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 4.12 da agenda provisória

CD49/16 (Port.)
13 de agosto de 2009
ORIGINAL: ESPANHOL

REDES INTEGRADAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE BASEADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Introdução

1. No presente documento é proposta a política regional para a formação de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) em resposta ao grande desafio da fragmentação dos serviços de saúde e para levar em prática os compromissos contraídos na Declaração de Montevidéu, a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 e o Consenso de Iquique. Na política é estipulado que as RISS contribuem para alcançar objetivos de desenvolvimento no plano internacional, como os conteúdos na Declaração do Milênio das Nações Unidas, e ao desenvolvimento dos sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde (APS) e, portanto, à prestação de serviços de saúde mais acessíveis, eficientes, de melhor qualidade técnica e percebida pelos usuários, que levem em consideração as questões de gênero e da competência cultural. Do mesmo modo, as RISS contribuem para melhorar a igualdade no acesso aos serviços de saúde sem distinção de idade, gênero, raça, língua, lugar de residência, religião, orientação política, orientação sexual, nível educacional e condição socioeconômica. Recomenda-se a elaboração de planos nacionais ajustados às realidades de todos os países e baseados na definição e os atributos essenciais das RISS, que são especificados neste documento.

Antecedentes

2. Os sistemas de Saúde nas Américas são caracterizados por altos níveis de segmentação[1] e fragmentação[2] (*1-3*). A fragmentação é uma importante causa do baixo

[1] ***Segmentação*** se refere à "coexistência de subsistemas com diferentes formas de financiamento, afiliação e provisão, cada um deles especializado" em diferentes estratos da população, de acordo com sua inserção laboral, o nível de renda, a capacidade de pagamento e a posição social. Este tipo de organização institucional consolida e aprofunda a desigualdade no acesso aos serviços de saúde entre os

nível de desempenho dos serviços e sistemas de saúde. A fragmentação pode gerar por si mesma, ou com outros fatores, dificuldades no acesso aos serviços, prestação de serviços de baixa qualidade técnica, uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis, aumento desnecessário dos custos de produção e pouca satisfação dos usuários com os serviços prestados (*4-6*).

3. No que diz respeito à demanda de serviços, o envelhecimento da população e os estilos de vida pouco saudáveis geraram um aumento das doenças crônicas e da co-morbilidade e, por conseguinte, uma maior procura de serviços de cuidados, principalmente dos que se prestam no domicilio. Estes desafios implicam uma maior integração dos prestadores de serviços para sua gestão adequada. Por outro lado, os usuários estão exigindo maior participação nos assuntos da saúde e que os serviços de saúde sejam ajustados tanto às suas preferências individuais como coletivas. Relativamente à oferta de serviços, os avanços médicos e tecnológicos (por exemplo, a telessaúde) estabelecem a necessidade de adaptar os modelos de atenção, ao mesmo tempo que facilitam uma maior colaboração entre os diferentes provedores de serviços.

4. As reformas setoriais dos anos oitenta e noventa não consideraram as características específicas de cada país quanto ao nível de desenvolvimento das instituições do setor da saúde, mas em contrapartida, preferiram adotar modelos padronizados e centrados em mudanças financeiras e de gestão nas políticas de desregulamentação do mercado de trabalho, descentralização e promoção da concorrência entre os diferentes provedores e seguradoras. Estas reformas nem sequer promoveram a indispensável articulação e sinergia das funções dos sistemas, o que resultou em descuido das suas complexas inter-relações e o aumento da fragmentação dos serviços de saúde (*7-8*).

5. Nos últimos anos, foi observada uma tendência a abandonar a concorrência e introduzir políticas que favoreçam a colaboração entre os provedores de saúde como uma forma de melhorar a eficiência do sistema e a continuidade da atenção à saúde. Neste sentido, a autoridade sanitária desempenha um papel fundamental para instrumentar esta

---

diferentes grupos da população. Em termos organizacionais, coexistem uma ou várias entidades públicas (dependendo do grau de descentralização ou desconcentração), a previdência social (representada por uma ou várias instituições), e diversos financiadores/seguradoras e provedores privados de serviços (dependendo do grau de introdução de mecanismos de mercado e de gestão empresarial, durante as reformas setoriais). (Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde nas Américas 2007. Vol. I, p. 319, Washington, D.C: OPAS; 2007).

[2] ***Fragmentação*** do sistema de prestação de serviços é a "coexistência de várias unidades ou criações não integradas na rede de assistência sanitária" (Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde nas Américas 2007. Vol. I, p. 319. Washington, D.C: OPAS; 2007). Outras definições abrangem: a) serviços que não cobrem toda a variedade de serviços de fomento, prevenção, diagnóstico e tratamento, reabilitação e cuidados paliativos; b) serviços de diferentes níveis de cuidados que não são coordenados entre si; c) serviços sem continuidade ao longo do tempo; e d) serviços que não correspondem às necessidades das pessoas.

tendência através de suas funções de: a) condução setorial (por exemplo, a formulação de políticas e avaliação do desempenho do sistema); b) regulamentação; c) modulação do financiamento; d) vigilância da asseguração; e) execução das Funções Essências da Saúde Pública (FESP); e f) harmonização da prestação de serviços de saúde (*9*). No Anexo A do presente documento são resumidas algumas iniciativas de integração dos serviços de saúde que estão ocorrendo em países da América Latina e Caribe.

6. Apesar desses esforços, os mecanismos e incentivos para a promoção da integração clínica e a criação de redes integradas ainda são insuficientes e devem ser considerados nos desenvolvimentos futuros do setor. Esta realidade está refletida nos compromissos assumidos pelos países da Região, no artigo III da Declaração de Montevidéu, que diz que: "os modelos de atenção à saúde devem ...promover a criação de redes de atenção à saúde e a coordenação social que assegure a continuidade adequada da atenção" (*10*). Mais recentemente, a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, no seu parágrafo 49, recomenda a consolidação dos sistemas de referência e contrarreferência e a melhoria dos sistemas de informação nos planos local e nacional, de modo a permitir a prestação de serviços integrais e oportunos (*11*); e o Consenso de Iquique, alcançado na XVII Cúpula Iberoamericana de Ministros da Saúde, assinala no seu parágrafo 6 "A necessidade de desenvolvimento de redes de serviços de saúde baseadas na atenção primária, financiamento público e cobertura universal, tendo em conta a sua capacidade de minimizar os efeitos da segmentação e fragmentação, articulando-se com o conjunto das redes sociais" *(12).*

7. No período de maio a novembro de 2008, a OPAS efetuou uma série de consultas com os países para abordar o problema da fragmentação dos serviços de saúde e traçar estratégias. Durante este período, realizaram-se 10 consultas nacionais (Argentina, Belize, Brasil, Chile, Cuba, Equador, México, Paraguai, Trinidad e Tobago, e Uruguai); duas consultas sub-regionais (América Central e países do Caribe oriental e Barbados) e uma consulta regional no Brasil, que contou com a participação de mais de 30 países da Região. O principal resultado das consultas foi a confirmação da necessidade de se abordar o problema da fragmentação dos serviços e validar a proposta da OPAS para a criação das RISS nas Américas.

Análise da situação

8. A fragmentação dos serviços de saúde se manifesta de formas múltiplas nos diferentes níveis do sistema de saúde. Na experiência das pessoas que utilizam o sistema, a fragmentação é expressa como falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da atenção e falta de coerência dos serviços com as necessidades dos usuários. Alguns exemplos pontuais compreendem a procura reprimida, as listas de espera, as derivações tardias, a necessidade de visitar vários locais de assistência para a solução de um episódio único de doença ou a falta de uma fonte regular de serviços. Outras manifestações

incluem repetições desnecessárias do histórico clínico e das provas diagnósticas ou da indicação de intervenções que não levam em consideração as particularidades culturais de alguns grupos populacionais. No desempenho geral do sistema, a fragmentação se manifesta na falta de coordenação entre os diferentes níveis e locais de atenção, duplicação dos serviços e infraestruturas, capacidade instalada ociosa e serviços de saúde prestados em locais menos apropriados, especialmente, nos hospitais. Alguns exemplos concretos incluem a fraca capacidade de resolução do primeiro nível de atenção, o uso de serviços de urgência para permitir o acesso à atenção especializada, evitando assim a consulta ambulatória, a admissão de pacientes nos hospitais cujos casos poderiam ter sido resolvidos de forma ambulatória ou a prolongação da estadia nos hospitais devido a dificuldades em dar alta aos doentes com problemas sociais.

9. Em pesquisas realizadas pela OPAS, a fragmentação dos serviços de saúde é vista como um problema grave, tanto pelos gestores do nível de cuidados primários como pelos gestores de cuidados especializados (*13-15*). Por exemplo, apenas 22% dos entrevistados dos cuidados primários e 35% dos provedores/gestores dos cuidados especializados consideram que os sistemas de referência e contrarreferência entre níveis de atenção funcionam adequadamente. Relativamente ao local de atenção, os entrevistados assinalaram que cerca de 52% dos pacientes hospitalizados poderiam ter sido tratados fora do ambiente hospitalar. Finalmente, apenas 45% dos entrevistados do primeiro nível de atenção assinalaram que os pacientes são examinados por um mesmo médico/equipe médica, isto é, poucos contam com uma fonte de atenção regular.

