorizam e reportam mortes inexplicáveis de animais e potenciais contágios zoonóticos. Pode ser útil para o seu planeamento e advocacia compreender o seu papel e foco durante a COVID-19 para avaliar como pode colaborar com eles no seu programa de gestão de crises e/ou num futuro surto pandémico.

NIVEL	ACTOR/OBJETIVO DE DEFENSA/PUNTO DE ENTRADA	PAPEL EN EL PPRP Y RELEVANCIA PARA EL MLC
 NATIONAL	Autoridades de defesa civil e catástrofes	A COVID-19 mostrou-nos que os decisores políticos são mais propensos a consultar os agentes de resposta a emergências e as forças de segurança (como a polícia) do que as comunidades. Se estas autoridades compreenderem o seu valor acrescentado e conseguir construir uma relação com elas, poderá influenciar esta dinâmica a nível local e defender que as prioridades da sua comunidade sejam incluídas nas respostas a emergências, especialmente quando não existem canais de participação pública.
	Institutos nacionais de saúde pública/centros nacionais de controlo de doenças	Os Centros Nacionais de Controlo de Doenças (ou agências de saúde pública com nomes semelhantes) são as principais unidades de protecção da saúde pública, incluindo através de investigação científica, mecanismos de vigilância, respostas políticas, preparação e planeamento para emergências e comunicação de medidas de prevenção e controlo de doenças ao público durante uma emergência de saúde pública. São também responsáveis por garantir a implementação de recomendações e políticas que mantenham a população o mais saudável possível. Estas instituições são os principais organismos nacionais de protecção da saúde pública e, por isso, estão na vanguarda da gestão dos PPRP no seu país. Têm diversos departamentos responsáveis por diferentes programas. É nestes departamentos que deve encontrar informações, orientações e planos de emergência, o que os torna um alvo ou parceiro central para a sua defesa da MLC.
 REGIONAL	África CDC → Delegado de saúde comunitária → Divisão de Preparação e Resposta a Emergências (EPR)	Los Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades (ACDC) son una organización regional que, entre otras áreas, se centra en el desarrollo de políticas integrales, como las relacionadas con el personal sanitario y otros enfoques para fortalecer los sistemas de salud. Trabaja en varios países para destacar experiencias positivas y apoyar a los países en la búsqueda de un PPRP más sólido. Si trabaja a nivel nacional y necesita experiencia adicional o presión social para obtener reconocimiento por su labor de incidencia, colaborar con una entidad regional puede ser útil.
 GLOBAL	Organização Mundial de Saúde	A OMS é o órgão normativo para os PPRP, incluindo o RSI, o RSI-QMA e o Fundo Pandémico. As estruturas e respostas do sistema de saúde que o seu país deve implementar derivam da estrutura da OMS que o seu país (provavelmente) assinou em acordo.
	Banco Mundial → Fundo Pandémico	Actualmente, o Fundo Pandémico não financia directamente as comunidades, mas financia programas que poderiam ser geridos ou, no mínimo, incluir a participação da comunidade e das OSC. Estão já em curso esforços para defender junto do Fundo Pandémico o ajustamento do seu financiamento ao novo contexto global de financiamento da saúde. Um requisito importante do Fundo Pandémico é a "adicionalidade" do seu financiamento. Como o que é financiado mudou significativamente com a saída do financiamento dos EUA, o Fundo Pandémico deverá intensificar a inclusão de financiamento para o MLC. A inclusão da MLC no pedido de financiamento apoia a responsabilização social nos três pilares (laboratórios, força de trabalho e vigilância). A MLC pode, por exemplo, ajudar a compreender melhor os recursos humanos ou as lacunas de resposta rápida dos sistemas e políticas de PPRP.

NIVEL	ACTOR/OBJETIVO DE DEFENSA/PUNTO DE ENTRADA	PAPEL EN EL PPRP Y RELEVANCIA PARA EL MLC
 GLOBAL	UNICEF	Em muitos países, a UNICEF é um grande apoiante da vacinação e da implementação de outras medidas de saúde.
	Rede de Ação Pandémica	Esta é uma rede global de OSC e outros atores da sociedade civil para partilhar informação, atualizar-se mutuamente sobre campanhas e descobertas, colaborar na advocacia relacionada com a PPRP e ampliar o papel da sociedade civil na PPRP.

Onde os seus dados são mais úteis para a advocacia depende da mudança que pretende criar e de quem tem o poder de fazer essa mudança. Com base na sua análise de poder, esta pode ser uma das instituições listadas acima. Em muitos casos, poderá não conseguir influenciar o seu alvo de advocacia diretamente e poderá necessitar de canalizar a sua advocacia através de aliados e/ou alguém que tenha a respetiva influência sobre ele. Por exemplo, se o seu mapeamento mostrar que outros grupos comunitários ou organizações da sociedade civil já estão ligados à plataforma de advocacia que pretende utilizar, defina com eles estratégias sobre como apresentar os seus dados aos principais decisores. Também pode considerar trabalhar em coligação com eles, especialmente quando está a defender prioridades comunitárias

que também beneficiariam os seus objetivos de advocacia e comunidades. No final, um PPRP melhor é bom para todas as comunidades, e a construção de coligações aumenta a força e o alcance da sua advocacia.

Se não tiver contactos, redes e/ou ligações relevantes, terá de discutir com outras pessoas que considerem relevantes. Entrevistámos Hamidou Ouédraogo, Diretor Executivo Nacional da Rede de Acesso a Medicamentos Essenciais (RAME), para tentar perceber quais os partes interessadas (e contexto) que seriam relevantes para o Burkina Faso.

FIGURA 4: Partes interessadas da PPRP para a advocacia de dados de MLC: estudo de caso do Burkina Faso

Segundo Hamidou Ouédraogo, da Rede de Acesso a Medicamentos Essenciais (RAME), o ponto focal nacional do RSI é o Departamento de Proteção da Saúde da População do Ministério da Saúde e Higiene. O Burkina Faso recebeu também apoio de vários parceiros para a PPRP, incluindo no desenvolvimento do seu Plano de Ação Nacional para a Segurança Sanitária 2025-2029, através de um workshop realizado de 3 a 7 de setembro de 2025. Este plano não está atualmente disponível publicamente, mas as partes interessadas consultadas neste processo seriam relevantes para a defesa dos dados de MLC.

Além disso, a ONG Davycas International, sediada em Ouagadougou, capital do Burkina

Faso, organizou uma sessão de formação para gestores de dados dos Departamentos de Prevenção por Vacinação e Proteção da Saúde da População para a implementação da Versão 2.0 do STELab (uma aplicação para monitorizar a rastreabilidade de dados epidemiológicos e amostras laboratoriais). A aplicação está implementada em todos os distritos e regiões de saúde, bem como em laboratórios e hospitais nacionais e de referência. Se os dados do MLC do Burkina Faso demonstrassem, por exemplo, que os serviços laboratoriais não eram suficientemente acessíveis às comunidades, os dados de MLC poderiam ser partilhados com a Davycas International, os gestores de dados, as unidades de saúde distritais e os laboratórios nacionais e de referência.



Assim, as partes interessadas relevantes incluiriam:

- Ministério da Saúde, Departamento de Proteção da Saúde da População
- Davycas Internacional
- Laboratórios nacionais e de referência
- Instalações do distrito de saúde
- Gestores de Dados no Ministério da Saúde

QUEM ESTÁ ENVOLVIDO NO PPRP?

Além dos pontos de entrada diretos para a advocacia utilizando os seus dados de MLC-PPRP, também pode utilizá-los para a advocacia com partes interessadas em saúde global que já conhece. Aqui está uma lista de alguns que pode considerar:

- 1. Membros do MCP do seu Fundo Global:** Os Mecanismos de Coordenação de Países (MCP) são um importante mecanismo de governação das doações do Fundo Global, e os seus membros necessitam de ter dados atualizados para tomarem decisões inteligentes. Por exemplo, considere como se está a ligar com os MCPs nas visitas de supervisão. Está a envolvê-los no seu trabalho de PPRP? E está a partilhar os seus dados de PPRP para que possa defender as prioridades da comunidade e eles possam tomar decisões informadas? Isto é importante ao longo do ciclo da doação, pois há alturas em que o financiamento é reprogramado.
- 2. Conselho Nacional de SIDA:** Os Conselhos Nacionais de SIDA coordenam a resposta à SIDA em muitos países. Uma vez que a participação comunitária tem sido uma parte importante da resposta ao HIV e à SIDA, devem existir percursos de participação comunitária existentes que possa utilizar ou já tenha utilizado na sua defesa de direitos.
- 3. Roteiro de Sustentabilidade do HIV:** Para aqueles que trabalham com o HIV (e com a tuberculose até certo ponto), é importante compreender se o seu país faz parte dos 30 países que participam no Roteiro de Sustentabilidade do HIV da ONUSIDA, pode ser fundamental. Estes países já estão empenhados em reformas específicas do sistema de saúde para o HIV e a trabalhar na integração dos serviços de HIV nos serviços de cuidados de saúde primários, por exemplo. Os seus dados de MLC-PPRP podem fornecer-lhes uma compreensão crucial de como as políticas atuais de PPRP estão ou não a funcionar para comunidades HTM importantes, e pode ter sugestões baseadas em dados para o reforço do sistema de saúde de que necessitam.
- 4. CUS:** As organizações e as partes interessadas focadas na cobertura universal de saúde (CUS) estão também a analisar como o sistema de saúde está a funcionar e quais os serviços de saúde disponíveis para que comunidades. Garantir que as comunidades com elevada cobertura de saúde (HTM) possam aceder aos serviços de saúde essenciais durante uma pandemia é relevante para a HTM, PPRP e CUS. Os dados de MLC podem fornecer recomendações para todos estes aspetos.¹⁶

[16] Para referências sobre PPRP e CUS, ver, por exemplo, OMS, "Universal health coverage (UHC)". [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)). 26 de março de 2025.

FIGURA 5: Estudo de caso – Como a KHANA no Camboja identificou partes interessadas para o MLC no PPRP



Foto cortesia de KHANA

No Camboja, a **KHANA** tem implementado o MLC para a TB desde 2018, utilizando a plataforma OnelImpact da Stop TB Partnership. Como parceira do projeto COPPER, a KHANA trabalhou no PPRP e no envolvimento da comunidade, com planos para integrar a PPRP-MLC na sua plataforma MLC existente. Para facilitar a aprendizagem e a construção de coligações em torno do PPRP, a KHANA tem vindo a convocar uma nova plataforma nacional COPPER PPRP, modelada a partir das plataformas de MLC anteriores. Esta plataforma inclui diversas partes interessadas, incluindo agências governamentais. A natureza multissetorial da plataforma foi propositadamente selecionada para garantir que todas as partes interessadas do governo, bem como os parceiros da sociedade civil, são igualmente informados sobre as iniciativas relacionadas com o COPPER e a PPRP. A KHANA iniciou a plataforma com contactos governamentais existentes na área

da saúde, incluindo o organismo nacional de controlo de doenças sob o Ministério da Saúde, e desde então tem vindo a explorar como incluir agências governamentais adicionais focadas no PPRP e que ainda não fazem parte da sua rede, como a Autoridade Nacional de Desastres. A KHANA também tem vindo a construir a sua plataforma COPPER através da sua participação em processos relacionados com a PPRP, especificamente o AEC do Camboja em 2024. No Camboja, as informações relacionadas com a segurança nacional, incluindo a segurança sanitária nacional, permanecem rigidamente controladas pelo governo e não são facilmente acessíveis por organizações externas, tornando o estabelecimento de uma plataforma de comunicação de PPRP multissetorial liderada pela sociedade civil um mecanismo importante para a partilha mútua de informações.

O que são os Regulamentos Sanitários Internacionais e porque são relevantes para as comunidades?

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) é um instrumento jurídico internacional que visa prevenir, proteger, controlar e proporcionar uma resposta de saúde pública à propagação internacional de doenças, de forma proporcional aos riscos para a saúde pública. Um total de 196 países são signatários do RSI. Isto inclui todos os 194 Estados-Membros da OMS, bem como o Liechtenstein e a Santa Sé. Governados centralmente pelo sistema da OMS, o RSI e o Quadro de Monitorização e Avaliação do RSI (RMA-RMA) que o acompanha regem as obrigações que o governo do seu país deve cumprir em relação aos PPRP. O RSI-RMA inclui a Avaliação Externa Conjunta (AEC) e o Relatório Anual de Autoavaliação dos Estados Partes (RAEP).

