Programa de Modernização e Humanização da Saúde (BR-L1044; 2586/OC-BR)

Relatório de Finalização de Projeto (PCR)

Equipe do Projeto Original: Frederico C. Guanais de Aguiar (SCL/SPH) Chefe de Equipe; Rita Sorio (SPH/CBR); Hugo FlórezTimorán (VPC/CPR), Roberto Iunes (OVE/OVE); Ma. Bernadete Buchsbaum(LEG/SGO); Teresa Maurea Faria (LEG/SGO); Claudia Pévere (SCL/SPH); MaríliaSantos (PDP/CBR); y José Luis Vásquez (PDP/CBR).
Equipe PCR: Marcia Rocha (SPH/CBR) Chefe de Equipe, Matilde Neret (SCL/ SPH); Morris Pimenta e Souza (consultor externo); Marcis Perez (CSC/CBR); Marcio Gomes (SPH/CBR); Yuka Maekawa (SPH/CBR); y Sheyla Silveira (SCL/SPH).

Sumário

Enlaces Electrónicos 2
Acrónimos y Abreviaciones 3
Informação Básica (quantidade em dólares americanos US$) 4
I. Introdução 5
II. Desempenho do projeto 10
III. Criterios não centrais 37
IV. Conclusões e Recomendações 39

Enlaces Electrónicos

1. Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM)
2. Versión Final de Reporte de Progreso del Monitoreo (PMR)
3. Checklist del PCR

Acrónimos y Abreviaciones

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CC	Condições Crônicas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EP	Estratégia do País
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LC	Linhas de Cuidado
MS	Ministério da Saúde
MS/GM	Ministério da Saúde/Gab.Ministro
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMR	Progress Monitoring Report (Relatório de Monitoramento de Progresso)
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PPT	Plano Preventivo Terapêutico
PSF	Programa Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RO	Rondônia
SBC	São Bernardo do Campo
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados/SP
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB	Sistema de Informações de Atenção Básica do SUS
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Tocantins
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento 24 Horas

Informação Básica (quantidade em dólares americanos US$)

NÚMERO DO PROJETO (S): BR-L1044
TÍTULO:PROGRAMA DE MODERNIZAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE
INSTRUMENTO DE EMPRÉSTIMO:LOAN
PAÍS:BRASIL
PRESTATARIO:MUNICIPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
EMPRÉSTIMO (S):2586/OC-BR
SECTOR/SUBSECTOR: SAÚDE/ SERVIÇOS DE SAÚDE (HEALTH/HEALTH SERVICES)SA - SER(MEN)

DATA DE APROVAÇÃO DIRETORIO:3 OUTUBRO DE 2011.
DATA DE EFETIVIDADE CONTRATO DE EMPRÉSTIMO: 21 MARÇO DE 2012.
DATA DE ELEGIBILIDADE DO PRIMEIRO DESEMBOLSO:6 SETEMBRO DE 2012.

MONTANTE EMPRÉSTIMO (S)
MONTANTE ORIGINAL: 21,600,000.00
MONTO ATUAL: 21,600,000.00
PARI PASU: 47.13 %
CUSTO TOTAL DO PROJETO: 43,200,000.00

MESES DE EXECUÇÃO
DESDE APROVAÇÃO: 56 MESES
DESDE EFETIVIDADE DO CONTRATO: 51 MESES

PERIODOS DE DESEMBOLSO
DATA ORIGINAL DE DESEMBOLSO FINAL: 21 DE SETEMBRO DE 2016.
DATA ATUAL DE DESEMBOLSO FINAL: 21 DE SETEMBRO DE 2016.
EXTENSÃO ACUMULATIVA (MESES):
EXTENSÃO ESPECIAL (MESES):
DESEMBOLSOS
MONTANTE TOTAL DE DESEMBOLSOS NA DATA: 21,600,000.00

REDIRECIONAMIENTO. ESTE PROJECTO:
RECEBEU FUNDOS DE OUTRO PROJETO? [NAO] QUAL? [NÚMERO DE PROJETO]
ENVIOU FUNDOS A OUTRO PROJETO? [NAO] QUAL? [NÚMERO DE PROJETO]

METODOLOGÍA DE ANÁLISE ECONÓMICA EX POST:
METODOLOGÍA DE AVALIAÇÃO EX POST:

CLASIFICAÇÃO DE EFETIVIDADE NO DESEMBOLSO:

I. INTRODUÇÃO

1.1 O Programa de Modernização e Humanização da Saúde (BR-L1044) foi aprovado em 2011 e fez parte importante do processo de reestruturação da atenção à saúde do Município de São Bernardo do Campo a partir do ano de 2009.

1.2 Esse movimento veio ao encontro de alinhar o Sistema Único de Saúde (SUS) do município à política nacional de saúde brasileira que, apoiada na Constituição Federal de 1988, e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142, após décadas de lutas de um movimento denominado de Reforma Sanitária, assumiu a Saúde enquanto Direito do Cidadão e Dever do Estado[1]. Essa nova lógica pressupõe o acesso universal, integral e igualitário como princípios fundamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Tais objetivos devem ocorrer a partir da organização e existência de uma rede regionalizada e hierarquizada de prestação de serviços, com financiamento das três esferas de governo e participação complementar da rede privada contratada ou conveniada, e participação de maneira suplementar de serviços de saúde privados que, atendendo de forma particular direta ou a partir de planos de saúde, em suas várias modalidades (autogestão, seguro-saúde, cooperativas etc.) fornecem atendimento à saúde para os munícipes.

