



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



49º CONSELHO DIRETOR 61ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 28 de setembro a 2 de outubro de 2009

Tema 4.16 da agenda provisória

CD49/20 (Port.)
17 de agosto de 2009
ORIGINAL: INGLÊS

SAÚDE FAMILIAR E COMUNITÁRIA Documento conceitual

Introdução

1. A família é a unidade básica da organização social e proporciona o ambiente e o contexto em que se formam e estabelecem inicialmente os conhecimentos, crenças, atitudes e práticas de saúde, assim como o comportamento relacionado à busca de assistência sanitária. A saúde da família é mais que o estado físico e mental de seus membros: a família proporciona um ambiente social para seu desenvolvimento e realização.¹

2. Famílias saudáveis ajudam a criar comunidades saudáveis e, por sua vez, comunidades saudáveis ajudam a criar famílias saudáveis. Uma comunidade começa a ser saudável quando os líderes políticos, as organizações locais e os cidadãos se comprometem e se organizam conjuntamente para melhorar a saúde e o bem-estar de todos os residentes; quando as autoridades locais, as organizações comunitárias e as instituições do setor público e privado firmam um contrato social para melhorar a saúde da comunidade; e quando o planejamento local, culturalmente apropriado, é utilizado como uma ferramenta básica com esse fim e inclui a participação social na gestão, na avaliação e na tomada de decisões.²

3. Há uma percepção cada vez maior de que não se pode obter a saúde das pessoas, famílias e comunidades se não forem considerados os determinantes sociais da saúde dentro de um contexto intercultural. Estes determinantes incluem: as condições do ambiente físico e social, a educação, o acesso à informação, o estado de saúde de outros membros da família e da comunidade, a renda econômica familiar, a segurança alimentar,

¹ Organização Mundial da Saúde. *Statistical Indices of Family Health*. Genebra: OMS; 1976.

² Organização Pan-Americana da Saúde. *Salud en las Américas*, 2007. Washington, D.C.: OPAS; 2007.

as condições de trabalho, o acesso aos serviços de saúde, o planejamento familiar e o exercício dos direitos humanos e liberdades fundamentais.³ A consideração dos determinantes socioeconômicos da saúde é indispensável na formulação e implementação do enfoque intercultural de saúde familiar e comunitária e para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.⁴

4. Nos países das Américas, os povos originários ou indígenas constituem entre 3% e mais de 40% da população total. No âmbito regional e mundial, a carga de doença, deficiência e morte prematura é consistentemente maior nos povos indígenas que no resto da população. Por outro lado, ainda persistem a falta de oportunidades para que os povos indígenas participem na atenção à saúde e a pouca compreensão das complexidades culturais e necessidades dos povos indígenas por parte dos prestadores de saúde e da sociedade em geral.

Antecedentes

5. O enfoque da saúde familiar e comunitária não é completamente novo na Região das Américas. Atualmente, vários países (Brasil, Chile, Costa Rica e Cuba) contam com programas de saúde familiar e comunitária bem estabelecidos e outros (Bolívia, El Salvador, Guatemala, Jamaica e Nicarágua⁵) estão elaborando seus programas ou estão consolidando os existentes. No entanto, ainda é necessário desenvolver um enfoque intercultural de saúde familiar e comunitária baseado na estratégia de renovação da atenção primária à saúde.⁶

6. Com uma clara visão de que é preciso dispor de políticas e apoio político para melhorar as condições de saúde nos países e em escala mundial, nos últimos 25 anos várias cúpulas internacionais emitiram declarações nas quais se sublinha a necessidade cada vez maior de contar com um novo programa de ação social e sanitária que sublinhe a função das famílias e das comunidades.⁷ A formulação e a execução do enfoque intercultural de saúde familiar e comunitária constituem uma resposta prática a estes mandatos, sobretudo no que se refere às populações mais atrasadas.

³ A Declaração Universal dos Direitos Humanos estabelece que a família é o elemento natural e fundamental da sociedade e tem direito à proteção da sociedade e do Estado (Artigo 16). Por sua vez, a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem estabelece que toda pessoa tem direito a constituir uma família, elemento fundamental da sociedade, e a receber proteção para ela (Artigo VI).

⁴ <http://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N00/559/54/pdf/N0055954.pdf?OpenElement>.