Embora possa ter alguma compreensão do que constitui a prevenção, a preparação e a resposta a uma pandemia – afinal, o HIV, a tuberculose

e a malária são pandemias – grande parte da terminologia utilizada pelos sistemas de PPRP e pelas partes interessadas pode ser diferente. Tal como adquiriu novas competências linguísticas ao iniciar o seu trabalho em advocacia de HTM, implementar o MLC para PPRP e utilizá-lo com sucesso dentro dos sistemas de PPRP exigirá alguma aprendizagem de termos técnicos para que você e os seus alvos de advocacia tenham uma linguagem comum e possam integrar a sua experiência vivida e expertise no sistema existente.

A tabela seguinte resume algumas áreas-chave do RSI e do AEC, o que significam para as comunidades e que mensagens de advocacia podem as comunidades utilizar com base nos dados de MLC. Como deve ser lida esta tabela? A coluna 1 resume o conteúdo do texto. A coluna 2 inclui o extrato exato do texto do RSI. As colunas 3 e 4 são as mais importantes para as comunidades: a coluna 3 detalha o texto jurídico no seu significado para si; e a coluna 4 fornece mensagens de advocacia que pode utilizar e que estão ligadas às obrigações legais internacionais do RSI.

TABELA 5:

Resumo das obrigações do RSI e o que significam para as comunidades

ÁREA TEMÁTICA DA OBRIGAÇÃO DO RSI	TEXTO INTEGRAL DO RSI	O QUE ISTO SIGNIFICA PARA AS COMUNIDADES	MENSAGEM DE ADVOCACIA
Obrigações dos estados de desenvolver e manter capacidades essenciais de PPRP	Anexo 1, 2. Cada Estado Parte avaliará, no prazo de dois anos a contar da entrada em vigor do presente Regulamento para esse Estado Parte, a capacidade das estruturas e recursos nacionais existentes para satisfazer os requisitos mínimos descritos no presente Anexo. Como resultado desta avaliação, os Estados Partes desenvolverão e implementarão planos de ação para garantir que estas capacidades essenciais estão presentes e em funcionamento em todos os seus territórios, conforme estabelecido no n.º 1 do artigo 5.º, no n.º 1 do artigo 13.º e na alínea a) do artigo 19.º.	O estado deve ter um processo e um plano para manter e desenvolver as capacidades essenciais relacionadas com as emergências de saúde pública.	O estado deve utilizar a MLC para avaliar as capacidades essenciais a nível local e nacional. O estado está a violar as obrigações internacionais ao não desenvolver conhecimentos laboratoriais, p.

ÁREA TEMÁTICA DA OBRIGAÇÃO DO RSI	TEXTO INTEGRAL DO RSI	O QUE ISTO SIGNIFICA PARA AS COMUNIDADES	MENSAGEM DE ADVOCACIA
Obrigações dos estados a nível comunitário, incluindo a comunicação de toda a informação essencial disponível, como casos humanos e mortes, e a garantia de que as comunidades estão envolvidas na resposta aos riscos para a saúde pública	Anexo 1.A.1. Ao nível da comunidade local e/ou ao nível da resposta primária à saúde pública (doravante designado por “Nível Local”), cada Estado Parte desenvolverá, reforçará e manterá as capacidades essenciais: - detetar eventos que envolvam doenças ou mortes acima dos níveis esperados para o tempo e local específicos em todas as áreas dentro do território do Estado Parte; e - comunicar imediatamente todas as informações essenciais disponíveis ao nível de resposta de saúde adequado. A nível comunitário, a comunicação deverá ser feita às instituições de saúde comunitárias locais ou ao pessoal de saúde adequado. No nível primário de resposta de saúde pública, a comunicação deverá ser feita ao nível intermédio ou nacional de resposta, dependendo das estruturas organizacionais. Para efeitos do presente Anexo, a informação essencial inclui o seguinte: descrições clínicas, resultados laboratoriais, fontes e tipo de risco, números de casos e mortes em humanos, condições que afetam a propagação da doença e as medidas de saúde empregues; - preparar-se para a implementação e implementar imediatamente medidas de controlo preliminares; - preparar a prestação e facilitar o acesso aos serviços de saúde necessários para responder aos riscos e eventos de saúde pública; e - envolver as partes interessadas relevantes, incluindo as comunidades, na preparação e resposta aos riscos e eventos de saúde pública.	O estado é obrigado a reportar todas as informações essenciais disponíveis sobre o surto nas comunidades à OMS. O estado deve envolver as comunidades tanto na preparação como na resposta às emergências de saúde pública.	O governo deve comunicar eventos de doenças e mortes para além dos níveis esperados em tempo útil e deve implementar respostas de emergência em tempo útil. As comunidades devem ser envolvidas e consultadas na preparação e resposta aos riscos para a saúde pública.

PORQUE SÃO RELEVANTES PARA AS COMUNIDADES?

ÁREA TEMÁTICA DA OBRIGAÇÃO DO RSI	TEXTO INTEGRAL DO RSI	O QUE ISTO SIGNIFICA PARA AS COMUNIDADES	MENSAGEM DE ADVOCACIA
Obrigações dos estados de se coordenarem com o nível local em matéria de diagnósticos laboratoriais, implementação de medidas de controlo, acesso a serviços e produtos de saúde e combate à desinformação e à informação incorreta	ANEXO 1.A.2. Nos níveis intermédios de resposta à saúde pública (doravante designados por “nível intermédio”), quando aplicável, cada Estado Parte desenvolverá, reforçará e manterá as capacidades essenciais: - confirmar o estado dos eventos reportados e apoiar ou implementar medidas de controlo adicionais; e - avaliar imediatamente os eventos notificados e, se considerados urgentes, reportar todas as informações essenciais a nível nacional. Para efeitos do presente Anexo, os critérios para eventos urgentes incluem impacto grave na saúde pública e/ou natureza invulgar ou inesperada com elevado potencial de disseminação; e - coordenar e apoiar o nível local na prevenção, preparação e resposta a riscos e eventos de saúde pública, incluindo em relação a: - vigilância; - investigações no local; - diagnóstico laboratorial, incluindo a referenciação de amostras; - implementação de medidas de controlo; - acesso aos serviços de saúde e aos produtos de saúde necessários à resposta; - comunicação de risco, incluindo o combate à desinformação e à desinformação; - assistência logística (por exemplo, equipamento, material médico e outros material relevante e transporte);	Os Estados devem coordenar-se com as partes interessadas a nível local para garantir que os testes são acessíveis e os resultados são devolvidos pelos laboratórios em tempo útil. Os Estados devem apoiar as partes interessadas a nível local em relação ao acesso aos serviços e produtos de saúde; devem garantir que os serviços de saúde locais não são interrompidos e que os produtos de saúde podem ser acedidos. Os Estados devem apoiar o nível local na comunicação de riscos, incluindo o combate à desinformação e à informação incorrecta a nível local.	Os testes devem ser acessíveis às comunidades e os resultados devem ser devolvidos atempadamente. Os serviços de saúde de rotina não devem ser interrompidos, e o governo nacional deve apoiar as unidades de saúde locais. Todos os produtos pandémicos devem estar disponíveis para as comunidades. A desinformação e a informação falsa devem ser feitas numa linguagem que as comunidades a nível local compreendam e devem ocorrer através do meio mais relevante para as comunidades.
Financiamento para PPRP a nível local	A entidade pública local/regional (como a liderança distrital ou provincial) tem uma dotação orçamental para as atividades relacionadas com a resposta a emergências de saúde pública? [P] [Questão P2.2, AEC]	Os orçamentos a nível local significam que as respostas podem ocorrer mais rapidamente, em vez de esperar que os orçamentos nacionais cheguem gradualmente. Os orçamentos locais que são aplicados rapidamente e baseados nas necessidades locais significam que as comunidades podem ser protegidas mais rapidamente.	- As autoridades locais devem ter orçamentos reservados para emergências. - Os orçamentos das autoridades locais devem explicar como podem ser rapidamente implementados para fazer face aos esforços do PPRP nas comunidades.

O QUE SÃO OS REGULAMENTOS SANITÁRIOS INTERNACIONAIS?

ÁREA TEMÁTICA DA OBRIGAÇÃO DO RSI	TEXTO INTEGRAL DO RSI	O QUE ISTO SIGNIFICA PARA AS COMUNIDADES	MENSAGEM DE ADVOCACIA
Abordagens participativas na comunicação de riscos pandêmicos	As abordagens de comunicação de riscos utilizam uma abordagem de "governo como um todo", incluindo parceiros nacionais e internacionais, meios de comunicação social e influenciadores, e os porta-vozes nomeados são formados em comunicação de riscos? [R] [Questão R5.2, AEC]	A comunicação deve ser realizada de várias maneiras para que todos recebam as informações necessárias, independentemente de como consumir os meios. As mensagens de estado devem ser oferecidas nos diferentes idiomas do país e ser facilmente compreensíveis. As comunidades devem ser uma das sociedades na difusão e adaptação das mensagens. Se as mensagens carecem de informações ou não são enviadas a setores da comunidade, essas informações devem ser compartilhadas com o estado para que você possa realizar as configurações necessárias.	1. As mensagens sobre pandemias e como as comunidades se protegem devem chegar às comunidades através do meio mais utilizado ou conveniente. 2. O desenvolvimento de materiais de comunicação de riscos deve envolver significativamente todos os parceiros relevantes.

O que pode ser rastreado com a MLC na PPRP?

A monitorização liderada pela comunidade (MLC) ocorre quando a própria comunidade decide quais os problemas que devem ser monitorizados, cria indicadores e recolhe dados ao nível da unidade e da comunidade.¹⁷

Cenários cruciais em que a MLC pode ter um grande impacto incluem situações de rápida evolução, como uma nova pandemia, ou situações em rápida evolução, como os cortes globais no financiamento da saúde no início de 2025. A MLC é uma ótima ferramenta para estes cenários, uma vez que pode recolher dados úteis em tempo real. A MLC é também bastante útil para compreender uma situação na perspetiva dos profissionais de saúde ou daqueles que recebem cuidados, uma vez que os insights serão diferentes dos dados das unidades de saúde gerados de cima para baixo.

A experiência colectiva com a MLC demonstrou que, nas seguintes situações, a MLC se revelou uma ferramenta adequada. Irá reparar que estas situações aparecem no HTM com a mesma frequência que ocorreram, por exemplo, durante a COVID-19, o que significa que provavelmente também serão problemas na próxima pandemia se não forem abordadas:

- ➔ **Alocação ineficiente de recursos**, levando a lacunas nos serviços e no desenvolvimento comunitário
- ➔ **Falta de dados gerados pela comunidade**, resultando numa má tomada de decisões por parte dos prestadores de serviços (especialmente num contexto de rápida mudança)
- ➔ **Desigualdades sanitárias e sociais**, afetando desproporcionalmente as populações marginalizadas
- ➔ **Envolvimento limitado da comunidade** em decisões que impactam as suas vidas
- ➔ **Falta de apoio e recursos** para as comunidades carenciadas enfrentarem os seus desafios de saúde



Ao considerar quais os aspetos que são de maior urgência ou prioridade para a sua comunidade, pode aplicar o conceito de interseccionalidade ao seu processo. Kimberlé Crenshaw, que cunhou o termo "interseccionalidade" como parte dos estudos jurídicos nos EUA, definiu-o da seguinte forma: *"A interseccionalidade é uma lente através da qual se pode ver onde o poder entra e colide, onde se liga e se cruza. É o reconhecimento de que cada um tem as suas próprias experiências únicas de discriminação e privilégio."*¹⁸ A interseccionalidade pode ser uma combinação de identidades baseadas em fatores como a raça, etnia, identidade de género, classe, língua, religião, capacidade, sexualidade, saúde mental, idade e educação. Isto significa que deve considerar como o seu modelo MLC-PPRP, por exemplo, vê uma mulher de uma minoria étnica que não teve acesso à educação formal, ou pessoas LGBTQ que vivem em áreas remotas, ou indivíduos que falam uma língua minoritária e que vivem com deficiências. É isso que é a interseccionalidade.