1.3 O Ministério da Saúde detém a responsabilidade de regulamentação e coordenação para as funções de nível nacional, e também tem papel primordial no financiamento do sistema. Entretanto, a independência dos entes federativos no desdobramento da política de saúde e a base municipalista da Constituição de 1998 concedem aos municípios a responsabilidade primária pelas ações e serviços de saúde para o atendimento das necessidades primárias de saúde de suas populações, contando com a cooperação técnica e financeira federal e estadual. A rede municipal deve, portanto, assegurar a atenção primária e o acesso à parte das ações de média complexidade, sendo composta para isso por diversos serviços como UBS, ambulatórios de especialidade, e eventualmente até mesmo hospitais.

1.4 Nesse sentido, a construção de um sistema universal de saúde com premissas socialmente responsáveis passa por um desafio homérico de construção de uma rede de serviços que originalmente não foi concebida para entregar a universalidade com integralidade [2], para uma composição de uma teia de cuidados com tais responsabilidades. Tal tarefa é ainda mais dificultada visto que decorre a partir de uma lógica fragmentada de saberes e de serviços, com recursos insuficientes e distanciamento por parte significativa da sociedade quanto a sua função enquanto controle social. Essas dificuldades históricas somam-se à falta de institucionalidade desse sistema, bem como aos erros e acertos de gestão[3].

A. Fortalecimento da AB

1.5 O país apresenta-se em momento de transição demográfica acelerada e diante de um perfil epidemiológico alarmante, caracterizado pela tripla carga de doenças. Este

---

[1] CARVALHO, G. Estudos avançados 27 (78), 2013.

[2] XAVIER IM, GARCIA CLL, NASCIMENTO MAL *A reforma sanitária e a participação do enfermeiro* R. Bras. Enferm., Brasnia, 41, (3/4): 190-198 jul./dez. 1988; AGUIAR N *Modalidades Assistenciais do INAMPS* R. Adm. púb!. Rio de 11111 eiro , 13(4):117-135, 01/1./ dez. 1979.

[3] MENDES EV, *25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios* - Estudos avançados 27 (78), 2013.

processo está intimamente ligado às transformações socioeconômicas ocorridas e, consequentemente, na mudança de estilo de vida, impactando diretamente na saúde dos indivíduos. Uma das repercussões mais claras é o aumento da relevância das CC de morbimortalidade sobre as demais causas (infecciosas e externas), porém sem que elas deixem de coexistir[4].

1.6 No caminho de alcançar a eficiência necessária na conformação operacional do sistema, após diversos marcos conceituais operacionais, atualmente o SUS tem sua organização baseada na lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS), modelo consolidado a partir da publicação da Portaria MS/GM nº 4.279 de dezembro de 2010[5]. Não obstante nas RAS esteja preconizada uma relação horizontal, ou seja, não hierárquica entre pontos de atenção, a AB torna-se protagonista nesse desenho organizativo, posto que ocupa papel de ordenadora do sistema e gestora do paciente em seu território.

1.7 Apoiado em conceitos oriundos das políticas de bem estar social do pós-guerra e reafirmados após a Conferência Alma-Ata em 1978, o SUS promoveu o fortalecimento da AB (sistema de atenção primária) como uma estratégia para reduzir a desigualdade de acesso e estimular a reorientação da atenção, no contexto de um modelo universal e abrangente, baseado em uma lógica de coordenação do cuidado a partir das necessidades de saúde do paciente em seu território, ao invés da até então centralidade excessiva dos cuidados hospitalares e pré-hospitalares (prontos-socorros e prontos-atendimentos), altamente dependentes de tecnologias duras[6,7].

1.8 No sentido do fortalecimento dessa estratégia, diversos incentivos foram implementados, sendo que talvez o mais importante seja o PSF (Programa de Saúde da Família), atualmente ESF (Estratégia de Saúde Família), desde Portaria MS/GM no. 2.488, de 21 de outubro de 2011.

1.9 Pilar importante no desenvolvimento das ações de AB no âmbito do SUS, a ESF configura-se como sua principal modalidade de atuação[8]. O modelo de saúde da família se conceitua a partir de ações multidisciplinares de profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas e ACS que realizam visitas domiciliares e acompanham os pacientes em seu local de residência, a partir de uma população adscrita a um território. A ESF baseia-se em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, como a centralidade na pessoa/família a partir de um território adscrito, o vínculo com o usuário, a integralidade e a

---

4 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.

5 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;.

6 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.

7 PAIVA, CHA, TEIXEIRA, LA – Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

8 TANAKA OY, *Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta*, Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.927-934, 2011.

coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial[9].

1.10 Há evidências que suportam que os melhores resultados são obtidos por meio do fortalecimento do sistema a partir da AB[10], principalmente por seu potencial de melhorar o cuidado das CC e reduzir, por exemplo, as taxas de hospitalização por DM e AVC, bem como por suas complicações[11].

