



Programa de Fortalecimento do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Salvador – PROSUS BA

(BR-L1389 - 3262/OC-BR)

Relatório de Finalização do Projeto (PCR)

Equipe Original do Projeto: Frederico Guanais (SPH/CPE), chefe de equipe; Márcia Rocha (SPH/CBR); Francisco Ochoa (SPH/CBR); Diana Pinto (SCL/SPH); Leonardo Pinzón (SPH/CPN); Ronald Gómez (SCL/CPH); Jonathan Cali (SCL/SPH); Carlos Linares (VPS/ESG); Krysia Ávila (LEG/SGO); Marília Santos (FMP/CBR); Santiago Schneider (FMP/CBR); e Cláudia Pévere (SCL/SPH).

Equipe Atual e Responsável pelo PCR: Ian William Mac Arthur (SPH/CBR), Chefe de equipe; Kátia de Oliveira Sousa, Analista de Operações (CSC/CBR); Leise Villela de Toledo Estevanato, Especialista Financeira (VPC/FMP); David Agustin Salazar, Especialista em Aquisições (VPC/FMP); Maria Fernanda Merino Juarez (SPD/SDV); Krysia Ávila, Advogada (LEG/SGO); e Rodrigo Speziali de Carvalho (Consultor).

Sumário

<i>Links Eletrônicos</i>	<i>ii</i>
<i>Links Eletrônicos opcionais</i>	<i>ii</i>
<i>Siglas e Abreviaturas</i>	<i>i</i>
<i>Informações Básicas do Projeto</i>	<i>ii</i>
I. Introdução	1
II. Critérios Centrais de Desempenho do Projeto	2
2.1. Relevância	2
a. Alinhamento com as necessidades de desenvolvimento do País.....	2
b. Alinhamento estratégico	3
c. Relevância do Desenho.....	4
2.2. Eficácia	14
a. Declaração de objetivos de desenvolvimento do Projeto	14
b. Resultados Alcançados.....	14
c. Análise Contrafactual de Efetividade	18
2.3. Eficiência	22
2.4. Sustentabilidade	26
a. Aspectos Gerais de Sustentabilidade	26
b. Salvaguardas Ambientais e Sociais	28
III. Critérios Não Centrais	29
3.1. Desempenho do Banco	29
3.2. Desempenho do Mutuário	29
IV. Conclusões e Recomendações	30
4.1 Dimensões 1 a 5	30

Links Eletrônicos Obrigatórios

1. Anexo Obrigatório I - [Matriz de Efetividade de Desenvolvimento \(DEM\)](#)
2. Anexo Obrigatório II - [Mudanças na Matriz de Resultados](#)
3. Anexo Obrigatório III - [Relatório de Monitoramento de Progresso \(PMR\)](#)
4. Anexo Obrigatório IV - [PCR Checklist](#)

Links Eletrônicos Opcionais

- Anexo Opcional I - [Indicadores de produto](#)
- Anexo Opcional II - [Relatório de Avaliação de Impacto](#)
- Anexo Opcional III - [Apresentação dos resultados da avaliação de impacto](#)
- Anexo Opcional IV - [Relatório de Avaliação Impacto e Custo Efetividade das Policlínicas](#)
- Anexo Opcional V - [Apresentação da avaliação das policlínicas](#)
- Anexo Opcional VI - [Resumo das Alterações Contratuais](#)
- Anexo Opcional VII - [Avaliação Econômica Ex-post](#)
- Anexo Opcional VIII - [Relatório de Avaliação Final do Programa](#)
- Anexo Opcional IX - [Ajuda Memória - Seminário de Encerramento do Programa](#)
- Anexo Opcional X - [Apresentação geral do Seminário de Encerramento do Programa](#)

Siglas e Abreviaturas

APS	Atenção Primária à Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAPS	Centros de Atenção Psicossociais
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIAS	Centros Integrados de Atenção à Saúde
DALYs	Anos de vida ajustado por deficiência
ECA	Estudo de Caracterização Ambiental
ECNT	Enfermidades Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IGAS	Informe de Gestão Ambiental e Social
PCR	Relatório de Encerramento do Projeto
PGAS	Plano de Gestão Social e Ambiental
PMR	Relatório de Monitoramento de Progresso
PPA	Plano Plurianual
PRAD	Plano de Recuperação de Áreas Degradadas
PROSUS	Programa de Fortalecimento do Sistema Único de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RMS	Região Metropolitana de Salvador
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SUS	Sistema Único de Saúde
UAIJ	Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UGP	Unidade de Gerenciamento do Programa

Informações Básicas do Projeto

Programa de Fortalecimento do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Salvador – PROSUS BA - (BR- L1389)					
País	Instrumento de Empréstimo	Mutuário	Número de Empréstimo	Setor	Subsetor
Brasil	Investimento	Estado da Bahia	3262/OC-BR	Saúde	Fortalecimento do sistema de saúde
Data da Aprovação pelo Diretório	Data da Elegibilidade Primeiro Desembolso	Data de Encerramento	Montante do Empréstimo Original (US\$)	Montante de Empréstimo Atual (US\$)	Pari Passu Atual (BID-Local)
30/07/2014	03/07/2015	25/11/2021	200.000.000	200.000.000	70%-30%
Custo Total do Projeto Atual (US\$)	Meses em Execução desde a Aprovação	Meses em Execução desde o Primeiro Desembolso	Data Original de Último Desembolso	Data Atual de Último Desembolso	Extensão Acumulada (meses)
285.000.000	88	76	30/12/2019	30/08/2021	20
Montante Total desembolsado (US\$)					
200.000.000					

Classificação do Desempenho do Projeto no PMR

Este Projeto tem recebido fundos de outro Projeto?	Sim	Não	(X)
Este Projeto tem mandado fundos para outro Projeto?	Sim	Não	(X)
Classificação de Efetividade do Desenvolvimento	Parcialmente Satisfatório		

No	Data PMR	Ciclo do PMR	Classificação	Desembolso Atual
1	04/04/2016	Janeiro-dezembro 2015	Problema	1%
2	05/04/2017	Janeiro-dezembro 2016	Alerta	5%
4	20/03/2018	Janeiro-dezembro 2017	Satisfatório	14%
4	02/04/2019	Janeiro-dezembro 2018	Satisfatório	51%
5	20/03/2020	Janeiro-dezembro 2019	Satisfatório	76%
6	31/03/2021	Janeiro-dezembro 2020	Satisfatório	91%

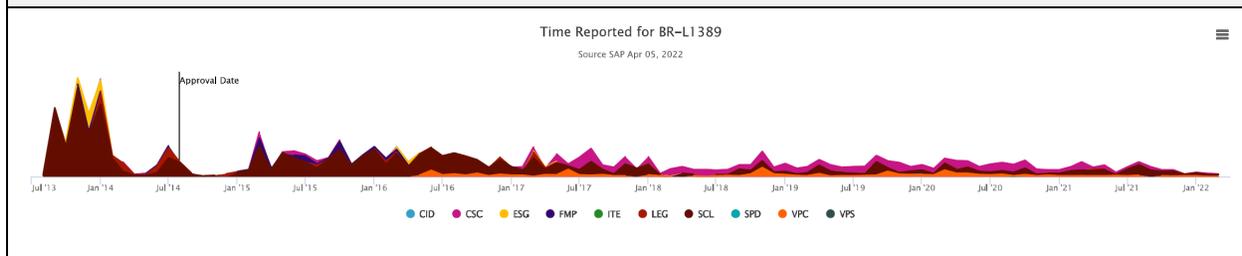
Pessoal do Banco

Posição	No PCR	Em Aprovação
Vice-Presidente VPS	Lopez, Benigno	Levy, Santiago
Vice-Presidente VPC	Martinez, Richard	Rosa, Alexandre Meira
Gerente de País	Attademo-Hirt, Maria Florencia (CSC/CSC)	Lupo, José Luis (CSC/CSC)
Gerente de Setor	Regalia, Ferdinando (SCL/SCL)	Salazar Sanchez, Hector (SCL/SCL)
Chefe de Divisão	Ibarraran, Pablo (SCL/SPH)	Regalia, Ferdinando (SCL/SPH)
Representante de País	Doyle, Morgan (CSC/CBR)	Carrera Marquis, Daniela (CSC/CBR)
Chefe da Equipe do Projeto	Mac Arthur, Ian William (SPH/CBR)	Guanais A. Frederico Campos (SPH/CPE)
Chefe da Equipe PCR	Mac Arthur, Ian William (SPH/CBR)	-

Tempo e Custo do Pessoal

Fase no Ciclo de Projetos	# de Semanas de Pessoal	USD (inclui Custo de Viagem e Consultoria)
Preparação	36.8	254,313.46
Fase no Ciclo de Projetos	# de Semanas de Pessoal	USD (inclui Custo de Viagem e Consultoria)
Supervisão	113.2	746,895.13
Total	150.0	1,001,208.59

Tempo Relatado



I. Introdução

A região metropolitana de Salvador (RMS), localizada no estado da Bahia, é composta por 13 municípios e, de acordo com dados do IBGE, em 2012 possuía uma população estimada de 3,64 milhões de habitantes. Apesar do ritmo de melhoria dos padrões de vida da população ter sido elevado nas últimas décadas, superando o padrão nacional, ainda persistem problemas em termos de distribuição de renda e de indicadores socioeconômicos, em relação à média nacional. Além disso, a RMS enfrenta uma transição demográfica, com um rápido envelhecimento da população. Também vem ocorrendo uma transição no perfil epidemiológico, com a ocorrência de problemas materno-infantis cada vez menor, comparada com as enfermidades crônicas não transmissíveis (ECNT) e as causas externas de óbito, incluindo violência e acidentes.

Em 2012, as quatro principais causas de morte na RMS (71,5 % do total) foram: enfermidades cardiovasculares (25,1% do total), causas externas (20,5%), neoplasias (16,8%) e patologias do sistema respiratório (9,4%). E, do total de 20.500 mortes registradas em 2011, de pessoas entre 5 e 75 anos, 13.657 consideradas como evitáveis, entre elas, as cinco principais causas foram: agressões (2.285 mortes), enfermidades cerebrovasculares (1.591), enfermidades isquêmicas do coração (1.223), diabetes mellitus (949) e enfermidades hipertensivas (760). As mortes materno-infantis foram reduzidas em 40%, entre 2009 e 2012, que se deu em função da adesão do Estado da Bahia, em 2011, à Rede Cegonha, estratégia do Ministério da Saúde (MS) para atenção à saúde da gestante e da criança.

Segundo a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), os municípios têm responsabilidade de prestar os serviços de saúde, sobretudo a Atenção Primária à Saúde (APS). Cabendo aos estados prover os serviços de média e alta complexidade, assim como a articulação e integração dos serviços especializados e hospitalares. A principal estratégia de APS no Brasil é o Programa Saúde da Família (PSF), com evidências de que esse programa reduz a mortalidade infantil e de adultos e contribui para a prevenção de hospitalizações por condições que podem ser resolvidas na atenção primária, como diabetes mellitus e hipertensão. Em 2012, a cobertura do PSF na RMS era de 23,2%, muito baixa em relação ao estado da Bahia como um todo (65,78%). A cobertura da capital, Salvador, era a mais baixa de todas as capitais brasileiras (22,9%). Tudo isto resultou em um forte crescimento da demanda por hospitalizações, entre 2008 e 2012. Uma das causas dessa situação era a escassez de investimentos, resultando em número insuficiente de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de estruturas inadequadas nas unidades existentes. Tendo em vista este cenário, o **Programa de Fortalecimento do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Salvador - PROSUS** foi elaborado com o objetivo de melhorar as condições de saúde da população do estado, especialmente da Região Metropolitana de Salvador (RMS).

O **Contrato de Empréstimo 3262/OC-BR**, entre o Banco e o Estado da Bahia, foi assinado em 30 de dezembro de 2014, assim como o respectivo Contrato de Garantia com a República Federativa do Brasil. O Programa foi organizado em três componentes: (i) Componente 1 – Apoio à melhoria da gestão da rede SUS na RMS; (ii) Componente 2 – Expansão do acesso e melhoria da resolutividade dos serviços da rede primária; e (iii) Administração, monitoramento e avaliação do Projeto. No escopo do Programa foi previsto o fortalecimento da capacidade institucional da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e o fortalecimento do modelo de gestão da saúde em rede. Além disso, foi prevista a expansão do acesso e melhoria da resolutividade dos serviços da rede primária, por meio do financiamento de 11 (onze) UBS, 07 (sete) Centros Integrados de Atenção à Saúde (CIAS), 13 (treze) academias de saúde, 01 (uma) unidade fixa e 02 (duas) unidades móveis de coleta da rede de hemoterapia. Também foi prevista a construção e a aquisição de equipamentos para 08 (oito) Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), 01

(uma) Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAIJ) e 01 (um) Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). A expansão e inovação dos serviços de atenção hospitalar também fizeram parte do escopo do Programa, com a construção e aquisição de equipamentos para o Hospital Metropolitano da RMS, além da reforma da infraestrutura física e aquisição de equipamentos para, pelo menos, 03 (três) hospitais das redes de atenção a doenças crônicas, saúde materno-infantil e urgências/emergências. Por fim, foram previstos recursos para o funcionamento da Unidade de Gestão do Projeto (UGP) para a capacitação de recursos humanos, a contratação de uma empresa para apoiar o gerenciamento do projeto e a supervisão das obras, e a contratação de estudos de avaliação do Programa e o monitoramento das atividades financiadas.

II. Critérios Centrais de Desempenho do Projeto

2.1. Relevância

a. Alinhamento com as necessidades de desenvolvimento do País

Desde sua elaboração até seu término, o Programa esteve alinhado às prioridades de investimento da RMS e, de forma geral, do estado da Bahia.

O Plano Plurianual (PPA) 2014-2017 de Salvador previa investimentos na saúde por meio do financiamento do Programa *Atenção à Saúde com Qualidade e Equidade*, cujo objetivo era “*garantir o acesso da população aos serviços de atenção primária à saúde com qualidade e equidade, de forma oportuna e humanizada*”. Foi destinado orçamento ao Programa *Atenção Básica à Saúde* para prover e assegurar a assistência básica a saúde no atendimento ao cidadão. Ambos os programas citados anteriormente vão ao encontro do objetivo, deste Programa, de ampliar o acesso e a qualidade da atenção básica à saúde para os moradores da RMS. Outro Programa, previsto nesse PPA, *Gestão eficaz do Sistema Municipal de Saúde*, com o objetivo de “*fortalecer a gestão do Sistema Municipal de Saúde na assunção do seu papel de líder das ações e serviços de saúde*”, promove o fortalecimento institucional previsto no presente programa. Nesse sentido, outro Programa, também previsto neste PPA, *Gestão do Sistema Único de Saúde*, com o objetivo de promover instrumento de gestão do SUS, visando o aperfeiçoamento do uso de informações estratégicas na tomada de decisões, na valorização dos trabalhadores, no planejamento das ações e avaliações das políticas implantadas.