O mapa mental que se segue fornece algumas ilustrações do que pode ser rastreado pela MLC na PPRP, com base em entrevistas com informantes-chave, na Ferramenta de Avaliação Externa Conjunta do RSI, nos requisitos mínimos da ONU Mulheres para a igualdade de género na resposta socioeconómica à COVID-19, lista de verificação do Grupo de Trabalho para a Igualdade de Género sobre género e distribuição de vacinas contra a COVID-19,¹⁹ lista de verificação da Human Rights Watch sobre a COVID-19.²⁰

[17] ITPC. Libro Blanco. Monitoreo comunitario. Mejores prácticas para fortalecer el modelo. <https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2022/12/CD4C-CLAW-EANNASO-ATAC-APCASO-Community-led-Monitoring-Best-practices-for-strengthening-the-model.pdf> (consultado el 9 de abril de 2025).

[18] Recursos de Relay. Interseccionalidad y discapacidad. <https://relayresources.org/blog/intersectionality-and-disability>.

[19] https://www.genderhealthhub.org/wp-content/uploads/2021/03/COVIDVAX-English_6August.pdf.

[20] <https://www.hrw.org/news/2020/04/14/covid-19-human-rights-checklist>.

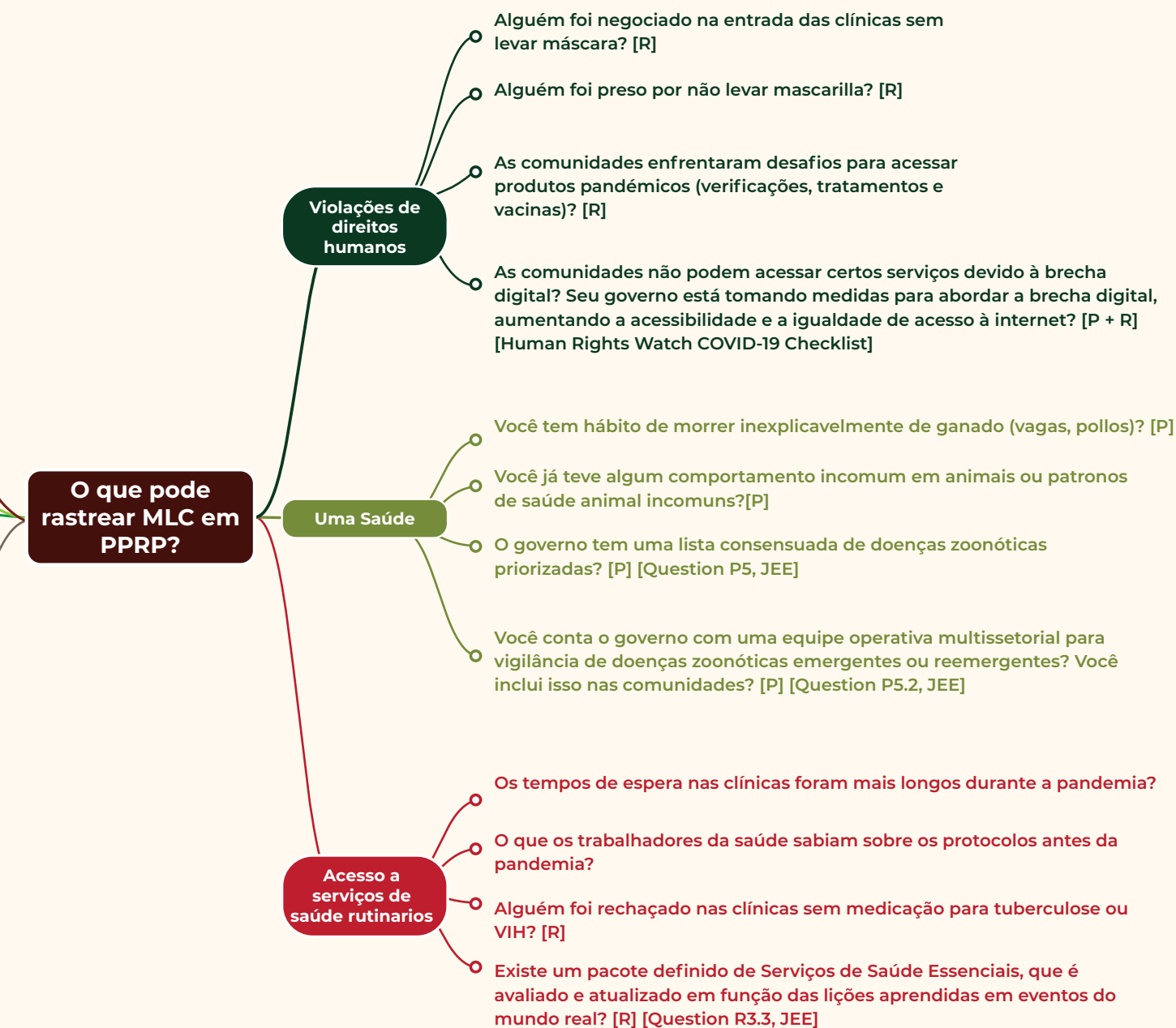
FIGURA 6: O que pode a MLC rastrear na PPRP? Um mapa mental



A sua decisão sobre quais os aspetos da PPRP que pretende monitorizar com a MLC dependerá do que se repercute consigo, das prioridades existentes na sua comunidade e do problema específico que pretende abordar. Se conseguir identificar uma área onde existe sinergia entre o que é relevante para a PPRP e o que já é importante para a sua comunidade, a sua estratégia de advocacia irá expandir-se de forma a reforçar mutuamente os benefícios para a sua comunidade. Se tiver recursos para expandir

o seu trabalho para algo importante, mas menos relacionado com as prioridades existentes e com o trabalho em curso, poderá ainda ser proveitoso decidir que esta é a melhor utilização dos seus recursos. Ao ler este capítulo, considere:

1. O que ressoa consigo e com a sua comunidade?
2. Já está a trabalhar na imunização da força de trabalho da saúde? Ambos fazem parte do AEC, embora em processos diferentes.



- O que revela a sua experiência vivida com a COVID-19, a MPox e o Ébola sobre os desafios da AADQ para as suas comunidades?
- Com que partes interessadas e em que áreas já estabeleceu o seu "soft power de MLC"? E como pode usar o sua MLC agora para estabelecer o soft power necessário para a próxima pandemia?

A MLC utiliza a estrutura AADQ para compreender e recolher dados. A tabela seguinte é um exemplo de como um dos exemplos acima da PPRP poderia ser melhor explorado utilizando a estrutura AADQ. A MLC pode envolver-se bem com o aspecto "Prevenção" da PPRP e, por exemplo, monitorizar a implementação do módulo Prevenção na sua comunidade.

TABELA 6: Exemplos de MLC para PPRP

	EXEMPLOS DE TÓPICOS DE DADOS MLC-PPRP	EXEMPLOS DE PERSPECTIVAS QUE PODEM SER RECOLHIDAS
 DISPONIBILIDADE	Disponibilidade de serviços e produtos	<i>"Fui à clínica para tomar a vacina contra a COVID-19, mas já não havia doses disponíveis quando chegou a minha vez."</i>
	Disponibilidade de informação de saúde abrangente e precisa	<i>"As informações das autoridades de saúde não estavam disponíveis nas nossas línguas locais e apenas na TV e não na rádio, que é o principal recurso utilizado pela nossa comunidade de deficientes".</i>
	Negação de serviços com base em vários fatores	<i>"Eu queria tomar a vacina contra a COVID-19, mas a enfermeira disse-me que não podia porque estou grávida."</i>
 ACESSIBILIDADE	Acessibilidade física	<i>"A clínica que fornece vacinas fica a 5 km. É muito longe para irmos a pé e não temos dinheiro para apanhar um táxi."</i>
	Acessibilidade financeira	<i>"Não posso esperar na fila o dia todo; preciso de garantir que teremos comida para comer."</i>
	Horário de funcionamento e procedimentos administrativos	<i>Não há forma de se inscrever com antecedência. Em vez disso, tem de fazer fila na clínica e pode ou não receber uma vacina até ao final do dia.</i>
	Outras barreiras, como o acesso inadequado às proteções sociais, o estigma, a discriminação e a violência	<i>Os agentes de saúde comunitários levaram doentes com tuberculose à clínica, mas, como os sintomas eram semelhantes, pensaram que se tratava de COVID-19 e mandaram-nos para casa. Estes doentes não receberam qualquer serviço de diagnóstico de tuberculose naquela época.</i>

O QUE PODE SER RASTREADO COM A MLC NA PPRP?

	EXEMPLOS DE TÓPICOS DE DADOS MLC-PPRP	EXEMPLOS DE PERSPECTIVAS QUE PODEM SER RECOLHIDAS
 ACEITABILIDADE	Experiências de estigma, discriminação ou violações dos direitos humanos	"As filas no hospital são divididas entre homens e mulheres. A nossa comunidade trans sofre assédio quando tentamos entrar na fila de acordo com o nosso género."
	Razões pelas quais as pessoas não procuram ou não utilizam os serviços de saúde de que necessitam (por exemplo, normas de género e aceitabilidade social dos prestadores de cuidados de saúde, homens ou mulheres)	"Na nossa comunidade, uma mulher não pode ir ao médico sozinha. A não ser que um homem da minha família me acompanhe, não posso ir à clínica para tomar a vacina ou fazer o teste de COVID-19".
	Preferências dos utentes e das comunidades afetadas em relação ao recetor da interação entre o cuidador e o prestador de cuidados (como a linguagem utilizada e as crenças culturais)	"As mensagens de rádio sobre a COVID-19 estão todas em inglês, não na minha língua local."
 QUALIDADE	Tempos de espera relativos	"O tempo de espera pelo resultado do teste de COVID é de vários dias. Não consigo estar em isolamento durante tanto tempo."
	Competências e habilidades dos prestadores	"A enfermeira parecia não saber como utilizar um teste rápido. Também não parecia saber quais seriam os sintomas deste agente patogénico pandémico."
	Respeito pelos protocolos clínicos	"O cotonete nasal usado em mim não foi desembrulhado à minha frente – não parecia novo." "Ouvi dizer que estão a ser cultivados agentes patogénicos num laboratório distrital e que a equipa não está vacinada contra este agente patogénico. Não tenho a certeza se receberam formação adequada em matéria de biossegurança."
	Respeito pela higiene, controlo de infeção e normas de segurança	Clínicas locais que seguem as normas WASH

Modelado após: : https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2023/02/0113_CLM_NewTool_full_B2.pdf page 18/table 4

Durante a pandemia de COVID-19, houve projetos de Gestão de Riscos de Conflitos (GRC) em curso em vários países. A GRC no PPRP facilita a responsabilização social, a partilha de informação e a sensibilização. Com base nas nossas experiências durante esta recente pandemia, outros exemplos de GRC que ocorreram durante a COVID-19 ou que poderiam ter ocorrido incluem os seguintes:

1. No Malawi, a MLC documentou a expansão bem-sucedida do TAR durante vários meses durante a COVID-19 e resultou na defesa da inclusão de estratégias para a continuidade desta tendência na formação dos profissionais de saúde. Os dados da MLC mostraram ainda que "o principal fator que atrasa o alargamento da dispensa semestral não é a ocorrência de ruturas de stock, mas sim a rapidez com que são resolvidas".²¹
2. A MLC na África do Sul mostrou um aumento de três vezes nos testes de TB nas clínicas envolvidas na MLC (em comparação com a linha de base pré-COVID), o que os implementadores sugeriram que pode ter sido o resultado de alterações clínicas durante a COVID-19 porque em 2020, "a África do Sul começou a experimentar o rastreio combinado e bidirecional da TB e da COVID-19".²²
3. A MLC documentou o impacto que a falta de stock de EPI teve nos prestadores de cuidados de saúde e a consequente interrupção dos serviços.²³

[21] <https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2023/01/2022-itpc-the-good-the-bad-and-the-unfinished-business.pdf>.

[22] <https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2023/01/2022-itpc-the-good-the-bad-and-the-unfinished-business.pdf>.

[23] Ibidem.

MLC na vida real

Exemplos e lições do Malawi, África do Sul e desfinanciamento da USAID

A MLC a longo prazo é uma oportunidade para construir parcerias sólidas entre o sistema de saúde local, incluindo clínicas e profissionais de saúde, e as OBC e OSC. Estes três exemplos destacam como a colaboração pode tornar os sistemas mais fortes e eficazes.