1.11 Outro destaque cabe à política de saúde mental. Em oposição a uma política baseada em internações para pacientes com transtornos psiquiátricos, o Brasil vem implementado na última década uma política muito inovadora de saúde mental baseada na desinstitucionalização (eliminação progressiva de internações em instituições psiquiátricas), associada à expansão da prestação de serviços ambulatoriais de lógica comunitária por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

1.12 Os benefícios de priorizar a AB são vários, mas um dos com maior potencial de melhoria de indicadores de saúde é o enfrentamento da mortalidade infantil[12]. Esse enfrentamento está intimamente relacionado ao acolhimento das gestantes e vinculação responsável a profissionais de saúde que acompanham longitudinalmente essa paciente por toda a sua gestação visando a evitar que eventos de potencial gravidade para ela e seu filho possam ocorrer de maneira imprevista, com resultados negativos para o binômio mãe-bebê.

1.13 Contudo, é sabido que há limitações das UBS em realizar todas as etapas desse cuidado, devendo os componentes de atenção especializada estarem bem equipados para intervenções de maior complexidade. Outro ponto a ser destacado é que parte dos eventos de alto risco à gestante e ao bebê estão relacionados a pacientes com transtornos mentais ou com histórico de uso abusivo de álcool e outras drogas. Essas pacientes são de extrema vulnerabilidade e ações multidisciplinares e intersetoriais são

---

[9] GIOVANELA L, MENDONÇA MHM, ALMEIDA PF, ESCOREL S, SENNA MCM, FAUSTO MCR, DELGADO MM, ANDRADE CLT, CUNHA MS, MARTINS MIC, TEIXEIRA CP. *Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil*. Cien Saude Colet 2009; 14(3):783-794. ; MACINKO J, ALMEIDA C, OLIVEIRA E. *Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia*. Saude Debate 2003; 27(65):243-256.

[10] 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.

[11] BINDMAN AB, GRUMBACH K, OSMOND D, KOMAROMYM, VRANIZAN K, LUIRE N, et al. *Preventable. Hospitalizations and Access to Health Care. JAMA 1995;274:30511;ATUN RA. What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/ Health Evidence Network. 2004 [acesso em 20 de junho de 2016]. Disponível em http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf;* OPAS *La renovación de atención primaria de salud en las Américas*. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2007

[12] MACINKO J, SOUZA FM, GUANAIS FC, DA SILVA SIMOES CC. *Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil,* 1999-2004. Soc Sci Med. 2007 Nov;65(10):2070-80.; MACINKO J, SOUZA FM, GUANAIS FC, DA SILVA SIMOES CC *Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil*, 1990-2002. J Epidemiol Community Health. 2006 Jan;60(1):13-9.

uma estratégia potente para enfrentar os problemas de saúde relacionados aos determinantes sociais[13].

1.14 Há evidências de que a prática odontológica calcada no modelo biomédico seja ineficaz – na medida em que não responde, significativamente, aos problemas de saúde bucal da população – e ineficiente, uma vez que é de alto custo e baixíssimo rendimento. Visando a ampliar a inserção da saúde bucal no SUS, foi lançada, em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – "Brasil Sorridente". O impacto da PNSB pode ser visto na ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal, principalmente de AB, por meio da inserção de Equipes de Saúde Bucal na ESF; e de atenção secundária, concretizada pela abertura dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

1.15 Finalmente, vale destacar que o aspecto físico dos estabelecimentos de saúde está intimamente vinculado à sua funcionalidade. Os processos de trabalho propostos a partir da arquitetura local, da organização, administração e manutenção do estabelecimento em si são meios, procedimentos e recursos que, em conjunto com os profissionais de saúde, viabilizam a razão de ser das unidades - que é a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos usuários[14].

B. São Bernardo do Campo

1.16 Estimava-se que, em 2010, ano anterior ao início do Programa de Modernização e Humanização da Saúde (BR-l1044), cerca de 70% da população de SBC seria utilizadora de serviços de saúde financiado pelo SUS e que o número de pessoas com plano de saúde privado havia diminuído 31% desde 2000. Esta mudança levou a um crescimento da procura de serviços públicos do SUS[15].

1.17 SBC mostrava desenvolvimento limitado da atenção primária em 2011, apenas 54,4% da população de SBC era coberto pelo PACS e apenas 19,1% tinham uma equipe de PSF. A infraestrutura era insuficiente e precária[16].

1.18 Estes problemas estavam refletidos nos vários indicadores de saúde como por exemplo, **menos de 20% dos que supostamente sofriam de hipertensão e DM**

---

[13] SILVA, KL et al . *Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 11, p. 4361-4370, Nov.2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104361&lng=en&nrm=iso>. access on 20 June 2016. http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.10042014.

[14] AMORIM, GM, QUINTÃO, ECV, MARTELLI JÚNIOR, H, & BONAN, PRF (2013). Prestação de serviços de manutenção predial em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 18(1), 145-158.; ROSE GUNN, MA et al *Designing Clinical Space for the Delivery of Integrated Behavioral Health and Primary Care* J Am Board Fam Med September-October 2015 vol. 28 no. Supplement 1 S52-S6.