O PPA 2018-2021, também, previu o Programa Saúde ao alcance de todos, cujo objetivo era aumentar a oferta de serviços da atenção básica de qualidade, com cobertura plena nas regiões mais carentes, assim como expandir a oferta de serviços especializados de saúde na capital, assegurando serviços humanizados, com equidade, e no tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde. Para alcançar este objetivo, foi utilizada a mesma estratégia deste Programa, visando a expansão da rede de atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O PROSUS Bahia também esteve alinhado com as prioridades de investimento do estado da Bahia, desde a sua concepção até seu término. No PPA 2012-2015 do Estado da Bahia, as políticas para a área de saúde eram tratadas como prioridade para receber investimentos. À época, as políticas de saúde tiveram como marco o Programa ‘Bahia Saudável’, o qual partia de uma concepção ampliada de saúde que, além da prevenção, assistência e recuperação dos enfermos, operava em uma perspectiva de integração da transversalidade das ações políticas públicas na área da saúde. As ações prioritárias do governo do estado para a área da saúde tinham como objetivo a assistência de saúde básica, de média e alta complexidade, com qualidade e equidade a todos os cidadãos, assim como o objetivo do presente Programa. No PPA 2016-2019, nas ações previstas para a área de saúde, foram considerados os desafios

atrelados à mudança de perfil demográfico da população, que se deu na medida em que ocorria o envelhecimento continuado da população do estado. Dessa forma, considerou-se para os investimentos as demandas por serviços especializados em saúde, tendo em vista a alta incidência de doenças crônicas e degenerativas. Propostas de novas estruturas de atendimento em saúde, de diferentes especialidades e níveis de complexidade, foram levadas em consideração, além da ampliação dos serviços de atenção básica. Toda essa preocupação, também, foi contemplada no escopo do presente Programa, demonstrando seu alinhamento com as prioridades do Governo do Estado da Bahia. Ao término do PROSUS, o Programa, ainda, se encontra alinhado com as estratégias do Estado para a saúde, de acordo com o PPA 2020-2023, que traz em seu escopo a continuidade da promoção da equidade, universalização e integralidade dos serviços de saúde, por meio da rede atenção à saúde, mediante a descentralização, qualificação e ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, reconhecendo as especificidades regionais, com ênfase nas populações mais vulneráveis.

b. Alinhamento estratégico

O desenho do projeto incorporou a experiência do Banco no setor de saúde, com destaque nos seguintes pontos: (i) foco na integração de níveis do sistema de saúde em redes e atenção; (ii) incorporação de investimentos para melhoria da capacidade regulatória e institucional do setor; (iii) investimentos para que os usuários dos serviços sejam corresponsáveis no cuidado de sua saúde; e (iv) o rol complementar do setor privado na provisão de serviços de saúde com financiamento público.

Durante sua elaboração, o Programa esteve alinhado com a prioridade do programa de empréstimos que era a *“Redução da pobreza e o aumento na equidade social”*, estabelecida no Informe sobre o Nono Aumento Geral de Recursos do Banco (AB-2764), e contribuiu para as metas regionais de desenvolvimento de: (i) taxa de extrema pobreza; (ii) taxa de mortalidade materna; (iii) taxa de mortalidade infantil, mediante o indicador de número de pessoas que recebem um pacote básico de serviços de saúde. O Programa, também, se enquadra nos princípios da Estratégia para uma Política Social e Favorável à Igualdade e a Produtividade (GN-2558-4) e no Marco Setorial de Saúde e Nutrição (GN-2735-3), além de estar alinhado com a Estratégia de País com Brasil 2012-2014, cujo objetivo era *“propiciar a inclusão social e produtiva”* e o objetivo setorial de *“ampliar a oferta de serviços preventivos das enfermidades crônico-degenerativas”*.

Durante sua execução, o programa continuou alinhado com a Estratégia de País com o Brasil 2016-2018 (GN-2850), mais especificamente com o objetivo estratégico de *“ampliação do acesso e incremento da qualidade dos serviços de atenção primária”*. E esse, também, é o principal foco do Programa, o qual prevê a organização de uma rede integrada de serviços de saúde com ênfase na atenção primária, para melhorar as condições de saúde da população da RMS e do estado da Bahia. Ao final, o Programa estava alinhado com a Estratégia de País com o Brasil 2019-2022 (GN-2973), mais especificamente com o objetivo estratégico de *“Melhorar a gestão e a qualidade do gasto em Educação e Saúde”*, em seu objetivo estratégico de ampliar o acesso e a qualidade dos serviços de atenção primária. Ressalta-se que este objetivo é coincidente com os objetivos estratégico do programa. Ademais, cabe destacar que o modelo de gestão em rede contribuiu para a eficiência do gasto, pois reduziu os custos operacionais com papel, arquivos, deslocamentos e promoveu a melhoria da produtividade dos servidores, facilitando o acesso aos dados e às informações de forma instantânea, proporcionando a melhora dos serviços oferecidos ao cidadão, que passou a ser atendido de forma mais ágil e com dados de histórico médico mais acessíveis.

Da mesma forma, o Programa também se enquadra na área de prioridade “*Reduzir a desigualdade social e a desigualdade de oportunidades, aumentando a eficiência das políticas públicas*” da Estratégia do Grupo BID com o Brasil 2019-2022. Alinha-se, ainda, com o objetivo estratégico de “*melhorar a gestão e a qualidade dos gastos e a infraestrutura nos setores de saúde e educação*”, uma vez que apoiou a gestão da rede SUS, por meio do desenvolvimento de um modelo de atenção integrada em rede, melhorando a oferta e a qualidade dos serviços de saúde prestados.

Na fase de preparação, o Programa estava alinhado com o Marco de Resultados Corporativos (CRF - 2012-15) no que tange à prioridade setorial de Política Social para a Igualdade e Produtividade, contribuindo para ampliação do indicador de acesso aos serviços básicos de saúde e nutrição. Durante a execução e até sua finalização, o Programa esteve alinhado com o CRF 2016-19 e CRF 2020-23, especificamente, com os indicadores de Ampliação ao Acesso a Serviços Básicos de Saúde e Nutrição.

O Programa também se alinha com os objetivos estratégicos da Atualização da Estratégia Institucional 2010-2020, uma aliança com América Latina e o Caribe, para seguir melhorando vidas, mais especificamente, com o objetivo de “*erradicar a pobreza extrema*”, partindo do princípio de que as políticas e suas implementações devem garantir que os serviços de saúde sejam acessíveis a todos os seguimentos da população. Dessa forma, este Programa, também, tem como estratégia ampliar o acesso aos serviços de saúde, com foco na atenção primária, para a organização de uma rede integrada de serviços de saúde.

c. Relevância do Desenho

Problema Geral. Aumento da incidência e do número de mortes devido a enfermidades crônicas não transmissíveis (ECNT) na região metropolitana de Salvador (RMS).

Problema 1 – Baixa cobertura da atenção primária à saúde na RMS. A principal estratégia para prover a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é realizada por meio do Programa Saúde da Família (PSF). Há evidências de que o PSF é capaz de reduzir a mortalidade infantil e de adultos, mediante a provisão de serviços que visem a prevenção de hospitalizações por condições que podem ser resolvidas na atenção primária. Em 2010, a cobertura do PSF em Salvador foi de 17,2%, e na RMS, de 25,9%, considerada baixa se comparada às demais regiões metropolitanas, que era de 30%, e à média nacional, de 58,9%¹. Com o aumento da cobertura da atenção primária se espera prevenir complicações derivadas de condições crônicas e obter uma melhor identificação de casos que, efetivamente, demandem serviços hospitalares². Para expandir a cobertura da APS, foi prevista, no Programa, a expansão do acesso e a melhoria da resolução dos serviços da rede primária, por meio do financiamento de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS), CIAS, academias de saúde e de unidades fixas e móveis da rede de hemoterapia. Além disso, foram previstas a construção e a aquisição de equipes para os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), Unidades de Acolhida Infanto-Juvenil (UAIJ) e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Problema 2 – Aumento da demanda por hospitalizações na RMS. A baixa cobertura e qualidade da APS na RMS reflete diretamente no aumento da demanda por hospitalizações. A população, que tem carência desses serviços, utiliza unidades de emergência de média e alta complexidade para resolver problemas simples de saúde, aqueles que poderiam ser resolvidos em níveis primários de atenção à saúde. Além disso, as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população e o crescimento da incidência de agressões e acidentes, também,

¹ Dados Ministério da Saúde, 2013.

² Macinko, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/?lang=pt>

gera um aumento na demanda por hospitalizações. Entre 1996 e 2011, o número de mortes na RMS aumentou mais de 145% e, em 2011, o percentual de mortes evitáveis na faixa etária de 5 a 75 anos foi de 58% em relação a doenças não transmissíveis³. Para solucionar este problema, o Programa incluiu a construção e a aquisição de equipamentos do Hospital Metropolitano da RMS, além da readequação da infraestrutura física e aquisição de equipamentos para, pelo menos, três hospitais das redes de atenção às enfermidades crônicas, saúde materno-infantil e urgências/emergências⁴. Além destas ações, aquelas destinadas a melhorias na APS, mencionadas anteriormente, contribuirão para reduzir a demanda por hospitalizações. As intervenções propostas para resolução dos Problemas 1 e 2 contribuem para o alcance do objetivo específico de melhorar a oferta e a qualidade dos serviços de saúde, reduzindo os déficits na atenção primária e consolidando a APS como porta de entrada coordenada e organizadora da atenção.

Problema 3 – Falta de integração dos diferentes níveis de atenção à saúde. Além de sanar os problemas relacionados à baixa cobertura na APS e ao aumento das demandas hospitalares, é necessário abordar os fatores que contribuem para o aumento de doenças crônicas na população. Por isso, deve-se contar com uma estratégia integral de fortalecimento de todos os níveis de atenção, em um modelo de redes integradas de serviços. A APS deve estar respaldada por intervenções em nível populacional que influenciem nos fatores de prevenção para a saúde, como a atividade física. De acordo com evidências internacionais⁵, os sistemas de saúde mais eficazes na prevenção, gestão e controle das doenças crônicas, na prestação de serviços de saúde materno-infantil decisivos e na prevenção e no cuidado das doenças transmissíveis, são aqueles que possuem uma rede de serviços com foco na APS, o que garante maior acesso aos serviços de qualidade, em tempo hábil, além de facilitar a continuidade do cuidado por meio de diferentes provedores e níveis de atenção⁶. A fim de apoiar o fortalecimento de um modelo de atenção integrada em rede, foi previsto o fortalecimento da capacidade institucional da SESAB, por meio do financiamento de serviços de consultoria e da aquisição de equipamentos e software para o desenvolvimento e implementação de um sistema integrado de informação de saúde. Também, foi planejada a adequação da infraestrutura e a aquisição de equipamentos para a central de regulação da rede SUS, além da aquisição de equipamentos para o fortalecimento do observatório de violência e acidentes e da readequação e ampliação da infraestrutura física da SESAB. O orçamento contemplava: a capacitação de recursos humanos; serviços de consultoria para o desenho e a modelagem das redes na RMS; a identificação e o desenvolvimento de modelos de gestão e operação para as novas unidades de saúde, em seus diversos níveis de complexidade; e a estruturação de modelo de atenção específico para o Hospital Metropolitano.

As intervenções propostas para a resolução do Problema 3 contribuem para o alcance do objetivo específico de melhorar a gestão do SUS na RMS, a fim de fortalecer o rol estratégico da SESAB, por meio do desenvolvimento de um modelo de atenção integrada em rede. A figura a seguir sintetiza o desenho e a teoria da mudança.

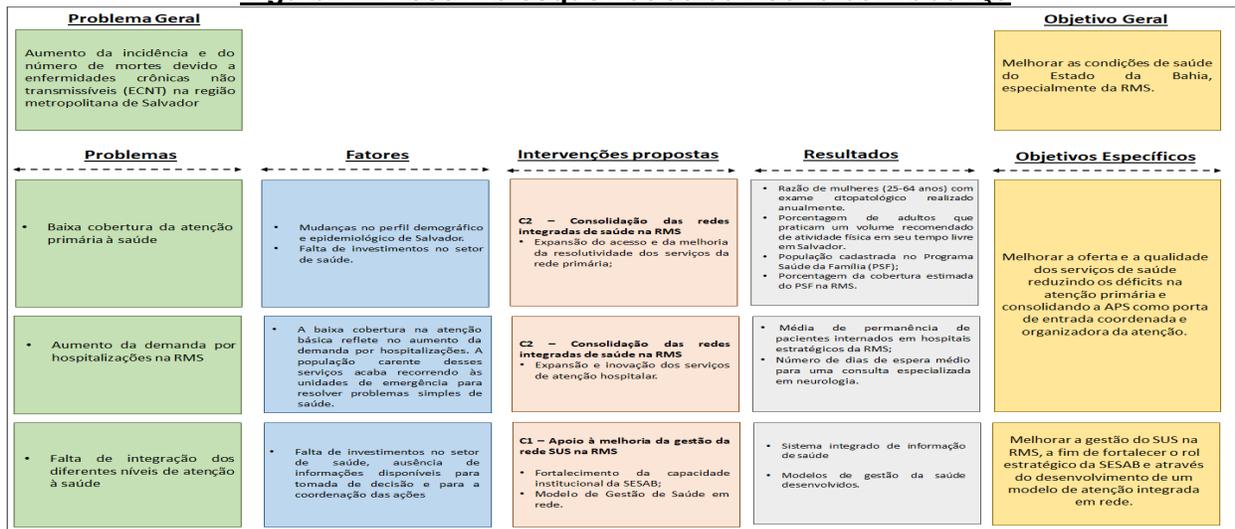
³ Dados Ministério da Saúde, 2013 e do Executor.

⁴ Estas ações estão respaldadas pelo Plano Estadual de Saúde da Bahia. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Plano-Estadual-de-Saude-2012-2015.pdf>

⁵ The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions, Kringos et al (2010); <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-65>

⁶ As redes de atenção à saúde. Mendes (2011). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf

Figura 1 – Desenho esquemático da Teoria da Mudança



Lógica vertical. Inicialmente, cabe esclarecer que o desenho do programa estabelecido na proposta de empréstimo não apresentou objetivos específicos. Para este PCR foram considerados como objetivos específicos os objetivos dos componentes 1 e 2, estabelecidos na Proposta de Empréstimo, sendo: **Objetivo Específico 1 - Melhorar a gestão do SUS na RMS, a fim de fortalecer o rol estratégico da SESAB e através do desenvolvimento de um modelo de atenção integrada em rede;** e **Objetivo Específico 2 - Melhorar a oferta e a qualidade dos serviços de saúde reduzindo os déficits na atenção primária e consolidando a APS como porta de entrada coordenada e organizadora da atenção.**

Originalmente, não foram previstos indicadores de resultados para medir o alcance do Objetivo Específico 1, mas ao final do programa foi incluído o indicador “*Redução do tempo de espera para atendimento de pacientes na emergência do Hospital Geral*”, vinculado ao Objetivo Específico 1. Este indicador buscou dimensionar as melhorias da gestão do SUS na RMS, por intermédio da mensuração da redução do tempo de espera para atendimento. Trata-se de um indicador de eficiência, decorrente das ações de integração de redes e da modernização dos sistemas de gestão da saúde. Os produtos associados a esse objetivo foram: ‘Módulos do sistema de informação da SESAB, instalados e em funcionamento’ (foram implantados 7 módulos), ‘Modelo assistencial do Hospital Metropolitano, elaborado e validado’ e ‘3.677 Profissionais do SUS capacitados’.