10. Embora o desafio da fragmentação dos serviços de saúde seja comum na maioria dos países da região, a sua magnitude e as causas principais diferem, dependendo de cada situação. Porém, a verificação da bibliografia e as consultas com os países indicaram as seguintes causas principais da fragmentação: a) segmentação institucional do sistema de saúde; b) descentralização dos serviços de saúde que fragmenta os níveis de atenção; c) predomínio de programas focalizados em doenças, riscos e populações concretos (programas verticais) que não estão integrados no sistema de saúde; d) extrema separação dos serviços de saúde pública dos serviços de atenção às pessoas; e) modelo de atenção focalizado na doença, no cuidado de episódios agudos e no atendimento hospitalar; f) fraca capacidade de gestão da autoridade sanitária; g) problemas na quantidade, qualidade e distribuição dos recursos; h) deficiências na definição de papéis e responsabilidades do nível de competências, mecanismos de contratação e retenção e disparidades nos salários dos profissionais da saúde; i) multiplicidade de instituições de pagamento e de mecanismos de pagamento de serviços; j) modelos organizacionais opostos à integração; k) condutas e normas culturais da população e dos provedores de serviços; l) travas jurídicas e administrativas; e m) práticas de financiamento de alguns organismos de cooperação/doadores internacionais que promovem a fragmentação dos serviços de saúde.

11. Referindo-se às práticas de financiamento de alguns organismos de cooperação/doadores internacionais, muitos deles atualmente estão questionando a eficácia da cooperação centrada exclusivamente nos programas verticais e estão reorientando sua cooperação para o fortalecimento dos sistemas de saúde com um enfoque mais abrangente. Em dezembro de 2005, a Aliança Mundial para Vacinas e Imunização (GAVI) aprovou a utilização de uma parte de seus fundos para o reforço dos sistemas de saúde (*16*). Mais recentemente, o Fundo Global de Combate à AIDS, a Tuberculose e a Malária (FMSTM) também decidiu apoiar o fortalecimento dos sistemas de saúde, na medida em que ajudem a combater estas três doenças (*17*). O Banco Mundial fez uma consulta interna sobre a integração de programas verticais nos sistemas de saúde (*18*) e está apoiando projetos de investimento em redes de serviço de saúde, em países como o Brasil (*19*). O mesmo se pode dizer do Organismo Alemão de Cooperação Técnica (GTZ), que em um documento recente assinala a necessidade de "reorganizar a rede de prestação de serviços, centrada nos serviços de atenção primária, para a execução de uma oferta em rede que seja única, integrada e coordenada" (*20*). Neste contexto, a OMS lançou a iniciativa "Maximizar as Sinergias Positivas entre os Sistemas de Saúde e as Iniciativas Globais de Saúde", com o propósito de garantir que os sistemas de saúde e as intervenções seletivas das iniciativas mundiais em matéria de saúde sejam fortalecidos mutuamente e possam gerar maiores resultados para a saúde pública mundial (*21*).

12. Por outro lado, na Região há várias experiências de boas práticas na criação das RISS, em especial em países como o Brasil, Chile, Costa Rica e Cuba, que tradicionalmente apoiaram o desenvolvimento das RISS. Mais recentemente, outros países da América Latina e Caribe adotaram métodos semelhantes nos seus sistemas de saúde (veja Anexo A). Na América do Norte, também há experiências dignas de menção como a de Kaiser Permanente e a da Administração de Veteranos, ambas dos Estados Unidos da América, além do sistema de serviços de saúde da região de Montérégie, Québec, Canadá. Na Europa foram identificadas boas práticas nas Comunidades Autônomas de Catalunha e Andaluzia, Espanha. Durante 2009, a Repartição Sanitária Pan-Americana iniciou 11 estudos de caso de integração de serviços de saúde dentro dos sistemas de saúde da Região. As lições aprendidas destes casos, e de outros que sejam identificados no futuro, serão utilizadas em apoio desta iniciativa.

13. Por último, as várias interpretações sobre o conceito de serviços integrais de saúde, incluindo as redes, explicam em certa medida as dificuldades para interpretar o seu significado, formular propostas para a ação e avaliar os avanços na integração dos serviços (*22*). Espera-se que este documento ajude a superar as dificuldades conceituais na matéria.

Proposta

14. A iniciativa da OPAS sobre as RISS visa contribuir para o alcance dos objetivos de desenvolvimento na arena internacional, como os contidos na Declaração do Milênio das Nações Unidas, e para o desenvolvimento dos sistemas de saúde baseados na APS[3] e, portanto, para a prestação de serviços de saúde mais acessíveis, eficientes e de melhor qualidade técnica e percebida pelos usuários, que tenham em consideração as questões de gênero e a competência cultural. Além disso, as RISS contribuem para aumentar a igualdade no acesso aos serviços de saúde sem distinção de idade, gênero, raça, língua, lugar de residência, religião, orientação política, orientação sexual, nível educacional ou condição socioeconômica. A OPAS considera que as RISS são uma das principais expressões operacionais do enfoque da APS ao nível dos serviços de saúde que contribuem para tornar realidade vários de seus elementos essenciais, como a cobertura e o acesso universal; o primeiro contato; a atenção integral; a orientação familiar e comunitária; a satisfação das necessidades de saúde dos indivíduos; atenção à saúde apropriada; a organização e gestão ótimas; e ação intersetorial, entre outros (*23*).

15. As RISS podem ser definidas como uma rede[4]de organizações que presta, ou faz arranjos para a prestação de serviços de saúde equitativos[5] e integrais[6] a uma população

---

[3] A OPAS define os **Sistemas de Saúde Baseados nos Cuidados de Saúde Primários** como uma ampla abordagem da organização e funcionamento dos sistemas de saúde, o que o torna o direito a alcançar o mais elevado nível de saúde possível o seu principal objetivo, ao mesmo tempo que maximiza a igualdade e a solidariedade do sistema. Um sistema desta natureza é guiado pelos princípios próprios da APS, tais como satisfazer as necessidades de saúde da população; orientação para a qualidade, responsabilidade e prestação de contas dos governos; justiça social; sustentabilidade; participação, e intersetorialidade. Organização Pan-Americana da Saúde. A renovação dos cuidados de saúde primários nas Américas: documento de posição da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Washington, D.C: OPAS; 2007.

[4] O conceito de **rede** tem inúmeros significados e aplicações. Por exemplo, do ponto de vista sociológico, as redes "correspondem a um mecanismo central do processo de inclusão e integração social do indivíduo contemporâneo, bem como a um modo de organização particularmente adaptado ao funcionamento social atual, portador de um forte potencial político devido a sua capacidade de transformar a realidade" (Bertolotto F, Mancheno M. Las redes: una estrategia para la reducción de la segmentación de los sistemas de salud: contribución al seminario internacional GTZ/OPS/MSP/ASSE [não publicado, cópia disponível a solicitação] sobre redes e sistemas integrados de serviços de saúde, Montevidéu, 16-17 de outubro de 2008). No domínio dos serviços de saúde, o termo **rede de serviços** refere-se principalmente a: a) articulação funcional de unidades provedoras de diferente natureza; b) organização hierárquica consoante os níveis de complexidade; c) um referente geográfico comum; d) o comando de um operador único; e) normas de funcionamento, sistemas de informação e outros recursos logísticos partilhados; e f) um propósito comum.

[5] **Igualdade** em material de saúde se refere à ausência de diferenças injustas no estado de saúde, no acesso à atenção à saúde e aos ambientes saudáveis, e no tratamento que é dado no sistema de saúde e em outros serviços sociais. Organização Pan-Americana da Saúde. A renovação dos cuidados de saúde primários nas Américas: documento de posição da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Washington, D.C: OPAS; 2007.

definida, e que está disposta a prestar contas sobre seus resultados clínicos e econômicos e o estado de saúde da população à que serve (Modificado de Shortell, SM; Anderson DA; Gillies, RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare Forum Journal 1993;36(2):20-6).

16. De acordo com a definição supracitada, as RISS não requerem que todos os serviços que as compõem sejam de propriedade exclusiva. Pelo contrário, alguns de seus serviços podem ser prestados através de arranjos contratuais ou alianças estratégicas, denominados "integração virtual". Esta característica das RISS permite buscar opções de complementação dos serviços entre organizações de natureza jurídica diferente, quer sejam públicas quer sejam privadas. O setor não-governamental desempenha um papel importante na prestação de serviços de saúde em vários países da Região. Da parte dos governos e de outros que se empenham para o alcance das metas de saúde globais, há um grande interesse em tirar vantagem das oportunidades do número significativo de contatos entre as populações alvo de intervenções e o setor não-governamental com e sem fins lucrativos. A iniciativa de RISS proporciona ainda um quadro de trabalho adequado para a colaboração entre os diferentes países, através de esforços tais como os "serviços partilhados" das ilhas pequenas do Caribe e a complementação de serviços em fronteiras comuns.