[15] *"A Análise do Sistema Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo".* Documento elaborado pela consultora Maria Emi Shimazaki e "*São Bernardo do Campo: definição do seu modelo de atenção à saúde, com ênfase no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde",* documento elaborado pela consultora Maria José Evangelista.

[16] REIS, AAC;BERTUSSI, DC;FUENTES, ICP. In. SOUSA, MF ; FRANCO, MS; MENDONÇA, AVM. *A gestão do cuidado na rede de saúde em São Bernardo do Campo: enfrentando desafios e tecendo novos arranjos* **in** *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro,* Campinas-SP, Saberes Editora, 2014. p.206-242.

estavam identificados para o diagnóstico e tratamento, contribuindo para o aumento das taxas de hospitalização e de morte prematuras (menos de 60 anos de idade)[17].

1.19 Outro ponto de insuficiência eram os serviços de Saúde Mental oferecidos no Município de SBC. O município tinha apenas 4 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (incluindo um infantil), quando o MS recomendava um CAPS por 100 mil habitantes[18].

1.20 A Secretaria de Saúde de SBC também mostrava deficiências na organização para gerir eficazmente a rede de serviços de saúde para atender à demanda crescente de usuários do SUS. Por exemplo, os serviços de emergência haviam se tornado, na prática, a porta de entrada para o sistema, fato evidenciado quando se observava que as consultas realizadas em prontos-atendimentos e prontos-socorros eram 5 vezes maiores que o recomendado pelos parâmetros do MS, enquanto as consultas na UBS estavam abaixo das recomendações[19].

1.21 Esta situação descrita foi o resultado da aplicação de um modelo de atenção inadequado, com investimentos historicamente desequilibrados em favor dos cuidados de saúde em atenção secundária / terciária e especializada[20], dissociados da lógica do Sistema Único de Saúde, o que resultou em não atribuição de adscrição de população para as equipes de atenção primária, prejudicando a prevenção e promoção da saúde, bem como o equívoco logístico de fazer coexistirem no mesmo local UBS com portas de urgência, gerando distorções no fluxo dos usuários[21].

1.22 Toda reformulação de modelo estava inserida na lógica de uma contratualização inovadora por meio de uma Fundação Pública, a Fundação do ABC, Fundação de Apoio à Faculdade de Medicina do ABC instituída pelos municípios do ABC Paulista e que permitiu adotar ritmos de gestão muito mais céleres e compatíveis com a gestão em saúde sem que houvesse perda do controle para um ente do terceiro setor, como nos convencionais contratos com as Organizações Sociais de Saúde[22].

1.23 Dessa forma, o programa do Banco foi celebrado para apoiar a implementação e expansão da PNAB e de Humanização SUS no Município de SBC e garantir a expansão de acesso à saúde dentro da prioridade de gestão escolhida pelo governo local.

---

[17] *"A Análise do Sistema Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo".* Documento elaborado pela consultora Maria Emi Shimazaki e "*São Bernardo do Campo: definição do seu modelo de atenção à saúde, com ênfase no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde",* documento elaborado pela consultora Maria José Evangelista.
[18] Idem 17.
[19] Idem 17.
[20] Idem 17.
[21] Idem 17.
[22] Idem 16.

II. DESEMPENHO DO PROJETO

B. Efetividade

1. Objetivo e Componentes

2.1 O Objetivo do Programa era contribuir com a melhora das condições de saúde da população do Município de SBC por meio do fortalecimento do sistema de saúde municipal com ênfase na expansão e reorganização da AB. Havia também objetivos específicos que consistiam em (i) fortalecer a capacidade de gestão da Secretaria de Saúde de SBC e (ii) fortalecer a rede municipal de serviços de AB. O programa foi estruturado a partir de 3 componentes conforme especificado:

2.2 **Componente 1** (US$ 29.727.000,00 – vinte e nove milhões, setecentos e vinte e sete mil dólares)[23]: Expansão e Fortalecimento da AB: O objetivo desse componente era fortalecer a capacidade resolutiva do sistema de Atenção à Saúde Municipal e expandir a PNAB do SUS. Para conseguir êxito neste objetivo se previu financiar: (i) obras de infraestrutura para expansão da rede de UBS; (ii) obras de CAPS.

2.3 **Componente 2** (US$ 10.308.000,00 – dez milhões, trezentos e oito mil dólares): Fortalecimento da Gestão da Secretaria de Saúde: O objetivo do componente é fortalecer a capacidade de gestão da Secretaria de Saúde de SBC. Para alcançar êxito nesse objetivo se previa financiar as seguintes ações: (i) contratação de assistência técnica e serviços para o desenvolvimento de ações de educação permanente para gestores e profissionais de saúde e (ii) contratação de assistência técnica e aquisição de software e hardware para melhorar o sistema de informação em saúde;

2.4 **Componente 3** (US$ 1.865.000,00 – hum milhão, oitocentos e oitenta e cinco mil dólares): Administração: Com os recursos destinados ao componente seriam contratados serviços para administração, avaliações e auditoria externa do programa.

2.5 Foi prevista também a orçamentação de até US$1,300,000,00 (hum milhão e trezentos mil dólares) para custos imprevistos. Assim, o custo estimado total do programa foi de US$43.200.000,00 (quarenta e três milhões e duzentos mil dólares americanos), sendo US$ 21.600.00,00 (vinte e um milhões e seiscentos mil dólares americanos) de financiamento e US$ 21.600.00,00 (vinte e um milhões e seiscentos mil dólares americanos) de contrapartida.