Para medir o alcance do Objetivo Específico 2, foram previstos 6 indicadores de resultados: (i) população cadastrada no PSF; (ii) porcentagem da cobertura estimada do PSF na RMS; (iii) razão de mulheres com exame citopatológico realizado anualmente; (iv) média de permanência de pacientes internados em hospitais estratégicos da RMS; (v) número médio de dias de espera para uma consulta especializada em neurologia; e (vi) porcentagem de adultos que praticam uma quantidade recomendada de atividade física em seu tempo livre, em Salvador. Os produtos mencionados foram previstos para alcançar os seguintes resultados: (a) Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas e equipadas: 10 unidades construídas; (b) Academias de Saúde construídas e equipadas: 14 unidades construídas; (c) Centros Integrados de Atenção à Saúde (CIAS) construídos e equipados: 13 unidades construídas; (d) Hospital metropolitano construído; e (e) número de pacientes atendidos pelo Hospital Metropolitano.

Cabe mencionar que a resolutividade dos serviços da Atenção Básica depende, sobremaneira, da capacidade das equipes (médicos, enfermeiros, dentre outros profissionais) e de sua adesão

a esse modelo de saúde, baseado em redes integradas⁷ e na implantação de unidades de referência, como o Hospital Regional. A experiência internacional fundamenta este processo⁸. A estratégia de expansão da APS é amplamente respaldada pelas diretrizes do SUS⁹ e pela literatura^{10,11}. Por esse motivo, no desenho do Programa, foi previsto o investimento na capacitação de profissionais da saúde e na aquisição de equipamentos para fomentar a atividade física^{12,13}. Ademais, a fim de auxiliar na gestão de informações da SESAB, investiu-se na implantação de um prontuário eletrônico, capaz de: assegurar o gerenciamento (on-line) de dados da saúde da região; e registrar os processos administrativos, assistenciais e de apoio ao setor da saúde, de forma integrada e unificada. Estratégia semelhante foi utilizada em outros Programas financiados pelo BID, como o 'Programa de Modernização e Humanização da Saúde – BR-L1044'¹⁴, o qual teve como objetivo contribuir com a melhora das condições de saúde da população do Município de São Bernardo do Campo, por meio do fortalecimento do sistema de saúde municipal, com ênfase na expansão e reorganização da Atenção Básica.

A avaliação da efetividade das ações implementadas, no que diz respeito ao incremento do nível de acesso à Atenção Básica nesse novo modelo proposto pelo Programa, foi realizada sob diferentes olhares¹⁵: (i) Primeiramente, por meio da população cadastrada e atendida pelo PSF; de acordo com Callito¹⁶ e com resultados de outros Programas implementados pelo BID (a exemplo do Programa supracitado, implementado em São Bernardo do Campo), há um efeito de causalidade entre o aumento da cobertura do PSF e a melhora de indicadores de saúde infantil, cobertura vacinal, redução de hospitalizações, e acompanhamento pré-natal, dentre outros indicadores. (ii) Outro aspecto avaliado foi o impacto na permanência de pacientes internados em hospitais estratégicos da RMS. Sabe-se que, localidades com menores níveis de qualidade em APS, normalmente apresentam maior percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária¹⁷. (iii) Outra importante abordagem do Programa, para medir seus benefícios

⁷ Krings et al (2010); *The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions*, <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-65>

⁸ Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. garasen et al (2007). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868721/>

⁹ MENDES EV, *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

¹⁰ ALMEIDA PF, FAUSTO MCR, GIOVANELLA L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(2):84–95. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2011.v29n2/84-95/>

¹¹ MACINKO J, DE OLIVEIRA VB, TURCI MA, GUANAIS FC, BONOLO PF, LIMA-COSTA MF. *The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care-Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil*, 1999-2007. *Am J Public Health*. 2011 Feb 17.; GUANAIS FC, MACINKO J. *The health effects of decentralizing primary care in Brazil*. *Health Aff (Millwood)*. 2009 Jul-Aug;28(4):1127-35.; GUANAIS F, MACINKO J. *Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil*. *J Ambul Care Manage*. 2009 Apr-Jun;32(2):115-22

¹² Parra-Sánchez, et al, (2015); *Evaluación de un programa de ejercicio físico supervisado en pacientes sedentarios mayores de 65 años con diabetes mellitus tipo 2*. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715000372>

¹³ Ministério da Saúde, *Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil*, Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_efetividade_programas_atividade_fisica.pdf

¹⁴ <https://www.iadb.org/en/project/BR-L1044>

¹⁵ As redes atenção saúde. Mendes(2011). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf

¹⁶ Callito, T. M. A. et al. *Avaliação de impacto do Programa de Saúde da Família em indicadores de saúde*. Anais do 12º Congresso Brasileiro de Medicina e Comunidade. 29 maio a 02 de junho de 2013, Belém, PA. Disponível em: <https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/328?msckid=b13b96d5c74b11ec8a8953dfa3c44b15>

¹⁷ Castro, et al. 2020. *Impacto da qualidade de atenção primária à saúde na redução as internações por condições sensíveis*. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36 (11), 2020. <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n11/e00209819/>

na saúde, foi o incremento no percentual de adultos que praticam atividades físicas regularmente. Sob o foco da integralidade do cuidado em saúde, o incentivo à realização de atividades físicas é muito importante para a promoção da saúde e bem-estar.

Os dois objetivos específicos do projeto contribuem para alcançar o Objetivo Geral que é *'Melhorar as condições de saúde do Estado da Bahia, mais especificamente da RMS'*. O fortalecimento da gestão do SUS na RMS, sem dúvidas, pode contribuir para a melhoria da saúde da população, visto que, é sabido que o acesso e a qualidade dos serviços de saúde dependem de políticas públicas voltadas ao fortalecimento da gestão descentralizada, da contratação, da capacitação de profissionais e do planejamento de ações (Pereira e Groisma, 2014¹⁸), assim como previa o Objetivo Específico 1 do Programa, por meio do planejamento e do desenvolvimento de uma rede de atenção integrada. Da mesma forma, a redução do déficit de APS, que era o Objetivo Específico 2 do Programa, também pode contribuir para melhorias na saúde, sendo que diversos autores apontam que as melhorias na APS colaboram de forma significativa para melhorias nos indicadores de saúde da população, especialmente, por meio da Estratégia de Saúde da Família, que foi utilizada na RMS (Castro *et al.*, 2020²; Costa e Calvo *et al.*, 2014¹⁹; Pereira e Groisma, 2014). Cabe ressaltar que, na Proposta de Empréstimo, foram definidos dois indicadores de impacto: (i) Proporção de hospitalizações por condições sensíveis à atenção básica; e (ii) Taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) por diabetes mellitus.

Uma estratégia importante, inicialmente proposta, consistia no desenvolvimento de parcerias públicas e privadas para a gestão da saúde no estado da Bahia. Entretanto, durante a implementação do Programa, o executor optou por, em um primeiro momento, fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) mediante modernização de seus sistemas e estruturas para, na sequência, somente em casos específicos, avaliar as alternativas de parceria público e privadas. Esta diretriz fortalece o objetivo específico do Programa.

Por fim, cabe destacar que este Programa adotou estratégia semelhante a utilizada no Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles – Primera Operación (2788/OC-AR)²⁰; uma vez que objetiva promover cuidado aos pacientes com enfermidades crônicas, com enfoque na atenção primária e por meio do funcionamento de uma rede integrada de serviços. Da mesma forma, a estratégia de atuação, também, buscou as lições aprendidas do “Proyecto de Apoyo a la Extensión en la Protección Social y Atención Integral en Salud (2431/OC-EC)²¹”, visando contribuir para a melhoria das condições de saúde da população vulnerável do Equador, melhorando a oferta e a qualidade dos serviços de saúde, por meio do fortalecimento da capacidade de resolução e da articulação das unidades operacionais do Ministério da Saúde, no âmbito do Modelo de Atención Integral à Saúde (com ênfase na atenção primária e secundária básica); e fortalecimento do Sistema Integrado de Saúde, que contém informações administrativas/gerenciais e estatísticas de saúde, geradas pelo Ministério da Saúde. O desenho inicial do Programa é apresentado na Figura 2 da Lógica Vertical do Programa, no momento de sua aprovação.

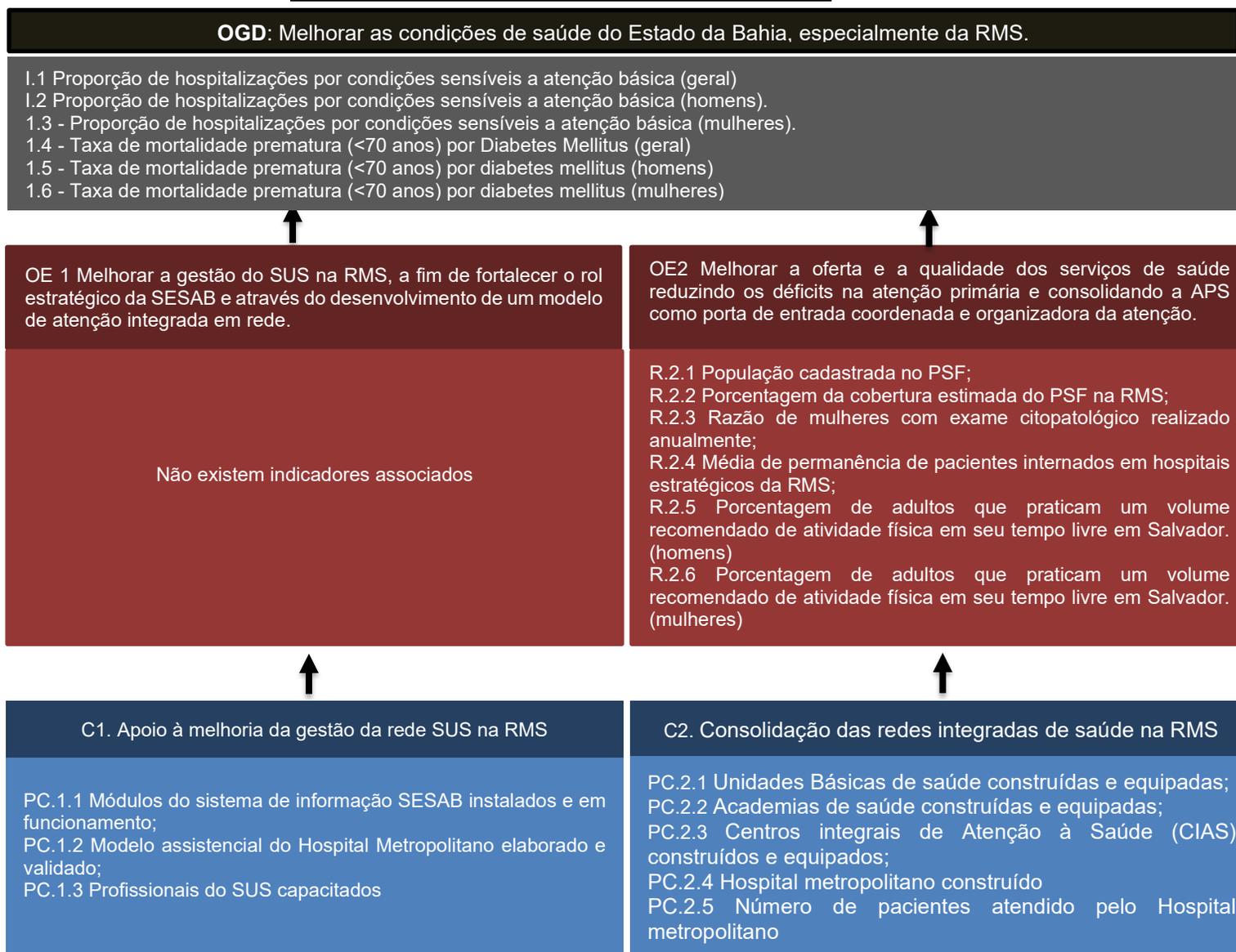
¹⁸ Pereira, C. G.; Groisma, S. [Histórico do monitoramento e avaliação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil \(bvsalud.org\)](http://bvsalud.org). Revista Brasileira de Odontologia, v. 71, p.208-210, 2014.

¹⁹ Costa, F. F.; Calvo, M. C. M. Avaliação da implantação da Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina em 2004 e 2008. Revista Brasileira de Epidemiologia, p. 557-570, 2014. http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2014000200557&script=sci_abstract&lng=pt

²⁰ <https://www.iadb.org/en/project/2788/OC-AR>

²¹ <https://www.iadb.org/en/project/2431/OC-EC>

Figura 2 - Lógica Vertical no início do programa



Mudanças na Matriz de Resultados. Durante a execução do Programa, foram realizadas algumas adequações na Matriz de Resultados. Ao nível dos objetivos específicos ocorreram quatro alterações nos indicadores de resultado. Na Missão de Arranque, o indicador de resultados “*Número de dias de espera médio para uma consulta especializada em neurologia*” foi excluído, pois não foi possível estabelecer a linha de base e a sua meta; e o indicador “*Número de pessoas que recebem serviços de saúde*” foi incluído em 2018, com o objetivo de demonstrar o número geral de atendimentos na rede. Durante a implementação do Programa, o indicador de resultado “*Porcentagem de adultos que praticam uma quantidade recomendada de atividade física em seu tempo livre em Salvador*” (homens) foi excluído, pois a questão de gênero passou a ser prioritária de monitoramento, assim, optou-se em concentrar em mulheres.

