

# Pequena história da RIDES-Tuberculose no âmbito do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde 2009-2012 da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

*Little history of RIDES-Tuberculosis in the Framework of the Strategic Plan 2009-2012 for cooperation in health of the Community of Portuguese Speaking Countries.*

## Miguel Viveiros

Unidade de Microbiologia Médica, Global Health and Tropical Medicine, GHMT, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, UNL, Rua da Junqueira, 100, 1349-008 Lisboa, Portugal  
mviveiros@ihmt.unl.pt

## Maria João Simões

Departamento de Doenças Infecciosas, Laboratório Nacional de Referência para a Tuberculose, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Avenida Padre Cruz, 1649-016 Lisboa, Portugal.  
M.Joao.Simoes@insa.min-saude.pt

## Resumo

A tuberculose continua a ser um dos maiores problemas de saúde pública em todo o Mundo. Em 2016 a OMS lança um apelo aos governos, às comunidades, à sociedade civil e ao sector privado para estarem "Unidos para Pôr Fim à Tuberculose", promovendo o diálogo e a colaboração que una as pessoas e as comunidades de modo a implementar novas formas para acabar com a epidemia da tuberculose (TB) e, em particular, da tuberculose resistente aos fármacos que continua a aumentar em algumas regiões do globo. Apelo idêntico foi efetuado pelo Presidente Jorge Sampaio, no âmbito da VII Conferência de Chefes de Estado e de Governo da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) (Lisboa, 25 de julho de 2008), intitulado "Apelo à Ação", no sentido dos países da CPLP envidarem todos os esforços para promoverem o debate pela sociedade civil para as questões da saúde dos países de língua portuguesa, em particular nas problemáticas relativas ao VIH/SIDA, malária e tuberculose. Este apelo motivou a criação da Rede de Investigação e Desenvolvimento de Saúde em Tuberculose - RIDES-TB entre os diferentes países da CPLP que encontraram acolhimento favorável no Plano Estratégico de Cooperação em Saúde 2009-2012 (PECS/CPLP). Neste trabalho descreve-se a génese, os primeiros passos avulsos e a consolidação multilateral da RIDES-TB desde 2008 a 2015, demonstrando como inúmeros esforços dos programas nacionais de controlo, dos laboratórios de referência, da academia e dos institutos de investigação dos diversos países lusófonos, permitiram responder a este apelo com enorme sucesso. Estes esforços conjuntos aceleraram os progressos para a consecução geral dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e têm hoje um claro enquadramento no futuro da estratégia para a saúde na CPLP, da Agenda 2030 e do programa END TB aplicado ao espaço lusófono.

## Palavras Chave:

RIDES-Tuberculose; CPLP; Objectivos de desenvolvimento do Milénio; Objectivos do Desenvolvimento Sustentável; Programas STOP-TB e END-TB.

## Abstract

Tuberculosis remains a major public health problem world-wide. In 2016, the WHO launched an appeal to governments, communities, civil society and the private sector to be "United to End Tuberculosis", promoting the dialogue and collaboration that unites people and communities to implement new ways to end the epidemic of tuberculosis (TB) and in particular of drug-resistant TB that continues to increase in some regions of the world. A similar appeal was launched by President Jorge Sampaio, within the VII Conferência de Chefes de Estado e de Governo da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) (Lisbon, July 25, 2008) entitled "Call to Action", challenging the CPLP countries to make every effort to promote the debate by civil society on issues of health in the portuguese speaking countries, particularly in issues related to HIV / AIDS, malaria and tuberculosis. This appeal led to the creation of Health Research and Development Network on Tuberculosis - RIDES-TB among the different countries of the CPLP that were welcomed in the Strategic Plan for Cooperation in Health 2009-2012 (PECS / CPLP). This paper describes the genesis, the first steps and multilateral consolidation of RIDES-TB from 2008 to 2015, demonstrating how numerous efforts of the national TB control programs, the reference laboratories, academy and research institutes in different lusophone countries responded to this appeal with great success. These joint efforts accelerated the progress towards the overall achievement of the Sustainable Development Goals and today RIDES-TB has a clear framework in the future of the CPLP strategy for health, the Agenda 2030 and the END TB program implementation to the portuguese speaking world.

## Key Words:

RIDES-Tuberculosis; CPLP; Millennium Development Goals; Sustainable Development Goals; STOP-TB and END-TB programs.