Atributos essenciais das RISS

17. Dada à grande variedade de contextos nos países, não é possível prescrever um padrão organizacional único para as RISS; na realidade, existem muitos modelos possíveis. O objetivo da política pública, no entanto, é propor um modelo que satisfaça as necessidades organizacionais específicas de todos os sistemas. Não obstante, as evidências empíricas acumuladas e as consultas com os países indicam que as RISS devem adotar os seguintes atributos essenciais para o seu bom funcionamento:

1) população coberta e território definido e amplo conhecimento de suas necessidades e preferências em questões de saúde, que determinam a prestação de serviços de saúde;

---

[6] **Serviços de saúde integrais** se referem à gestão e prestação de serviços de saúde de forma tal que as pessoas continuem a receber serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de doenças, reabilitação e cuidados paliativos, através dos diferentes níveis e locais de atenção do sistema de saúde, e de acordo com suas necessidades ao longo do ciclo de vida (Modificação da OMS. Integrated health services–what and why? Technical Brief No. 1, May 2008). Por outro lado, assistência contínua corresponde ao grau em que uma série de eventos discretos dos cuidados de saúde é experimentada pelas pessoas como coerentes e interligados, e são consistentes com suas necessidades e preferências (Modificação de Hagerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, Mc Kendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ 2003;327(7425):1219-1221).

2) uma rede extensa de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de doenças, reabilitação e assistência paliativa, e que integra os programas que incidem sobre doenças, riscos e populações específicas, serviços de saúde pessoais e serviços de saúde pública;[7]

3) uma atenção primária multidisciplinar que abrange toda a população e serve como porta de entrada ao sistema, integra e coordena a atenção à saúde, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população;

4) prestação de serviços especializados no lugar mais apropriado, oferecidos de preferência em ambientes extra-hospitalares;

5) existência de mecanismos de coordenação de assistência permanente aos serviços de saúde;

6) atenção à saúde centrada na pessoa, família e comunidade, levando em consideração as particularidades culturais e de gênero, e os níveis de diversidade da população;

7) um sistema de governança[8] única para toda a rede;

8) Uma ampla participação social;

9) gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;

10) recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede;

11) sistema integrado de informação entre todos os membros da rede, com desagregação dos dados por sexo, idade, lugar de residência, etnia e outras variáveis pertinentes;

---

[7] **Saúde pública** é o esforço organizado da sociedade, principalmente através de instituições de caráter público, para melhorar, promover, proteger e restaurar a saúde das populações por meio de atuações de alcance coletivo, e inclui serviços tais como análise de situação da saúde, vigilância da saúde, promoção da saúde, serviços preventivos, controle das doenças transmissíveis, proteção e saneamento do meio ambiente, preparação e resposta a desastres e emergências sanitárias, e saúde ocupacional, entre outros (Organização Pan-Americana da Saúde. A saúde pública nas Américas: novos conceitos, análise do desempenho e das bases para a ação. Publicação científica e técnica No. 589. Washington, D.C: OPAS; 2007).

[8] **Governança** tem a ver essencialmente com "o processo de criação de uma visão e missão da organização o que virá a ser e o que fará, além de definir as metas e os objetivos a serem cumpridos para o alcance da visão e missão. A governança inclui a articulação da organização, de seus proprietários e das políticas decorrentes destes valores – políticas sobre as opções que seus membros devem tomar para o alcance dos resultados previstos. Inclui ainda a implementação da gestão necessária para o alcance destes resultados e a avaliação do desempenho dos gerentes e da organização" (Sinclair D, Rochon M, Leatt P. 2005. Riding the third rail: the story of Ontario's health services restructuring commission. 1996-2000. The Institute for Research on Public Policy, Montreal.65-6).

12) financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com os objetivos da rede; e

13) ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e igualdade na saúde.

18. A descrição de cada atributo essencial das RISS acima referido é apresentada na tabela 1.

Tabela 1. Descrição dos atributos essenciais das RISS

Atributos	Descrição
1. População e território dependentes definidos e um amplo conhecimento de suas necessidades e preferências em questões de saúde, que determinam a oferta de serviços de saúde.	A função principal das RISS é prover serviços de saúde integrais à população, de forma equitativa, com o objetivo de promover, preservar ou recuperar a saúde das pessoas e da comunidade em geral. Para alcançar este objetivo, as RISS devem ser capazes de identificar claramente as populações e as áreas geográficas sob sua responsabilidade. O conhecimento da população e do território dependentes permite elaborar perfis da situação de saúde da população, em particular, dos grupos mais vulneráveis, e do seu ambiente circundante. Para a compilação de dados, as RISS coordenam os esforços de pesquisa de informação com a comunidade e outros organismos públicos e privados pertinentes. A meta é gerar uma base de dados sobre a comunidade que possa ser atualizada, facilitando assim o planejamento atual e futuro dos serviços de saúde. Implica também a capacidade de elaborar projeções sobre as necessidades, procuras e ofertas futuras de serviços de saúde que incluem o número, a composição e a distribuição dos profissionais de saúde; recursos físicos; e programas de saúde necessários para cobrir as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade.
2. Uma rede extensa de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de doenças, reabilitação e assistência paliativa, e que integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde das pessoas e os de saúde pública.	Para garantir a prestação de serviços de saúde gerais, as RISS contam com uma grande variedade de estabelecimentos de saúde que incluem centros ambulatórios de atenção primária, centros de enfermagem, asilos, assistência domiciliar, centros ambulatórios especializados, centros de reabilitação e hospitais. As RISS dispõem de todos os níveis de atenção, prestam serviços optativos e de emergência, e proporcionam serviços de atenção intensivos, de longa duração e paliativos. Dado que seu enfoque principal é manter a população sã, as RISS estão preocupadas em salientar a prestação de serviços de saúde pública e de promoção da saúde. As RISS tratam de assegurar uma justa distribuição de suas unidades operacionais e a sua proximidade geográfica à população alvo. De igual modo, as RISS preocupam-se em assistir dimensões populacionais ideais, com vista a facilitar o acesso à oferta de serviços; garantir padrões de qualidade naqueles serviços de especialidade cuja qualidade depende do volume de entrega (por exemplo, cirurgia cardíaca ou transplante);e elevar ao máximo as economias de escala para o funcionamento da rede. Por fim, as RISS estão preocupadas em integrar entre si os programas que incidem sobre doenças, riscos e populações específicos, serviços pessoais e serviços de saúde pública.
3. Uma atenção primária multidisciplinar que abrange toda a população e serve como porta de entrada ao sistema, que integra e coordena a atenção à saúde, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população.	O primeiro nível de atenção em uma RISS desempenha um papel fundamental no funcionamento adequado da rede como um todo. A atenção primária funciona como porta de entrada ao sistema e garante o acesso equitativo a serviços essenciais a toda a população. Este nível proporciona atenção integra que podem satisfazer a maior parte das necessidades e exigências de saúde da população ao longo do tempo e durante todo o ciclo vital. A componente da rede é que desenvolve os vínculos mais profundos com os indivíduos, as famílias e a comunidade, e com o restante dos setores sociais, facilitando assim a participação social e a ação intersetorial. A atenção primária desempenha, além disso, um papel muito importante na coordenação da continuidade dos serviços e do fluxo de informação, através de toda a rede de serviços, independentemente da localidade ou foco de atenção. É também o nível mais crítico para a integração operacional dos programas focalizados em doenças, riscos e populações específicos, serviços de saúde pessoal e os serviços de saúde pública. Numa RISS, o primeiro nível não se limita à prestação de serviços de saúde nos centros de

Atributos	Descrição
	saúde. Os profissionais multidisciplinares da saúde podem circular em toda a rede de serviços da rede e prestar atenção em diferentes locais, tais como os lares, as escolas, os locais de trabalho e a comunidade em geral. Outrossim, especialistas em disciplinas diferentes podem prover serviços de saúde neste nível de atenção.
4. Prestação de serviços especializados no local mais adequado, oferecidos de preferência em ambientes extra-hospitalares.	O desenvolvimento das RISS requer ajustes contínuos na oferta de serviços de saúde, como resultado de mudanças nas necessidades de saúde da população, nos níveis de recursos do setor e nos avanços em matéria de conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde. Cuidado apropriado, no entanto, significa que a atenção prestada é ajustada às necessidades comuns de toda a população, assim como a necessidades específicas de determinados subgrupos da população; que a atenção seja eficaz e com base nos melhores dados científicos disponíveis; que as intervenções são seguras e as pessoas não sofrerão danos ou perdas de qualquer espécie; e que as prioridades para a atribuição e organização dos recursos são estabelecidas de acordo com os critérios de igualdade e de eficiência econômica (como por exemplo, custo-eficácia). Neste contexto, é preferível a prestação de serviços especializados em ambientes extra-hospitalares. Como resultado do acima exposto, as RISS estão conduzindo processos de reengenharia de seus hospitais que, por um lado, envolvem a adoção de regimes de cirurgia ambulatória e hospitais de dia, o desenvolvimento de atenção domiciliária e a criação de centros ambulatórios de especialidade, asilos e lares de idosos e, por outro, o atendimento intra-hospitalar no tratamento de pacientes que necessitam de cuidados críticos intensivos.
5. Existência de mecanismos de coordenação assistencial para os serviços de saúde, de forma continua.	Um dos maiores desafios das RISS é administrar múltiplas condições crônicas e complexas que dificultam a continuidade dos serviços e que requerem diferentes locais de tratamento e reabilitação. A este respeito, não há uma combinação ideal de mecanismos de coordenação, senão que estes dependerão de cada situação em particular e, mais concretamente, do grau de incerteza, especialização e interdependência das tarefas. Em geral, as situações que exigem níveis mais elevados de coordenação assistencial são vistas em problemas de saúde complexos que apresentam um elevado nível de incerteza e interdependência e, por conseguinte, requerem modelos de co- prestação de serviços. Os instrumentos ou mecanismos de coordenação tradicionalmente utilizados pelas organizações de saúde baseiam-se na padronização dos processos/resultados e adaptação mútua. Os guias de prática clínica e os protocolos de atenção são exemplos de instrumentos de coordenação baseados na padronização dos processos. Este tipo de mecanismos pode ser utilizado eficazmente quando a interdependência entre os profissionais não é elevada, a variabilidade de respostas às intervenções médicas entre pacientes é mínima, e quando é facilitada a programação da atenção. Por outro lado, a adaptação mútua, isto é, a coordenação do trabalho mediante mecanismos de coordenação orgânicos que promovem a comunicação entre profissionais envolvidos no mesmo processo assistencial, é mais eficaz para coordenar a atenção a problemas de saúde complexos que envolvem um elevado nível de incerteza e interdependências. Exemplos desta última forma de coordenação são os grupos de trabalho interdisciplinar, os projetos de matriz organizacional que combinam a estrutura ajustada ao nível assistencial e o processo de atenção e gestão de casos (Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). *Organizações sanitárias Integradas: um estudo de casos*. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya).