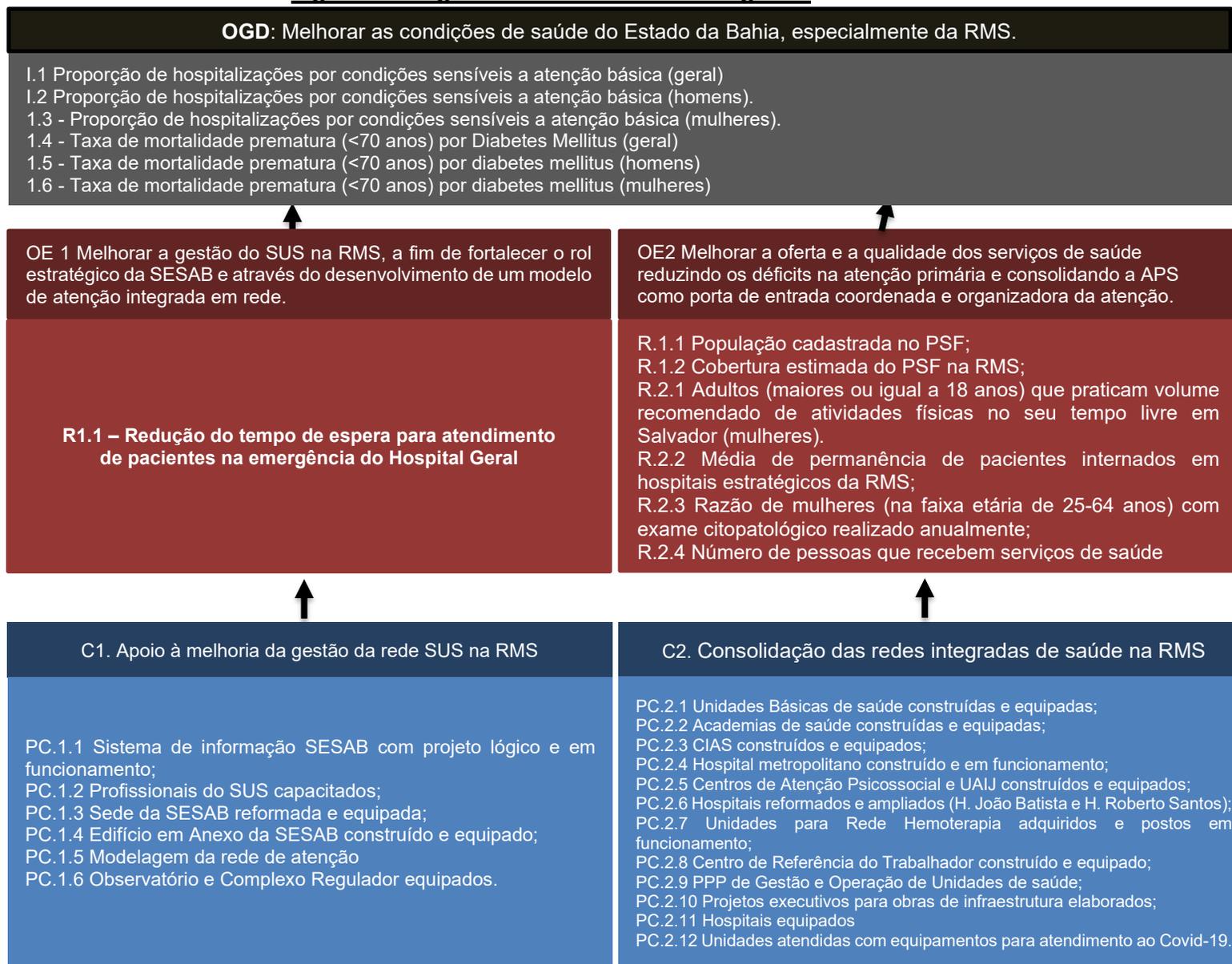
Por outro lado, devido à ausência de indicadores de resultados vinculados ao Objetivo Específico 1, optou-se, na fase de encerramento do Programa, por incluir o Indicador de Resultado “*Redução do tempo de espera para atendimento de pacientes na emergência do Hospital Geral*”, uma vez que consiste no resultado da ação de integração das redes e da modernização dos sistemas de gestão da saúde. A integração das redes e o desenvolvimento do **Sistema de gestão hospitalar da Bahia (AGHUse)** possibilitaram a redução do tempo de atendimento de pacientes nas unidades em que o sistema já havia sido implementado, pois a identificação/cadastro do paciente, que antes era realizado de forma manual, passou a ser realizado on-line, dispensando a procura de fichas e pastas físicas em arquivos, muitas vezes localizados em locais distantes das áreas de entrada dos pacientes²². Este sistema será implantado de forma progressiva, em cada uma das unidades da rede de atendimento do SUS/BA. Até o momento, foi implantado em treze unidades no Estado, inclusive no Hospital Geral Ernesto Simões Filho, no qual a pesquisa foi realizada²³. Neste hospital, a implantação do sistema ocorreu no princípio de 2020. Cabe destacar que este indicador foi sugerido pela equipe do Executor, a partir de constatações recentes.

Foram realizadas alterações nos indicadores de produtos dos dois componentes do Programa. E, assim, no componente I - Apoio à melhoria da gestão da rede SUS na RMS, foram incluídos 4 (quatro) indicadores de produto, a fim de ajustar as novas demandas do executor. No Componente 2 - Consolidação das redes integradas de saúde na RMS, foram incluídos 8 (oito) indicadores de produto para atender as novas demandas do executor, inclusive contemplando as ações de enfrentamento da Pandemia de Covid-19. Estes novos produtos são consistentes com a lógica vertical original do Programa. As alterações nos indicadores de produtos estão disponíveis no **Anexo Opcional I – Indicadores de produto**. Diante disso, pode-se inferir que as alterações na Matriz de resultados não comprometeram a Lógica Vertical do Programa. A Figura 3 apresenta a Lógica Vertical ao final do Programa.

²² O Banco realizou um estudo de caso sobre os resultados da implantação do prontuário eletrônico, sinalizando para os efeitos positivos em termos de eficiência e produtividade decorrente de melhorias tecnológicas. O documento pode ser encontrado em: <https://publications.iadb.org/pt/estudo-de-caso-da-implantacao-de-um-sistema-de-prontuario-eletronico-no-estado-da-bahia-resultados>

²³ Informações repassadas pelo Executor, quando da elaboração deste PCR.

Figura 3 – Lógica vertical ao final do Programa



Na Tabela 1, apresenta-se a matriz de resultados do Programa, com os indicadores existentes no momento da aprovação, durante a execução do Plano de Arranque e ao final do Programa.

Tabela 1 – Matriz de Resultados do Programa

Indicadores	Em Aprovação			Plano de Arranque			Ao término do Projeto			Comentários
	Unidade Medida	Linha de base	Meta (P)	Unidade Medida	Linha de base	Meta (P)	Unidade Medida	Linha de base	(A)	
OBJETIVO GERAL DE DESENVOLVIMENTO: melhorar as condições de saúde do Estado da Bahia, especialmente da RMS.										
Indicadores de impacto										
Proporção de hospitalizações por condições sensíveis a atenção básica (geral).	%	24,9	21,06	%	24,9	21,9	%	24,9	14,80	
Proporção de hospitalizações por condições sensíveis a atenção básica (homens).	%	26,9	22,72	%	26,9	22,72	%	26,9	15,80	
Proporção de hospitalizações por condições sensíveis a atenção básica (mulheres).	%	24,9	21,06	%	24,9	21,06	%	24,9	13,80	
Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por diabetes mellitus (geral).	100.000 hab	27,2	24,6	%	27,2	24,6	%	27,2	19,10	
Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por diabetes mellitus (homens)	100.000 hab	31,6	28,6	%	31,6	28,6	%	31,6	22,8	
Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por diabetes mellitus (mulheres).	100.000 hab	27,2	24,6	%	27,2	24,6	%	27,2	16,10	
Indicadores de resultado										
Objetivo Específico 1 - Melhorar a gestão do SUS na RMS, a fim de fortalecer o rol estratégico da SESAB e através do desenvolvimento de um modelo de atenção integrada em rede.										
Redução do tempo de espera para atendimento de pacientes na emergência do Hospital Geral.	-	-	-	-	-	-	Minutos	30	5	Indicador incluído quando do encerramento do Programa.
Objetivo Específico 2 – Melhorar a oferta e a qualidade dos serviços de saúde reduzindo os déficits na atenção primária e consolidando a APS como porta de entrada coordenada e organizadora da atenção.										
População cadastrada no Programa Saúde da Família.	%	23,29	40	%	23,29	40	%	23,29	58,29	
Porcentagem da cobertura estimada do Programa Saúde da Família.	%	25,7	50	%	25,7	50	%	25,7	48,90	Nome do indicador foi alterado para 'Cobertura estimada do PSF na RMS'

Indicadores	Em Aprovação			Plano de Arranque			Ao término do Projeto			Comentários
	Unidade Medida	Linha de base	Meta (P)	Unidade Medida	Linha de base	Meta (P)	Unidade Medida	Linha de base	(A)	
Porcentagem de adultos (maior ou igual a 18 anos) que praticam volume recomendado de atividade física no tempo livre em Salvador (homens).	%	43,7	48,1	%	43,7	48,1	-	-	-	Indicador excluído no PMR do primeiro semestre de 2021, pois deixou de ser prioridade para monitoramento.
Porcentagem de adultos (maior ou igual a 18 anos) que praticam volume recomendado de atividade física no tempo livre em Salvador (mulheres).	%	23,20	27,9	%	23,30	27,9	%	23,30	33,20	Alteração do nome do indicador para "Mulheres adultas (maiores ou igual a 18 anos) que praticam volume recomendado de atividades físicas no seu tempo livre em Salvador".
Média de permanência de pacientes internados em hospitais estratégicos da RMS.	dias	11	8	dias	11	8	dias	11	11,28	
Razão de mulheres (25-64 anos) com exame citopatológico realizado anualmente.	Provas/mulher	0,48	0,70	Provas/mulher	0,48	0,70	Provas/mulher	0,48	0,21	
Número de pessoas que recebem serviços de saúde.	-	-	-	-	-	-	Nº de beneficiários	0	836.423	Indicador incluído para demonstrar o número de beneficiários atendidos.

Classificação: A relevância do Programa pode ser classificada como **Satisfatória**, pois os objetivos de desenvolvimento do projeto e a lógica vertical original estão alinhados com as necessidades e prioridades de desenvolvimento do país (Estratégia de País do BID) no momento da aprovação, durante a execução e até seu final. A Lógica Vertical é relevante, entretanto, demonstra de forma parcial a cadeia causal da intervenção e os objetivos de desenvolvimento, especificamente, pois originalmente não apresentou os indicadores de resultado vinculados ao Objetivo Específico 1 - Melhorar a gestão do SUS na RMS, a fim de fortalecer o rol estratégico da SESAB e através do desenvolvimento de um modelo de atenção integrada em rede.

2.2. Eficácia

a. Declaração de objetivos de desenvolvimento do Projeto

O Objetivo Geral do Programa foi melhorar as condições de saúde do estado da Bahia, especialmente, da RMS. Na Proposta de Empréstimo, os objetivos específicos não foram definidos. Para este PCR, estão sendo considerados como objetivos específicos os objetivos dos componentes 1 e 2 do Programa, que são, respectivamente: (i) Melhorar a gestão do SUS na RMS, a fim de fortalecer o rol estratégico da SESAB e através do desenvolvimento de um modelo de atenção integrada em rede; e (ii) Melhorar a oferta e a qualidade dos serviços de saúde reduzindo os déficits na atenção primária e consolidando a APS como porta de entrada coordenada e organizadora da atenção.

b. Resultados Alcançados

Tabela 2 – Matriz de Resultados Alcançados

Resultados	Unidade de Medida	Linha de Base		Metas e Real Alcançado	% Alcançado	Meios de Verificação	
		Valor	Ano				
Objetivo Geral: melhorar as condições de saúde do Estado da Bahia, especialmente da RMS.							
Objetivo Específico 1 - Melhorar a gestão do SUS na RMS, a fim de fortalecer o rol estratégico da SESAB e através do desenvolvimento de um modelo de atenção integrada em rede.							
Redução do tempo de espera para atendimento de pacientes na emergência do Hospital Geral.	Minutos	30	2019	P	15	100	Relatório do Sistema de gestão hospitalar da Bahia (AGHUse) do Hospital Geral.
				P(A)	-		
				A	5		
Objetivo Específico 2 - Melhorar a oferta e a qualidade dos serviços de saúde reduzindo os déficits na atenção primária e consolidando a APS como porta de entrada coordenada e organizadora da atenção							
População cadastrada no PSF (Programa Saúde da Família).	%	23,29	2012	P	40	100	DATASUS
				P(A)	-		
				A	58,29		
Cobertura estimada do PSF na RMS	%	25,75	2012	P	50	95,5	DATASUS
				P(A)	-		
				A	48,90		
Adultos (maiores ou igual a 18 anos) que praticam volume recomendado de atividades físicas no seu tempo livre em Salvador (mulheres).	%	23,3	2012	P	27,9	100	VIGITEL
				P(A)	-		
				A	33,20		
Média de permanência de pacientes internados em hospitais estratégicos da RMS.	%	11	2012	P	8	0	DATASUS
				P(A)	-		
				A	11,28		
Razão de mulheres (na faixa etária de 25-64 anos) com exames citopatológicos realizados anualmente.	Exames/mulher	0,48	2012	P	0,70	0	DATASUS
				P(A)	-		
				A	0,04		
Número de pessoas que recebem serviços de saúde.	Nº de beneficiários	0	2017	P	1.364.965	0,61	SESAB/ SUVISA/ DIS-SIASUS, IBGE
				P(A)	-		
				A	836.423		

Produtos	Unidade de Medida	Linha de		Metas e Real Alcançado	% Alcançado	Meios de Verificação	
		Valor	Ano				
Componente 1: Apoio a gestão da rede SUS na RMS							
P.1.1 Sistema de Informação SESAB com o projeto lógico contratado e em funcionamento	Módulos	0		P	10	70	-
				P(a)	10		
				A	7		
P.1.2 Profissionais do SUS capacitados	Pessoas	0		P	3630	100	-
				P(a)	3630		
				A	3677		
P.1.3 Sede da SESAB reformada e equipada	m ²	0		P	500	100	-
				P(a)	500		
				A	500		
P.1.4 Edifício Anexo da SAESAB construído e equipado	m ²	0		P	13.072	100	-
				P(a)	13.072		
				A	13.072		
P.1.5 Modelagem da rede de atenção	Consultoria	0		P	1	100	-
				P(a)	3		
				A	3		
P.1.6 Observatório e Complexo regulador equipados	Observatório	0		P	1	100	-
				P(a)	1		
				A	1		
Componente 2: Consolidação das Redes Integradas da Saúde na RMS							
P.2.1 Unidades Básicas de Saúde construídas, equipadas e em funcionamento	UBS	0		P	11	100	-
				P(a)	10		
				A	10		
P.2.2 Academias de Saúde Construídas, equipadas e em funcionamento	Academias de saúde	0		P	13	100	-
				P(a)	14		
				A	14		
P.2.3 Centros integrals de Atenção à Saúde (CIAS) construídos, equipados e em funcionamento	CIAS	0		P	7	100	-
				P(a)	13		
				A	13		
P.2.4 Hospital Metropolitano construído e em funcionamento	m ²	0		P	18.496,5	100	-
				P(a)	18.496,5		
				A	18.496,5		
P.2.5 Centros de Atenção Psicossocial e UAIJ construídos e equipados	CAPS/ UAIJ	0		P	9	90,9	-
				P(a)	11		
				A	10		
P.2.6 Hospitais reformados e ampliados (Hospital João Batista e Hospital Roberto Santos)	Hospital reformado	0		P	3	100	-
				P(a)	2		
				A	2		
P.2.7 Unidades para Rede Hemoterápica adquiridos e postos em funcionamento	Unidade móvel hemoterapia	0		P	2	100	-
				P(a)	3		
				A	3		
	CEREST	0		P	1	100	-

Produtos	Unidade de Medida	Linha de		Metas e Real Alcançado		% Alcançado	Meios de Verificação
		Valor	Ano				
P.2.8 Centro de Referência do Trabalhador construído e equipado				P(a)	1		
				A	1		
P.2.9 PPP de Gestão e operação de unidades de saúde (ICOM, H Subúrbio e Diagnóstico por imagem)	Instituto	0		P	1	100	-
				P(a)	3		
				A	3		
P.2.10 Projetos executivos para obras de infraestrutura elaborados	Projetos arquitetônicos	0		P	40	100	-
				P(a)	40		
				A	40		
P.2.11 Hospitais Equipados	Hospitais	0		P	4	100	-
				P(a)	5		
				A	5		
P.2.12 Unidades Básicas com equipamentos para atendimento à Covid-19	Unidades de saúde	0		P	0	100	-
				P(a)	52		
				A	52		

Objetivo Específico 1 – Melhorar a gestão do SUS na RMS, a fim de fortalecer o rol estratégico da SESAB e através do desenvolvimento de um modelo de atenção integrada em rede.