⁵ Para obter mais informação acerca das experiências de cada país, consulte *Salud en las Américas*, 2007 (Vol. II). <http://www.paho.org/hia/home.html>.

⁶ <http://www.paho.org/english/AD/THS/PrimaryHealthCare.pdf>.

⁷ A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986), a Cúpula Mundial a favor da Infância (1990), a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas (2000) e o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento das Nações Unidas (2002) abordaram a importância de incluir a família e a comunidade para melhorar a saúde mundial.

Relatório sobre os progressos obtidos

7. Desde o último relatório acerca dos progressos obtidos em termos de saúde e família apresentado ao Conselho Diretor em 2005,⁸ o enfoque de saúde familiar e comunitária avançou mediante uma série de atividades, entre as quais se incluem:

- a) revisão das experiências de cada país quanto à saúde familiar e comunitária;
- b) análise dos ensinamentos extraídos da execução nos países das iniciativas e programas regionais, como a atenção integrada a doenças prevalentes da infância (AIDPI), integração do manejo de adolescentes e suas necessidades (IMAN), capacitação dos indivíduos, famílias e comunidades para a redução da mortalidade materna e a obtenção de um envelhecimento ativo e saudável;
- c) iniciativas regionais de colaboração a fim de elaborar projetos comunitários na Guiana, Haiti e Nicarágua;
- d) pesquisa bibliográfica permanente, com ênfase na seleção de trabalhos da América Latina, Caribe e América do Norte;
- e) elaboração gradual de um quadro conceitual que incluiu a participação dos programas técnicos regionais, instituições acadêmicas e profissionais dos países;
- f) debates técnicos realizados pelos pontos focais de saúde familiar e comunitária de 22 países na Guatemala no início de 2007;
- g) revisão e análise de versões anteriores dos documentos para esclarecer os conceitos e acordar as definições, realizado por um grupo de trabalho de profissionais da saúde familiar e comunitária em Barbados, em junho de 2008;
- h) inclusão de um enfoque específico intercultural como uma nova forma de obter e manter a saúde das pessoas, comunidades e famílias em populações indígenas;
- i) preparação de um documento mais integral que está passando por revisão técnica e editorial antes de sua publicação.

⁸ <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd46-21-s.pdf>.

Proposta

8. A saúde familiar e comunitária busca para a pessoa, a família e a comunidade uma atenção à saúde que veja não só a doença da pessoa, mas também sua relação com a família, a comunidade e seu ambiente. O enfoque de saúde familiar e comunitária respeita os valores da comunidade e proporciona um modelo de gestão social participativa na atenção à saúde mediante a estratégia de renovação da atenção primária à saúde⁹ que inclui os princípios que guiam a organização dos sistemas de saúde.

9. A saúde familiar e comunitária considera a saúde das crianças, adolescentes e jovens, homens e mulheres adultos e idosos como um processo contínuo que abrange todas as etapas da vida. Esta nova modalidade de ação na saúde aborda os riscos e os determinantes da saúde relacionados especialmente com a idade, o gênero, a etnia e a cultura.

10. Conceitualmente, a saúde familiar e comunitária baseia-se na premissa de que a saúde é um direito humano básico,¹⁰ garantido pelo Estado, que se apoia nos valores da equidade e solidariedade, em especial com relação às persistentes desigualdades de gênero, etnia e populações vulneráveis.

11. No plano operacional, o enfoque de saúde familiar e comunitária considera que os fatores de risco mudam ao longo da vida de uma pessoa e promove as intervenções que são compatíveis com as diversas etapas biológicas e cronológicas da vida. O enfoque também se concentra nos resultados de saúde (impacto), em vez dos insumos (processo), e procura coordenar e orientar para a mesma meta os comportamentos familiares, os recursos da comunidade, as políticas do governo e as medidas do setor da saúde e intersetoriais.

⁹ <http://www.paho.org/english/AD/THS/PrimaryHealthCare.pdf>.