## Introdução

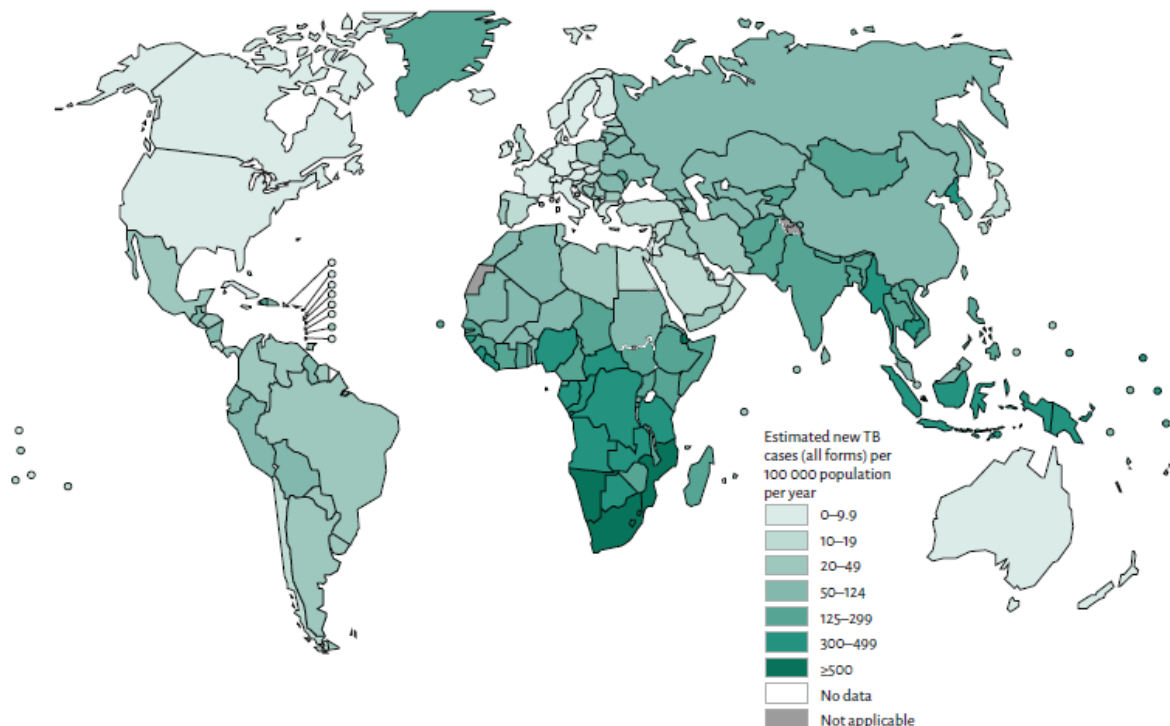
A tuberculose continua a ser um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um terço da população mundial (cerca de 2 bilhões de pessoas) está infetado com *M. tuberculosis*, estimando-se que cerca de 9,6 milhões de pessoas terão desenvolvido tuberculose ativa em 2014: 5,4 milhões de homens, 3,2 milhões de mulheres e 1 milhão de crianças (1). Destes, 12% estavam coinfectados com o vírus da imunodeficiência humana (VIH). As taxas mais elevadas de tuberculose (acima de 300/100 000 habitantes/ano) ocorrem na África sub-sahariana e Ásia (1) (Figura 1). Estima-se que, até 2020, o *M. tuberculosis* irá infetar aproximadamente 1000 milhões de pessoas, que 150 milhões irão desenvolver a doença e que 36 milhões morrerão de tuberculose (1, 2). Da maior relevância verifica-se que, globalmente, menos de dois terços dos 9,6 milhões de pessoas com tuberculose ativa (TB) em 2014, foram notificados à OMS. Isso significa que, em todo o mundo, apenas 37% dos novos casos foram diagnosticados e dos 480 000 casos de tuberculose multirresistente (TB-MR) que ocorreram em 2014, apenas cerca de 123 000 (1/4) foram detetados e notificados (1).