2.6 Durante sua execução, o programa contou com um Termo Aditivo ao contrato de empréstimo, assinado em 01/11/2013, o qual previu o remanejamento entre categorias de gastos. Assim, após o remanejamento, assim ficou a distribuição de recursos[24] entre os componentes: Componente 1 – US$ 41,061,265 (quarenta e um milhões, sessenta e cinco mil e duzentos e sessenta e cinco dólares); Componente 2 – US$1,900,335 (hum milhão, novecentos mil, trezentos e trinta e cinco reais); Componente 3 – US$238,400 (duzentos e trinta e oito mil e quatrocentos dólares).

[23] Se refiere a los valores del préstamo sumados a la contrapartida.
[24] Valores totais, recursos do empréstimo e de contrapartida local.

2. Análise da Lógica Vertical

2.7 Reconhecendo a saúde como um direito constitucional no Brasil e que todo o desenho organizativo do SUS está baseado na centralidade da AB, a lógica vertical desse programa deve se basear na hipótese de que, em se investindo na expansão da rede e na sua melhoria da sua capacidade instalada , haveria ampliação de acesso, da qualidade e da resolutividade dos serviços de saúde que, consequentemente, impactariam positivamente na nos resultados em saúde em SBC.

2.8 No entanto, a qualidade e a resolutividade dos serviços de AB dependem também da capacidade das equipes (médicos, enfermeiros, ACS, entre outros) e de sua adesão a esse modelo de saúde baseado em redes integradas, no qual a longitudinalidade e continuidade do cuidado são princípios norteadores para sua efetivação. Sendo bem-sucedidas tais ações, notar-se-iam melhorias das condições de saúde da população de SBC. Dessa maneira, o programa investiu fortemente na capacitação das equipes para a consolidação deste novo modelo de atenção.

2.9 Ademais, em alinhamento aos conceitos das RAS, que pressupõem integração e na organização dos serviços, o programa também contou com investimentos articulados em pontos estratégicos e complementares da rede nos foram identificadas vulnerabilidades, evitando-se a fragmentação dos serviços e reforçando assim, a logica de redes integradas e a sustentabilidade do programa.. Neste sentido, foram realizados investimentos na aquisição de equipamentos, na ampliação da RAPS com a implantação de CAPS. Ademais, com saldos relativos às variações cambiais, o programa pôde investir também na remodelação e expansão da Policlínica do Centro, ponto de atenção na rede de grande valor estratégico, porque permitiu ampliar o acesso a consultas médicas especializadas e a exames e terapias especializadas, promovendo, assim, a continuidade do cuidado ao paciente, especialmente aqueles com condições crônicas.

2.10 Para fins de análise da efetividade das ações quanto ao incremento do nível de acesso à AB nesse novo modelo, ficou decidido que seria realizado a partir de dois olhares: o primeiro – a média de consultas médicas por habitante – reflete a capacidade da rede básica em prestar assistência médica individual à população cadastrada, sendo sensível quanto à adequação do volume da produção de consultas médicas em relação às necessidades da população. O segundo trata do total consultas de enfermagem. A integralidade do cuidado a partir do enfermeiro define a organização do seu processo de trabalho de modo a atender às diferentes necessidades de saúde da população, tanto para a demanda programada, como também para a demanda espontânea. As consultas do enfermeiro constituem parte das ações programáticas individuais, direcionadas para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários e que necessitam de um acompanhamento contínuo e estão em consonância com aspectos de clínica ampliada que potencializam as ações das equipes de saúde em prover cuidado à população adscrita ao território. O objetivo desse indicador é contribuir para avaliar a adequação da produção de atendimentos de enfermeiro em relação às necessidades da população, analisando sua suficiência em relação ao esperado[25].

[25] BRASIL - *Orientações acerca dos indicadores de monitoramento avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o Biênio 2010 – 2011*, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à GestãoDescentralizada Brasília, 2011.

2.11 Ainda na direção da avaliação da efetividade das ações implementadas, a partir do entendimento de que uma abordagem do usuário no seu território com foco na sua realidade locorregional e voltada para ações de prevenção e promoção à saúde é mais efetiva para o enfrentamento da atual carga tríplice de doenças, em especial às CC, uma das medidas de mensuração mais fidedignas dessa efetividade seria a redução, em pacientes em faixa etária adulta (30 a 59 anos), das internações por DM e por AVC. Tais internações são a expressão clínica do cuidado inadequado com a hipertensão arterial sistémica e com seus determinantes principais, a obesidade e os hábitos de vida inadequados como o tabagismo e o sedentarismo. Esses indicadores e suas metodologias de cálculo estão previstos nos indicadores de acompanhamento propostos pelo MS[26].