- **Indicador de Resultado 1 – Redução do tempo de espera para atendimento de pacientes na emergência do Hospital Geral.** Os resultados apurados para este indicador demonstram que a meta foi superada em 67%. A previsão era reduzir o tempo de espera de pacientes a serem atendidos em 50%, ou seja, 15 minutos. Entretanto, a pesquisa realizada em março/abril de 2022, verificou que o tempo médio de espera para atendimento na emergência foi de 5 minutos. Essa pesquisa foi realizada no Hospital Geral Ernesto Simões Filho, por já possuir o sistema implantado desde 2020, inclusive em sua emergência. A linha de base foi estabelecida por meio dos dados obtidos em pesquisa realizada antes do início da Pandemia de Covid-19, e a meta consistiu na expectativa estabelecida pela Secretária de Saúde da Bahia, antes da implantação do sistema.

Objetivo Específico 2 - Melhorar a oferta e a qualidade dos serviços de saúde reduzindo os déficits na atenção primária e consolidando a APS como porta de entrada coordenada e organizadora da atenção.

- **Indicador de Resultado 1 – População cadastrada no PSF (Programa da Saúde da Família).** Os resultados apurados para este indicador demonstraram que a meta foi superada, com um aumento de 23,29 % de pessoas atendidas pelo PSF (Linha de base em 2012), para 58,29% da população atendida, após a implementação das ações do Programa, superando a meta, que era atender 40% da população. A apuração dos resultados foi realizada por meio da consulta ao número de pessoas cadastradas na Estratégica de Saúde da Família (ESF), cujos números são disponibilizados quadrimestralmente no sistema e-SUS.
- **Indicador de Resultado 2 – Cobertura estimada do PSF na RMS.** Para a apuração deste resultado foi realizada consulta ao sistema E-gestor Atenção Básica, do Ministério da Saúde, desenvolvido pela Coordenação-Geral de Informação da Atenção Básica. Após as intervenções do Programa, verificou-se um avanço considerável nos resultados, com um alcance de 95,5% da meta estabelecida, que era cobrir 50% da população da RMS com o

PSF. A cobertura aumentou para 48,9% da população, um avanço expressivo em relação à linha de base medida (25,75%) antes da execução do Programa, em 2012.

- **Indicador de Resultado 3 – Mulheres (maiores ou igual a 18 anos) que praticam volume recomendado de atividades físicas no seu tempo livre em Salvador.** Esse indicador foi apurado por meio dos dados cadastrados no Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico – VIGITEL. Foram consideradas mulheres adultas, maiores que 18 anos, que praticam atividades físicas, no tempo livre, equivalentes a, pelo menos, 150 minutos de atividade física moderada por semana ou atividade de intensidade vigorosa por, pelo menos, 75 minutos semanais. O indicador superou a meta estabelecida, com um aumento do percentual de mulheres adultas a praticarem o volume de atividades físicas recomendado em seu tempo livre, de 23,3 % (linha de base) para 33,2% ao final da execução do Programa, ultrapassando a meta estabelecida que era de 27,9%.
- **Indicador de Resultado 4 – Média de permanência de pacientes internados em hospitais estratégicos da RMS.** Para o cálculo desse indicador, foi considerada a média de permanência de pacientes internados em hospitais estratégicos da RMS: Hospital Geral Roberto Santos, Hospital Geral do Estado, Hospital Geral Ernesto Simões, Hospital do Subúrbio e Hospital Geral de Camaçari. Este é um clássico indicador que reflete o desempenho hospitalar, e está relacionado às boas práticas clínicas, estando relacionado à gestão eficiente do leito operacional. A apuração do resultado, em 2021, não identificou avanços para este indicador. Devido à pandemia de Covid-19, houve um aumento da média de tempo de permanência de pacientes internados nos hospitais, contrário do que era esperado com as intervenções do Programa. Entretanto, esse aumento tem relação com o aumento do número de pacientes com Covid-19 que necessitaram de internação, o que ocorreu em todo o país²⁴. Os dados de 2019 demonstram avanços no indicador, alcançando 10,07 dias, que representa 30% da meta prevista.
- **Indicador de Resultado 5 – Razão de mulheres (na faixa etária de 25-64 anos) com exames citopatológicos realizados anualmente.** Esse indicador foi calculado dividindo-se o número de mulheres com exames citopatológicos realizados, pela população total da RMS em 2019. Não foram observados avanços para esse indicador, sendo que a razão de mulheres com exames citopatológicos realizados caiu drasticamente, especialmente nos últimos anos (2020 e 2021), de acordo com os resultados apurados. Em 2015, o número de exames por mulher era de 0,48, valor que reduziu para 0,21 em 2019; 0,06 em 2020; e 0,04 em 2021. A redução do número de exames realizados, também, tem relação com a pandemia de Covid-19. O medo de ser contaminado pelo vírus SARS-CoV-2 fez com que mulheres adiassem consultas e exames de rastreamento. E, nesse caso específico, os exames de rastreamento de câncer de útero. Dado que pode ser observado em todo o país, não somente na Bahia²⁵. Ademais, em diversos momentos durante a Pandemia, foi priorizado o atendimento de casos de Covid-19 em detrimento de outros atendimentos. Esta foi uma realidade geral nas unidades do SUS de todos os municípios do Brasil.
- **Indicador de Resultado 6 – Número de pessoas que recebem serviços de saúde.** Para a apuração deste indicador, utilizou-se como fonte de dados as pessoas cadastradas na SESAB até fevereiro de 2021. Foi observado um aumento no número de pessoas que recebem serviços de saúde, após as intervenções do Programa. A meta estabelecida não foi atingida,

²⁴ [Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-VERSÃO-FINAL-3.pdf](#), ver página 41. Estabelece as diretrizes de priorização para o atendimento da Covid-19.

²⁵ Dados sobre o Brasil pode ser visto no link a seguir: <http://radardocancer.org.br/painel/covid/>

mas houve um avanço de 51%, em relação à meta estabelecida. O Hospital Metropolitano ainda, não está utilizando toda a sua capacidade de atendimento. Devido à Pandemia da Covid-19, o referido Hospital está sendo utilizado para atender a população afetada com esta enfermidade.

- **Síntese – Efeitos da pandemia.** Como foi indicado para os indicadores 4 e 5, a pandemia de COVID-19 teve um impacto negativo no seu desempenho, e se estima que teriam atingido as metas estabelecidas se não fosse por isto.

c. **Análise Contrafactual de Efetividade**

Como apresentado na seção de Relevância, no desenho do Projeto, as realizações do Programa são convergentes para o alcance do Objetivo Geral, que é melhorar as condições de saúde do estado da Bahia, especialmente da RMS. Esses benefícios foram alcançados por meio da realização de uma série de intervenções físicas que apoiaram a gestão do SUS e consolidaram as redes integradas da saúde na RMS, contribuindo para alcançar os resultados do Programa, melhorando as condições de saúde no estado da Bahia.

Cabe destacar que a estrutura lógica do Programa estabelece que as ações relacionadas ao Objetivo Específico 1 – *Melhorar a Gestão do SUS na RMS, a fim de fortalecer o rol estratégico da SESAB e através do desenvolvimento de um modelo de atenção integrada em rede* e o desenvolvimento do **Sistema de gestão hospitalar da Bahia (AGHUse)** contribuíram com melhorias de automação de processos, aumentando a eficiência no atendimento ao cidadão. O desenvolvimento deste sistema possibilitou implantar o prontuário eletrônico em unidades de atendimento do SUS na Bahia e, com isto, reduziu o tempo de espera de pacientes para atendimento, uma vez que os processos físicos e os respectivos arquivos foram extintos.

Por sua vez, o Objetivo Específico 2 - *Melhorar a oferta e a qualidade dos serviços de saúde reduzindo os déficits na atenção primária e consolidando a APS como porta de entrada coordenada e organizadora da atenção* contribuirá para o aumento do número de consultas medidas, realizadas nas especialidades básicas, contribuindo para promover a redução do número de consultas de urgência. Com a melhoria da eficiência do sistema de atenção primária, busca-se reduzir o número de atendimento de urgência, principalmente, aqueles vinculados à Atenção Básica, mediante maior controle preventivo.

A avaliação de impacto realizada para o Programa encontra-se disponível em **Anexo Opcional II - Relatório de Avaliação de Impacto**²⁶²⁷. Esta avaliação buscou verificar o impacto sobre seis grupos de indicadores para a RMS, sendo: (i) Atenção Primária à Saúde, (ii) Doenças do Aparelho Circulatório, (iii) Diabetes Mellitus, (iv) Neoplasias, (v) Doenças Respiratórias Crônicas e (vi) Invasão de Procedimentos. A metodologia utilizada foi a de controle sintético e foram utilizados grupos de tratamento e de controle. O resultado da referida avaliação de impacto está descrito a seguir.

Considerando o grupo de indicadores voltados para os impactos do Programa sobre a Atenção Básica, ainda, não foi possível observar, com a metodologia utilizada, os impactos significativos. Contudo, quando apenas o indicador final de mortalidade precoce por DCNT é considerado, permitindo-se um nível de significância estatística menor (15%), observou-se uma redução de 28,6 mortes por 100 mil habitantes entre 2016-2019. Esse valor representou uma redução de 9,4% em relação à média do indicador verificado entre 2008 e 2015 (302,8). Efeito similar

²⁶ Firpo, Sérgio; Relatório Final de Avaliação de Impacto, Produto 8, agosto/2020. Insuper.

²⁷ O **Anexo Opcional III - Apresentação dos resultados da avaliação de impacto** consiste na apresentação da avaliação de impacto do Programa realizada quando da realização do Seminário de Encerramento do Programa.

acontece para os indicadores do grupo de doenças do aparelho circulatório. Não há evidências de melhorias dos indicadores intermediários do grupo, mas, permitindo-se um nível de significância estatística menor (15%), observa-se um impacto acumulado (entre 2016 e 2019) de redução de 24,08 mortes por 100 mil habitantes, por doenças do aparelho circulatório. Apesar desse resultado estar na direção esperada pela Teoria da Mudança, é difícil associar essas melhorias diretamente às ações do Programa.

Os indicadores para o grupo de diabetes estão, historicamente, em patamar mais elevado na RMS em relação às demais regiões metropolitanas do país. E essa discrepância dificulta a aplicação da metodologia de controle sintético para este grupo de indicadores. Assim, em linha gerais, são observadas melhorias dos referidos indicadores da RMS, mas estas não podem ser diretamente atribuídas ao Programa. Para os indicadores relacionados às neoplasias, observa-se uma redução da proporção de óbitos nas internações (acumulado entre 2016 e 2020), esse impacto é estatisticamente significativo ao nível de 10%, representando uma redução da proporção de óbitos nas internações realizadas no período, equivalente a 6,7% em relação à média do período pré-tratamento. Porém, o indicador final de mortes precoces, por neoplasias, indica que na RMS há mais mortes do que na região de controle, mesmo que essa diferença não seja estatisticamente significativa.

Então, com o objetivo de mensurar a produção das novas policlínicas, construídas fora da RMS, sugeriu-se a inclusão de indicadores de invasão de procedimentos. Os resultados da avaliação de impacto, contudo, não indicam que houve, até 2020, uma redução significativa da realização de procedimentos de alta e média complexidade em não residentes.

Por fim, ressalta-se que pode ser necessário um intervalo de tempo maior, após a finalização das ações do Programa, para que os impactos efetivos sobre os indicadores acompanhados sejam observados. Os resultados aqui apresentados são limitados pela janela de tempo em que os dados estão disponíveis (2016 a 2020) e são, portanto, resultados imediatos, ou de curto-prazo do Programa.

É importante destacar que apesar do curto prazo, não foi observado impacto. Há tendência de melhora para alguns indicadores importantes, portanto, para a análise de atribuição dos produtos aos resultados definidos, utilizou-se um enfoque qualitativo baseado na teoria e evidências de impacto de intervenções semelhantes. O PSF, como estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde, vem sendo utilizado para transformar o modelo de saúde no país: de assistencialista centrado na cura de doenças, para um modelo que busca a prevenção de doenças e a promoção da saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Diversas avaliações de impacto da implantação do PSF, em diferentes cidades/regiões do país, demonstram os benefícios trazidos por esta estratégia para o sistema de saúde.

Gomes et al. (2007)²⁸ avaliou o impacto do PSF na comunidade rural de Airões, localizada no município de Paula Cândido, em Minas Gerais. Neste trabalho, buscou conhecer a contribuição do PSF na evolução dos indicadores da saúde, por meio da comparação dos dados sanitários antes e depois da implantação do Programa. Estes dados foram coletados por meio de inquérito domiciliar, realizado com 127 famílias selecionadas na comunidade. Os resultados indicaram uma melhoria nos indicadores de saúde, após a implantação do PSF, uma vez que houve um aumento de 42,7% no diagnóstico de doenças e uma redução de 42,7% para 27,2% no número de internações hospitalares. Além disso, a cobertura da assistência pré-natal aumentou de 30,6%

²⁸ Gomes et al. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003. *Ciência e saúde coletiva*, v. 14, p. 1473-1482, 2009.

para 90%. Dessa forma, a evolução dos dados sanitários da comunidade reforça o PSF como estratégia eficiente para melhorias no SUS e, conseqüentemente, na saúde da região avaliada.