A epidemia de VIH a partir dos anos 80 do século XX aumentou significativamente o risco de desenvolvimento de tuberculose, sendo esta a causa de morte mais comum entre os pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) a nível mundial, matando um em cada três pacientes infetados por VIH (3, 4). A reemergência global da tuberculose está não só relacionada com o VIH, mas também com o aumento de estirpes resistentes aos antibióticos de primeira linha e em particular com a emergência de estirpes multirresistentes, definidas estas como

estirpes simultaneamente resistentes pelo menos à isoniazida (INH) e rifampicina (RIF) (2). A propagação destas estirpes tem sérias repercussões na epidemiologia e controlo da tuberculose, já que dos quatro antibióticos recomendados, a RIF e INH são os mais eficazes no tratamento da tuberculose. A INH é o agente antibacilar mais utilizado e é considerado o agente bactericida ideal pois é altamente tuberculocida, relativamente pouco tóxico, facilmente administrável e pouco dispendioso. A RIF é um derivado semi-sintético da rifamicina cuja elevada atividade tuberculocida, fez dela igualmente um componente importante da terapia, diminuindo a duração do tratamento de 1 ano para 6 meses (2, 4). Enquanto a tuberculose provocada por estirpes monorresistentes à INH ou à RIF pode ser tratada com outros antibióticos de primeira linha, a TB-MR é mais difícil de tratar (2). A nível mundial, a OMS estima que até 50 milhões de pessoas podem estar infectadas com estirpes de *M. tuberculosis* resistentes a antibióticos e que são diagnosticados em todo o mundo 300 000 novos casos de TBMR por ano sendo que 79% destes são resistentes a três ou mais antibióticos (2, 5).

O aumento da toxicod dependência, a mudança dos perfis populacionais com a intensa migração de indivíduos de países e/ou áreas com elevada prevalência de tuberculose, que se concentram em centros urbanos com deficientes condições de salubridade, a guerra e a fome, bem como os fenómenos de exclusão social e económica, associados a uma ineficiente capacidade de organização da resposta por parte dos sistemas de saúde em particular no acesso dos doentes aos fármacos, são apontados como o conjunto de fatores que potenciam elevadas taxas de incidência de tuberculose e que se agravam por estarem habitualmente associadas a uma elevada percentagem de casos de TB-MR. Em 1995, como parte da primeira fase da iniciativa do

Figura 1 – Taxas de incidência de tuberculose ativa estimadas para 2014. Adaptado de (1)



Programa de Vigilância Global da OMS/IUATLD, realizou-se um inquérito mundial com o objetivo de avaliar a incidência da tuberculose resistente para estabelecimento das bases em que devem assentar as medidas de controlo da TB e da TB-MR quer ao nível da prevenção da transmissão quer da implementação da terapêutica antibacilar, a fim de prevenir a emergência de estirpes de TB-MR (1-3, 6). A OMS recomendou e institucionalizou então o *Programa Direct Observed Treatment*, mais conhecido pelo acrónimo DOT, ou Tratamento Observado Diretamente (TOD), que determina que um profissional de saúde observa e certifica-se que o paciente toma a medicação prescrita e que não abandona o esquema terapêutico. Vários estudos demonstraram que o programa TOD é mais eficaz do que a terapia tradicional não supervisionada (2, 4), sendo esta estratégia a mais eficaz disponível atualmente para o controlo da epidemia. A estratégia integrada do programa TOD só funciona se se cumprirem cinco componentes chave: um compromisso por parte do governo de cada país em manter as atividades de controlo da tuberculose; a necessidade de deteção dos casos de tuberculose em pacientes sintomáticos; um regime de tratamento de 6 a 8 meses para todos os casos de baciloscopias positivas, com TOD durante pelo menos os primeiros 2 meses; um fornecimento regular de todos os fármacos anti-tuberculose essenciais; e ainda um sistema de notificação eficaz, que permita uma avaliação dos resultados do tratamento para cada paciente e do programa de controlo da tuberculose em geral. Este programa de controlo foi expandido pela OMS em 1999 de forma a cobrir especificamente a deteção de casos e o acompanhamento do tratamento em regiões com elevada incidência de TB-MR que, nesta vertente, se designa de programa TOD+ (ou DOT-Plus na designação anglo-saxónica) (1-3).

É neste contexto que no início do século XXI a iniciativa Stop

TB foi estabelecida após a reunião do Comité Ad Hoc sobre a epidemia da tuberculose, realizada em Londres em março de 1998 (3-5). Em março de 2000, a *Stop TB Partnership* emite a Declaração de Amesterdão que define as linhas mestras do plano global para travar a TB (*Amsterdam Declaration to Stop TB*), que solicitava então a ação e o comprometimento dos 20 países com a maior carga de TB na luta contra a tuberculose. Nesse mesmo ano, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou o estabelecimento da Parceria Global Stop TB (3-5), e em sequência, a OMS lançava, em 2006, a “New Stop TB Strategy” com o objetivo declarado de atingir os objetivos do milénio e os objetivos para o controlo da TB definidos pela Parceria Global Stop TB (3, 6).