ADVOCACIA DO MLC COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ÁFRICA DO SUL

No âmbito do seguinte projecto, os agentes comunitários de saúde (ACS) na África do Sul participaram na identificação dos entrevistados e na recolha de dados do MLC para compreender as barreiras à prestação de serviços. Partilharam as suas conclusões em reuniões do Grupo Consultivo Comunitário a nível de subdistrito. De acordo com a Networking HIV and AIDS Community of Southern Africa (NACOSA):

Os nossos investigadores de campo da MLC desenvolveram uma forte relação de trabalho com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que desempenharam um papel crucial na correta identificação dos Destinatários de Cuidados. Com o consentimento do cliente, os nossos investigadores de campo puderam realizar entrevistas utilizando a ferramenta Destinatário de Cuidados para avaliar a prestação de serviços em unidades de saúde públicas seleccionadas. Esta colaboração veio colmatar a lacuna entre o programa MLC e os ACS, melhorando os seus conhecimentos e facilitando o trabalho conjunto na implementação. Os ACS foram também convidados para as Reuniões do Grupo Consultivo Comunitário, realizadas a nível de subdistrito, onde foram partilhadas percepções do MLC. As organizações da MLC e os ACS trabalharam em conjunto para enfrentar os desafios da advocacia na comunidade.

De acordo com a NACOSA, foram observados os seguintes impactos e atividades:

1. **Em West Rand, os dados da MLC de 2022 mostraram que as mulheres dos 20 aos 24 anos apresentaram a menor adesão à profilaxia pré-exposição (PrEP).** O pequeno número de mulheres jovens que começaram a utilizar a PrEP foi identificado como uma barreira à prevenção do HIV. A MLC em vários locais constatou que o conhecimento e a educação sobre a opção de prevenção eram insuficientes. Após a NACOSA e os ACS utilizarem estes dados para informar as unidades de saúde e aumentar a educação sobre a PrEP, a MLC nestes locais documentou um aumento significativo da adesão à PrEP.
2. **Quando a MLC descobriu que a sensibilização para a violência de género era crucial para melhorar a prevenção do HIV, os ACS fizeram campanha em conjunto para educar a sua comunidade.**
3. **Quando os dados do MLC sugeriram que os homens mais velhos preferiam os testes comunitários e que a sua realização era uma prioridade, os ACS e os implementadores do MLC uniram esforços para aumentar a disponibilidade destes testes, incluindo através de postos móveis de testagem em locais comunitários.** E. O MLC em curso documentou um aumento do número de homens mais velhos que conheciam o seu estado serológico para o HIV. A colaboração estratégica e a monitorização a longo prazo foram essenciais para compreender as barreiras à prevenção, identificar possíveis soluções, defender as mudanças necessárias e documentar o sucesso das novas abordagens. A parceria entre os

implementadores da MLC e os ACS resultou numa abordagem coordenada e impactante para a utilização da MLC para a advocacia e o fortalecimento do sistema de saúde.²⁴

Esta experiência demonstra as diversas formas pelas quais os implementadores da MLC podem colaborar com os ACS e outras partes interessadas. Este tipo de colaboração fortalece a recolha de dados, pois oferece um melhor acesso às pessoas que pretende entrevistar; tem também o potencial de reforçar a sua defesa de direitos. Estas relações serão também importantes na próxima pandemia, bem como para a prevenção e preparação.

MLC SOBRE OS CORTES NO FINANCIAMENTO DO HIV NO MALAWI

A MLC pode ser uma ferramenta eficaz em situações que exigem uma resposta rápida. O congelamento da ajuda externa dos EUA a partir do início de 2025 oferece-nos a oportunidade de mostrar como a MLC pode ser utilizado numa situação de emergência que ainda está em evolução, ou seja, uma situação com alguns parâmetros semelhantes aos de uma pandemia emergente. No Malawi, a Rede de Jornalistas que Vivem com HIV (JONEHA), em parceria com a NACOSA (África do Sul) e o ITPC, reformulou as suas estruturas existentes de MLC para recolher informações em três distritos e compreender os efeitos iniciais dos cortes na ajuda externa dos EUA. A equipa conduziu 11 grupos de foco em ambos os países, com 30 profissionais de saúde e 123 pessoas que vivem com HIV.

O relatório resultante exemplifica como o MLC pode informar as partes interessadas sobre as especificidades de uma crise em desenvolvimento. As conclusões publicadas no relatório ilustram: como é que diferentes partes interessadas receberam diferentes tipos de informação de diferentes fontes; as diversas formas como as orientações oficiais pouco claras ou incompletas dos doadores e dos governos impactaram a prevenção e o tratamento do HIV; e o que isso significa em termos de lacunas e desafios para o sistema de saúde. A análise dos dados da MLC permitiu à equipa formular sete recomendações aos administradores de saúde a nível nacional e defender a inclusão da comunidade na formulação de políticas.

Este exemplo contém lições para a MLC como uma ferramenta útil para a recolha e partilha rápida de dados no PPRP:

- 1. As estruturas, a experiência e as parcerias existentes de recolha de dados da MLC são a base para a capacidade de desenvolver rapidamente ferramentas conjuntas e métodos de recolha de dados, reunindo dados sem grande demora.**
- 2. O foco nos dados individuais e clínicos permite que as partes interessadas compreendam a situação local mais rapidamente do que um esforço estatístico nacional, que demora mais tempo a ser elaborado e avaliado.** O acesso rápido aos dados significa um acesso rápido à análise e a capacidade de desenvolver e partilhar rapidamente mensagens de advocacia com alvos de advocacia em diferentes níveis.
- 3. A MLC cria relações de confiança entre clínicas, profissionais de saúde e comunidades afetadas para que o acesso e a aprovação para novos trabalhos ou novos locais possam ser concedidos rapidamente e que os inquiridos provavelmente partilhem as suas experiências de forma abrangente.**

Os dados e as recomendações resultantes deste rápido exercício de Gestão de Riscos Climáticos (GRC) permitiram que as comunidades e o conhecimento local contribuíssem para uma compreensão mais ampla de uma situação de emergência em evolução, o que, por sua vez, possibilita a participação na formulação de uma resposta política que, em última análise, deverá fortalecer o sistema de saúde. Numa situação de pandemia, a expertise da comunidade em Gestão de Riscos Climáticos (GRC) pode contribuir para uma melhor resposta do sistema de saúde e também influenciar a recuperação, a prevenção e a preparação para a próxima epidemia.²⁵

[24] Coligação Internacional de Preparação para Tratamento e NACOSA. Insight, Influência e Impacto: 10 Grandes Histórias de Mudança do Projeto de Monitorização Liderado pela Comunidade de Ciência Cidadã em 2023. 26 de maio de 2024. <https://itpcglobal.org/resource/insight-influence-impact-clm-report/>.

[25] Coligação Internacional de Preparação para Tratamento. Soando o Alarme. Efeitos dos Cortes de Financiamento no Malawi e na África do Sul. Abril de 2025. <https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2025/04/Sounding-the-Alarm-effects-of-funding-cuts-in-Malawi-SA-ITPC-April-2025.pdf>

CAMBIO EN LOS MODELOS DE GESTIÓN DE CRISIS DEL VIH DEBIDO A LA COVID-19

Ritshidze é um projecto de monitorização da saúde liderado pela sociedade civil na **África do Sul**, com foco na melhoria da qualidade dos serviços de HIV e TB nas unidades de saúde públicas. É liderado pela Campanha de Acção para o Tratamento (CAT) e por uma coligação de redes de pessoas que vivem com HIV, incluindo a NAPWA, a Positive Women's Network e a SANERELA+, com o apoio da Health GAP e da AMALGAM. Foi criado em 2020 com o apoio do PEPFAR para monitorizar as unidades de saúde públicas, recolher dados directamente dos beneficiários de cuidados e dos profissionais de saúde e responsabilizar o governo pela melhoria da prestação de serviços, através de entrevistas com os beneficiários de cuidados, observação directa e scorecards. Produziu vários relatórios específicos para cada província, como este relatório de 2021 na província de Mpumalanga, tendo constatado, entre outras coisas, que 92,7% dos gestores das unidades de saúde afirmam que as suas unidades não têm pessoal suficiente e que 4 horas e 41 minutos foi o tempo médio de espera referido pelos beneficiários desses serviços.

Durante a pandemia de COVID-19, a Ritshidze teve de alterar a sua forma de trabalhar e modificar as suas ferramentas de Gestão de Riscos Climáticos (GRC). De acordo com Anele Yawa, Secretário-Geral do CAT entrevistado para incrementar este Kit de Ferramentas:

“Muita coisa mudou para Ritshidze durante a COVID-19. A nível interno, a pandemia alterou a nossa forma de trabalhar – foram adquiridos equipamentos de protecção individual para as equipas e foram realizados vários treinos de segurança para informar as pessoas sobre como se proteger. As opções para interromper a monitorização (caso não fosse seguro continuar) foram integradas nos nossos sistemas e, claro, durante as grandes vagas e lockdowns, toda a monitorização foi totalmente interrompida. Mas também foi fundamental monitorizar as nossas clínicas para podermos documentar os desafios do nosso sistema de saúde já fragilizado.

“Para tal, foram incluídos indicadores adicionais nas ferramentas de observação do Ritshidze, bem como em inquéritos realizados junto de utentes de saúde pública, pessoas que vivem com HIV e funcionários de unidades de saúde. Isto ajudou-nos a determinar o que estava a surgir como resultado da pandemia – como clínicas a serem completamente encerradas ou com interrupções parciais – e o impacto que isso teve nas pessoas que precisavam de serviços de saúde ou estavam lá para recolher TAR ou outros medicamentos crónicos. Em alguns locais, as pessoas estavam a aparecer para recolher medicamentos apenas para encontrar as clínicas fechadas – para alguns, isto significou interrupções no tratamento; para outros, ter de pagar táxi para viagens extra à clínica para tentar novamente, chegando mesmo a colocar as pessoas em risco extra de contraírem COVID-19. Noutros casos, testemunhámos pessoas a serem impedidas de entrar e medicamentos a serem passados abertamente através das vedações das clínicas, violando a confidencialidade. Os clubes de adesão foram dizimados, um mecanismo fundamental para as pessoas terem apoio dos pares e encontrarem informação sobre literacia em tratamento; esses clubes nunca recuperaram.



FOTOGRAFIA 1: Anele Yawa, Secretário General, Treatment Action Campaign e líder de Ritshidze

“Além disso, as nossas questões existentes ajudaram-nos a determinar o impacto da COVID-19 nos tempos de espera, na escassez de pessoal, nos modelos de recolha de TAR e na falta de stock, por exemplo – e, através do nosso painel público, pudemos visualizar todos estes indicadores ao longo do tempo para avaliar o impacto. Também monitorizámos protocolos de segurança específicos relacionados com a prevenção da COVID-19, incluindo se as pessoas recebiam máscaras, se as janelas eram mantidas abertas, se havia álcool gel disponível e [se havia] água e sabão para lavar as mãos. Nem todas as instalações tinham estas medidas em vigor, e até os funcionários, por vezes, queixavam-se de ter de lavar as máscaras e reutilizá-las devido à falta de recursos

“De forma crucial, através dos nossos canais de envolvimento existentes com responsáveis nos níveis de unidade, distrito, província e nacional, conseguimos escalar todos os desafios que identificámos para ações corretivas urgentes.”

ESTRUTURAS DE PROPRIEDADE, INTEGRIDADE E GOVERNAÇÃO DE DADOS DA MLC

Os implementadores del MLC deve considerar quién posee e conservar os dados. A propriedade dos dados determina como se proteger, assim como quem pode usá-los, quem decide quando se usa, como se usa e durante quanto tempo se conserva.

A extinção da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) também traz lições sobre segurança de dados, propriedade de dados e governação de dados para qualquer MLC ou esforços semelhantes de recolha de dados por parte das comunidades. Qualquer forma de recolha de dados que envolva seres humanos deve incluir um protocolo de segurança de dados. Isto não se aplica apenas a razões éticas, mas também à privacidade e segurança das pessoas que lhe confiam as suas informações. Especialmente na HTM, o estigma e a discriminação podem ter consequências extremamente negativas, por exemplo, para os indivíduos cujo estado de saúde é revelado. Em locais onde alguns comportamentos são criminalizados, a segurança dos dados é fundamental para proteger as pessoas envolvidas na investigação e também para manter a confiança e o acesso necessários para continuar a melhorar a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças infecciosas.