¹⁰ Os Estados Membros da OMS acordaram importantes princípios relacionados à saúde pública que estão estabelecidos no preâmbulo de sua Constituição. Assim, a Constituição estabelece um princípio internacional fundamental em virtude do qual o gozo do grau máximo de saúde que se possa obter não é somente um estado ou condição da pessoa, mas também "...um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social..." A Constituição foi adotada pela Conferência Internacional da Saúde, realizada em Nova York de 19 de junho a 22 de julho de 1946 e assinada em 22 de julho de 1946 pelos Representantes de 61 Estados. Por sua vez, o Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ONU) protege "...o direito de toda pessoa a desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental..." (Artigo 12) e o Protocolo de San Salvador (OEA) protege "o direito à saúde" (Artigo 10). Adicionalmente, a proteção da saúde como um direito humano se encontra consagrada em 19 das 35 constituições dos Estados Membros da OPAS (Bolívia, Brasil, Cuba, Chile, Equador, El Salvador, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Suriname, Uruguai e Venezuela).

12. O enfoque de saúde familiar comunitária tem os seguintes propósitos:
- a) criar comportamentos saudáveis e desenvolver comunidades, famílias e pessoas fortes e resistentes;
 - b) diminuir os riscos para a saúde e prevenir as doenças, reduzindo a exposição ao dano e evitando as causas de doença e morte;
 - c) dar acesso equitativo aos serviços de saúde de qualidade, adotando a estratégia de renovação da atenção primária à saúde, respeitando a cultura local e buscando a articulação e a complementaridade;
 - d) abordar os determinantes da saúde realizando ações intersetoriais, formando alianças, parcerias e redes, e adotando a estratégia de “saúde em todas as políticas;”
 - e) promover o desenvolvimento e estabelecimento de comunidades organizadas no exercício pleno de seu direito ao desfrute do mais alto nível possível de saúde física e mental (“direito à saúde”).¹¹
13. Adiante descrevemos os seis princípios fundamentais deste enfoque:
- a) *Participação*: aumentar o papel das comunidades e das famílias como corresponsáveis e parceiros ativos nas decisões e gestão para obter e manter a saúde com base na identificação de seus próprios problemas e necessidades.
 - b) *Colaboração*: reunir as medidas adotadas pelas famílias, comunidades, serviços de saúde e instituições num esforço sinérgico que produza um efeito maior sobre a saúde das pessoas, promovendo intervenções coordenadas entre a população e os diferentes setores para atuar sobre os determinantes da saúde.
 - c) *Interculturalidade*: aceitar, reconhecer e valorizar mutuamente e em relação simétrica as percepções, interpretações, conhecimentos e práticas da medicina convencional acadêmica e os da medicina tradicional dos povos indígenas.

¹¹ O Conselho Diretor da OPAS esclareceu quais são os vínculos mais importantes entre a saúde e os direitos humanos em conformidade com a doutrina e os organismos internacionais de direitos humanos. Ver o documento técnico CD47/15, “A incapacidade: prevenção e reabilitação no contexto do direito de gozar o mais alto padrão possível de saúde física e mental e outros direitos relacionados”, p. 10-15, 47º Conselho Diretor, OPAS, Washington D.C., 25-29 de setembro 2006, disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/CD47-15-p.pdf>.

- d) *Integralidade*: admitir o processo saúde-doença como uma totalidade, que contempla a pessoa e sua relação com a família, a comunidade e seu ambiente, e que na visão e percepção dos povos indígenas se estende à natureza e ao mundo espiritual, com o fim de implementar processos de promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e recuperação com qualidade, no contexto dos instrumentos internacionais e regionais de direitos humanos,¹² de gênero, geracionais, étnicos e culturais.
- e) *Integração*: agrupar as medidas emanadas da medicina convencional acadêmica e os programas sanitários com as práticas eficazes da medicina tradicional, num modelo contínuo, integral e que abranja o ciclo de vida com respeito à saúde das pessoas, das famílias e das comunidades.
- f) *Oportunidade*: aproveitar as interações entre as pessoas, as famílias, os serviços de saúde e as comunidades para aplicar intervenções de saúde simultâneas e oportunas.

14. Em termos práticos, no centro do enfoque de saúde familiar e comunitária se encontram um conjunto de práticas individuais e familiares^{13,14} e a busca de atenção e cumprimento dos conselhos dos prestadores de assistência à saúde, que em um número importante de comunidades inclui o envolvimento dos membros da comunidade que praticam a medicina tradicional. Este enfoque tem por objetivo fortalecer a capacidade e a eficácia dos sistemas de saúde e redes de serviços para prestar atenção integrada e integral, aproximando as pessoas dos serviços de saúde e dos recursos da comunidade que possam melhorar a qualidade da atenção, saúde e bem-estar.