Assim, e dentro do mesmo racional de ações globais de luta contra a reemergência da tuberculose e da tuberculose resistente, e no âmbito da VII Conferência de Chefes de Estado e de Governo da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) que ocorreu em Lisboa a 25 de julho de 2008, realizou-se então um Fórum para as questões da Saúde da Sociedade Civil dos Países de Língua Portuguesa, por iniciativa do Presidente Jorge Sampaio, Embaixador de Boa Vontade da CPLP para as questões de saúde e Enviado Especial das Nações Unidas para a Luta contra a Tuberculose. Deste fórum emergiu um documento intitulado “Apelo à Ação”, apoiado por todos os Chefes de Estado presentes, no sentido de envidar todos os esforços para, no futuro, promover o debate pela sociedade civil para as questões da saúde dos países de língua portuguesa, em particular nas problemáticas relativas ao VIH/SIDA, malária e tuberculose. Este comprometimento sustentou um dos eixos estratégicos do subsequente Plano Estratégico de Cooperação em Saúde 2009-2012 (PECS/CPLP), visando apoiar o acompanhamento das políticas e a investigação em VIH/SIDA, malária e tuberculose.

Dentro deste Plano Estratégico vários projetos foram apoiados e financiados no sentido de promover a criação de redes de investigação em saúde na CPLP dedicadas a estas patologias que congregassem as vontades e necessidades dos países na melhoria e desenvolvimento dos instrumentos e ações de luta contra estas enfermidades, em particular contra a tuberculose, uma vez que esta era e continua a ser uma emergência de saúde pública em todos os países da CPLP. Na Tabela 1 encontram-se os dados referentes aos indicadores de incidência de tuberculose

**Tabela 1 – Taxa de incidência de tuberculose para 2014 por 100 000 habitantes e percentagem de casos de tuberculose multi-resistente nos países da CPLP em 2014.**

País da CPLP	Taxa de incidência de tuberculose para 2014 por 100 000 habitantes <sup>1</sup>	Percentagem de casos de tuberculose multi-resistente <sup>1</sup>	
		Casos novos	Retratamentos
Moçambique	551	3.5	11
Timor-Leste	498	2.2	16
Angola	370	1.7	17
Guiné-Bissau	369	1.7	17
Guiné-Equatorial	177	1.7	17
Cabo-Verde	138	1.7	17
São-Tomé e Príncipe	97	1.7	88
Brasil	44	1.4	7.5
Portugal	25	0.98	4.9

<sup>1</sup>Organização Mundial de Saúde (2015) *Global tuberculosis report 2015*. World Health Organization (ed.), Genebra e Copenhaga;

Dados globais disponíveis em: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/)

Dados por país disponíveis em: <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/>