Atributos	Descrição
6. Atenção à saúde centrada no indivíduo, família e comunidade, tendo em consideração as particularidades culturais e de gênero, e os níveis de diversidade da população.	As RISS caracterizam-se por oferecer uma atenção à saúde centrada no indivíduo, família e comunidade ou território. O cuidado centrado no indivíduo significa que incide na "pessoa como um todo", ou seja, o cuidado considera as dimensões físicas, mentais, emocionais, espirituais e sociais do indivíduo. Isto também significa que os serviços de saúde incorporam as abordagens interculturais e de gênero nos cuidados de saúde. Envolve o grau de conhecimento que os profissionais de saúde têm sobre o indivíduo; que os cuidados se adaptem às necessidades específicas da pessoa; que haja empatia, respeito e confiança;e que o processo de decisão clínica seja compartilhado entre o provedor e o indivíduo. Os cuidados centrados no individuo estão igualmente ligados à abordagem dos direitos (e em certos casos, nos deveres) das pessoas ou pacientes com relação aos cuidados de saúde, que têm sido expressos nas chamadas "Cartas dos Pacientes", em alguns países. Além disso, o foco na família e comunidade significa que os cuidados não se baseiam apenas em uma perspectiva individual ou clínica. Pelo contrário, significa que os cuidados abordam os problemas do indivíduo no contexto de suas circunstâncias familiares, suas redes sociais e culturais, e das circunstâncias nas quais as pessoas vivem e trabalham. O núcleo da abordagem da saúde familiar e da comunidade é um conjunto de práticas individuais, familiares e comunitárias instrumentais para a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis e a atenção inclusiva, a prevenção de doenças, a assistência domiciliária para o paciente e a melhoria dos comportamentos de procura de atenção, bem como o cumprimento dos conselhos dos provedores de assistência sanitária. Por último, significa também que as famílias e as comunidades são, em si, receptoras de serviços de saúde de forma participativa, respeitando as diversidades de gênero, culturais, étnicas e de outro tipo que possam existir no seio da comunidade.
7. Um sistema de governança única para toda a rede.	As dimensões da governança incluem o controle, a estrutura, a composição e o funcionamento. O controle refere-se ao grau de centralização do governo, que pode variar de um órgão de governo único (governo corporativo) para uma variedade de órgãos descentralizados, com diferentes funções e responsabilidades. Os membros do Conselho determinam a composição do corpo diretivo, que pode incluir representantes das comunidades e das unidades operacionais que integram a rede. A complexidade do governo das RISS requererá a presença de membros com grande dedicação e uma preparação específica. As responsabilidades do governo incluem a formulação de propósitos da organização, ou seja, a missão, a visão e os objetivos estratégicos da rede; coordenar os diferentes corpos diretivos das instituições que formam a rede; assegurar que a visão, a missão, os objetivos e as estratégias sejam coerentes em toda a rede em geral; garantir que a rede atinja um ótimo nível de desempenho, através de monitoramento e avaliação dos resultados e os processos da rede; padronizar as funções clínicas e administrativas da rede; assegurar um financiamento adequado para a rede; e assumir a eficácia do seu próprio desempenho como órgão diretivo (Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). Organizações Sanitárias Integradas: um estudo de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya). Finalmente, em países que dependem altamente de financiamentos externos (por exemplo, instituições financeiras e/ou doadores externos), a função da governança deverá incluir também a capacidade de conduzir e ajustar a cooperação internacional para o desenvolvimento das RISS, como a melhor alternativa para a organização, gestão e prestação de serviços de saúde rumo à integração dos programas voltados para doenças, riscos e populações específicas dentro do sistema de saúde.

Atributos	Descrição
8. Ampla participação social.	As RISS promovem atividades que permitem os indivíduos controlar melhor sua saúde (por exemplo, mediante a educação sanitária, o autocuidado e a autogestão da doença), além de estimular a capacidade das comunidades para se tornarem parceiras ativas na determinação de prioridades, da gestão, da avaliação e da regulamentação da rede. A participação social pode ter diferentes níveis de expressão que, por sua vez, correspondem a: a) intercâmbio de informações, ou seja, proporcionando informação equilibrada, que ajude as pessoas a entender o problema, as alternativas, as oportunidades e/ou soluções; b) consulta, isto é, obtendo resposta das comunidades afetadas com respeito à análise, alternativas e/ou decisões; c) participação, ou seja, trabalhando diretamente com as comunidades através de um processo que garanta que as preocupações e as aspirações do público sejam compreendidas e consideradas de forma consistente; d) colaboração, isto é, associar-se às comunidades afetadas em todos os aspectos das decisões, incluindo o desenvolvimento de alternativas e a identificação da solução preferida, e, finalmente, e) a empoderamento, ou seja, garantir que as comunidades tenham controle completo sobre as decisões-chave que afetam o seu bem-estar (Commission on Social Determinants of Health. Translating the social determinants evidence into a health equity agenda at the country level: a progress report on the country stream of work in the CSDH. CSDH Country Work Report; Outubro de 2007).
9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico.	Os arranjos de gestão da rede dependerão de seu tamanho (população coberta, área geográfica coberta, força de trabalho empregada, etc.) e nível de complexidade (tipo de estabelecimentos de saúde, existência de centros de referência nacionais ou regionais, existência de funções docentes ou de pesquisa, etc.). As RISS de grande tamanho e maior complexidade requerem desenhos organizacionais mais refinados que buscam a delegação do poder de decisão e a coordenação organizacional. As mudanças de gestão incluem o traspasse de gestão de departamentos individuais a equipes multidisciplinares responsáveis por administrar serviços específicos através do contínuo de atenção para os grupos populacionais, propiciando a criação de estruturas organizacionais matriciais e linhas de serviço clínico (Leiga, F. Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice. Health policy 81 (2007):258-279). As RISS desenvolvem além disso sistemas de garantia/melhoria contínua da qualidade da atenção para toda a rede, já que estes sistemas ajudam promover uma cultura de excelência clínica através de todo o sistema. Por outro lado, as RISS buscam centralizar as funções de apoio clínico (por exemplo, serviços de laboratório clínico e radiologia) e de compra, armazenamento e entrega de medicamentos e insumos médicos para promover a eficiência global da rede, ao mesmo tempo que implementam mecanismos de gestão e avaliação de tecnologias para racionalizar a incorporação destas. Por fim, as RISS buscam compartilhar os sistemas de apoio logístico, tais como o sistema de transporte sanitário e das centrais de regulamentação das consultas médicas.
10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede.	Os recursos humanos são o capital mais importante que um RISS possui. O número, a distribuição e as competências adequadas destes recursos humanos são traduzidos diretamente na disponibilidade dos cuidados e serviços apropriados para as necessidades da população e do território. Neste sentido a definição da composição das equipes básicas de saúde com relação à cobertura geográfica apropriada é indispensável e é a base referente para o planejamento e dotação do recurso humano da rede. Desde o ponto de vista do manejo de pessoal, as RISS examinam o papel do pessoal da saúde do ponto de vista da saúde pública e a resposta clínica, bem como do ponto de vista de estrutura e gestão organizacional. As RISS requerem um conjunto de aptidões e linhas de responsabilidades diferentes das requeridas pelos serviços de saúde tradicionais. São necessários novos postos (por exemplo, diretores de integração clínica, planejamento e desenvolvimento de rede), além de novas competências (por