15. O êxito e a sustentabilidade do enfoque de saúde familiar e comunitária dependem da elaboração de políticas, medidas e instrumentos¹⁵ que tenham por objetivo capacitar as pessoas, as famílias, as comunidades e os serviços de saúde. As pessoas e as famílias se capacitam obtendo conhecimentos sobre a saúde por meio da informação e da educação, contando com diversas opções e tendo o direito e a capacidade de escolher. As comunidades se capacitam por meio da liderança firme, do compromisso com a saúde e a organização e mobilização social eficaz no exercício pleno de seu direito à saúde. Os

¹² Com relação ao valor agregado ao utilizar instrumentos de direitos humanos, ver o Plano Estratégico da OPAS 2008-2012, Objetivo Estratégico 7, 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana, Washington D.C., 1-5 de outubro de 2007, p. 74-78. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/od328-obj5-8-s.pdf>.

¹³ Drasbek, et. al., Regional Community IMCI Partnership, ARC/UNF Final Report, 2007.

¹⁴ Harkins, T., Drasbek, C., et. al., The Health Benefits of Social Mobilization: Experiences with Community-based Integrated Management of Childhood Illness in Chao, Peru and San Luis, Honduras, Promotion and Education, Volume XV, No. 2, 2008.

¹⁵ Alguns exemplos dos instrumentos criados são os guias do componente comunitário da AIDPI. Série PAHO/FCH/CA/04.2(1,2,3,4,5,6,7).1.

serviços de saúde se reforçam ao proporcionar ao pessoal de saúde capacitação constante e incentivos econômicos, acesso à informação, à tecnologia e aos conhecimentos técnicos adequados, boas práticas de gestão e o apoio logístico, administrativo e econômico aos programas de saúde.

16. Estrategicamente, as medidas necessárias para elaborar e executar ações e programas de saúde familiar e comunitária dentro dos sistemas e serviços de saúde devem incluir os seguintes aspectos:

- a) promoção deste enfoque e utilização da comunicação social para incluir todas as partes necessárias e os interessados diretos;
- b) elaboração de políticas, programas, planos, legislações e projetos que tenham uma compreensão clara e respeitosa das necessidades, direitos e valores culturais das pessoas, famílias e comunidades, e as estratégias para sua execução, além de mecanismos de monitoramento e avaliação;
- c) criação de alianças, parcerias e redes entre as pessoas e as instituições que podem proporcionar colaboração e apoio técnico, político e econômico;
- d) participação e controle social através de comunidades organizadas no exercício pleno de seu direito à saúde;
- e) mobilização de recursos humanos e financeiros no âmbito local, nacional e internacional;
- f) formação e capacitação dos recursos humanos em cada nível a fim de criar equipes multidisciplinares cujos membros possam colaborar e aprender entre si;
- g) cooperação técnica encaminhada à resolução de problemas;
- h) promoção da pesquisa, especialmente a pesquisa aplicada e participativa concebida para obter novos métodos e conhecimentos;
- i) vigilância, monitoramento e avaliação para medir o avanço, os resultados e o impacto;
- j) difusão da informação para compartilhar os resultados com toda a sociedade e proporcionar insumos aos responsáveis pelas decisões, serviços de saúde, comunidades e famílias.

17. O compromisso dos Estados é uma condição *sine qua non* para o êxito do enfoque de saúde familiar e comunitária. Além disso, deve-se reconhecer que as políticas mundiais e nacionais só podem ser pertinentes se forem traduzidas em medidas locais e eficazes dentro do contexto cultural da comunidade. A compreensão profunda e a aplicação da política de saúde familiar e comunitária serão fundamentais para renovar a atenção primária à saúde, cumprir as expectativas sanitárias e sociais da população e obter a saúde para todos como uma responsabilidade conjunta do governo e da sociedade civil e como um direito humano básico.

Intervenção do Conselho Diretor

18. Convida-se o Conselho Diretor a examinar a informação proporcionada neste documento e estudar a possibilidade de aprovar a resolução recomendada pelo Comitê Executivo em sua 144ª sessão, que se encontra no anexo B.