(casos/100.000 habitantes) e percentagem de casos de TB com multiresistência (TB-MR) dos países da CPLP para 2014 (1). Estimulados por esta iniciativa e cientes da gravidade da situação da tuberculose na África sub-sahariana e dos compromissos internacionais assumidos quanto ao seu controlo, os países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP) elaboraram e/ou reformularam os seus Programas Nacionais de Controlo, designadamente: Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose e Lepra de São Tomé e Príncipe em 2006, Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Tuberculose de Cabo Verde em 2007, Plano Estratégico Nacional de Controlo da Tuberculose em Moçambique em 2008, Programa Nacional de Controlo da Tuberculose de Angola em 2009 e Plano Estratégico 2009-2013 do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose da República da Guiné-Bissau em 2009, sendo comum aos mesmos a prioridade estratégica atribuída à melhoria da deteção de casos de TB e do controlo da co-infecção TB/VIH e da TB-MR, designadamente através do reforço do diagnóstico laboratorial através do aumento do número de laboratórios e do pessoal capacitado em micobacteriologia. Timor-Leste lançou em 2006 as linhas mestras do seu Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose que havia herdado da antiga ocupação pela Indonésia e que ainda não havia sido reestruturado desde a independência em 2002, sendo hoje um componente importante do Pacote de Serviços Básicos de Saúde do seu Plano Estratégico de Desenvolvimento (7). Neste contexto de iniciativas conjuntas de resposta aos apelos lançados pelo programa e estratégia Stop TB e pelo “Apelo à Ação” da Conferência de Chefes de Estado e de Governo da CPLP de 2008, surge o Projeto ForDILABTB [ <http://fordilab-tb.ihmt.unl.pt/> ], que é financiado pelo Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP 2009-2012, em cooperação com a Fundação Calouste Gulbenkian, sendo a primeira pedra do que viria a ser a construção da Rede de Investigação e Desenvolvimento de Saúde em Tuberculose - RIDES-TB. Com coordenação tripartida - Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Fundação Calouste Gulbenkian - apostou na formação, capacitação e melhoria da qualidade técnica dos recursos humanos tendo promovido a transferência e o acesso à informação em saúde na área da tuberculose e co-infecção VIH, integrando-se plenamente em três dos sete eixos estratégicos identificados pelo PECS/CPLP - Vigilância Epidemiológica e Monitorização da Situação de Saúde; Formação e Desenvolvimento da Força de Trabalho em Saúde e Investigação em Saúde. Permitiu assim a formação de nível avançado na área da micobacteriologia de 23 biólogos, bioquímicos e outros técnicos de análises clínicas e de saúde nas Unidades de Microbiologia Médica do IHMT/UNL e no Departamento de Doenças Infecciosas do INSA e a formação local de mais de 90 técnicos dos laboratórios dos Hospitais Centrais e Provinciais de Angola, Moçambique, Cabo-Verde, São Tomé e Príncipe e Guiné-Bissau e do Laboratório Nacional de Referência de Tuberculose de Moçambique. Permitiu sistematizar um programa de formação em diagnóstico laboratorial da TB que respondeu às necessidades de

treino de carácter prático, onde foram adquiridas competências básicas e boas práticas laboratoriais em bacteriologia e virologia, essenciais na área de diagnóstico da TB e VIH, bem como das necessidades de biossegurança em laboratório.

Em paralelo e em sintonia, o Brasil proporcionou formação a vários profissionais de saúde da CPLP, ligados à rede de laboratórios de diagnóstico de TB e VIH e/ou aos programas de controlo da tuberculose destes países. Na linha da frente destas atividades esteve o Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (PNCT) do Brasil coordenado pelo Dr. Dráurio Barreira e a Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose REDE-TB [<http://www.redetb.org/>] coordenada pelo Dr. Afrânio Kritski, que dinamizaram inúmeras atividades de formação e investigação, quer no Brasil quer no âmbito dos países da CPLP, no sentido de darem resposta aos novos desafios acima enumerados e cuja história e empenho na luta contra a tuberculose no Brasil e no espaço lusófono encontram-se descritos neste mesmo número dos Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Desta profícua atividade de investigação e formação multilateral resultaram várias publicações científicas com impacto real na gestão dos programas de controlo da tuberculose e redes de laboratórios de diagnóstico de TB dos Ministérios da Saúde dos países da CPLP (8, 9, 10).

Culminando este percurso conjunto de iniciativas e projetos levados a cabo por todos os parceiros e países da CPLP realizou-se em Maputo, Moçambique, entre os dias 14 e 16 de maio de 2013, o “Seminário sobre Incorporação de Novas Tecnologias para o Controlo da Tuberculose”, organizado pelos Ministérios da Saúde do Brasil e de Moçambique, com o apoio do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique sob a liderança do Dr. Ilesh Jani, da Fundação Ataulpho de Paiva e do Projeto “Inovações no Controlo da Tuberculose”, apoiado pela Fundação Bill e Melinda Gates e ainda pelo projeto FORDILAB-TB (PECS-CPLP), que neste evento fez-se representar por todos os pontos focais dos países da CPLP. Tendo contado igualmente com a presença dos coordenadores dos programas nacionais para o controlo da tuberculose de Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique e São Tomé promoveu o primeiro encontro conjunto de trabalho entre os coordenadores nacionais dos programas de tuberculose e as redes de laboratórios de diagnóstico de TB dos Ministérios da Saúde, bem como com os representantes e pontos focais para Saúde da CPLP - Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge por Portugal e Fundação Oswaldo Cruz pelo Brasil. Foi a ocasião certa e o momento adequado para se estabelecer a primeira reunião formal de criação da RIDES-TB, com intercâmbio ativo referente aos diferentes sistemas de saúde de cada país, troca de experiências no que tange à implementação de novas tecnologias para o diagnóstico e ainda elencaram-se as prioridades de cooperação para a continuação das iniciativas no âmbito do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP pós-2012 (PECS II - CPLP). Dentre essas prioridades destacaram-se: a) a melhoria das condições de diagnóstico clínico e laboratorial; b) a gestão de casos clínicos; c) a