Atributos	Descrição
	exemplo, a abordagem sistêmica, a negociação, a gestão de conflitos, a gestão da mudança, os métodos de melhoria contínua da qualidade, a criação de equipes de trabalho e a gestão de redes). Em uma RISS, a mistura de competências pode ser obtida com emprego de diferentes tipos de profissionais trabalhando em uma mesma tarefa (equipes multidisciplinares), ou mediante a atribuição de tarefas múltiplas a um indivíduo específico (trabalhador multiuso). As RISS requerem a elaboração de um plano de desenvolvimento organizacional para alcançar as mudanças previstas e os processos sistemáticos de educação permanente, com vista a ajustar as competências das equipes de trabalho. Num sentido mais amplo, as RISS requerem políticas nacionais de formação e gestão de recursos humanos que sejam compatíveis com as necessidades do trabalho em rede. Por último, a cultura organizacional é um dos fatores básicos que influem na coordenação no seio da organização. A cultura contribui para a coordenação assistencial com um elemento de coesão e identificação entre os membros que trabalham na organização, especialmente se promover valores e atitudes de colaboração, trabalho em equipe e orientação para resultados.
11. Sistema de informação integrado entre todos os membros da rede, com desagregação dos dados por sexo, idade, lugar de residência, etnia e outras variáveis relevantes.	O sistema de informação das RISS deve proporcionar uma grande variedade de dados para satisfazer as necessidades de informação de todos os membros da rede. Todas as unidades operacionais afiliadas à rede devem estar ligadas ao sistema de informação, embora cada unidade operacional use diferentes partes da base de dados do sistema. O sistema de informação deve ser coerente com a missão e o plano estratégico da rede e deve fornecer informações sobre a situação de saúde da população servida (incluindo informação sobre os determinantes da saúde), a procura e a utilização dos serviços; Informações operacionais sobre a trajetória do paciente independente do local de atenção (admissão, alta, encaminhamento); informação clínica; informação sobre a satisfação dos usuários com os serviços; e informação econômica (faturação, tipo de afiliação, custos, etc.). Por outro lado, alguns dos elementos básicos a incluir no sistema de informação são: um sistema de integração de aplicações vinculados aos diferentes sistemas dentro da rede; um identificador comum e único para cada indivíduo/paciente; uma definição comum de termos e definições de normas;e uma base de dados acessíveis para todos os membros do sistema e preserve a confidencialidade da informação. Um aspecto importante relacionado aos sistemas de informação é que as RISS devem fazer pesquisas operacionais com vários fins, como aperfeiçoar o diagnóstico da situação de saúde ou contribuir para as avaliações de desempenho e os resultados da rede. Para este feito, as RISS podem desenvolver capacidades próprias e/ou contratar serviços com empresas consultoras, universidades ou outras instituições de pesquisa.
12. Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com os objetivos da rede.	As RISS estão criando um sistema de incentivos e de prestação de contas que visa promover a integração da rede como um todo, o tratamento dos problemas de saúde no lugar mais apropriado de assistência contínua e a promoção e preservação da saúde das pessoas e o meio ambiente. Para isso, o sistema de alocação de recursos deve permitir a responsabilidade de todas as unidades operacionais—hospitais, equipes de atenção primária, etc.—tanto dos custos diretos, como das despesas que geram sobre o resto da rede. A integração do orçamento e sua elaboração a partir dos objetivos globais, a flexibilidade na mobilidade dos recursos econômicos e humanos no seio da rede e a transferência da capacidade de compra às unidades operacionais, são algumas das medidas mais eficazes para se alcançar a eficiência global da rede. Os sistemas de pagamento tradicionais que são aplicados de maneira independente para cada estabelecimento e o nível de atenção (por exemplo, o pagamento pelos serviços prestados, pagamento pelos serviços ou

Atributos	Descrição
	pagamento por orçamento) desencorajam a coordenação entre os níveis de assistência. Em resposta ao supracitado, as RISS estão introduzindo mecanismos de alocação de recursos e incentivos financeiros para o fomento da coordenação entre os provedores de serviços e a abordagem do problema da saúde no lugar mais apropriado na continuidade da atenção (por exemplo, o pagamento per capita ajustado ao risco).
13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e igualdade na saúde.	As RISS desenvolvem contactos com outros setores para a abordagem dos determinantes mais "distais" da saúde e igualdade na saúde. A ação intersetorial pode incluir a colaboração com o setor público, o setor privado e organizações civis, designadamente as organizações comunitárias, organizações não-governamentais e organizações religiosas. A ação intersetorial pode incluir a colaboração com os setores de educação, trabalho, habitação, alimentação, ambiente, água e saneamento, proteção social, entre outros. Existem vários níveis de integração nas ações intersetoriais, que vão desde um intercâmbio fácil de informações para evitar programações que entrem em conflito com outros setores, passando pela coordenação, até a integração das políticas públicas saudáveis para uma maior harmonização e sinergia entre os diferentes setores da economia. Para o sucesso da colaboração intersetorial são necessários níveis elevados de competências técnicas, aptidões administrativas e valores partilhados entre os setores que estão sendo integrados. A coordenação com outros serviços pode ocorrer mediante a participação em conselhos consultivos, comitês permanentes e grupos de trabalho intersetoriais, entre outros.

19. Estudos vários sugerem que as RISS melhoram a acessibilidade do sistema, reduzem a fragmentação dos atenção à saúde; evitam a duplicação de infra-estruturas e serviços e melhoram a eficiência do sistema; Reduzem os custos de produção e respondem melhor às necessidades e expectativas das pessoas e das comunidades (*24 25-30*). Em qualquer caso, o nível de provas empíricas sobre os resultados dos modelos de atenção integrada, incluindo as redes, continua sendo limitado, especialmente nos países de baixa e média renda (*31-32*).

Instrumentos de política e mecanismos institucionais para a criação das RISS

20. Os responsáveis pela tomada de decisões políticas, os gestores e os provedores de serviços de saúde dispõem de uma série de instrumentos de política pública e de mecanismos institucionais que podem ajudá-los na constituição das RISS. Os *instrumentos de política* representam as formas e meios (estratégias e recursos) que os governos utilizam para alcançar suas metas e objetivos e compreendem instrumentos jurídicos, o desenvolvimento de capacidades de outros, impostos e tarifas, despesas e subsídios, e a exortação e informação. Exemplos da aplicação de alguns destes instrumentos específicos ao tema de RISS incluem: a) repartição da população que será tratada com base no território; b) planejamento dos serviços de acordo com as necessidades da população; c) definição de uma pasta geral de serviços de saúde; d) padronização do modelo de atenção centrado no indivíduo, família e comunidade; e) padronização da abordagem intercultural e de gênero nos serviços, abarcando o recurso à medicina tradicional; f) sensibilidade para a diversidade da população; g) normalização da porta de entrada ao sistema; h) regulamentação do acesso a atenção especializada; i) guias de prática clínica; j) políticas de educação e gestão dos recursos humanos compatíveis com as RISS; k) pagamento per capita ajustado às condições de risco da população; l) políticas públicas integradas entre os diferentes setores; e m) colaboração intersetorial para a abordagem dos determinantes da saúde e igualdade na saúde.

21. *Mecanismos institucionais* são os que podem ser criados nas instituições gestoras/provedoras de serviços de saúde, e podem agrupar-se em vias clínicas e vias não-clínicas. Vias clínicas correspondem aos mecanismos relacionados com a assistência de saúde propriamente dita, e incluem, por exemplo: a) equipes multidisciplinares; b) rotação de pessoal entre os níveis de atenção; c) história clínica única (eletrônica) d) guias de referência e contrarreferência; e) gestão de casos; f) telessaúde; e g) autocuidado e atenção domiciliária, devidamente apoiados e remunerados. Vias não- clínicas dizem respeito aos mecanismos de apoio ao processo de assistência e incluem: a) missão e visão da organização partilhadas; b) planejamento estratégico, atribuição de recursos e avaliação do desempenho partilhados; c) definição de funções e responsabilidades de cada componente da rede como parte da prestação contínua de serviços de saúde; c) participação dos profissionais de saúde e dos usuários na governança; d) conceitos de organização de matrizes; e) centrais de regulamentação

únicas de visitas; f) sistemas de apoio clínico e logístico partilhados; g) identificador (código) de usuário único; e, h) equipes de assistência social para a coordenação intersetorial.

22. A pertinência dos instrumentos e mecanismos ora mencionados (e outros não mencionados neste documento) dependerá da viabilidade política, técnica, econômica e social de cada situação. Em qualquer caso, independentemente dos instrumentos ou mecanismos utilizados, estes devem ser sempre apoiados por uma política de Estado que promova as RISS, como uma estratégia fundamental para a realização de serviços de saúde mais acessíveis e abrangentes. Por sua vez, este quadro político deverá basear-se em uma referência jurídica coerente e de acordo com o desenvolvimento das RISS, em pesquisa operacional e no melhor conhecimento científico e provas disponíveis.