2.12 Como indicativo da integralidade das ações, verificar o impacto da melhoria da AB por múltiplos olhares é bastante desejável, principalmente quando consideramos que parte dos investimentos foram direcionados especificamente para complemento de estrutura em equipamentos e serviços de outros pontos da rede de atenção. Sendo assim, para fins de monitoramento, uma das questões mais sensíveis a esse nível de atenção trata-se da gestão da condição de vida centrada no binômio materno-infantil. Assim, analisando a lógica vertical do programa, se efetivas, o fortalecimento da AB e da RAPS propiciará aumento do número de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal por aumento de acesso e do percentual de gestantes acompanhadas em relação às cadastradas devido a maior responsabilização pelo paciente no seu território, resultando em consequente redução das internações de mulheres[27] e da mortalidade infantil.

2.13 Ainda na direção do monitoramento dos compromissos firmados a partir da premissa de valorização da AB e da ESF, a ampliação dos investimentos em estrutura e formação de ACS e demais membros da equipe propiciará o arcabouço para a transformação de modelo proposta. Portanto, o acompanhamento da cobertura de ESF e ACS e os processos formativos educacionais desses profissionais se tornam fundamentais para a validação dos resultados.

2.14 E, finalmente, ainda sob a lógica da busca pela integralidade, para o acompanhamento do nível de acesso à saúde bucal, o indicador de escolha é o de *Cobertura de primeira consulta odontológica programática.* Este indicador reflete a proporção de pessoas que tiveram acesso ao tratamento odontológico do programa de saúde bucal desenvolvido pela equipe. Por meio dessa consulta odontológica programática o indivíduo ingressa no programa, a partir de uma avaliação / exame clínico odontológico realizado com a finalidade de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo Terapêutico - PPT. Este indicador aponta a tendência de inserção das ações odontológicas nos programas de saúde como parte de cuidados integrais, a exemplo do que ocorre em vários programas de saúde: mental, mulher, trabalhador, adolescente, idoso etc.

3. Validade da Lógica Vertical

2.15 O pressuposto que haveria impacto na redução, em pacientes em faixa etária adulta das internações por DM e por AVC pelo aumento da Taxa de Cobertura de ESF e

[26] Idem 23.

[27] MENDONÇA CS, HARZHEIM E, DUNCAN BB, MUNES LN, LEYH W. Trends in hospitalizations for primary caresensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. Health Policy and Planning [periódico na internet]. 2011; 1-8. doi:10.1093/heapol/czr043.

ACS, resultados dos investimentos realizados na AB e do aumento de consultas básicas por habitante demonstrou-se validado tanto pela literatura quanto parcialmente pelos resultados. Originalmente se previu medir este indicador para a faixa etária maior que 30 anos. No entanto, revisando este indicador durante a execução do programa, foi instalada uma discussão técnica sobre a necessidade de delimitação da faixa etária, para aferir, com mais fidelidade, este indicador. É sabido que as CC, por serem muito relacionadas com os hábitos de vida e com a idade do paciente (especialmente acima de 65 anos) possuem espectros amplos de apresentação e de repercussões clínicas. Por isso, é válida a associação entre esses indicadores, mas é importante frisar a limitação em se estabelecer relações diretas de causa e consequência, principalmente se feitas de forma isolada e descontextualizada devido à dificuldade na gestão clínica desses casos[28]. Por esta razão, o suposto do indicador seguiu válido, no entanto, para uma faixa etária delimitada.

2.16 O fortalecimento da AB e da RAPS como produtos com potencial de gerar aumento do percentual de gestantes acompanhadas em relação às cadastradas, seja por meio das ações diretas das ESF no território, seja por meio de ações enquanto observatórios do sistema e captação ativa de pacientes em situação de maior vulnerabilidade, poderia resultar em consequente aumento do % de nascidos vivos de mães de SBC com 7 ou mais consultas de pré-natal, o que deveria repercutir em redução da morbimortalidade materno-infantil. Essa relação de causalidade possui validade bem estabelecida na literatura[29]. Tal fato, associado à realidade de que a gestão clínica dessa condição de vida, tanto quanto as CC, guarda uma série de especificidades e múltiplos aspectos e limitações, permite validar localmente a premissa pelo atingimento dos impactos, ainda que não atingindo todos os resultados esperados. A inclusão do indicador "% de gestantes acompanhadas segundo os protocolos de saúde em relação às gestantes cadastradas na Unidade Básica de Saúde" buscou refletir este suposto de que os serviços da AB estariam orientados a promover o cuidado às gestantes do seu território (identificadas e cadastradas) de acordo aos protocolos de atenção estabelecidos pelo MS.

2.17 Para reforçar os supostos do modelo integrado de atenção, voltado para a continuidade e integralidade do cuidado, que conta com um enfoque multidisciplinar, foram eliminados alguns indicadores e agregados outros na Matriz de Resultados do Programa. Por exemplo, o indicador "média anual de consultas nas especialidades básicas por habitante" foi substituído pelo indicador " média anual de consultas básicas por habitante e pelo indicador "total de consultas de enfermagem realizadas na rede básica de saúde" que refletem, com mais fidelidade, a consolidação do modelo das RAS e confirmam os supostos originais.

2.18 Outra premissa que se mostrou verdadeira foi a importância da capacitação da equipe para que pudesse aderir e fortalecer esse modelo de saúde baseado em redes integradas, com foco na longitudinalidade e continuidade do cuidado. Essa ação se demonstrou fundamental para a melhoria contínua e evolução das equipes para o bem-sucedido processo de territorialização. Com isso, teve início também uma mudança de mentalidade inserida em um processo bem estruturado de pensamento sistêmico, em rede, tendo como pano de fundo a estratégia dos apoiadores de rede, peça-chave para

[28] 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.