Anexos



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

CD49/20 (Port.)
Anexo A

**FORMULÁRIO ANALÍTICO PARA VINCULAR TEMAS DA AGENDA
A ÁREAS DA ORGANIZAÇÃO**

1. Tema da agenda: 4.16. Saúde familiar e comunitária.

2. Unidade responsável: FCH

3. Preparado por: Gina Tambini

4. Lista de centros colaboradores e instituições nacionais vinculadas a este tema:

- Ministério da Saúde, Brasil.
- Residência Médica em Saúde Familiar Comunitária Intercultural (SAFCI) e Direção de Promoção da Saúde, Ministério de Saúde e Esportes, Bolívia.
- Universidade George Washington, Washington, D.C.
- Países da Região com programas e iniciativas interculturais de saúde familiar e comunitária.

5. Vínculo entre este tema e a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017:

Este tema relaciona-se com diversos temas da Agenda de Saúde para as Américas, especialmente os seguintes:

- Abordagem dos determinantes da saúde
- Aumento da proteção social e acesso a serviços de saúde de qualidade
- Diminuição das desigualdades em matéria de saúde entre os países e iniquidades dentro deles
- Redução do risco e carga de morbidade
- Fortalecimento da gestão e desenvolvimento do pessoal de saúde

6. Vínculo entre este tema e o Plano Estratégico 2008-2012:

O quadro conceptual da saúde familiar e comunitária intercultural se baseia no modelo ao longo de toda a vida para abordar a saúde de todos os membros das famílias e comunidades. Por este motivo, vincula-se a vários Objetivos Estratégicos, entre eles:

- OE1: Reduzir a carga sanitária, social e econômica das doenças transmissíveis.
- OE2: Combater a infecção pelo HIV/AIDS, tuberculose e malária.
- OE4: Reduzir a morbidade e mortalidade e melhorar a saúde em etapas importantes da vida, como a gravidez, o parto, o período neonatal, a infância e a adolescência, melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento ativo e saudável de todas as pessoas.
- OE6: Promover a saúde e o desenvolvimento, e prevenir ou reduzir os fatores de risco como o consumo de tabaco, álcool, drogas e outras substâncias psicoativas, a má alimentação, a inatividade física e as práticas sexuais de risco, que afetam as condições de saúde.
- OE9: Melhorar a nutrição, a inocuidade dos alimentos e a segurança alimentar ao longo de todo o

ciclo vital, em apoio da saúde pública e do desenvolvimento sustentável.

- OE10: Melhorar a organização, a gestão e a prestação dos serviços de saúde.
- OE13: Assegurar a existência de um pessoal de saúde disponível, competente, produtivo e capaz de responder às necessidades, a fim de melhorar os resultados sanitários.
- OE14: Estender a proteção social mediante um financiamento equitativo, suficiente e sustentável.

7. Boas práticas nesta área e exemplos de países da Região das Américas:

Um número cada vez maior de países acumulou uma importante experiência quanto a boas práticas e implantação dos programas de saúde familiar e comunitária, entre eles Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Equador, Jamaica, México e Nicarágua. O enfoque intercultural de saúde familiar e comunitária é especialmente relevante na Bolívia, Equador, El Salvador, Guatemala, Guiana e Peru, entre outros países.

8. Repercussões financeiras deste tema:

O apoio financeiro aos programas de saúde familiar e comunitária em cada país foi assumido pelos governos. A participação da Repartição na promoção e fortalecimento do enfoque de saúde familiar e comunitária exigirá US\$ 790.000 por biênio, dos quais cerca de \$ 210.000 provirão da Área de Saúde Familiar e Comunitária (FCH).



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



49º CONSELHO DIRETOR 61ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 28 de setembro a 2 de outubro de 2009

CD49/20 (Port.)
Anexo B
ORIGINAL: INGLÊS

PROJETO DE RESOLUÇÃO **SAÚDE FAMILIAR E COMUNITÁRIA**

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o documento conceitual *Saúde familiar e comunitária* (documento CD49/20);

Reconhecendo que a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 requer o aumento da proteção social e o acesso a serviços de saúde de qualidade; que se abordem os fatores determinantes da saúde; que diminuam as desigualdades em matéria de saúde entre os países e as iniquidades dentro deles; que se reduzam os riscos e a carga de doença e se fortaleçam a gestão e o desenvolvimento do pessoal de saúde;