Os implementadores da MLC precisam de considerar quem detém e é proprietário dos dados. A propriedade dos dados decide como os dados são protegidos, bem como quem os pode utilizar, quem decide quando os dados são utilizados, como os dados são utilizados e durante quanto tempo os dados são mantidos. No primeiro trimestre de 2025, em conjunto com os cortes de financiamento e de despesa na USAID, um implementador da MLC na Ásia e um na África Subsariana que forneceram informações para este Kit de Ferramentas perderam o acesso aos dados que tinham recolhido porque não os detinham diretamente. Quando o financiamento para a organização que detinha os dados foi retirado devido ao congelamento da ajuda externa dos EUA, a ferramenta de recolha de dados online e os dados deixaram de estar disponíveis para serem utilizados pelo implementador da MLC. Num exemplo semelhante, os cortes na ajuda externa dos EUA em 2025 tiveram impacto na utilização e disponibilidade da ferramenta online OneImpact, desenvolvida e partilhada através da Parceria Stop TB. No Camboja, a MLC com o OneImpact foi interrompido.²⁶ As ferramentas online têm muitas vantagens, como atualizações imediatas da base de dados, armazenamento centralizado de dados para gerir o acesso aos dados e recolha descentralizada de dados; no entanto, as ferramentas tecnológicas também requerem financiamento específico. A recolha de dados em papel é onerosa e os dados podem facilmente perder-se ou perder-se, mas pode ser bastante económica.

[26] Parceria Stop TB. Avaliação rápida do impacto do congelamento de fundos do governo dos EUA nas respostas à tuberculose em países selecionados com elevada incidência de tuberculose. . <https://www.stoptb.org/sites/default/files/documents/Impact%20of%20funding%20freeze%20report.pdf>.

As melhores práticas em MLC incluem a avaliação e o planeamento de riscos, incluindo o acesso e a propriedade dos dados. Isto pode incluir acordos formais entre quem detém os dados e as organizações que os recolhem e aquelas que os pretendem utilizar. Estes acordos devem incluir medidas de privacidade adotadas para proteger as pessoas que partilham os seus dados e também decidir sobre o acesso aos dados e quando e como os dados serão destruídos. O seu plano de gestão de dados e riscos também deve preparar-se para cenários em que perde o acesso aos dados existentes ou novos dados são perdidos antes de serem incluídos na sua base de dados, por exemplo. Os servidores que alojam dados também devem estar localizados em países politicamente estáveis e com baixo risco de comprometimento de dados. Muitas práticas recomendadas para MLC estão documentadas neste [Guia do ITPC para apoiar a utilização de dados de MLC na tomada de decisões](#)²⁸ São totalmente aplicáveis à MLC para PPRP. Aliás, algumas figuras deste Kit de Ferramentas foram adaptadas de lá.

QUESTÕES DE REFLEXÃO

Estes exemplos ilustram como a MLC de longo prazo, bem como a MLC de avaliação rápida ou de curto prazo, podem desempenhar um papel no PPRP. Ao considerar se e como incorporar a MLC no PPRP, estes e outros exemplos de MLC ou investigação qualitativa liderada pela comunidade podem apoiar o seu processo de desenvolvimento. . Utilize as seguintes questões para começar a considerar como as suas redes, relações, experiência em MLC e expertise em HTM podem ajudá-lo a adaptar a MLC à PPRP:

1. Como é que a sua rede e experiência de investigação existentes poderiam ter sido aproveitadas para compreender os desafios da sua comunidade durante a COVID-19? Que relações poderia ter incorporado na sua metodologia de MLC, por exemplo, para recolha de dados ou advocacia?
2. Se realizou MLC ou investigação semelhante durante a pandemia de COVID-19, como é que o seu foco mudou e como decidiu em que se deve focar?
3. Que partes da metodologia e implementação da MLC foram, ou seriam, fáceis de ajustar, alavancar ou copiar para serem utilizadas numa nova pandemia ou outra emergência de saúde, para que possa defender a sua comunidade?

[27] Consulte os recursos sobre o tratamento de dados e a propriedade de dados na secção Leitura adicional do Anexo.

[28] https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2023/02/0113_CLM_NewTool_full_B2.pdf.

Ferramentas para a Advocacia da MLC

REGISTO DE ADVOCACIA

Talvez já tenha ferramentas para monitorizar a advocacia impulsionada pelo MLC. Se precisar de as complementar, aqui estão dois recursos que pode utilizar.

O primeiro é um [registo de advocacia](#), que serve como um registo consolidado de todo o trabalho de advocacia realizado ao longo do tempo, constitui uma base de dados com informação de contacto para os alvos do trabalho de advocacia, é uma ferramenta que permite às equipas planear os próximos passos ligados aos dados de MLC de forma estruturada e pode ser utilizada como prova de atividades para relatórios de monitorização e avaliação para os doadores. A ferramenta, no entanto, precisa de ser atualizada com frequência para ser significativa.

Aqui está um exemplo de como deve ser um registo de advocacia. Regista a alteração que pretende ver, quem é o seu alvo, liga-a aos dados de MLC que recolheu e regista o resultado do seu advocacia. O exemplo seguinte mostra que registou que 550 pessoas com deficiência não podem viajar para aceder ao teste PCR e detalha várias abordagens de advocacia que pode utilizar.

Exemplo de um registo de advocacia que pode acompanhar o que faz com os seus dados MLC

Mude o que vê	Dados MLC relevantes coletados	Data do evento/reunião	Alvo da advocacia	Contacto do alvo da advocacia	Meio de advocacia	URL/ link de materiais relevantes	Resultado do evento	Próximos passos necessários
Autotestes fornecidos gratuitamente para pessoas com deficiência	550 pessoas com deficiência no distrito sul não conseguem deslocar-se às instalações para fazer o teste PCR	14 de abril de 2025	Equipa de emergência do MS	Example@ms.gov	carta		Resposta recebida via Whatsapp do ponto focal do Ministério da Saúde informando que os autotestes não serão fornecidos devido a implicações financeiras.	Solicitar uma reunião com o Ministério da Saúde e Preparar recursos de mídia social com base nos dados do MLC para angariar apoio
Maior conscientização sobre nossos dados de autoteste MLC	550 pessoas com deficiência no distrito sul não conseguem deslocar-se às instalações para realizar o teste PCR	14 de abril de 2025	Equipe de emergência da EM, Público em geral	N/A	Plataformas sociais	link	43.500 curtidas na publicação no LinkedIn, 103.000 impressões, jornalista questiona publicação nas redes sociais	Organizar uma aparição na televisão para discutir os dados do MLC sobre o acesso aos autotestes

Lembre-se sempre de utilizar o meio de advocacia mais adequado ao seu contexto – e que possa ajudar a amplificar a sua mensagem de forma clara. Aqui estão alguns exemplos de como pode preencher a Coluna J, "Próximos passos necessários", com base nos dados do MLC que gerou.

FIGURA 7: Exemplos de próximos passos com base nas conclusões da MLC

CONCLUSÕES DO MLC



PRÓXIMOS PASOS NECESARIOS

1. **Conduza discussões em grupo com as comunidades sobre os desafios de compreender** os materiais de comunicação de riscos e o que pode ser alterado.
2. **Escreva um resumo de duas páginas** em inglês e na língua local sobre as conclusões.
3. **Divulgue um resumo de duas páginas ao Ministério da Saúde** aos gestores das unidades dos Distritos A e B, à liderança tradicional e às estações de rádio locais.
4. **Solicite uma reunião** com a equipa de comunicação de riscos do Ministério da Saúde e o ponto focal do RSI.

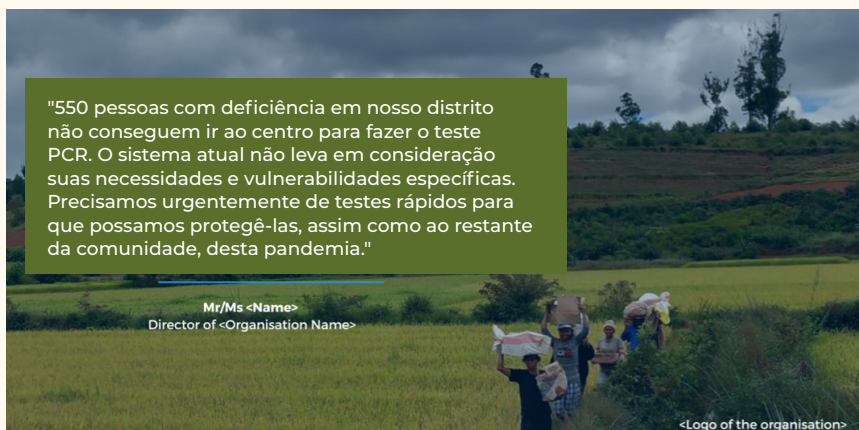
Em resumo, aqui estão as instruções sobre como utilizar o registo de advocacia:

1. A cada poucos dias, **preencha os detalhes dos dados** relevantes de MLC que possui, com quem teve reuniões de advocacia, os seus dados de contacto, o resultado da reunião e os próximos passos necessários.
2. Reveja **também a coluna "próximos passos"** para ver se se esqueceu de alguma ação de acompanhamento que deveria estar a realizar. Marque se os passos já não forem relevantes.
3. Lembre-se **de incluir o impacto de qualquer ação de advocacia** que tenha feito nas redes sociais.
4. No final do ano, **pode gerar estatísticas úteis a partir do registo de advocacia**, por exemplo, para calcular quantas cartas enviou e quantas publicações nas redes sociais houve – e terá excertos qualitativos sobre o impacto do seu trabalho.

MÍDIAS SOCIAIS

Em segundo lugar, o uso das redes sociais para ampliar os seus dados de MLC deve ser sucinto e convincente. Abaixo e [este link](#), fornecemos um exemplo de um gráfico para as redes sociais que pode utilizar para ampliar os seus dados de MLC. Deve também incluir texto para a publicação nas redes sociais e marcar o alvo da sua campanha com o seu pedido. Aqui estão exemplos de textos bons e maus que podem acompanhar o seu gráfico.

Exemplo de publicação nas redes sociais para amplificar as suas mensagens de MLC



Boas vs. más publicações nas redes sociais

O BOM TEXTO	O MAU TEXTO
Os nossos dados de monitorização liderados pela comunidade mostram que as pessoas com deficiência não estão a fazer os testes de que necessitam. Instamos o @DrTedros e o @WilliamRuto a tomarem medidas para proteger as nossas comunidades EXPLICAÇÃO: 1. Mostra de onde estão a vir os dados 2. Marca os alvos de defesa para que recebam notificações nas redes sociais	Os nossos dados de monitorização comunitária mostram que as pessoas com deficiência não estão a realizar os testes de que necessitam. No Distrito X, entrevistámos 25 pessoas; no Distrito Y, realizámos três focus group; e no Distrito Z, entrevistámos 40 pessoas. Gostaríamos de recolher mais dados nos próximos meses. O Ministério da Saúde recebeu os nossos dados. EXPLICAÇÃO: 1. É demasiado longo e vai perder o leitor 2. Não marca alvos de advocacia – ninguém receberá notificações e os jornalistas não saberão a quem está a dirigir a sua mensagem
O BOM TEXTO	O MAU TEXTO
NOVO RELATÓRIO 📰 revela que 452 PVHIV não receberam TAR no [País X] devido aos lockdowns. Leia mais neste link: : <a href="http://<URL>">http://<URL> @MOH @DrTedros EXPLICAÇÃO: 1. Leads com descobertas, dados ou barreiras claras a abordar 2. Marca os alvos de defesa para que recebam notificações nas redes sociais 3. Links para o relatório	Lançámos um novo relatório sobre o MLC. EXPLICAÇÃO: 1. Não fornece qualquer informação, qualquer ligação, qualquer contexto, qualquer mensagem de defesa 2. Não marca qualquer alvo de defesa; portanto, nunca saberão que publicou isto online

Lista de recursos relevantes da PPRP e resumos de documentos

TABELA 7: Lista de recursos relevantes da PPRP

ACORDO DA OMS SOBRE PANDEMIA	
URL/LINK PRINCIPAL	https://inb.who.int/ e https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/pandemic-prevention--preparedness-and-response-accord
DESCRIÇÃO	O Acordo sobre Pandemias é um acordo jurídico internacional celebrado pelos Estados-Membros da OMS. Abrange temas como a prevenção de pandemias, biossegurança e biossegurança, transferência de tecnologia, intervenções de Saúde Única, acesso a agentes patogénicos e repartição de benefícios (APPB) e investigação e desenvolvimento de produtos pandémicos. (Veja também: Lições de COPPER #2²⁹ para uma discussão em vídeo sobre o Tratado da Pandemia e um resumo sobre questões-chave no Tratado da Pandemia³⁰). As negociações foram iniciadas através do Órgão de Negociação Intergovernamental da OMS³¹ alcançar um acordo global sobre PPRP no contexto da COVID-19, e o acordo foi adoptado na Assembleia Mundial da Saúde em Maio de 2025. Embora as negociações sobre as especificidades do sistema APPB devam continuar, o Tratado sobre Pandemias fornecerá um novo parâmetro sobre a forma como os governos precisam de colaborar e agir de forma independente em relação a potenciais pandemias futuras. Acordo Estabelece uma Conferência das Partes que se reunirá de cinco em cinco anos para discutir os progressos nas obrigações do tratado. A defesa da participação da sociedade civil estava em curso à data da redação deste texto (2025). As perguntas frequentes sobre os próximos passos do Acordo sobre Pandemia e como se manter informado estão disponíveis na OMS: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/pandemic-prevention--preparedness-and-response-accord.
QUESTÕES DE REFLEXÃO	→ Como é que o seu país se envolveu nas negociações do Acordo Pandémico? → Quais foram as suas principais posições? → Fez parte de algum grupo de negociação? → O que é que isto lhe diz sobre as prioridades do seu país em relação à PPRP? → Quais são os planos do seu país para assinar e ratificar o Acordo? → Quando e como será debatido no seu Parlamento? → Vai acolher discussões com os parlamentares locais sobre o que devem dizer e defender?