[29] OLIVEIRA EFV, GAMA SGN, SILVA CMFP. *Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil*. Cad. Saúde Pública; Mar 2010; 26(3): 567-578.

todos esses avanços e a consolidação dos vínculos necessários entre os trabalhadores no intuito da composição de uma rede viva de cuidados[30].

2.19 Finalmente, é possível afirmar que o centro da lógica vertical, que foi o pressuposto que com o investimento na modernização da rede de serviços de saúde por meio de recursos voltados à melhoria da capacidade instalada bem como no fortalecimento da gestão com vistas ao atingimento de uma efetiva de rede de atenção à saúde, haveria ampliação de acesso e consequentemente melhoria dos resultados em saúde no Município de SBC, demonstrou-se verdadeiro pelo atingimento da maioria dos indicadores escolhidos. A seguir se encontram: (i) o mapa elaborado para ilustrar a lógica vertical; y (ii) a tabela 1, que descreve as alterações ocorridas na matriz de resultados durante a execução do programa.

[30] REIS, AAC; BERTUSSI, DC;FUENTES, ICP. In. SOUSA, MF ; FRANCO, MS; MENDONÇA, AVM. *A gestão do cuidado na rede de saúde em São Bernardo do Campo: enfrentando desafios e tecendo novos arranjos* **in** *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro,* Campinas-SP, Saberes Editora, 2014. p.206-242.

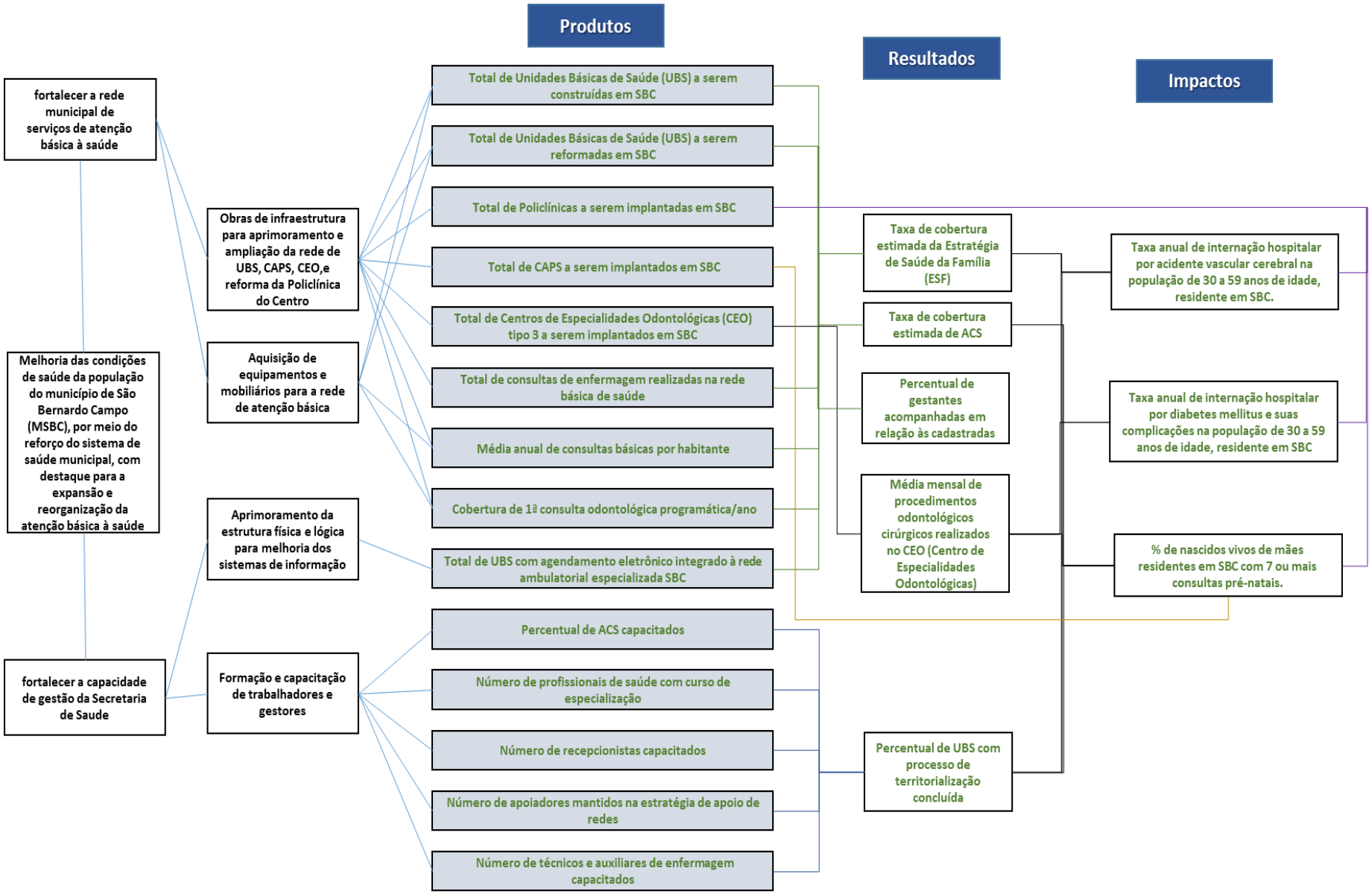
Produtos
Resultados
Impactos
fortalecer a rede municipal de serviços de atenção básica à saúde
Melhoria das condições de saúde da população do município de São Bernardo Campo (MSBC), por meio do reforço do sistema de saúde municipal, com destaque para a expansão e reorganização da atenção básica à saúde
fortalecer a capacidade de gestão da Secretaria de Saude
Obras de infraestrutura para aprimoramento e ampliação da rede de UBS, CAPS, CEO,e reforma da Policlínica do Centro
Aquisição de equipamentos e mobiliários para a rede de atenção básica
Aprimoramento da estrutura física e lógica para melhoria dos sistemas de informação
Formação e capacitação de trabalhadores e gestores
Total de Unidades Básicas de Saúde (UBS) a serem construídas em SBC
Total de Unidades Básicas de Saúde (UBS) a serem reformadas em SBC
Total de Policlínicas a serem implantadas em SBC
Total de CAPS a serem implantados em SBC
Total de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo 3 a serem implantados em SBC
Total de consultas de enfermagem realizadas na rede básica de saúde
Média anual de consultas básicas por habitante
Cobertura de 1ª consulta odontológica programática/ano
Total de UBS com agendamento eletrônico integrado à rede ambulatorial especializada SBC
Percentual de ACS capacitados
Número de profissionais de saúde com curso de especialização
Número de recepcionistas capacitados
Número de apoiadores mantidos na estratégia de apoio de redes
Número de técnicos e auxiliares de enfermagem capacitados
Taxa de cobertura estimada da Estratégia de Saúde da Família (ESF)
Taxa de cobertura estimada de ACS
Percentual de gestantes acompanhadas em relação às cadastradas
Média mensal de procedimentos odontológicos cirúrgicos realizados no CEO (Centro de Especialidades Odontológicas)
Percentual de UBS com processo de territorialização concluída
Taxa anual de internação hospitalar por acidente vascular cerebral na população de 30 a 59 anos de idade, residente em SBC.
Taxa anual de internação hospitalar por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 a 59 anos de idade, residente em SBC
% de nascidos vivos de mães residentes em SBC com 7 ou mais consultas pré-natais.