Levando em conta o “Relatório sobre a saúde no mundo 2008”, sobre atenção primária à saúde e a necessidade de elaborar e fortalecer as políticas públicas para ampliar a cobertura na prestação de serviços de saúde de qualidade com uma orientação de saúde familiar e comunitária; e

Consciente dos mandatos internacionais e regionais acerca da saúde familiar e comunitária, e reconhecendo que, para poder alcançar as metas de saúde estabelecidas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio nos níveis nacional, regional e mundial, é necessário cumpri-las no âmbito local com a participação e colaboração dos serviços sociais e de saúde, com as famílias e as comunidades,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros:
 - a) a que adotem um enfoque integral e intercultural de saúde familiar e comunitária como um quadro eficaz para promover e integrar políticas sociais, estratégias de desenvolvimento local, programas de saúde pública e serviços de atenção à saúde

- com o objetivo de fortalecer a capacidade das famílias e das comunidades para enfrentar as dificuldades e assegurar a saúde e bem-estar de seus membros;
- b) a que redobrem seus esforços para garantir o acesso universal a serviços e programas de saúde, tanto individuais como coletivos, como um componente fundamental de uma agenda de proteção social, mediante o desenvolvimento de sistemas integrados de saúde baseados na atenção primária à saúde;
 - c) a que fortaleçam o desenvolvimento, a governança, a gestão e o desempenho de redes integradas de serviços de saúde centradas na população para responder às necessidades de saúde específicas das pessoas em diferentes etapas de sua vida e no contexto de suas famílias e comunidades; e
 - d) a que invistam na capacitação dos recursos humanos necessários para manter a extensão e a ampliação de serviços multidisciplinares e em equipamento de atenção primária à saúde, bem como dos programas e intervenções de saúde pública com um enfoque integral e intercultural de saúde familiar e comunitária.
2. Solicitar à Diretora:
- a) que apoie o desenvolvimento de modelos de atenção e capacitação de recursos humanos, assim como a organização, gestão e prestação de serviços de saúde centrados na família e na comunidade para prestar atenção de saúde integral, contínua, integrada e de qualidade com enfoques de gênero e interculturalidade;
 - b) que propicie a incorporação do enfoque de saúde familiar e comunitária nos programas da OPAS;
 - c) que promova a participação de organismos internacionais, instituições científicas e técnicas, organizações da sociedade civil, o setor privado e outros, em iniciativas de apoio nacionais e locais sobre saúde familiar e comunitária, com ênfase em países prioritários e áreas e populações das Américas que carecem de proteção social; e
 - d) que facilite o intercâmbio de experiências e boas práticas em matéria de saúde familiar e comunitária entre países e fortaleça os mecanismos para a pesquisa operacional e a avaliação e o acompanhamento padronizados de atividades de saúde familiar e comunitária, a fim de poder fazer comparações internacionais e longitudinais de sua eficácia e eficiência.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

CD49/20 (Port.)
Anexo C

**Relatório sobre as repercussões financeiras e administrativas para
a Secretaria das resoluções propostas para aprovação**

1. Tema da agenda: 4.16. Saúde familiar e comunitária.
2. Relação com o orçamento por programas 2008-2009: a) Área de trabalho: Saúde familiar e comunitária b) Resultados previstos: RPR 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7 RPR 1.1, 1.2 RPR 2.1, 2.2, 2.3, 2.5 RPR 6.1, 6.5, 6.6 RPR 9.1, 9.4 RPR 10.1, 10.4 RPR 13.1 RPR 14.1
3. Repercussões financeiras a) Custo total estimado da aplicação da resolução durante a sua vigência (arredondado para os US\$ 10.000 mais próximos; inclui pessoal e atividades): \$1.970.000 (cinco anos). b) Custo estimado no biênio 2008-2009 (arredondado para os \$10.000 mais próximos; inclui pessoal e atividades): \$300.000. c) Parte do custo estimado em b) que pode ser incluída nas atividades já programadas: \$210.000.
4. Repercussões administrativas a) Níveis da Organização em que o trabalho será realizado: Regional, sub-regional e nacional. b) Pessoal adicional necessário (pessoal adicional necessário no equivalente de tempo integral, incluindo as habilidades necessárias): Um cargo de nível profissional (Mestrado em Saúde Pública) para prestar apoio técnico, além de coordenar e monitorar a execução de projetos específicos nos países. c) Cronograma (período geral de implementação e avaliação): 2009-2013.