[29] <https://www.youtube.com/watch?v=G8ykDuAcu8Q>.

[30] <https://copper.apcaso.org/download/article-2-key-issues-in-the-pandemic-accord-highlighted-in-second-lessons-webinar/>.

[31] <https://inb.who.int/>.

AGENDA GLOBAL DE SEGURANÇA SANITÁRIA (GHSa)URL/LINK
PRINCIPALwww.globalhealthsecurityagenda.org

DESCRIÇÃO

A GHSa foi lançada em fevereiro de 2014 e está agora no seu terceiro ciclo, denominado Agenda 2028 (1 de janeiro de 2024 a 31 de dezembro de 2028). É um grupo voluntário, atualmente composto por mais de 70 países, organizações internacionais, organizações não governamentais e empresas do setor privado que visam "um mundo seguro e protegido contra as ameaças globais à saúde representadas pelas doenças infecciosas". A GHSa não é uma entidade de resposta a pandemias, mas sim uma estrutura para se desenvolver e uma iniciativa focada em apoiar os países a tornarem-se mais bem preparados para responder a emergências de saúde, incluindo pandemias, através do desenvolvimento de capacidades. Como sabemos, a pandemia da COVID-19 expôs desafios estruturais e operacionais subjacentes a diferentes níveis em muitos países. A GHSa poderá ser uma plataforma multissetorial única para abordar as lacunas e necessidades na segurança da saúde global e fortalecer a arquitetura global de segurança da saúde em evolução. No entanto, existe a necessidade de melhorar ainda mais o envolvimento das partes interessadas no âmbito da GHSa e de alavancar a GHSa como um mecanismo de comunicação e fórum de especialistas para informar a arquitetura global de segurança da saúde.

As metas para 2028 da GHSa incluem:

- Mais de 100 países que concluíram uma avaliação da capacidade de segurança sanitária terão sido submetidos a um planeamento que inclui a identificação de recursos para apoiar os componentes do plano para colmatar as lacunas pós-pandemia e estarão em processo de implementação e monitorização das actividades para obter impacto.
- Demonstrar melhorias em pelo menos cinco áreas técnicas para um nível de "Capacidade Demonstrada" (de acordo com as ferramentas RSI-QMA).
- Desenvolver mecanismos de financiamento sustentáveis

QUESTÕES DE
REFLEXÃO

- O seu país está envolvido na GHSa?
- Como é que o seu país está envolvido e que compromissos assumiu?
- Há alguma evidência de que o seu país cumpriu os seus compromissos?

REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL (RSI)URL/LINK
PRINCIPAL

https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1 e <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>

DESCRIÇÃO

O RSI estabelece uma rede de vigilância global para a partilha rápida de informações entre países sobre emergências de saúde com implicações internacionais. É um instrumento juridicamente vinculativo que se aplica a 196 países, incluindo todos os 194 Estados-Membros da OMS. À semelhança de outras legislações internacionais (pense-se, por exemplo, no PIDESC para os direitos humanos), estabelece direitos e obrigações entre países. O RSI atua em quatro categorias principais:

- **DETECTAR:** O que requer vigilância e laboratórios capazes
- **AVALIAR:** O que requer colaboração internacional em situações de emergência
- **RELATÓRIO:** Que segue as orientações para doenças específicas e potenciais emergências internacionais
- **RESPOSTA:** O que requer ação para os eventos de saúde pública

DESCRIÇÃO	O RSI foi estabelecido pela Assembleia Mundial da Saúde da OMS em 2005. Novas emendas, decididas na Assembleia em 2024, entram em vigor a 19 de setembro de 2025. Um aspeto importante do RSI é que determina um processo pelo qual e quando algo se torna uma emergência de saúde pública de interesse internacional (ESPII), que é uma designação técnica que exige que a OMS e os seus países membros respondam de forma específica, incluindo através do Ponto Focal Nacional do RSI, que cada país deve designar. Saiba mais sobre a importância do RSI no capítulo dedicado acima [incluir o capítulo e a página nº]. A OMS descreve a <u>implementação do RSI</u> em 10 passos: 1. Conheça o RSI e a sua finalidade, âmbito, princípios e conceitos. 2. Atualizar a legislação nacional de acordo com o RSI. 3. Reconhecer realidades partilhadas e a necessidade de uma defesa coletiva. 4. Monitorizar e reportar o progresso da implementação do RSI. 5. Notificar, reportar, consultar e informar a OMS. 6. Compreender o papel da OMS na deteção de eventos internacionais, avaliação conjunta e resposta. 7. Participe nos processos de determinação do PHEIC e de formulação de recomendações da OMS. 8. Reforçar as capacidades nacionais de vigilância e resposta. 9. Aumentar a segurança da saúde pública nos portos, aeroportos e passagens terrestres. 10. Utilizar e divulgar os documentos de saúde do RSI nos pontos de entrada. O RSI dá também à OMS a oportunidade de estabelecer comités de emergência quando necessário. Vários comités de emergência estão atualmente em funcionamento, incluindo o Comité de Emergência do RSI contra o vírus da Polio, o Comité de Emergência do RSI COVID-19, e o Comité de Emergência do RSI de Mpox.
QUESTÕES DE REFLEXÃO	→ Quem é o seu Ponto Focal Nacional do RSI? → Estabeleceu ligações e mecanismos de coordenação com os comités e mecanismos nacionais de emergência sanitária existentes, dentro e fora do sector da saúde, e está disponível informação sobre estes comités e mecanismos? → Há evidências de que o seu país está a trabalhar para implementar as novas alterações do RSI?
QUADRO DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO RSI (RSI-QMA)	
URL/LINK PRINCIPAL	https://www.who.int/emergencies/operations/international-health-regulations-monitoring-evaluation-framework
DESCRIÇÃO	O RSI-QMA funciona como outras estruturas de monitorização e avaliação, estabelecendo processos e parâmetros de referência para medir o progresso dos países na implementação do RSI. É importante realçar que disponibiliza cronogramas sugeridos e vários instrumentos ou processos que os países devem utilizar. Estes processos fornecem pontos de entrada para o envolvimento da comunidade e das OSC em PPRP, bem como potenciais caminhos para a utilização de dados de MLC. As diferentes partes do RSI-QMA são descritas abaixo, e verá que cada uma delas inclui indicadores ou parâmetros de referência para as diferentes categorias de PPRP. Em inglês, um <u>vídeo de três minutos explica</u> Quadro de Monitorização e Avaliação do RSI.

QUESTÕES DE REFLEXÃO	→ As informações sobre o RSI-QMA estão disponíveis no seu idioma preferido e noutros idiomas de que a sua comunidade possa necessitar? → Que partes do RSI-QMA o seu país concluiu? → Os processos são anunciados publicamente ou como se pode informar sobre a próxima oportunidade de contribuir para um processo do RSI-QMA?
----------------------	---

PLANO NACIONAL DE ACÇÃO PARA A SEGURANÇA SANITÁRIA (PNASS)

URL/LINK PRINCIPAL	https://www.who.int/emergencies/operations/international-health-regulations-monitoring-evaluation-framework/national-action-plan-for-health-security
DESCRIÇÃO	O PNASS é descrito como um processo de planeamento plurianual, propriedade do país, que visa acelerar a implementação das capacidades essenciais do RSI. Para isso, aplica uma abordagem focada na Saúde Única e abrange todo o governo e toda a sociedade. Assim sendo, este é um ponto de partida para perceber quais são os processos do seu país e que oportunidades de participação podem já existir. Define as prioridades nacionais para a segurança sanitária e deve incorporar múltiplos sectores para ter sucesso. É também utilizado para alocar recursos apropriados para o desenvolvimento de capacidades em segurança sanitária e PPRP. A segunda edição do guia de implementação do PNASS para os países foi publicada em janeiro de 2025 e está disponível aqui. O PNASS é um plano orçamental através do qual os países podem adoptar estratégias, estabelecer prioridades e implementar actividades para melhorar os seus PPRP e a sua segurança sanitária. Os países devem desenvolver um plano estratégico a cinco anos e um plano operacional a um a dois anos, com foco na melhoria de pelo menos 19 áreas prioritizadas na sua Avaliação Externa Conjunta (AEC).
QUESTÕES DE REFLEXÃO	→ Que informação no guia de implementação do PNASS pode ser de interesse para a sua advocacia com os dados do MLC-PPRP? → Como deve ser a abordagem de toda a sociedade e que pontos de entrada podem apoiar a sua advocacia? → Como se dividem estes processos em níveis subnacionais e locais?

AVALIAÇÃO EXTERNA CONJUNTA (AEC)

URL/LINK PRINCIPAL	https://www.who.int/emergencies/operations/international-health-regulations-monitoring-evaluation-framework/joint-external-evaluations
DESCRIÇÃO	O AEC é um processo voluntário, colaborativo e multissetorial que visa avaliar as capacidades dos países para prevenir, detetar e responder rapidamente aos riscos para a saúde pública. O processo AEC abrange cinco etapas: 1) uma autoavaliação do país utilizando o Ferramenta AEC da OMS e guia de implementação do país, que deve ser preenchido pelo país com um envolvimento multissetorial, ou seja, deve haver caminhos para a participação da comunidade e das OSC; 2) Os peritos do AEC analisam os dados de autoavaliação para compreender as capacidades básicas de segurança sanitária do país; 3) O comité de revisão do RSI recomenda uma combinação de autoavaliação, revisão por pares e avaliações externas envolvendo peritos nacionais e independentes; 4) Os peritos do AEC conduzem visitas aos países para discussões aprofundadas dos dados auto-reportados e participam em visitas estruturadas ao local e em reuniões organizadas pelo país anfitrião, que devem também proporcionar oportunidades para a participação da comunidade e das OSC; e 5) A equipa do AEC elabora um relatório para

DESCRIÇÃO	identificar os níveis de estatuto de cada indicador e apresenta uma análise das capacidades, lacunas, oportunidades e desafios do país. O AEC está dividido em 19 áreas técnicas com um total de 56 indicadores. Estes indicadores podem ser bastante interessantes para serem analisados em detalhe – darão uma ideia das sinergias e sobreposições existentes entre o trabalho de HTM e PPRP, por exemplo, em torno da TB resistente aos medicamentos.
QUESTÕES DE REFLEXÃO	→ Quando é que o seu país realizou um AEC pela última vez? → Se foi antes da pandemia de COVID-19, há planos para realizar outro em breve? → Em caso afirmativo, quais são as suas oportunidades de participar e utilizar os seus dados e conhecimentos do MLC? → Ao analisar o AEC, em que áreas de interesse para a sua comunidade o seu país está a ter um bom desempenho e em quais apresentou menos progressos? → De que forma os seus dados do MLC-PPRP podem contribuir para a compreensão das áreas técnicas do AEC? → Que áreas apresentam sinergias, ou seja, exigem mais progresso e são também áreas de expertise da comunidade ou das OSC, e onde é que os dados do MLC poderiam preencher lacunas de conhecimento?