definição de recomendações e diretrizes conjuntas e em língua portuguesa; d) a gestão dos medicamentos e da toma observada diretamente; e) a otimização dos sistemas laboratoriais e a incorporação das novas tecnologias; f) o aperfeiçoamento dos sistemas de notificação e informação; e g) o apoio ao desenvolvimento de investigação operacional visando o fortalecimento dos sistemas de saúde.

Nesse sentido, os Coordenadores Nacionais dos Programas de Tuberculose e as Instituições nacionais observadoras e pontos focais para a Saúde da CPLP (IHMT, INSA e FIOCRUZ), presentes no referido Seminário, reuniram-se a 16 de maio de 2013 e identificaram a necessidade de se estruturar as ações e mecanismos de cooperação entre os programas de controlo da tuberculose, redes de laboratórios de tuberculose e Ministérios da Saúde dos países de língua oficial portuguesa. Representavam os seguintes países: Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique e Portugal, faltando apenas Timor-Leste e a Guiné-Equatorial (à data apenas país observador na CPLP). Ficou então acordada a redinamização da RIDES-TB através do seu alargamento a uma rede clinico-laboratorial mais abrangente e concertada entre programas nacionais de controlo, laboratórios de referência para a tuberculose, academia e institutos de investigação de cada país, para promoção da investigação, inovação, formação e capacitação em tuberculose no âmbito da CPLP. Pretendia-se assim dar estrutura formal e continuidade à RIDES-TB que decorria com inúmeras ações avulsas e dispersas pelos países, nova rede a qual seria formalmente apresentada pelo Brasil, em nome dos demais representantes, durante a Assembleia Mundial da Saúde de 2013 (proposta a que não foi dada continuidade). Igualmente decidiu-se a realização, a breve trecho, da primeira reunião dos Programas Nacionais de Controlo de Tuberculose tendo os representantes dos países membros comprometido ainda em harmonizar diretrizes e aspectos legais da luta contra tuberculose em cada país, utilizando o formato da “Estratégia STOP TB pós-2015” (3, 6), que veio a designar-se “Programa END-TB” (11). Comprometeram-se ainda na construção de uma agenda comum para partilha de atividades nacionais buscando recursos e sinergias nos diferentes países, para planeamento e identificação dos desafios em cada país e assim verificar as prioridades, bem como em identificar questões comuns e oportunidades de apoio entre os países.

Como linhas orientadoras de investigação operacional para gerar informação e responder a questões programáticas definiram-se as seguintes prioridades para a ligação dos programas nacionais de controlo com os laboratórios de referência para a tuberculose, a academia e os institutos de investigação: a) monitorização comum da situação epidemiológica; novos sistemas de informação; modelos e experiências para gestão de casos de resistência aos antibióticos mais complexos (multi e extensivamente resistentes - TB-MR/XDR); b) articulação programática entre laboratório de referência e a rede de laboratórios; c) fortalecimento da rede de diagnóstico e partilha experiências quanto à introdução de novos métodos de diagnóstico e harmonização de diretrizes terapêuticas; d) harmonizar as propostas para as

recomendações de novas políticas de advocacia e mobilização social no contexto de cada país e no contexto internacional, fortalecendo conjuntamente a nova estratégia de controlo da tuberculose da OMS a ser apresentada em 2014 – o programa e a estratégia END-TB (11).