Outro estudo avaliou o impacto do PSF sobre a mortalidade infantil no nordeste brasileiro, considerando os diferentes graus de cobertura do PSF, por municípios no Nordeste, para os períodos entre 2005 e 2007. Foram utilizadas as metodologias de *propensity score* generalizado e dados em painel. O principal resultado obtido, no estudo, foi o impacto do PSF na mortalidade infantil, que se mostrou significativo e negativo, ou seja, quanto maior o percentual de cobertura do Programa, menor o número de óbitos infantis. Isso pode ser atribuído a um dos principais objetivos desta estratégia, que visa o acompanhamento de gestantes por profissionais de saúde, que instruem e acompanhem a família para a prevenção de doenças (Silva et al., 2019)²⁹.

Castro et al. (2020) investigaram o impacto da qualidade da atenção primária à saúde (APS) nos municípios brasileiros e a redução das internações por condições sensíveis à atenção primária. Foi realizado um estudo ecológico, com análise de dados secundários de abrangência nacional. A análise foi realizada por meio de um modelo explicativo hierarquizado, sendo que o número de internações, por condições sensíveis a atenção primária, no ano de 2014, foi considerado como a variável dependente e os dados sociodemográficos, bem como os relacionados ao sistema de saúde, considerados variáveis independentes. Os resultados mostraram que a qualidade da APS, que tem como sua principal estratégia a implantação do PSF, mostrou associação negativa com o número de internações por condições sensíveis à atenção primária. Municípios com menor nível de qualidade apresentaram 21,2% mais internações do que municípios mais bem avaliados. Dessa forma, os resultados desse estudo, também, corroboram com o fato de que a qualidade da APS promove melhorias no sistema de saúde, reduzindo as internações por condições sensíveis à APS, mesmo em contextos de vulnerabilidade social.

No que tange à ampliação do acesso aos serviços de atenção primária na RMS, neste Programa, foi observado um aumento considerável da população atendida e da cobertura do PSF na RMS, com as intervenções realizadas. Como respalda a literatura supracitada, a ampliação do PSF traz benefícios ao sistema de saúde, como foi observado para a RMS. Esses benefícios podem ser atribuídos à implantação das novas UBS, das CIAS, dos CAPS e UAIJ, assim como às obras, realizadas para a construção do Hospital Metropolitano e para as reformas dos hospitais já existentes.

Outro resultado alcançado por meio das intervenções do Programa, foi o aumento da quantidade de atividade física por adultos, durante seu tempo livre, em Salvador. A prática de atividades físicas, e seu incentivo na atenção básica, é instrumento de prevenção e promoção da saúde, bem como uma boa alternativa para a redução de gastos governamentais com medicação e possíveis internações, que poderiam ser evitados (Souza, 2011³⁰). Da mesma forma, (Parra-Sánchez, 2015³¹), realizando um ensaio clínico aleatorizado controlado, verificou melhorias nos índices clínicos básicos do grupo executor de exercícios físicos, em comparação ao grupo de controle. Assim, a atividade física inserida na estratégia do PSF pode atuar na prevenção de doenças crônicas, como obesidade, diabetes e hipertensão, além de trazer outros benefícios, como: desenvolvimento da autonomia para realização dos afazeres do dia a dia, melhoria do

²⁹ Silva et al. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família sobre a mortalidade infantil no Nordeste do Brasil. Rev. Econ., v. 50, p.39-48, 2019

³⁰ Souza, J. L. S. O SUS e a prática de atividades físicas na ESF: uma revisão da importância para a promoção e prevenção das DCNT e na saúde mental. EFDeportes.com. Revista Digital, n 159, 2011. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd159/a-introducao-da-pratica-de-atividades-fisicas.htm>

³¹ Parra-Sánchez, Javier, Et. al. Evaluación de un programa de ejercicio físico supervisado en pacientes sedentarios mayores de 65 años con diabetes mellitus tipo 2, Elsevier. España, 2014 - <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715000372?via%3Dihub>

convívio social, educação em saúde, além de poder configurar-se em uma opção de lazer (Coutinho, 2006³²).

Estudos apontam, entretanto, que o aconselhamento acerca da importância da atividade física, no âmbito da atenção primária, é ainda incipiente e, por isso, é necessário que os profissionais da saúde, especialmente o enfermeiro da Equipe de Saúde da Família, atuem mais nesse processo, tendo como foco preponderante a promoção da saúde (Santos et al., 2012³³). Nesse sentido, a formação dos profissionais de educação física para atuação na estratégia de saúde de família é de grande importância. Esse profissional é imprescindível para auxiliar na promoção da saúde na atenção primária (Silva et al., 2009³⁴). No âmbito deste Programa, a construção das academias de saúde contribuiu para o incentivo e o aumento da prática de atividades físicas na população adulta da RMS. Notadamente, a capacitação dos profissionais de saúde, também, pode ter influenciado, visto que é de extrema importância que a prática de atividades físicas seja recomendada por tais profissionais à população, como forma de prevenção e promoção à saúde.

As melhorias na gestão do SUS na RMS podem ser atribuídas à implantação do sistema de informações da SESAB, com destaque para a reestruturação do setor de tecnologia e inteligência de dados, por meio da implantação de um sistema de gestão hospitalar, que tem como premissa o apoio ao setor de saúde, de forma integrada e unificada. Além disso, as melhorias na infraestrutura física da SESAB, com as reformas internas e criação de um prédio anexo, também, contribuíram. É importante mencionar, ainda, a capacitação dos profissionais de saúde que, efetivamente, são os que atuam na atenção primária e que devem estar familiarizados com o modelo de atenção integrada em rede.

É importante destacar que a avaliação das policlínicas, disponível no **Anexo Opcional IV - Relatório de Avaliação Impacto e Custo Efetividade das Policlínicas**³⁵, demonstrou: melhoria na assistência (acesso a serviços de média e alta complexidade em suas regiões de saúde); redução das internações urgentes (-4,5%) e das internações por doenças como causa de morte evitável (-3%). Embora o período, desde a implementação da primeira policlínica no estado, seja relativamente curto, a política se mostrou eficaz para reduzir as mortalidades por neoplasias (-7,7%) e hipertensão (-5%). As policlínicas analisadas foram as primeiras unidades a serem implantadas pelo PROSUS, entregues e em funcionamento desde 2018. Embora mais estudos sejam necessários para avaliar a relação entre a implantação das policlínicas e redução da mortalidade, os resultados encontrados neste estudo permitem concluir que as unidades tratadas ampliaram o acesso aos serviços médicos especializados, e esse acesso facilitado pode ter gerado uma maior resolutividade em relação aos agravos de saúde existentes ou daqueles que poderiam acometer a população residente nessas localidades, evitando potenciais mortes.

Neste Programa, os resultados alcançados em relação ao aumento da população atendida pelo PSF e ao aumento do volume de atividade física por adultos em Salvador, convergem para alcançar o Objetivo Específico 2 do Programa, que é *'Melhorar a oferta e a qualidade dos serviços de saúde reduzindo os déficits na atenção primária e consolidando a APS como porta de entrada coordenada e organizadora da atenção'*.

³² Coutinho, S. S. Atividade física no Programa Saúde da Família em municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná – Brasil. Rev Bra de Med Fam e Com, v. 2, 2006.

³³ Santos et al. Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. Ver. Gaúcha Enferm, v. 33, p. 14-21, 2012.

³⁴ Silva et al. Educação Física na atenção primária à saúde em Sobral-Ceará: Desenhando saberes e fazeres integralizados. SANARE, Sobral, v.8, p.

³⁵ O **Anexo Opcional V – Apresentação da avaliação das policlínicas** consiste na apresentação da avaliação das policlínicas realizada quando da realização do Seminário de Encerramento do Programa.

d. Resultados Não Previstos

Não foram identificados resultados não previstos para este Programa.

Classificação: A classificação de eficácia pode ser considerada como **Parcialmente Insatisfatória**, pois o primeiro objetivo específico alcançou a classificação Excelente, mas o segundo objetivo específico foi classificado como Parcialmente Insatisfatório, uma vez que os indicadores *Média de Permanência de Pacientes Internados em Hospitais Estratégicos da RMS* e *Razão de Mulheres (na faixa etária de 25-64 anos) com Exames Citopatológicos Realizados Anualmente* não apresentaram avanços, devido ao impacto provocado pela Pandemia da Covid-19 no Brasil. A planilha de checklist demonstra esta classificação.

2.3. Eficiência

Custos do Programa. O custo total do Programa foi estimado, no momento da assinatura do Contrato de Empréstimo, em US\$ 285.000.000 (duzentos e oitenta e cinco milhões de dólares), sendo US\$ 200.000.000 (duzentos milhões de dólares), equivalente a 70% do total, financiados pelo BID, e US\$ 85.000.000 (oitenta e cinco milhões de dólares), equivalente a 30%, aportados como contrapartida local.

As principais alterações de valores estão relacionadas com os seguintes indicadores de produto: (i) Profissionais do SUS capacitados: redução 68,8% do valor inicialmente previsto, pois foram realizados cursos “online” e outras fontes de recursos foram utilizadas; (ii) Edifício Anexo da SESAB, construído e equipado, com valor readequado devido aos custos finais da obra; (iii) Centros Integrals de Atenção à Saúde (CIAS) construídos, equipados e em funcionamento, com um incremento de 148% no valor, pois a meta foi duplicada. Ademais, a elevação da taxa de câmbio impactou nos custos finais, uma vez que estava prevista a aquisição de um elevado número de equipamentos médicos importados; (iv) Hospital Metropolitano construído e em funcionamento: valor reduzido, devido à utilização de outras fontes de recursos; (v) Hospitais reformados e ampliados (Hospital João Batista Caribé e Hospital Roberto Santos). Originalmente estava prevista a reforma de três hospitais, mas somente duas reformas foram realizadas; (vi) Hospitais Equipados: custos maiores, pois uma parcela dos recursos destinados à compra de equipamentos para o enfrentamento da Covid-19 foi alocada neste produto; (vii) Unidades Atendidas com equipamentos para atendimento à Covid-19 abarcou uma parcela dos recursos destinados ao enfrentamento da pandemia da Covid-19.

Durante a execução do Programa, houve modificações no prazo para o desembolso dos recursos, inicialmente estabelecido em 5 (cinco) anos, e, também, no remanejamento de recursos entre as categorias de gastos. Na **Alteração Contratual nº 2**, assinada em 18 de setembro de 2019, ocorreu a primeira prorrogação de prazo para desembolso, passando para 6 (seis) anos. Na ocasião desta alteração também foram remanejados recursos do Programa. Na **Alteração Contratual nº 3**, firmada em 14 de julho de 2020, houve nova prorrogação de prazo para desembolso, para 6 (seis) anos e 8 (oito) meses, estabelecendo o prazo final em 30 de agosto de 2021. Maiores detalhes das alterações contratuais são descritos no **Anexo Opcional VI - Resumo das Alterações Contratuais**.

Na Tabela 3, é apresentada a execução financeira do Programa.

Tabela 3 – Custos do Projeto
Outputs - Financial Progress


Operation Number: BR-L1389

										Component Revised Cost
1 Component: C1: Apoio a melhoria da gestão da rede SUS na RMS										38.340.000,00
Output Definition		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Cost	
1.1	Sistema de Informação SESAB com o projeto lógico contratado e em	P	18.513,00	966.055,00	9.004.141,00	9.072.878,00	6.797.335,00			25.858.922,00
		P(a)	18.513,00	984.568,00	7.625.028,00	9.072.878,00	11.697.592,62	2.500.000,00	7.659.652,95	25.174.815,07
		A	0,00	1.379.112,86	6.516.708,64	2.751.439,16	3.290.959,46	3.576.942,00	11.995.989,73	29.511.151,85
1.2	Profissionais do SUS capacitados	P		327.821,89	413.526,96	428.525,34	385.672,81			1.555.547,00
		P(a)			217.810,00	217.810,00	1.860.560,00	230.000,00	4.508.716,00	4.620.000,00
		A	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	111.284,00	373.939,62	485.223,62
1.3	Sede da SESAB reformada e equipada	P		836.412,56	4.391.165,95					5.227.578,51
		P(a)		836.412,56	784.137,00	784.137,00	6.123.890,49	1.356.167,36	965.203,46	5.420.925,56
		A	0,00	0,00	0,00	0,00	1.974.159,60	2.481.562,50	965.203,46	5.420.925,56
1.4	Edifício Anexo da SESAB construído e equipado	P			985.065,49	3.206.322,01				4.191.387,50
		P(a)			628.708,00	628.708,00	4.171.788,70	500.000,00	0,00	2.389.055,55
		A	0,00	0,00	0,00	19.598,80	2.101.500,93	267.955,82	0,00	2.389.055,55
1.5	Modelagem da rede de atenção	P		404.761,71						404.761,71
		P(a)		404.761,71	269.840,00	303.708,44	400.000,00	0,00	234.315,68	533.643,82
		A	0,00	0,00	101.054,27	127.273,42	0,00	71.000,45	234.315,68	533.643,82
1.6	Observatório e Complexo Regulador equipados	P			201.560,00					201.560,00
		P(a)			201.560,00		201.560,00	0,00	201.560,00	201.560,00
		A	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

2 Component: C2. Consolidação das Redes Integradas de Saúde na RMS
Componente II. Consolidação das Redes Integradas de Saúde na RMS