Monitoramento e a avaliação das RISS

23. O monitoramento e a avaliação têm por objetivo melhorar a qualidade das decisões e da prestação de contas de todos os atores que constituem as RISS, tais como os pacientes, provedores, gestores, órgãos diretivos, seguradoras e pagadores de serviços, decisores políticos e cidadãos em geral. O monitoramento e a avaliação do desempenho das RISS constituem sérios desafios técnicos, como a necessidade de uma abordagem sistêmica de avaliação, dificuldades metodológicas inerentes à abordagem sistêmica e a pouca disponibilidade, bem como a comparabilidade de dados. Atualmente, a OPAS não dispõe de qualquer metodologia para avaliar as RISS. O Escritório tem a intenção de desenvolvê-las como parte da iniciativa das RISS. Porém, o Escritório considera que o monitoramento e a avaliação das RISS deveriam incluir medições que abordem minimamente os aspectos de recursos e insumos, os processos e resultados na saúde. Por outro lado, as metodologias deverão ser construídas com base no que já existe e em coordenação com os esforços de renovação da APS ao nível mundial, incluindo a iniciativa da OMS de "Maximizar as Sinergias Positivas entre os Sistemas de Saúde e as Iniciativas Globais de Saúde" assinaladas anteriormente no parágrafo 11 do presente documento. Deste modo, a iniciativa de RISS contribuirá para melhorar o processo de decisões baseadas em dados comprovados através do reforço de capacidades dos países, com vista a gerar e utilizar a informação em matéria de saúde.

Prioridades e estratégia de cooperação técnica

24. A última implementação das RISS proporcionou valiosas lições que ajudam a desenvolver uma estratégia de execução bem-sucedida. Entre as lições mais importantes constatou-se que: a) os processos de integração são difíceis, complexos e com prazos muito longos; b) os processos de integração exigem mudanças sistêmicas amplas e, não basta com intervenções pontuais; c) os processos de integração requerem o compromisso dos profissionais de saúde, gestores dos serviços e decisores de política; e d) a integração

dos serviços não significa que tudo tem que estar integrado em uma única modalidade; Existem inúmeras formas e níveis de integração que podem coexistir num mesmo sistema (*33-35*).

25. A grande variedade de contextos externos e as realidades internas dos sistemas de saúde impedem que sejam feitas recomendações regionais rígidas e excessivamente específicas para a criação das RISS. Cada país ou realidade local deverá formular a sua própria estratégia para o estabelecimento das RISS, de acordo com suas circunstâncias políticas, recursos econômicos, capacidades administrativas e desenvolvimento histórico do setor. Porém, a iniciativa das RISS deve contar com uma "folha de rota" que, sem desconhecer as diferentes realidades dos países, permita estabelecer algumas áreas prioritárias de ação e dispor de um cronograma geral de execução.

26. No que diz respeito às prioridades de cooperação técnica da OPAS, as consultas com os países têm dado ênfase às seguintes prioridades de cooperação: a) sistemas de informação (atributo 11), b) governança (atributo 7), c) gestão (atributo 9), d) financiamento e incentivos (atributo 12), e) atenção primária (atributo 3), f) recursos humanos (atributo 10), g) mecanismos de coordenação da assistência (atributo 5) e h) abordagem da atenção à saúde (atributo 6). O incentivo à pesquisa operacional; a avaliação contínua de experiências e práticas; a produção, organização e disseminação de conhecimentos científicos, provas empíricas e lições aprendidas sobre RISS constituem também um componente fundamental da cooperação técnica. Relativamente à execução, a primeira fase da iniciativa (2009-2010) corresponderá à fase de identificação dos principais problemas da fragmentação dos serviços de saúde e da elaboração de planos nacionais para o desenvolvimento das RISS. A segunda fase (a partir de 2010) corresponderá à execução dos planos nacionais e sua avaliação contínua. Para isso, a OPAS dará prioridade aos países que programaram a criação das RISS nos seus respectivos planos de trabalho para os biênios 2008-2009 e 2010-2011.

27. A iniciativa das RISS faz parte do Objetivo Estratégico No. 10 do Plano Estratégico 2008-2012, e, mais especificamente, apóia as realizações do que foi previsto ao nível regional 10.2, que diz que "Os Estados Membros são apoiados através da cooperação técnica, para a execução de estratégias de reforço da gestão de serviços de saúde e integração da prestação de serviços de saúde, incluindo os provedores públicos e não-públicos".

28. O avanço regional da iniciativa será avaliado mediante o indicador 10.2.2 do Plano Estratégico, ou seja: "Número de países que adotaram as recomendações de políticas da OPAS para a integração das redes de prestação de serviços de saúde, incluindo os provedores públicos e não-públicos". A linha de base deste indicador para o ano 2007 era de 3 países, e as metas para os anos 2009, 2011 e 2013 correspondem a 8, 10 e 13 países, respectivamente (ver Tabela 1). Por outro lado, o avanço em termos de

países será avaliado com base em indicadores de progresso estabelecidos em todos os planos nacionais, de acordo com as particularidades de cada um.

Tabela 1. Indicadores de progresso da iniciativa de RISS

Indicador	Ano						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Estados-membros							
• Países que adotaram as recomendações de políticas da OPAS para integrar as redes de prestação de serviços de saúde (número de países)	3	5	8	9	10	12	13
• Elaboração e implementação de planos nacionais para o desenvolvimento das RISS (número de países)			3	1	1	2	1
• Avaliação do impacto dos planos nacionais (número de países)							7
Repartição Sanitária Pan-Americana							
• Formação de rede de entidades técnicas colaboradoras em matéria de RISS			√	√			
• Conclusão do documento de posição da OPAS sobre as RISS				√			
• Desenvolvimento de metodologias e instrumentos em apoio às RISS				√	√		
• Desenvolvimento de estudos de caso de integração de serviços			√	√			
• Encontros regionais e sub-regionais de intercâmbio de experiências e boas práticas				√	√	√	√
• Assistência técnica direta e visitas de campo							
• Monitoração da iniciativa e coordenação com iniciativas globais de consolidação de sistemas de saúde e integração de serviços		√	√	√	√	√	√
		√	√	√	√	√	√

29. Em apoio a esta iniciativa, a Repartição Sanitária Pan-Americana tem um orçamento operacional total de US$1,3 milhões para os biênios 2008-2009 e 2010–2011, que compreende fundos regulares, outras fontes, a contribuição regional e dos escritórios nos países. O Escritório programou recursos equivalentes ao trabalho de um Consultor Regional em tempo integral, e o apoio dos consultores de sistemas e serviços de saúde dos países participantes. Além disso, a iniciativa das RISS funcionará de forma interprogramática no Escritório, no quadro do realinhamento da Organização com a estratégia da APS.

30. Por último, a OPAS foi capaz de consolidar o apoio de outros sócios para a iniciativa, dentre os quais o Ministério da Saúde do Brasil, o Organismo Alemão de Cooperação Técnica (GTZ), o Consórcio Hospitalar de Catalunha (CHC), a Cooperativa de Hospitais de Antióquia (COHAN), a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), e a Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (AECID), através do Fundo Espanha-OPAS. Em todo caso, a OPAS tentará aumentar o número de sócios em 2009.

Intervenção do Comitê Executivo

31. Solicita-se ao Conselho Diretor que examine as informações apresentadas neste documento e que estude a para analisar este documento e estude a possibilidade de aprovar a resolução recomendada pelo Comitê Executivo em sua 144ª sessão, que se encontra no Anexo C.

Bibliografia

1. OPS (2007). Salud en las Américas 2007 (Vol. I). Washington, DC: OPS.
2. Mesa-Lago C (2008). Reassembling social security: a survey of pensions and health care reforms in Latin America. New York: Oxford University Press, Inc.
3. Banco Interamericano de Desarrollo (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Oficina del Economista Jefe. Documento de trabajo 353.
4. WHO (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: WHO.
5. WHO (2000). The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO.
6. WHO (2008). The World Health Report 2008: Primary health care: now more than ever. Geneva: WHO.
7. OPS (2007). Salud en las Américas 2007 (Vol. I). Washington, DC: OPS.
8. Ham C, (2007). Clinically integrated systems: the next step in English health reform? Briefing Paper. The Nuffield Trust.

9. OPS (2007). Salud en las Américas 2007 (Vol. I). Washington, DC: OPS.
10. OPS (2005). Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de atención primaria de salud (Declaración de Montevideo). Documento CD46/13 del 46.º Consejo Directivo, 57.ª Sesión del Comité Regional. Washington, DC, EUA, 26-30 de septiembre del 2005.
11. Ministros de Salud de las Américas (2007). Agenda de Salud para las Américas 2008-2017: presentada por los ministros de salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, junio del 2007.
12. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud; Secretaría General Iberoamericana; XVII Cumbre Iberoamericana (2007). Consenso de Iquique. IX Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud. Iquique, Chile.
13. OPS y Escuela de Salud Pública de Chile (2004). Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Volúmenes I y II. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud. Copia disponible a solicitud.
14. OPS y Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2004). Estudo regional sobre a assistência hospitalar e ambulatorial especializada na América Latina e Caribe. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud.
15. OPS (1999). Reunión centroamericana de redes de servicios de salud: informe final: San José, Costa Rica, 20-22 de agosto de 1997. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.
16. GAVI (2006). GAVI Alliance Strategy (2007-2010). GAVI Secretariat, 6 June 2006.
17. Global Fund. Fact sheet: The Global Fund's approach to health systems strengthening. Global Fund Fact Sheet Series, 5 of 6, 15 September 2008.
    Available at:
    http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/9/CP_Pol_R9_FactSheet_5_HSS_en.pdf.
18. The World Bank (2008). Proceedings of the Consultation on "Integration of Health System Operations and Priority Health, Nutrition and Population Interventions: Concepts, Evidence and Application." May 12-13, 2008. Washington, DC: The World Bank.
19. World Bank. Latin America and the Caribbean Region. Press Release No. 2009/212/LCR.
20. GTZ. Modelo de atención integral y redes integradas de salud. Organismo Alemán de Cooperación Técnica. Octubre del 2008 [no publicado]. Copia disponible a solicitud.
21. WHO (2008). Maximizing positive synergies between health systems and global health initiatives. Geneva: WHO.