Formulada por diversos países no âmbito da OMS e na continuação do Plano Global do *Stop TB Partnership* (2016-2020), a estratégia END-TB está dividida em três pilares e tem metas ambiciosas para a eliminação da tuberculose no mundo até 2035, nomeadamente a redução de mortes por tuberculose em 95% e menos de 10 casos por 100 mil habitantes. O seu Pilar 1 assenta na prevenção e cuidado integrado com o paciente, no diagnóstico precoce, na busca ativa entre populações vulneráveis, no tratamento de todos os casos de TB, na gestão clinico-laboratorial de coinfeção TB-VIH e dos casos de TB-MR/XDR. No Pilar 2 procura políticas incisivas e sistemas de apoio com comprometimento político, com alocação adequada de recursos, com envolvimento comunitário e de organizações da sociedade civil, procurando ainda garantir a cobertura universal em saúde, a proteção social e a redução da pobreza. No Pilar 3 garante-se a intensificação da investigação científica e da inovação na descoberta, desenvolvimento e rápida adoção de novas ferramentas e de atividades de investigação implementacional para o diagnóstico e tratamento da tuberculose (11). Tendo sido anunciada em 2014 é esta a plataforma estratégica que irá nortear a luta contra a tuberculose até 2035 a nível global, integrando-se agora nos novos desafios e objetivos da ONU para o Desenvolvimento Sustentável (ODS). A Agenda de Desenvolvimento Sustentável Pós-2015, designada Agenda 2030, corresponde ao conjunto de programas, ações e diretrizes que orientarão os trabalhos da Organização das Nações Unidas e de seus países membros rumo ao desenvolvimento sustentável. Concluída em agosto de 2015, as negociações da Agenda 2030 culminaram num documento que propõe 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e 169 metas correspondentes, fruto do consenso obtido pelos delegados dos Estados membros da ONU. Os ODS são o cerne da Agenda 2030 e sua implementação ocorrerá no período 2016-2030 sendo que a agenda das entidades, organizações e programas de controlo em saúde devem estar alinhados com esta agenda (12).

Seguindo o plano anteriormente definido e enquadrado pela Agenda 2030, durante o ano de 2014, sob a coordenação e organização do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose do Brasil e apoiado pela assessoria internacional do Ministério da Saúde do Brasil, realizaram-se várias reuniões de trabalho entre as coordenações dos programas de luta e controlo da tuberculose dos países da CPLP que culminaram na realização em Brasília, de 9 a 13 de novembro de 2015, do Curso Internacional de Gestão da Tuberculose: Manejo Clínico e Vigilância Epidemiológica, para gestores de programas dos países da CPLP. Esta iniciativa, plenamente enquadrada na continuidade das ações da RIDES-TB e nos novos objetivos e metas do programa END-TB, teve como meta formativa a capacitação dos gestores dos programas nos objetivos acima elencados e na

partilha de experiências de gestão de programas de luta contra a tuberculose no espaço lusófono, adaptadas às diferentes realidades de cada país. Estiveram presentes representantes dos programas de controlo de Angola, Guiné-Equatorial, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe.

Em conclusão, o percurso da Rede de Investigação e Desenvolvimento de Saúde em Tuberculose - RIDES-TB, concretizou o compromisso dos países da CPLP assumido no documento "Apelo à Ação", elaborado no âmbito da VII Conferência de Chefes de Estado e de Governo, realizado em 25 de julho de 2008 em Lisboa, por iniciativa do Presidente Jorge Sampaio, Embaixador de Boa Vontade da CPLP para as questões de Saúde e Enviado Especial das Nações Unidas para a Luta contra a Tuberculose. Assumindo o esforço dos Países da CPLP em envidar todos os esforços para promover o debate pela Sociedade Civil para as questões da Saúde dos Países de Língua Portuguesa, em particular nas questões relativas à tuberculose, ao VIH/SIDA, e à malária, a RIDES-TB soube congregiar os esforços multilaterais dos Programas Nacionais de Controlo, dos Laboratórios de Referência, da Academia e dos Institutos de Investigação dos diversos países lusófonos, sustentando um dos eixos estratégicos do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde 2009-2012 (PECS/CPLP) – o apoio e o acompanhamento à investigação científica e à capacitação em tuberculose, VIH/SIDA e malária. Dentro desse plano, vários projetos bem-sucedidos foram apoiados e financiados promovendo a criação de redes de formação e investigação em biomedicina e saúde pública na CPLP, congregando os objetivos e as necessidades dos países para o desenvolvimento e a melhoria dos instrumentos e das ações de luta contra essas enfermidades, em particular contra a tuberculose. O futuro desta iniciativa deverá agora ser acarinhado e reforçado pelos países que a puseram em prática desde 2008 e apadrinhado pela CPLP

nos anos vindouros no âmbito dos objetivos e estratégias a definir para o futuro Novo Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS-II), agora alinhado com os objetivos e metas da Agenda 2030 (12), sendo os compromissos e as ações do passado das RIDES-CPLP a base e a garantia do seu sucesso para o futuro.