Output Definition		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Cost
2.1	Unidades Básicas de Saúde construídas, equipadas e em funcionamento	P		3.602.044,73	3.602.044,73	2.701.533,55			9.905.623,01
	P(a)				5.943.373,80	8.813.674,30	2.900.000,00	82.414,34	9.525.909,59
	A	0,00	0,00	0,00	1.091.948,70	6.505.924,02	1.845.622,53	86.191,99	9.529.687,24
2.2	Academias de Saúde Construídas, equipadas e em funcionamento	P		1.131.426,46	1.319.997,54				2.451.424,00
	P(a)				1.697.139,69	2.201.424,00	434.883,39	0,00	1.919.024,39
	A	0,00	0,00	0,00	250.000,00	1.374.141,00	294.883,39	0,00	1.919.024,39
2.3	Centros Integrals de Atenção a Saúde (CIAS) construídos, equipados e em funcionamento	P		3.376.480,00	10.129.440,00	10.129.440,00			23.635.360,00
	P(a)				15.182.519,32	8.700.000,00	9.154.352,58	12.737.260,33	60.076.299,51
	A	0,00	0,00	5.949.582,38	18.302.378,64	5.251.212,93	17.835.865,23	11.242.927,91	58.581.967,09
2.4	Hospital Metropolitano construído e em funcionamento	P		10.525.874,30	42.103.497,20	12.267.906,50			64.897.278,00
	P(a)				12.979.455,00	36.342.476,00	49.445.883,44	4.000.000,00	4.819.269,67
	A	0,00	0,00	225.410,20	15.225.984,36	16.868.799,27	3.688.007,29	15.126,25	36.023.327,37
2.5	Centros de Atenção Psicossocial e UAIJ construídos e equipados	P		1.251.804,67	1.877.707,00	2.503.609,33			5.633.121,00
	P(a)				1.251.804,67	4.541.172,30	1.912.827,42	2.777.828,17	10.174.293,30
	A	0,00	0,00	0,00	1.091.948,70	4.391.689,01	1.912.827,42	151.570,95	7.548.036,08
2.6	Hospitais reformados e ampliados (Hospital João Batista Caribé e Hospital Roberto Santos)	P		840.000,00	10.100.000,00	13.435.238,00			24.375.238,00
	P(a)				16.000.000,00	14.661.001,44	3.500.000,00	4.349.125,57	17.408.720,46
	A	0,00	0,00	0,00	738.998,56	8.798.915,46	3.521.680,87	852.204,01	13.911.798,90
2.7	Unidades para Rede Hemoterápica adquiridos e postos em funcionamento	P	794.392,00			1.304.286,00			2.098.678,00
	P(a)	794.392,00	794.392,00	794.392,00		1.304.286,00	0,00	1.199.867,03	1.957.750,72
	A	0,00	0,00	653.464,72	0,00	0,00	104.418,97	296.948,01	1.054.831,70
2.8	Centro de referência do Trabalhador construído e equipado	P				959.810,00			959.810,00
	P(a)				479.905,00	0,00	0,00	0,00	290.000,00
	A	0,00	0,00	0,00	290.000,00	0,00	0,00	0,00	290.000,00
2.9	PPP de Gestão e Operação de Unidades de Saúde (ICOM, HSubúrbio e Diagnóstico por	P	21.500.000,00	21.500.000,00	21.500.000,00	20.500.000,00			85.000.000,00
	P(a)				56.000.000,00	12.753.787,72	12.753.787,72	0,00	85.000.000,00
	A	0,00	0,00	25.942.659,95	46.303.552,33	0,00	12.753.787,72	0,00	85.000.000,00
2.10	Projetos executivos para obras de infraestrutura elaborados	P	2.332.275,00	2.332.275,00					4.664.550,00
	P(a)	777.425,10	1.936.630,00		466.455,00	0,00	0,00	0,00	2.027.260,33
	A	0,00	395.645,00	1.527.960,58	103.654,75	0,00	0,00	0,00	2.027.260,33
2.11	Hospitais Equipados	P			4.762.440,00	4.762.440,00			9.524.880,00
	P(a)			1.000.000,00	4.242.321,23	8.375.238,00	12.944.530,00	3.299.040,22	7.787.619,66
	A	0,00	104.624,00	924.402,53	693.309,98	0,00	2.766.242,93	16.758.633,09	21.247.212,53
2.12	Unidades atendidas com equipamentos para atendimento ao COVID-19	P							0,00
	P(a)						2.215.651,25	0,00	2.215.651,25
	A	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.215.651,25	0,00	2.215.651,25

Other Cost		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Cost
Gerenciadora do Programa	P	300.000,00	3.977.295,50	3.949.548,50	3.509.935,00	2.358.454,00			14.095.233,00
	P(a)	300.000,00	1.577.484,90	4.306.573,00	2.965.000,00	4.964.175,10	987.477,50	838.784,72	6.967.191,76
	A	0,00	0,00	1.848.996,76	1.956.757,85	1.289.291,00	1.033.361,43	1.013.987,44	7.142.394,48
Avaliações do Programa	P		53.694,50	134.649,50	87.551,00	43.153,27			319.048,27
	P(a)		53.694,50	200.000,00	75.847,00	80.000,00	0,00	380.000,00	482.808,24
	A	0,00	0,00	36.089,62	40.540,26	20.715,00	5.463,36	66.000,00	168.808,24

Total		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Cost
Total Cost	P	318.513,00	31.192.708,16	63.639.562,56	111.700.337,82	78.148.878,46			285.000.000,00
	P(a)	318.513,00	5.428.738,77	30.944.133,00	151.654.083,15	140.296.034,11	55.389.677,22	44.053.038,14	285.000.000,00
	A	0,00	1.879.381,86	43.726.329,65	88.987.385,51	51.867.307,68	54.486.557,16	44.053.038,14	285.000.000,00

Avaliação econômica ex-ante: Durante a preparação do Programa, foi realizada a Análise Econômica, do custo-efetividade e custo-benefício para os principais benefícios esperados à saúde, levando em consideração dois indicadores: (i) ganhos em anos de vida ajustado por deficiência (DALYs), visando a implementação de linhas de cuidado no contexto de melhoria da cobertura do PSF e das inovações institucionais para a gestão e prestação de serviços da saúde em rede; e (ii) a redução de hospitalizações evitáveis que podem ser alcançadas tendo em vista que o modelo é implementado com base na APS, que, por sua vez, gera lucros ao economizar nas despesas de saúde, menor custos de hospitalizações e aumento de produtividade, evitando, assim, dias úteis perdidos. A análise focada no DALYs mostra que o Programa é rentável, com custo por DALY evitado de US\$ 2.300 (dois mil e trezentos dólares). Essa economia contribui para a sustentabilidade financeira do setor. A relação benefício/custo em um horizonte de cinco anos é de 2,4. A análise de sensibilidade mostra que esses resultados favoráveis são mantidos nos diferentes cenários considerados.

Avaliação econômica ex-post: A avaliação econômica ex-post está disponível no **Anexo Opcional VII - Avaliação Econômica Ex-post**. A proposta metodológica e os resultados são apresentados a seguir:

Metodologia: Para a realização desta avaliação ex-post foi aplicada a mesma metodologia utilizada na avaliação ex-ante. Os custos são os reais de final de projeto, atualizados monetariamente para dez/2021, após CO do Programa. A taxa de desconto foi a mesma utilizada na avaliação ex-ante, ou seja, 4,0% a.a, e os benefícios são decorrentes do número de Ano de Vida Ajustado por Incapacidade (AVAD), que representa a perda do equivalente a um ano de saúde plena. Para cálculo desta variável, em relação a uma doença ou condição de saúde, somam-se os anos de vida perdidos devido à mortalidade prematura (YLLs) com os anos de vida saudáveis perdidos em razão da deficiência (YLDs), causados pela doença ou condição de saúde em uma população. O cálculo do AVAD está correlacionado com a redução da taxa de mortalidade infantil em decorrência da ampliação do Programa Saúde da Família (PSF), na Região Metropolitana de Salvador, e da implantação das policlínicas. Adicionalmente, foi considerado como benefício o número de Hospitalização (internações) Evitáveis (HE). Para cálculo da estimativa do valor da diária de internação, foi utilizado o último valor médio pago por internação hospitalar na rede SUS para a RMS, disponível no DATASUS, estimado para o período de 2022-2026, tendo como base a atualização da inflação pelo IPCA. Adicionalmente, foram calculados os dias de hospitalização de um indivíduo da População Economicamente Ativa – PEA que representa perdas para o PIB do país, uma vez que, no período de inatividade, o trabalhador deixa de gerar a correspondente riqueza para o país. O prejuízo financeiro para a economia do país é calculado a partir da obtenção das HEs por PEA, resultantes da aplicação do percentual de 51,7% (que representa a taxa de atividade em pessoas maiores de 10 anos para a RMS em 2018). Considera-se que não há prejuízo na utilização dessa taxa para os anos seguintes, devido a sua baixa volatilidade em períodos curtos.

Com a implantação de um modelo de rede baseado na APS, diversas internações hospitalares serão evitadas. Assim, os benefícios serão: i) Redução (economia) de custos com hospitalizações; e ii) Ganho de produtividade, redução de dias úteis (trabalhados) parados. O AVAD apresentou uma relação Benefício-Custo de 2,50, o Lucro Líquido foi de US\$ 428.081.158,62. Em relação ao HE, o Lucro Líquido foi de US\$ 186.128.771,40 e a relação Benefício-Custo foi de 0,65.

Indicadores de CPI/SPI

Cycle	PMI Stage	CPI	SPI	CPI(a)	SPI(a)	Disb	T3	Synthetic Indicator	Auto-calculated Classification
Second period Jan-Dec 2020	After Eligibility	1.75	1.52	0.97	0.97	0.91	-	3.00	Satisfactory
Second period Jan-Dec 2019	After Eligibility	1.64	1.10	1.01	0.69	0.76	-	2.70	Satisfactory
Second period Jan-Dec 2018	After Eligibility	1.22	0.82	1.16	0.79	0.51	-	2.70	Satisfactory
Second period Jan-Dec 2017	After Eligibility	1.05	0.53	1.04	1.61	0.14	-	2.65	Satisfactory
Second period Jan-Dec 2016	After Eligibility	1.55	0.11	1.04	0.52	0.05	-	2.25	Alert
Second period Jan-Dec 2015	After Eligibility	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	-	1.40	Problem
Second period Jan-Dec 2014	From Approval to Eligibility	-	-	-	-	-	-	-	Satisfactory

Avaliando o Índice de Desempenho de Custos (CPI),³⁶ verifica-se que o nível de execução do Programa ficou acima do esperado a partir do segundo ano do projeto. A partir de 2016, a execução apresentou um ritmo elevado, permanecendo até o final do Programa.

Em relação ao Índice de Desempenho de Prazos (SPI),³⁷ verificam-se oscilações no desempenho do Programa, principalmente nos quatro anos iniciais. A partir de 2019, pode-se verificar a retomada do cronograma de prazo, com a execução alcançando um alto nível e superando a expectativa de realização das metas do Programa.

O Programa apresentou a situação de **Satisfatório** em 5 (cinco) dos 7 (sete) anos avaliados (2014 – 2020). Entretanto, nos anos de 2015/2016, a classificação foi de **problema** e **alerta**, respectivamente.

Classificação: O projeto foi desenvolvido em 7 (sete) anos e a avaliação econômica ex-post apresentou para AVAD uma relação Benefício-Custo de 1,44 e um Lucro Líquido de US\$ 124,8 milhões. Em relação às Internações Hospitalares Evitáveis (HE), identificaram-se uma relação de Benefício-Custo de 0,56 e um Lucro Líquido de US\$ 124,6 milhões. Portanto, a Classificação considerada foi **Satisfatória**.

2.4. Sustentabilidade

a. Aspectos Gerais de Sustentabilidade

Durante a execução do Programa foram identificados alguns riscos de probabilidade alta ou crítica para ocorrência, detalhados a seguir:

Fiduciário: O primeiro estava relacionado à demora nos processos de aquisições. Uma vez identificado, foi verificado onde estava ocorrendo o não cumprimento ou demora da etapa do processo de licitação para que se evitasse atraso na entrega dos serviços planejados. A medida corretiva adotada foi o monitoramento das etapas dos processos licitatórios, com acompanhamento contínuo da definição de metodologia de trabalho e pactuação de prazos com os envolvidos, o que atenuou a demora nos processos de aquisição. Outro risco de elevada probabilidade identificado foi o atraso nos processos licitatórios decorrentes de burocracia interna como: PGE/BA e capacidade do corpo técnico da SESAB referente ao conhecimento das normas do BID. Tendo em vista a probabilidade de ocorrência desse risco, uma melhor organização do processo de trabalho com observação das leis, fluxos, definição das etapas a serem cumpridos nos processos de licitação, passou a ser requerido, a fim de evitar retrocessos. Além disso, foi recomendado melhorias na estrutura da Comissão Especial de Licitação (CEL). Como medida corretiva, foi sugerida a definição de um checklist das etapas a serem cumpridas no processo de

³⁶ Cost Performance Index (CPI).

³⁷ Schedule Performance Index (SPI).

licitação, com apresentação de um cronograma com previsão para as entregas da CEL, além da capacitação do corpo técnico envolvido no processo. **Estes riscos não foram identificados ou pouco impactaram a execução do Programa.**

Econômicos: Possibilidade de ocorrer desvalorização cambial afetando os preços dos bens hospitalares que são importados. Na realidade ocorreu a desvalorização cambial, mas os preços dos bens hospitalares acompanharam a desvalorização, não gerando grandes impactos sobre o Programa. Da mesma forma, as obras do Programa também não foram paralisadas devido a estes fatores.

Políticos: Possibilidade de não serem celebrados os acordos de gestão compartilhada dos serviços. Este risco não foi verificado e os Centros Integrals de Atenção à Saúde (CIAS) estão operacionais. Adicionalmente, foi previsto o risco de ocorrer pressões sobre a alocação de recursos do Programa, especificamente para ações não previstas. Este risco não foi identificado durante a execução do Programa. Entretanto, ressalta-se que foram remanejados recursos em decorrência da Pandemia de Covid-19.

Técnicos: Outro risco identificado, considerado crítico, foram as mudanças na composição da equipe durante a execução do Programa. Como medida corretiva aplicada foi orientado aos executores sobre as consequências dessas constantes mudanças na equipe do Programa. Estes riscos não ocorreram ou pouco impactaram a execução do Programa.

Levando em consideração a análise realizada durante a execução do Programa, o Banco identificou fatores que aumentaram o risco de integridade e que, caso se materializassem, poderiam ter impacto negativo na reputação do Mutuário e/ ou do Banco. Por este motivo, e a fim de informar o desenho de futuras operações semelhantes, recomenda-se que a unidade executora trabalhe para fortalecer a capacidade dos comitês de avaliação na aplicação das políticas relevantes do BID - e melhores práticas internacionais - bem como fortalecer o arquivo gestão para garantir o cumprimento do que é exigido a este respeito nas políticas do Banco. Durante a execução do Programa, foram realizadas oficinas para o gerenciamento dos riscos, com objetivo de identificar e propor medidas de mitigação para tais riscos, que pudessem eventualmente afetar a integridade da operação. Apesar dos riscos identificados, cabe ressaltar que um dos fatores que fortaleceu a sustentabilidade do Programa foi a qualidade dos produtos obtidos, conforme apontou o resultado de pesquisas e avaliações realizadas. Cabe destacar que durante a execução do PROSUS BA, os riscos identificados e estabelecidos na Matriz de Riscos do Programa não ocorreram ou pouco impactaram a execução do Programa.

Além dos riscos identificados acima, busca-se identificar também os riscos de sustentabilidade dos resultados alcançados e os riscos de continuidade pós-intervenção, que são apresentados na Tabela a seguir.