22. WHO (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1, 2008.
23. OPS (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, DC: OPS.
24. Dowling WL. Hospitals and health systems (1999). In: Introduction to health services. Williams SJ, Torrens PR, Editors. 5th ed. Delmar Publishers, An International Thomson Publishing Company. Copia disponible a solicitud.
25. Wan TTH, Lin BY & Ma A. (2002). Integration Mechanisms and Hospital Efficiency in Integrated Health Care Delivery Systems. Journal of Medical Systems, Vol. 26, Issue 2 (April 2002), pp. 127-143.
26. Lee SD, Alexander JA & Bazzoli J. (2003). Whom do they serve? Community responsiveness among hospitals affiliated with systems and networks. Medical Care, 41(1): 165-179.
27. Aletras V, Jones A, Sheldon TA. Economies of scale and scope. In: Ferguson B, Sheldon TA, Posnett J, editors. Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare; 1997, pp. 23-36.
28. Soler JLP (2003). Estrategia de gestión y organización de una red de laboratorios de diferentes hospitales públicos. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud. Secretaría de Salud de Bogotá/Organización Panamericana de la Salud.
29. Hjordahl, P, Laerum, E (1992). Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. BMJ 1992, May 16; 304(6837):1287-1290.
30. Parchman, ML, Pugh JA, Noel PH, Larme, AC (1992). Continuity of care, self-management behaviors, and glucose control in patients with type 2 diabetes. Med Care 2002;40(2):137-44.
31. Atun RA, Bennett S, Duran A (2008). Policy brief: when do vertical (stand-alone) programmes have a place in health systems? WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen: WHO.
32. WHO (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1.
33. Gillies, RR; Shortell, SM; Anderson DA; Mitchell JB; Morgan KL (1993). Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. Hosp. Health. Serv. Adm. 1993;38(4):467-89.
34. Shortell, SM, Gillies, RR, Anderson DA (1994). The new world of managed care: creating organized delivery systems. Health Affairs 1994; Vol. 13, Issue 5, pp.46-64.
35. WHO (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1.

Anexos

Versão 200309

Iniciativas selecionadas de esforços de integração de serviços de saúde em países da América Latina e Caribe

País	Iniciativa	Objetivo
Argentina (a)	Lei de criação do sistema federal integrado de saúde	Alcançar a integração harmoniosa dos componentes do sistema de saúde, sob uma coordenação apropriada, em uma rede que obedeça a um plano nacional e responda de forma racional e eficácia às necessidades da população, medidas a partir da elaboração de um mapa sanitário.
Bolívia (b)	Rede Municipal de Saúde Familiar Comunitária Intercultural e Rede de Serviços	Criar redes de estabelecimentos de saúde de primeiro, segundo e terceiro níveis, que possam pertencer a uns ou vários municípios, articulados e complementados com a medicina tradicional, no contexto da interculturalidade e estrutura social na gestão da saúde.
Brasil (c)	Mais Saúde: Direito de todos 2008-2011	Integrar as ações de promoção, prevenção e assistência numa ampla perspectiva de atenção à saúde, recuperando o papel de indutor do Gestor Federal, de modo a articular a organização de redes de saúde com uma perspectiva de modelo de desenvolvimento orientado para a igualdade, na sua dimensão pessoal e territorial.
Chile (d)	Redes de assistência baseadas na atenção primária	Desenvolver redes de saúde através da formulação de políticas para sua coordenação e articulação, permitindo satisfazer as necessidades de saúde da população usuária, no contexto dos objetivos sanitários, com igualdade, respeito dos direitos e dignidade das pessoas.
El Salvador (e)	Lei de criação do Sistema Nacional de Saúde	Criar um modelo de organização dos estabelecimentos de saúde dos membros do sistema em redes funcionais, para a prestação de serviços de saúde à população em condições de qualidade, igualdade e continuidade.
Guatemala (f)	Modelo coordenado de atenção à saúde	Executar um modelo de atenção integral entre o Ministério de Saúde Pública e Assistência Social e o Instituto Guatemalteco de Previdência Social para a prestação do Pacotes de Serviços Básicos nas Províncias de Escuintla e Sacatepéquez. Esta experiência durou apenas até o ano 2003.
México (g)	Integração funcional do sistema de saúde	Promover a convergência (dos serviços de saúde) e a portabilidade (do seguro de saúde) entre as várias instituições do setor, tais como a Secretaria da Saúde, o Instituto Mexicano de Seguro Social, Petróleos mexicanos e o Instituto de Segurança e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado.
Peru (h)	Diretrizes para o estabelecimento de redes	Promover o estabelecimento de várias redes de provedores, instituições públicas renovadas e privadas com serviços credenciados e categorizados, promovendo a concorrência, a eficácia, eficiência e a qualidade de atenção para todos, sem discriminação.

País	Iniciativa	Objetivo
República Dominicana (i)	Modelo de rede dos serviços regionais de saúde	Criar formas organizativas e de funcionamento do modelo de atenção permitindo uma prestação de serviços mais racional e integral, tendo como ponto de partida a família e a relação desta com os processos sociais.
Trinidad e Tobago (j)	Experiência da Autoridade de Saúde da Região Oriental	Criar uma rede integrada de serviços de saúde entre os estabelecimentos de atenção primária (policlínicos e centros de saúde) e o Hospital "Sangre Grande".
Uruguai (k)	Sistema Nacional Integrado de Saúde	Estabelecer um modelo de atenção integral, baseada numa estratégia sanitária comum, políticas de saúde articuladas, programas integrais e ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento oportuno, recuperação e reabilitação da saúde dos usuários, incluindo cuidados paliativos.
Venezuela (l)	Rede de saúde do Distrito Metropolitano de Caracas	Reorientar o modelo de atenção com base nas necessidades de qualidade de vida e saúde da população e orientado para a estruturação de redes de saúde integradas com respostas regulares, suficientes, oportunas e justas a estas necessidades, assegurando a universalidade e igualdade.

Fontes: (a) Ministério da Saúde (2008). Minuta para discussão: lei de criação do sistema federal integrado de saúde: projeto de criação do sistema federal integrado de saúde: convite para um amplo e frutífero debate (projeto não publicado, cópia disponível mediante solicitação); (b) Ministério da Saúde e Esportes (2008). Norma Nacional de Rede Municipal da Saúde Familiar Comunitária Intercultural e Rede de Serviços; (c) Ministério da Saúde (2008). Mais Saúde: Direito de todos 2008-2011. Ministério da Saúde (2001). (d) Ministério da Saúde (2008). Missão Institucional da Subsecretaria de Redes de Assistência. http:/www.redsalud.gov.cl/conozcanos/subsecredes.html; (e) Ministério da Saúde (2008). Regulamento da Lei de Criação do Sistema Nacional de Saúde. Decreto Executivo No. 82, Diário oficial http:/www.mspas.gob.sv/pdf/documentos_SNS/Reglamento_ley_sistema_nacional_salu d.pdf; (f) Ministério de Saúde Pública e Assistência Social. Experiências/lições aprendidas de coordenação/integração de sistemas e redes de serviço de saúde, Guatemala, junho de 2008. Apresentação não publicada (cópia disponível a solicitação); (g) Conselho Nacional de Saúde(2008). Resumo de contribuições da consulta nacional do México sobre a proposta dos SISS, México, DF, 3 de novembro de 2008. Relatório de oficina não publicado (cópia disponível a solicitação); (h) Ministério da Saúde (2002). Diretrizes para a criação de redes (cópia disponível a solicitação); (i) Secretaria de Estado da Saúde Pública e Assistência Social (2005). Modelo de rede dos serviços regionais de saúde: Guia para o desenvolvimento dos serviços de saúde para atenção às pessoas. (j) OPAS Trinidad and Tobago. *National Consultation on Integrated Delivery Systems*, Kapok Hotel, 16-18 Cotton Hill, Sto. Clair. Relatório de oficina não publicado (cópia disponível a solicitação); (k) República Oriental do Uruguai, Câmara de Senadores (2007). Sistema Nacional Integrado de Saúde: Criação. XLVI. ^{A} Legislatura. (l) Distrito Metropolitano de Caracas, Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social (2005). Oficina sobre "Definição de Redes de Serviço de Saúde do Distrito Metropolitano de Caracas".