## Agradecimentos

Os trabalhos e as contribuições para a Luta Contra a Tuberculose na CPLP aqui descritas não teriam sido possíveis sem o apoio e a dedicação de todos os clínicos, enfermeiros, técnicos de laboratório e restante pessoal de saúde dos hospitais, centros de saúde e centros de diagnóstico pneumológico de Portugal e dos Países da CPLP que neles participaram. O apoio e incentivo permanente da Fundação Calouste Gulbenkian foram inestimáveis, bem como o apoio das empresas fornecedoras e representantes de reagentes e equipamentos de diagnóstico laboratorial em Portugal e de biossegurança para a Tuberculose como a Quilaban, a Werfen-Isaza e a Fisher Scientific. Por fim há que salientar o apoio e colaboração do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose da Direcção Geral de Saúde do Ministério da Saúde de Portugal, na pessoa dos seus responsáveis passados e presentes, Dr. Fonseca Antunes e Doutora Raquel Duarte, bem como do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) do Brasil coordenado pelo Dr. Dráurio Barreira e a Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose REDE-TB, bem como todos os colegas formadores do Instituto de Higiene e Medicina Tropical e do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Um agradecimento especial à Dr<sup>a</sup> Maria Hermínia Cabral (FCG) pelo seu apoio incondicional e coordenação conjunta dos projetos de cooperação, capacitação e investigação, sem o qual muitas destas realizações não teriam tido lugar.

## Bibliografia

1. Organização Mundial de Saúde (2015) Global tuberculosis report 2015. World Health Organization (ed.), Genebra e Copenhaga; Disponível em: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/)
2. Organização Mundial de Saúde (2008) - Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Fourth global report - 2002-2007. World Health Organization (ed.), Genebra, Suíça. Disponível em: [http://www.who.int/tb/publications/2008/drs\\_report4\\_26feb08.pdf](http://www.who.int/tb/publications/2008/drs_report4_26feb08.pdf).
3. Raviglione, MC (2007). The new Stop TB Strategy and the Global Plan to Stop TB, 2006-2015. Bull World Health Organ, v.85, n.5, p.327-7.
4. Onozaki I, Raviglione MC. (2010) Stopping tuberculosis in the 21st century: goals and strategies. Respirology. 15(1):32-43.
5. Glaziou P, Sismanidis C., Floyd K., Raviglione MC. (2014) Global epidemiology of tuberculosis. Cold Spring Harb Perspect Med. 5(2):a017798.
6. Raviglione MC, Uplekar MW. (2006) WHO's new Stop TB Strategy. Lancet; 367: 952-5.
7. Martins N, Heldal E, Sarmento J, Araujo RM, Rolandsen EB, Kelly PM (2006) Tuberculosis control in conflict-affected East Timor, 1996-2004. Int J Tuberc Lung Dis; 10: 975-81.
8. Machado D, Ramos J, Couto I, Cadir N, Narciso I, Coelho E, Viegas S, Viveiros M. (2014) Assessment of the BD MGIT TBc identification test for the detection of Mycobacterium tuberculosis complex in a network of mycobacteriology laboratories. Biomed Res Int. ;2014:398108.
9. Rabna P, Ramos J, Ponce G, Sanca L, Mané M, Armada A, Machado D, Vieira F, Gomes VF, Martins E, Colombatti R, Riccardi F, Perdígão J, Sotero J, Portugal I, Couto I, Atougua J, Rodrigues A, Viveiros M. (2015) Direct Detection by the Xpert MTB/RIF Assay and Characterization of Multi and Poly Drug-Resistant Tuberculosis in Guinea-Bissau, West Africa. PLoS One. 27;10(5):e0127536.
10. Viveiros M., Couto I., Rossetti ML and da Silva PA (2014) Otimização, validação e controlo de qualidade de testes moleculares de diagnóstico. In: Abordagens Moleculares. Mónica V. Cunha e João Inácio editores, Lidel, Edições Técnicas, Lisboa, Portugal. (ISBN - 978-989-752-034-1).
11. The End TB Strategy: a global rally (2014). Lancet Respir Med. 2(12):943.
12. Lönnroth K, Raviglione M. (2016) The WHO's new End TB Strategy in the post-2015 era of the Sustainable Development Goals. Trans R Soc Trop Med Hyg; 110(3):148-50.