Riscos de Sustentabilidade dos Resultados Alcançados e Riscos de Continuidade Pós-intervenção

Resultado Alcançado	Risco	Fator de Probabilidade	Probabilidade de Impacto	Medidas que contribuem para a Sustentabilidade
População cadastrada no PSF (Programa Saúde da Família)	Estagnação ou aumento do número de pessoas	Aumento da demanda pela atenção primária em saúde não acompanhada pelo aumento de	Médio	✓ Implementação das ações previstas nos Planos de Gestão e Manutenção das obras do Programa. Estes planos são utilizados como referência para realização das ações de manutenção das unidades e equipamentos da SESAB;

Resultado Alcançado	Risco	Fator de Probabilidade	Probabilidade de Impacto	Medidas que contribuem para a Sustentabilidade
	cadastradas no PSF	investimentos na área da saúde.		✓ Destinação de dotação orçamentária anual para a atenção primária à saúde.
Cobertura estimada do PSF na RMS	Estagnação da cobertura do PSF na RMS			
Adultos (maiores ou igual a 18 anos) que praticam um número recomendado de atividades físicas no seu tempo livre em Salvador	Redução do número de adultos que praticam um número recomendado de atividade física	Infraestrutura inadequada para a prática de atividades físicas; ausência de orientação pelos profissionais de saúde sobre a importância da prática de atividades físicas.	Médio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementação das ações previstas nos Planos de Gestão e Manutenção das obras Programa. Estes planos são utilizados como referência para realização das ações de manutenção das unidades e equipamentos da SESAB; ✓ Destinação de dotação orçamentária anual para manutenção da infraestrutura necessária para a prática de atividades físicas. ✓ Criação de Programas e Campanhas que incentivem a prática de atividades físicas. ✓ Capacitação dos profissionais da saúde que atuam na atenção básica, para incentivarem e aconselharem aos pacientes a prática de atividades físicas, como instrumento de promoção à saúde. ✓ Inserção de profissionais de educação física no PSF, para que estes atuem na atenção primária na orientação aos usuários sobre a prática de atividades físicas.
Número de pessoas que recebem serviços de saúde	Redução do número de pessoas que recebem serviços de saúde	Aumento da demanda pelos serviços de saúde não acompanhado pelo aumento de investimentos no setor.	Médio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementação das ações previstas nos Planos de Gestão e Manutenção das obras Programa. Estes planos são utilizados como referência para realização das ações de manutenção das unidades e equipamentos da SESAB; ✓ Destinação de dotação orçamentária anual para o setor de saúde.

b. Salvaguardas Ambientais e Sociais

Na Proposta de Empréstimo, foi elaborado o Informe de Gestão Ambiental e Social (IGAS), que enquadrou o PROSUS na Categoria Ambiental “B”, de acordo com a Diretriz B3 da OP-703 (BID). O Programa foi enquadrado nesta categoria pois era caracterizado por projetos que poderiam causar impactos ambientais negativos localizados e de curto prazo, incluindo impactos sociais associados. Por esse motivo, medidas de mitigação efetivas deveriam ser adotadas. As operações requereram análise ambiental e social centrada em temas específicos, assim como a elaboração de um Plano de Gestão Social e Ambiental (PGAS) para cada unidade. No entanto, as obras do Programa são relativamente pequenas, localizadas em regiões altamente antropizadas, ou seja, de pequeno ou nulo valor ambiental. A única exceção, com relação ao porte e à localização da obra, foi a implantação do Hospital Metropolitano. Ressalta-se, entretanto, que o Governo do Estado da Bahia dispensa o licenciamento ambiental para construção de equipamentos da saúde no estado. As obras foram realizadas com acompanhamento dos responsáveis pelos setores ambiental e de segurança do trabalho de cada empresa responsável pelas obras, com apresentação detalhada da metodologia adotada no PGAS e documentos necessários para acompanhamento e periódica verificação do atendimento aos requisitos determinados.

Em cada obra eram realizadas auditorias mensais, com produção de Relatório Ambiental de Visita Técnica de Obra, que incluía registros fotográficos, medidas de atenção/recomendação, medidas mitigadoras e análise de itens contemplados no PGAS: Programa de Gerenciamento Ambiental das Obras; Programa de Controle Ambiental das Obras; Programa de Demolição; Programa de Capacitação Ambiental da Mão de Obra Contratada; Programa de Compensação pela Supressão de Vegetação Arbórea; e Programa de Segurança do Trabalhador e Saúde Ocupacional Durante a Construção.

Cada item contemplado era analisado pelos órgãos de controle ambiental e os relatórios decorrentes eram enviados aos gestores das obras, a fim de possibilitar a adequação dos itens apontados como oportunidades de melhorias e condições para mitigação de impactos ambientais negativos.

Não foram observados quaisquer impactos negativos permanentes após a execução das obras, somente algumas adequações pontuais em processos ou canteiros de obra. Para a implantação do Hospital Metropolitano, por se tratar de obra de maior porte e também pela localização da intervenção, além do acompanhamento periódico por especialista ambiental, foram requeridas outras medidas adicionais como: (a) elaboração de Estudo de Caracterização Ambiental (ECA); (b) realização de audiência pública; (c) elaboração de Plano de Recuperação de Áreas Degradadas (PRAD); (d) elaboração e acompanhamento de um Plano de Supressão Vegetal; (e) elaboração e acompanhamento de um Plano de Resgate de Fauna e Flora; e (f) execução do Monitoramento Arqueológico das Obras. Assim como as demais obras do Programa, a execução da obra do Hospital Metropolitano ocorreu normalmente, com o monitoramento dos aspectos ambientais, eventuais apontamentos de melhorias e ajustes necessários no canteiro de obras.

Classificação: Praticamente todos os riscos do Programa foram mitigados. Não existe risco elevado para que os resultados não se mantenham perenes. Portanto, a classificação é **Satisfatória**.

Classificação Geral: A classificação atribuída é **Parcialmente Satisfatória**, pois a Relevância foi classificada como Satisfatória, a Eficácia, como Parcialmente Insatisfatória, a Eficiência foi classificada como Satisfatória e a Sustentabilidade, como Satisfatória.

III. Crítérios Não Centrais

3.1. Desempenho do Banco

O Banco manteve-se prestativo e presente durante todas as fases do projeto, desde a preparação, durante a execução e no encerramento. Na fase de preparação, o Banco apoiou o Executor com o suporte técnico necessário para definir a estrutura lógica, o escopo das ações a serem executadas e os mecanismos de implementação. Para tanto, foram realizadas reuniões técnicas na sede do executor e, ainda, foram contratados consultores para temas específicos. No começo da fase de execução, o Banco realizou curso de capacitação sobre as normas, procedimentos e processos a serem adotados na execução do programa. Durante todo o período de execução, o Banco proporcionou suporte técnico com a realização de missões de supervisão, realização e participação em eventos técnicos e discussões de alto nível. Nesse sentido, o papel do Banco foi essencial para a implementação do projeto e atingimento dos objetivos. Assim, a classificação de desempenho do Banco foi considerada **Satisfatória**

3.2. Desempenho do Mutuário

De maneira geral o mutuário teve um desempenho **Satisfatório**. No primeiro ano de execução do Programa houve mudança na coordenação da Unidade Executora do Programa, o que ocasionou atrasos na execução. No entanto, nos anos seguintes, observou-se uma melhora no desempenho da execução do Programa.

Foi solicitada prorrogação de prazo, sendo que os motivos foram, principalmente, devido a atrasos ocorridos na regularização dos terrenos, o que ocasionou a dilatação do tempo requerido para a execução de algumas obras. Além disso, a implementação do prontuário eletrônico foi mais complexa do que o previsto, o que acabou por ocasionar a necessidade de ampliação do prazo de execução do Programa. A gerenciadora do Programa forneceu apoio à Secretaria de Saúde, na execução das obras e na gestão financeira do Programa.

Cabe destacar que o Executor elaborou uma avaliação final do Programa, **Anexo Opcional VIII - Relatório de Avaliação Final do Programa**, em que foram consolidados os avanços, as principais dificuldades e as lições aprendidas.

Adicionalmente, o **Anexo Opcional IX - Ajuda Memória - Seminário de Encerramento do Programa** e o **Anexo Opcional X - Apresentação geral do Seminário de Encerramento do Programa** apresentam, respectivamente, a Ata do Seminário de Encerramento do Programa e a Apresentação Geral realizada pelo Executor, na qual está detalhada a visão geral do programa, um detalhamento dos resultados alcançados e as suas contribuições para as lições aprendidas.

IV. Conclusões e Recomendações

4.1 Dimensões 1 a 5.

Neste item, estão consolidadas as principais conclusões e as recomendações obtidas durante a avaliação do programa, conforme apresentadas a seguir:

Tabela 4 – Conclusões e Recomendações

Conclusões	Recomendações
Dimensão Técnico-Setorial	
<p>Conclusão #1: Os indicadores de impacto do Programa não conseguiram capturar as transformações implementadas pelas ações do Programa, pois demandariam tempo além do prazo de execução do Programa para serem percebidos e, devidamente, mensurados.</p>	<p>Recomendação #1: Para os próximos programas, é importante ressaltar que, como se trata de indicadores de saúde, avaliá-los apenas durante o prazo de desembolsos fixado no Contrato de Empréstimo pode subestimar o resultado do Programa, já que melhores resultados podem ser verificados a longo prazo. Portanto, o Executor poderá estabelecer mecanismos de monitoramento de médio e longo prazo.</p>
<p>Conclusão #2: O desenho do Programa PROSUS foi concebido em sintonia com o planejamento estratégico setorial e de Governo, o que proporcionou prioridades e garantiu a integral execução das ações previstas.</p>	<p>Recomendação #2: Na elaboração de novos programas é fundamental garantir a sintonia com o planejamento estratégico de estado, potencializando assim, a efetividade dos resultados do programa. As intervenções propostas na execução do Programa devem estar diretamente vinculadas aos planos e programas prioritários desenvolvidos pelos executores, minimizando externalidades e potencializando seus resultados</p>
<p>Conclusão #3: A pandemia de Covid-19 gerou desafios inéditos para o setor saúde e o funcionamento do projeto. Essa situação foi bem manejada com a incorporação de atividades para atender às demandas geradas pela pandemia.</p>	<p>Recomendação #3: Para os futuros projetos na área da saúde, é importante ter a flexibilidade para incorporar novas ações necessárias para atender a emergências de saúde pública.</p>
Dimensão Organizacional e Gerencial	
<p>Conclusão #4: Durante o licenciamento das obras de construção do Hospital Metropolitano, foi necessário ampliar a equipe de apoio do executor e o prazo inicialmente previsto para atender às exigências do órgão licenciador do Patrimônio histórico IPHAN e iniciar as intervenções previstas.</p>	<p>Recomendação #4: A realização de reuniões prévias entre o executor e os órgãos de licenciamento (ambiental, patrimônio histórico etc.) pode contribuir para maior celeridade nos processos de licenciamento. Nestas reuniões devem ser apresentados os estudos de concepção e os projetos disponíveis para que os responsáveis técnicos pelo licenciamento apontem, mesmo que de forma preliminar, os prazos de análise. Dessa forma, recomenda-se que esses prazos sejam incorporados no planejamento e no cronograma do programa.</p>
<p>Conclusão #5: Na fase inicial da execução do Programa, a equipe da UEP enfrentou dificuldades referentes à elaboração de Termos de Referência, de adoção dos procedimentos fiduciários e da aplicação das normas e procedimentos licitatórios do Banco.</p>	<p>Recomendação #5: Recomenda-se ainda que ocorram ações que promovam, por parte do órgão executor, o desenvolvimento dos Termos de Referência das contratações prioritárias antes da elegibilidade do contrato de empréstimo. Ademais, as atividades de capacitação da equipe da UGP devem se iniciar antes mesmo da assinatura do</p>

Conclusões	Recomendações
<p>Também ocorreram atrasos devido às alterações da equipe de governo.</p>	<p>Contrato de Empréstimo de forma a otimizar os prazos de desembolsos dos Programas. Alternativamente, sugere-se a contratação de consultores individuais para contribuir na elaboração/revisão dos termos de referência.</p>
<p>Conclusão #6: A UGP do Programa foi composta por membros do corpo técnico do órgão executor, o que possibilitou internalizar conhecimento sobre as técnicas de gestão de projetos, contudo, gerou sobrecarga aos seus profissionais.</p>	<p>Recomendação #6: É recomendável implementar a UGP com equipe própria com dedicação exclusiva ao Programa, podendo ou não ser complementada empresa de apoio. Caso o órgão executor não disponha de equipe adequada, recomenda-se estabelecer uma UGP mista, com técnicos próprios e com suporte externo.</p>
	<p>Recomendação #7: Em operações futuras, com obras de elevada complexidade e significativo volume financeiro é recomendável utilizar do apoio de empresas de gerenciamento para proporcionar o suporte técnico necessário à Unidade de Gerenciamento do Programa. Adicionalmente, naqueles casos em que se identificou que a capacidade institucional do executor é limitada ou possua uma sobrecarga de atribuições, deve-se contar com o apoio de uma empresa gerenciadora.</p>
<p>Dimensões de Processos Públicos / Atores</p>	
<p>Conclusão #7: Na fase inicial do Programa, a UGP sofreu várias alterações em sua composição, acarretando atrasos na implementação de suas ações. Ademais, verificou-se que a UGP não estava diretamente ligada ao núcleo diretivo do executor, ocasionando atrasos na tomada de decisão, uma vez que necessitava de interlocutores. Entretanto, essa situação foi solucionada durante a execução do Programa.</p>	<p>Recomendação #8: Instituir a UGP diretamente vinculada aos tomadores de decisão do executor, reduzindo assim, os tempos e possíveis interlocutores para tomada de decisão sobre as ações do Programa.</p>
<p>Dimensão de Gestão de Riscos</p>	
<p>Conclusão #8: Manter a análise de risco atualizada do projeto contribuiu para assegurar o manejo adequado de risco. Durante a execução do Programa, o Banco identificou fatores que aumentaram o risco de integridade e que, caso se materializassem, poderiam ocasionar impacto negativo na reputação do Mutuário e/ou do Banco.</p>	<p>Recomendação #9: Tendo em conta a análise realizada durante a execução do Programa, o Banco identificou fatores que aumentaram o risco de integridade e que, se concretizados, poderiam ocasionar um impacto negativo na reputação do Mutuário e/ou do Banco. Por este motivo, e a fim de informar o desenho de futuras operações semelhantes, recomenda-se que a unidade executora trabalhe para fortalecer a capacidade dos comitês internos de avaliação na aplicação das políticas relevantes do BID - e melhores práticas internacionais - bem como para fortalecer o arquivo</p>

Conclusões	Recomendações
	gestão para garantir o cumprimento do que é exigido a este respeito nas políticas do Banco.
<p>Conclusão #9: Para o gerenciamento de riscos, durante a execução do Programa foram realizadas oficinas para identificar e mitigar os riscos que poderiam contribuir para a integridade da execução.</p>	<p>Recomendação #10: Foi uma boa prática a realização de oficinas de gestão de riscos, com a participação dos principais atores do Programa, objetivando identificar e discutir possíveis riscos e seus planos de mitigação. Portanto, recomenda-se que esta prática seja mantida.</p> <p>Recomendação #11: As reuniões de análises e avaliação de riscos devem incorporar um viés estratégico, analisando os fatos/atores nos quais o Programa tenha baixa governabilidade, e que representem elevado potencial de impacto sobre sua execução, bem como um viés operacional, ou seja, sobre aqueles riscos do dia a dia, que podem gerar maior impacto sobre a execução do Programa.</p> <p>Recomendação #12: Ademais, recomenda-se que sejam previstos recursos do financiamento para a implementação das ações de mitigação/remediação dos riscos.</p>