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

FORMULÁRIO ANALÍTICO PARA VINCULAR TEMAS DA AGENDA A ÁREAS DA ORGANIZAÇÃO

1. Tema da Agenda: 4.12. Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) centradas na atenção primária.

2. Unidade responsável: HSS/SP

3. Preparado por: Hernán Montenegro, HSS/SP

4. Lista dos centros colaboradores e instituições nacionais vinculados a este tema da Agenda:

- Centro Colaborador**:** Cooperativa de Hospitais de Antióquia (COHAN).
- Outras instituições associadas: Ministério da Saúde do Brasil, Organismo Alemão de Cooperação Técnica (GTZ), Consórcio Hospitalar de Catalunha (CHC), Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), e a Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (AECID), através do Fundo Espanha-OPAS.

5. Conexão entre o tema da Agenda e a Agenda para Saúde das Américas 2008-2017:

Parágrafo 49 da Agenda de Saúde para as Américas que enfatiza a necessidade do "reforço dos sistemas de referência e contrarreferência e o melhoramento dos sistemas de informação sanitária no plano nacional e local, que facilitarão a prestação de serviços de uma forma abrangente e oportuna".

6. Conexão entre o tema da Agenda e o Plano Estratégico 2008-2012:

A iniciativa das RISS faz parte do Objetivo Estratégico No. 10 do Plano Estratégico para o período 2008-2012, que visa "melhorar a organização, gestão e prestação dos serviços de saúde". Mais especificamente, a iniciativa das RISS apoiará o alcance dos Resultados previstos no plano regional 10.2, que diz "Estados Membros apoiados através da cooperação técnica para criar mecanismos e sistemas reguladores destinados a forjar uma colaboração e sinergia dos sistemas de prestação de serviços sanitários públicos e privados".

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

Na Região há várias experiências de boas práticas na criação de RISS, especialmente em países como Brasil, Chile, Costa Rica e Cuba, que tradicionalmente apoiaram o estabelecimento das RISS**.** Mais recentemente, outros países da América Latina e Caribe estão adotando métodos similares nos seus sistemas de saúde (por exemplo, a Argentina, El Salvador, República Dominicana e Uruguai). Na América do Norte também há experiências dignas de menção como a da Kaiser Permanente e a Administração de Veteranos, ambas as organizações dos Estados Unidos da América, além do sistema de serviços de saúde da região de Montérégie, Québec, Canadá. Na Europa foram observadas boas práticas nas Comunidades Autônomas de Catalunha e Andaluzia, Espanha. As lições aprendidas com estes casos e outros que são identificados no futuro serão aproveitadas para apoiar esta iniciativa.

8. Implicações financeiras do tema da Agenda:

Em apoio a esta iniciativa, a OPAS conta com um orçamento operacional total de US $1.3 milhões (Contribuição da região e dos escritórios nos países) para os biênios 2008-2009 e 2010-2011**.** Por outro lado, o HSS/SP programou recursos equivalentes ao trabalho de um Consultor Regional em tempo integral a esta atividade, além do apoio dos consultores de sistemas e serviços de saúde dos países.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

49º CONSELHO DIRETOR
61ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

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

CD49/16 (Port.)
Anexo C
ORIGINAL: ESPANHOL

PROJETO DE RESOLUÇÃO

REDES INTEGRADAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE BASEADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o relatório da Diretora das *Redes Integradas de Serviços de Saúde baseadas na atenção primária de saúde* (documento CD49/16), que resume o problema da fragmentação dos serviços de saúde e propõe a criação de redes integradas de serviços de saúde, para abordá-lo;

Preocupado pelo nível elevado de fragmentação dos serviços de saúde e seu impacto negativo sobre o desempenho geral dos sistemas de saúde, dificultando assim o acesso aos serviços, prestação de serviços de qualidade técnica baixa, uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis, aumento desnecessário dos custos de produção e pouca satisfação dos usuários com os serviços prestados;

Consciente da necessidade de consolidar os sistemas de saúde centrados na atenção primária (APS) como estratégia fundamental para o alcance das metas nacionais e internacionais de saúde, entre outras estipuladas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio;

Reconhecendo que as redes integradas de serviços de saúde constituem uma das principais expressões operacionais da abordagem da APS com relação à prestação de serviços de saúde, contribuindo para o alcance de seus vários elementos essenciais como a cobertura e o acesso universal; o primeiro contato; a atenção integral à saúde; atenção apropriada à saúde; organização e gestão ótimas e ação intersetorial, entre outros;

Consciente de que as redes integradas de serviços de saúde melhoram a acessibilidade do sistema, reduzem a atenção inadequada, reduzem a fragmentação da atenção à saúde, evitam a duplicação das infraestruturas e serviços, diminuem os custos de produção e respondem melhor às necessidades e expectativas das pessoas, famílias e comunidades; e

Reconhecendo os compromissos assumidos em conformidade com o artigo III da Declaração de Montevidéu sobre a renovação da atenção primária, com o parágrafo 49 da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017; e com o parágrafo 6 do Consenso de Iquique da XVII Reunião Iberoamericana de Ministros da Saúde, que enfatizam a necessidade de criar modelos de atendimento à saúde mais abrangentes, que incluam redes de serviços de saúde,

DECIDE:

1. Instar os Estados Membros para:

a) que se tornem conscientes do problema da fragmentação dos serviços de saúde no sistema de saúde, e se for o caso, nos subsistemas que o compõem;

b) que promovam um diálogo com todos os atores pertinentes, em particular, os provedores de serviços de saúde e as pessoas que realizam o trabalho de atenção domiciliar e a comunidade em geral, com relação ao problema da fragmentação dos serviços e as estratégias para abordá-lo;

c) que elaborem um plano nacional de ação que promova a criação de redes integradas de serviços de saúde com uma abordagem de saúde familiar e comunitária, como modalidade preferencial de prestação de serviços de saúde no país;

d) que promovam a capacitação e gestão dos recursos humanos compatíveis com a criação das redes integradas de serviços de saúde; e

e) que implementem e avaliem periodicamente o plano nacional de ação para o estabelecimento das Redes Integradas de Serviços de Saúde.

2. Solicitar à Diretora:

a) que dê apoio aos países da Região na elaboração de seus planos nacionais de ação para a criação de redes integradas de serviços de saúde;

b) que promova a criação de redes integradas de serviços de saúde nas fronteiras comuns, incluindo, caso corresponda, regimes de cooperação e compensação dos serviços entre diferentes países (ou "serviços partilhados" no caso do Caribe);

c) que formule modelos conceituais e analíticos, ferramentas, métodos e guias que facilitem a criação de redes integradas de serviços de saúde;

d) que apóie a capacitação e gestão dos recursos humanos de saúde compatíveis com a criação de redes integradas de serviços de saúde, inclusive das pessoas que não recebem remuneração e que prestam atenção à saúde domiciliar e à comunidade;

e) que mobilize recursos em apoio à criação de redes integradas de serviços de saúde na Região, incluindo a documentação de boas práticas e a troca de experiências bem-sucedidas, entre países;

f) que vigie e avalie o progresso das redes integradas de serviços de saúde nos países da Região; e

g) que promova um diálogo com a comunidade de organismos de cooperação/doadores internacionais, a fim de conscientizá-los sobre o problema da fragmentação dos serviços de saúde e solicite o seu apoio para o estabelecimento de redes integradas de serviços de saúde na Região.

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

CD49/16 (Port.)
Anexo D

Relatório sobre as implicações financeiras e administrativas para o Secretariado das resoluções propostas para adoção do Comitê Executivo

1. Tema da agenda: 4.12. Redes Integradas de Serviços de Saúde baseadas na Atenção Primária.

2. Conexão com o orçamento para programas:

a) Área de trabalho: HSS, Objetivo Estratégico 10

b) Resultado previsto: O CD aprovará a resolução sobre as RISS

3. Implicações financeiras

a) Custo total estimado de implementação da resolução durante a sua vigência (arredondado para os US$ 10.000 mais próximos; inclui pessoal e actividades): O gasto total da Repartição Sanitária Pan-Americana (Escritório regional e escritórios nos países) para o período 2008-2011 equivale a $1.3 milhões.

As despesas dos países serão calculadas uma vez que estes elaborem os seus planos nacionais para o estabelecimento das RISS.

b) Custo estimado para o biênio 2008-2009 (arredondado para os US$ 10.000 mais próximos; inclui perssoal e actividades):O gasto do Escritório para o biênio 2008-2009 perfaz o valor de $553 mil.

c) Do custo estimado em *b),* o que pode ser incluido nas actividades já programadas?: Total dos gastos.

4. Implicações administrativas

a) Âmbito de implementação (indicar os níveis da Organização em que o trabalho será organizado e identificar as regiões específicas , se for o caso): Há necessidade de um Assessor Regional no equivalente de tempo integral para tratar do tema . Atualmente, pelo menos quatro Assessores Regionais estão trabalhando para o tema, a tempo parcial.

b) Pessoal adicional necessário (indicar o pessoal adicional necessário no equivalente de tempo integral, indicando as habilidades necessárias): Não é necessário.

c) Cronogramas (indicar o cronograma geral de implementação e avaliação): As atividades poderão ter início em 2009 e os resultados serão avaliados a partir de 2011.

- - -