RELATÓRIO ANUAL DE AUTOAVALIAÇÃO DOS ESTADOS PARTES (RAEP)

URL/LINK PRINCIPAL	https://www.who.int/emergencies/operations/international-health-regulations-monitoring-evaluation-framework/states-parties-self-assessment-annual-reporting
DESCRIÇÃO	O RAEP é um relatório anual baseado num questionário para os governos utilizarem para avaliar a sua situação em relação às 15 capacidades do RSI, utilizando 35 indicadores. Cada indicador mede o progresso das capacidades. Normalmente, o processo RAEP é lançado anualmente após a Assembleia Mundial da Saúde. O Ponto Focal Nacional envia o seu relatório online através da página e-RAEP (https://extranet.who.int/e-RAEP). Os indicadores são pontuados numa escala de 1 a 5, calculada como uma percentagem ao longo da escala. O nível de capacidade é medido como uma percentagem média geral das pontuações dos indicadores relacionadas com essa capacidade. As informações de cada país devem ser publicadas no Site e-RAEP da OMS e o eu Site HR RAEP .
QUESTÕES DE REFLEXÃO	→ Qual é a situação do RAEP do seu país? → Qual tem sido o seu progresso em áreas técnicas de interesse para as suas comunidades? → Possui ou gostaria de recolher dados complementares sobre o MLC que possam fornecer mais evidências sobre o que é necessário fazer para as suas comunidades?

EXERCÍCIO DE SIMULAÇÃO (SIMEX)

URL/ENLACE PRINCIPAL	https://www.who.int/emergencies/operations/simulation-exercises
DESCRIÇÃO	Um Exercício de Simulação é o que o nome sugere, ou seja, simula uma emergência para validar e melhorar os planos, procedimentos e sistemas de preparação e resposta para todos os riscos e capacidades. O site da OMS fornece uma descrição detalhada da Caixa de ferramentas e módulos de formação online. Estes incluem exercícios baseados em discussão e exercícios baseados em operações, como simulações, exercícios funcionais e exercícios de campo/à escala real.

QUESTÕES DE REFLEXÃO	→ Que informação sobre os SimEx do seu país está disponível para que possa compreender melhor o progresso do seu país? → Foram feitas recomendações? → São relevantes para as prioridades da sua comunidade ou OSC e podem fornecer pontos de entrada para ligar o seu trabalho de HTM com MLC e PPRP?
----------------------	---

REVISÕES DE RESPOSTA A EMERGÊNCIAS (RRE)

URL/LINK PRINCIPAL	https://www.who.int/emergencies/operations/emergency-response-reviews
DESCRIÇÃO	Existem três tipos de ERRs, e os seus nomes são baseados no momento em que ocorrem. São eles: Revisão da Ação Precoce (RAP), Revisão Intra-Ação (RIA) e Revisão Pós-Ação (RPA). Estas revisões qualitativas analisam as ações em resposta a um evento de saúde pública ou após um projeto ou uma intervenção de saúde pública. Visam identificar e documentar as melhores práticas e os desafios com as ações de resposta. Estas revisões devem ser realizadas em cada fase da gestão de um evento de saúde pública para identificar o que funcionou bem, o que funcionou menos bem e porquê. Podem demonstrar a funcionalidade das capacidades nacionais na preparação, deteção e resposta a um evento de saúde pública ou identificar ações corretivas e formas de ajustar a gestão de emergências para uma melhor resposta da próxima vez. Podem também ser utilizadas para abordar quaisquer desafios que tenham sido descobertos durante uma RPA.
QUESTÕES DE REFLEXÃO	→ Que informação sobre o RRE do seu país está disponível para que possa compreender melhor o progresso do seu país? → Foram feitas recomendações? → São relevantes para as prioridades da sua comunidade ou OSC e podem fornecer pontos de entrada para ligar o seu trabalho de HTM com MLC e PPRP?

OS PARÂMETROS DA OMS PARA O REFORÇO DAS CAPACIDADES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE FORAM ALARGADOS PARA INCLUIR MEDIDAS SOCIAIS E DE SAÚDE PÚBLICA (MSSP)

URL/LINK PRINCIPAL	https://www.who.int/news/item/02-02-2024-Actualizado-Los-puntos-de-referencia-de-la-OMS-para-fortalecer-las-capacidades-de-salud-de-emergencia-se-han-ampliado-para-incluir-medidas-sociales-y-de-salud-pública-(MSSP)
DESCRIÇÃO	Os Benchmarks oferecem outra ferramenta para implementar o RSI, especificamente ao fornecer uma lista de benchmarks e formas pelas quais esses benchmarks podem ser alcançados. Este visa fortalecer o PPRP, bem como a resiliência do sistema de saúde, e oferecer sugestões sobre como um país pode melhorar as suas pontuações num AEC ou RAEP, por exemplo. Uma segunda edição atualizada dos Benchmarks foi publicada no início de 2024, com base nas aprendizagens da COVID-19. Esta atualização contém uma nova área técnica: medidas sociais e de saúde pública (MSSP). De acordo com a definição da OMS, os MSSP são ações “de indivíduos, comunidades e governos para reduzir o risco e a escala de transmissão de doenças infecciosas propensas a epidemias e pandemias. Exemplos de MSSP incluem a lavagem das mãos, o uso de máscaras, o distanciamento físico, as medidas escolares e comerciais, as modificações de aglomerações e as medidas de viagens e comércio internacionais”. Estas ações são importantes para além das respostas médicas, como se verificou durante a COVID-19, por exemplo. Isto não acontece apenas porque podem acontecer rapidamente, mas também porque são mais baratas e podem proporcionar protecção enquanto as contra-medidas médicas estão em

DESCRIÇÃO	desenvolvimento ou os governos negociem o acesso. O objetivo é que estes MSSP sejam integrados nos planos PPRP e contabilizados nos orçamentos. Estes benchmarks podem também ser interessantes para identificar e refinar os indicadores MLC-PPRP. A OMS dispõe de documentos adicionais adicionais, por exemplo, um <u>documento dedicado com uma lista de verificação para PPRP para uma pandemia causada por um agente patogénico respiratório</u> . Este documento pode ser muito interessante para quem trabalha com TB, por exemplo.
QUESTÕES DE REFLEXÃO	→ Existe alguma área dos Benchmarks que seja de interesse para a sua comunidade e que complemente as prioridades da sua comunidade ou da sua OSC? → Algum dos Benchmarks o pode ajudar a compreender melhor as áreas técnicas de PPRP que tem interesse em adicionar à MLC? → O que revelam os Benchmarks, juntamente com o AEC ou o RAEP do seu país, sobre áreas em que os dados de MLC-PPRP seriam altamente benéficos?

Próximos passos

Ao planejar a sua jornada MLC-PPRP, o mapeamento dos pontos de entrada para a advocacia é apenas um dos vários passos que terá de seguir. Para estar preparado para o processo completo, não terá apenas de adquirir o conhecimento e a terminologia necessários para comunicar eficazmente com os seus novos alvos de advocacia e participar nos processos de PPRP. Também terá de manter os meios necessários para o MLC em PPRP. Isto inclui,

por exemplo, localizar e garantir financiamento para as suas necessidades de investigação e tecnologia em MLC. Terá de mobilizar e treinar os seus coletores de dados e equipar as suas redes para a construção de coligações ativas.

Abaixo está um exercício que o pode ajudar a prosseguir com os próximos passos e a passar do conhecimento do PPRP para o planeamento do seu MLC focado no PPRP.

FIGURA 8: Planeamento do seu MLC-PPRP

ESTADO



MAPEAMENTO DE ATORES NACIONAIS



MAPEAMENTO DE ATORES SUBNACIONAIS



MECANISMO / PROCESSO / CRONOGRAMA



RESULTADO: UM MAPEAMENTO VISUAL

EXERCÍCIO DE MAPEAMENTO

NOTA: Este exercício pode ser feito com a sua própria organização, como parte de um workshop de formação de coligações ou com diversas partes interessadas. Sinta-se à vontade para adaptar a estrutura às suas necessidades e circunstâncias específicas. Pode até fazê-lo sozinho e encontrar outra forma de validar as suas ideias e resultados com a sua comunidade.

FINALIDADE

Este é um exercício mais longo, em pequenos grupos, para que os participantes desenvolvam coletivamente uma compreensão mais aprofundada do e do AEC (pode substituir qualquer outra estrutura PPRP). Isto deverá envolver algum tempo para consultar os websites, documentos e pesquisas da OMS sobre a situação do país em relação a cada uma destas estruturas. Os participantes trabalham em pequenos grupos para começar a mapear o estado e o processo PPRP dos seus países. O nível de profundidade dos participantes dependerá do tempo que o dinamizador puder alocar a este exercício.

CONFIGURAR

Se estiver a fazer isto como parte de um workshop ou de qualquer outra atividade de grupo, o dinamizador deve dividir os participantes em pelo menos dois grupos, por exemplo, um grupo para RAEP e um grupo para AEC. Seria ainda melhor ter mais do que um grupo por instrumento, para que houvesse oportunidade de comparação.

TAREFAS

1. Os pequenos grupos verificam primeiro o estado do envolvimento dos seus países para perceber onde se encontram em termos de PPRP. Se o país, por exemplo, não realizou um AEC recentemente, tudo bem. Esta é também uma oportunidade para desenvolver conhecimento sobre o que o país PODE e DEVE estar a fazer.
2. Cada grupo deve mapear os diferentes níveis de atores que ESTIVERAM envolvidos e/ou DEVERIAM estar envolvidos; observar eventuais lacunas na participação; e mapear quando e como pode ser possível a participação da comunidade. O objetivo não é determinar onde se devem envolver, mas sim apresentar opções aos participantes.
3. Se perceberem que existem oportunidades muito limitadas, os participantes podem discutir se isso é adequado ou se é uma área para uma possível mudança (considere que talvez a participação não aconteça no processo formal, mas sim através da transmissão de informação aos aliados no Ministério da Saúde).
4. Este exercício deve resultar em mapas visuais e não apenas em palavras, por isso lembre os participantes de usar a criatividade e forneça itens como cartazes, marcadores coloridos e notas autocolantes para estimular a criatividade.

REVISIÓN

Os pequenos grupos devem apresentar as suas descobertas a todos. Os cartazes resultantes devem ser pendurados na sala de reuniões para que todos possam compreender a situação em detalhe e deixar comentários em post-its.

TÉRMINO

O facilitador resume as conclusões e auxilia os participantes na decisão sobre os próximos passos e um cronograma para os implementar.

Ao compreender o estado da implementação do RSI-QMA no seu país com base num ou mais dos instrumentos acima descritos, terá uma ideia mais clara do progresso e das necessidades do seu país em relação à PPRP, bem como uma compreensão mais aprofundada de quem são as partes interessadas específicas no seu país. Considerando isto, juntamente com a expertise e as prioridades da sua comunidade, decidir sobre uma área a explorar com a MLC que seja relevante para a PPRP deve ser muito mais fácil. Com esta área de exploração definida, pode avançar para a definição dos seus indicadores, que é o tema de outro kit de ferramentas de AT da COPPER.

CONCLUSÃO

Esperamos que este Kit de Ferramentas seja útil na implementação dos modelos e ferramentas MLC-PPRP no seu contexto.

Esperamos que este Kit de Ferramentas seja útil na implementação dos modelos e ferramentas MLC-PPRP no seu contexto. Este Kit de Ferramentas possui um registo de advocacia que lhe permite acompanhar com quem falou sobre os seus dados de MLC na semana passada, no mês passado, no ano passado, nos últimos três anos, quais os "próximos passos" que tinha planeado na altura, se os seguiu e se deve voltar a ligar-se a esse alvo de defesa. Este Kit de Ferramentas contém também bons exemplos de quem deve visar com os seus dados de MLC, sejam plataformas de coordenação da One Health, Ministérios da Saúde ou chefes de unidades de saúde. Adicionámos também alguns exemplos de redes sociais e explicações sobre o Regulamento Sanitário Internacional e o que significa para as comunidades. Agora está preparado para utilizar os dados da MLC para advocacia.

Agora está preparado para utilizar os dados da MLC para advocacia.

Se precisar de suporte adicional em MLC, integração MLC-PPRP, configuração de sistemas MLC ou PPRP, considere contactar a equipa do ITPC em Admin@itpcglobal.org.



ANEXO

CASO PRÁTICO

CONSTRUIR COLIGAÇÕES PARA A GESTÃO DE RISCOS CLIMÁTICOS (GRC) NAS FILIPINAS. UMA CONVERSA COM A ACHIEVE³²

Action for Health Initiatives, Inc. (ACHIEVE) foi fundada em 2000 e opera nas áreas da mobilidade e da saúde, com foco na saúde e nos direitos sexuais e reprodutivos, e na vulnerabilidade ao HIV e SIDA dos trabalhadores migrantes e das suas famílias. A ACHIEVE utiliza abordagens participativas, sensíveis às questões de género e baseadas nos direitos, que envolvem directamente as comunidades no planeamento, implementação, monitorização e avaliação deste trabalho. A ACHIEVE é parceira da COPPER CE. Neste caso de estudo, observe como a ACHIEVE utiliza a construção de relações para novas parcerias, a colaboração com parceiros existentes e a integração de novos componentes da COPPER no trabalho existente.

PREGUNTA: Como identificaram as partes interessadas nos processos de PPRP? Como as abordaram inicialmente e como deram continuidade às conversas?

RESPUESTA: A equipa de CE de COPPER da ACHIEVE identificou as partes interessadas para os processos de PPRP, determinando quais as agências governamentais que possuem programação de PPRP. Convidamos estas partes interessadas a participar no nosso Fórum Inicial do Projeto COPPER CE para apresentar o seu trabalho de PPRP. Apresentámos o Projeto COPPER e realizámos conversas iniciais sobre a parceria em reuniões paralelas ao longo do evento. Após esta troca inicial, a nossa equipa continuou a interagir com elas, por exemplo, na Reunião Nacional de Partes interessadas: Sistemas de Saúde Responsivos e Resilientes: Liderados e Centrados na Comunidade.

PREGUNTA: Como é que os parceiros da COPPER CE e da COPPER MLC estão a colaborar?

RESPUESTA: Fazemos parte da Coligação COPPER Filipinas, um grupo de 27 OBC que trabalham com questões de tuberculose, HIV, transportes públicos (por exemplo, a Associação de Operadores e Motoristas de Triciclos), direitos das mulheres, juventude e trabalhadores migrantes, e que procura alargar as vozes locais para moldar estratégias eficazes de PPRP. Após a Reunião Inicial de Integração do MLC da ACHIEVE, em novembro de 2024, cinco membros da Coligação COPPER começaram a colaborar com as iniciativas de MLC existentes, enquanto alguns se tornaram membros do Conselho Consultivo Comunitário do MLC. Juntos, estamos a construir uma parceria de longo prazo para integrar o PPRP, o MLC da tuberculose e do HIV nas Filipinas.

PREGUNTA: Qual foi a sua experiência na participação nos processos AEC e/ou PANSS?

RESPUESTA: A Coligação COPPER tinha planeado participar na Avaliação Externa Conjunta (AEC). No entanto, a AEC é uma reunião governamental de alto nível e foi agendada antes da implementação do nosso projeto. Em vez disso, participaremos na consulta sobre os resultados da AEC e nas atividades de planeamento subsequentes para o Plano de Ação Nacional para a Segurança Sanitária (PANSS). Um dos principais desafios na participação nos processos de AEC e PANSS é o recente congelamento do

[32] As respostas podem ter sido ligeiramente editadas para maior clareza e consistência de estilo.

financiamento da USAID. O financiamento para o PNASS das Filipinas foi assegurado por um projeto da USAID, que foi encerrado. As discussões sobre qual a organização ou agência que assumirá a tarefa de financiar o PANSS estão em curso. O PNASS, que se seguirá à conclusão do AEC, servirá então de base para o financiamento doméstico da pandemia. No momento em que este documento foi escrito, o Departamento de Epidemiologia do Departamento de Saúde (DOH) e o Departamento de Gestão de Emergências em Saúde do DOH estão a liderar os esforços sobre os resultados do AEC e o desenvolvimento do PANSS.

PREGUNTA: Que novas parcerias desenvolveu através da sua participação no processo?

RESPUESTA: Ao mesmo tempo que defendemos o nosso envolvimento nos processos AEC e NAHPS, estabelecemos novas parcerias e colaborações com as principais agências que trabalham em PPRP, incluindo o Gabinete de Defesa Civil, o Conselho Nacional de Redução e Gestão de Riscos de Desastres, o Departamento de Epidemiologia e o Gabinete de Gestão de Emergências de Saúde do DOH, o Instituto de Investigação em Medicina Tropical e o Departamento de Bem-Estar Social e Desenvolvimento. Temos colaborações novas ou renovadas com: 1) departamentos de epidemiologia de unidades governamentais locais (por exemplo, em Quezon City, Manila e Pasig City); 2) ONG e ONGI que trabalham em PPRP (como a Fundação Cullion, a Cruz Vermelha das Filipinas, os Médicos Sem Fronteiras MSF e a PBSP); 3) Mecanismo de Coordenação Nacional das Filipinas para o Fundo Global; e 4) uma instituição académica, os Institutos Nacionais de Saúde da Universidade das Filipinas. A Coligação COPPER CE Filipinas também inclui organizações comunitárias com as quais a ACHIEVE não tinha trabalhado antes.

PERGUNTA: Como conseguiu utilizar os dados existentes de MLC nestes processos?

RESPUESTA: Em 2023, a Aliança Filipina para Parar a Tuberculose (PASTB) publicou [Rumo a uma resposta à tuberculose centrada nas pessoas nas Filipinas – Um relatório comunitário de pessoas afetadas pela tuberculose](#). Este documento baseia-se na MLC e na análise de dados para transformar os dados em recomendações acionáveis para o governo, a fim de diminuir as vulnerabilidades do programa de TB documentadas durante a COVID-19. A COPPER Coalition Philippines utilizou estas recomendações num workshop sobre a integração de metas de advocacia para TB e PPRP. Com base nas conclusões da MLC, os nossos objetivos de advocacia incluem agora: 1) Não limitar a disponibilidade de serviços de TB desviando os diagnósticos GeneXpert para testes de COVID-19; 2) Formar os líderes comunitários de TB e os prestadores de serviços em preparação para catástrofes, incluindo o rastreio de contactos e a prestação contínua de serviços; 3) Adaptar programas para a prestação de serviços domiciliários, reforçar a telemedicina e introduzir novas ferramentas de diagnóstico, como o teste TBLAM; e 4) Implementar o programa TBDOTS rider, que inclui o transporte de amostras e o transporte do destinatário de cuidados para as unidades de saúde. Além disso, a equipa do ACHIEVE COPPER participou ativamente no Processo Nacional de Planeamento da TB. A TB é um grande problema no nosso país, sendo importante que o Programa Nacional de TB incorpore os princípios e mecanismos do PPRP. A combinação da experiência comunitária de diferentes programas de doença demonstra o nosso empenho em construir parcerias e fortalecerá as nossas evidências para defender soluções mais fortes e conduzidas pela comunidade.

PERGUNTA: Quais são os seus planos para o futuro?

RESPUESTA: A Coligação COPPER e a equipa de integração ACHIEVE-MLC estão a trabalhar para integrar ainda mais o PPRP-MLC. O nosso projeto irá recolher dados de unidades de saúde selecionadas através de 120 monitores de MLC. O feedback da MLC sobre a, Acessibilidade, Aceitabilidade, Disponibilidade e Qualidade dos serviços de saúde no contexto do PPRP será analisado e utilizado para reforçar a nossa defesa.

LEITURAS ADICIONAIS

SOBRE SAÚDE E DIREITOS HUMANOS

Sharifah Sekalala, Lisa Forman, Roojin Habibi, Benjamin Mason Meier. *A saúde e os direitos humanos estão indissociavelmente ligados na resposta à COVID-19*. BMJ Global Health 2020;5:e003359 <https://gh.bmj.com/content/5/9/e003359>.

Eric A. Friedman, Laurene O. Gosting. *Princípios de Direitos Humanos em Emergências de Saúde Pública. Dos Princípios de Siracusa à COVID-19 e mais além*. Novembro 2023. <https://petrieflom.law.harvard.edu/2023/11/07/human-rights-principles-in-public-health-emergencies-from-the-siracusa-principles-to-covid-19-and-beyond/>.

IANWGE. *Lista de Verificação dos Requisitos Mínimos para a Integração da Igualdade de Género na Implementação do Quadro das Nações Unidas para a Resposta Socioeconómica à COVID-19*. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/IANWGE-Minimum-requirements-checklist-for-integrating-gender-equality-in-COVID-19-response-en.pdf>.

NO MLC

ITPC. *Monitorização Liderada pela Comunidade: Melhores práticas para fortalecer o modelo*. Dezembro de 2022. <https://itpcglobal.org/resource/community-led-monitoring-best-practices-for-strengthening-the-model/>.

ITPC. *Guia para Apoiar a Monitorização Liderada pela Comunidade. Utilização de Dados do MLC na Tomada de Decisões*. Fevereiro de 2023. <https://itpcglobal.org/resource/guide-to-support-community-led-monitoring-clm-data-use-in-decision-making/>.

Ritshidze. *Monitorização de Clínicas Comunitárias na África do Sul*. Ferramentas. <https://ritshidze.org.za/category/tools/>.

SOBRE A MLC DURANTE A COVID-19

ITPC. *Monitorização liderada pela comunidade dos efeitos da COVID-19 na prestação de serviços e experiências vividas pelas pessoas que vivem com HIV e TB na China, Guatemala, Índia, Nepal e Serra Leoa*. <https://itpcglobal.org/resource/community-led-monitoring-of-covid-19s-effects-on-service-delivery-and-lived-experiences-of-people-living-with-hiv-and-tb-in-china-guatemala-india-nepal-and-sierra-leone/>.

ITPC. *O Bom, o Mau e o Negócio Inacabado*. Junho de 2022. <https://itpcglobal.org/resource/the-good-the-bad-the-unfinished-business/>

ITPC. *Bouncing Back*. Julho de 2023. <https://itpcglobal.org/resource/bouncing-back/>.

SOBRE MLC E ADVOCACIA

ITPC. *Insight, Influência e Impacto: 10 Grandes Histórias de Mudança do Projeto de Monitorização Liderado pela Comunidade de Ciência Cidadã em 2023*. Maio de 2024. <https://itpcglobal.org/resource/insight-influence-impact-clm-report/>.

SOBRE A PROPRIEDADE DE DADOS

ITPC. *Dos Insights às Evidências. Um Guia para Traduzir as Prioridades dos Programas e das Políticas em Medidas Qualitativas e Quantitativas para a Monitorização Liderada pela Comunidade*. Junho de 2022. https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2022/06/0618_C19Toolkit_Complete_03.pdf.

Construir uma Rede de Lugares Saudáveis. *Transferir Poder para as Comunidades através de Dados*. <https://buildhealthyplaces.org/tools-resources/measure-up/shifting-power-to-communities-through-data/>.

SOBRE O PPRP

Centro de conhecimento do COPPER.
<https://copper.apcaso.org/>.

OMS. *Acordo sobre prevenção, preparação e resposta a pandemias*. 27 de junho de 2025.
<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/pandemic-prevention--preparedness-and-response-accord>.

ACERCA DE LA VIGILANCIA COMUNITARIA

Catherine R. McGowan, Emi Takahashi, Laura Romig, Kathryn Bertram, Ayesha Kadir, Rachael Cummings, Laura J. Cardinal. *Vigilância comunitária de doenças infecciosas: uma revisão sistemática dos factores de sucesso*. *BMJ Global Health* 2022;7:e009934. <https://gh.bmj.com/content/7/8/e009934>.

Colaboradores técnicos da reunião da OMS de junho de 2018. Uma definição para a vigilância comunitária e um caminho a seguir: resultados da reunião técnica global da OMS, França, 26 a 28 de junho de 2018. *Euro Surveill*. 2019 Jan;24(2):1800681. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2019.24.2.1800681. PMID: 30646977; PMCID: PMC6337056. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6337056/>.

© Copyright
COPPER, ITPC, Matahari
Setembro 2025



admin@itpcglobal.org



[/itpcglobal](https://www.facebook.com/itpcglobal)



[@itpcglobal](https://twitter.com/itpcglobal)



[@itpcglobal](https://www.instagram.com/itpcglobal)



[/itpcglobal](https://www.youtube.com/itpcglobal)



[/company/itpcglobal](https://www.linkedin.com/company/itpcglobal)



[@matahari.global](https://www.instagram.com/matahari.global)



[@matahariglobal](https://twitter.com/matahariglobal)



[/company/matahari-global-solutions](https://www.linkedin.com/company/matahari-global-solutions)



ITPC



MATAHARI