Tabela 1 - Alterações na Matriz de Resultados[31]

Seção da Matriz de Resultados onde ocorreu a mudança	Mudança específica realizada	Tipo de mudança	Razões para mudança	Data da mudança	Data da mudança acordada com entidade executora
Impactos	Taxa de internação hospitalar por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 anos ou mais de idade residentes em SBC.	Eliminação de indicador	O indicador original da Matriz de Resultados foi eliminado porque durante a execução foi substituído por um indicador para delimitar a faixa etária da população mais prevalente, entre 30 e 59 anos.	2016	2016
Impactos	1.2 Taxa anual de internação hospitalar por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 anos a 59 anos de idade residentes em SBC.	Indicador adicionado	Foi estipulado um limite superior de 59 anos no indicador a fim de delimitar faixa etária mais sensível às ações de AB na melhora do acompanhamento longitudinal dos pacientes com essa morbidade crônica, em seu grupo etário mais prevalente (30 a 59 anos), ao invés de todos acima de 30 anos.	2016	2016
Impactos	Taxa de internação hospitalar por acidente vascular cerebral na população de 40 anos ou mais de idade residente em SBC.	Eliminação de indicador	O indicador original da MR foi eliminado porque durante a execução foi substituído com um indicador para delimitar a faixa etária entre 30 e 59 anos.	2016	2016
Impactos	1.3 Taxa anual de internação hospitalar por acidente vascular cerebral na população de 30 anos a 59 anos ou mais de idade residente em SBC.	Indicador adicionado	Este indicador substituiu o indicador que media a taxa de internação hospitalar por acidente vascular cerebral na população de 40 anos ou mais de idade. Procura determinar o impacto das ações de AB na melhora do acompanhamento longitudinal dos pacientes com HAS e DM, em seu grupo etário mais prevalente (30 a 59 anos) ao invés de todos acima de 30 anos. A mudança visou a delimitar um período para obtenção de referenciais comparativos próprios e externos.	2016	2016

[31] Os indicadores e suas metodologías de cálculo foram alterados/readaptadas de acordo com a Publicação (BRASIL, 2011) - "Orientações Acerca dos Indicadores de Monitoramento Avaliação do Pacto pela Saúde, nos Componentes pela Vida e de Gestão para o Biênio 2010 – 2011, conforme Portaria GM/MS nº 2669, de 03 de novembro de 2009 e Portaria GM/S nº 3.840, de 07 de dezembro de 2010 - Versão atualizada em 08/02/2011 –MINISTÉRIO DA SAÚDE/ Secretaria-Executiva/ Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada.

Seção da Matriz de Resultados onde ocorreu a mudança	Mudança específica realizada	Tipo de mudança	Razões para mudança	Data da mudança	Data da mudança acordada com entidade executora
Resultados/ Outcome	1.1 Taxa de cobertura estimada do Programa Estratégia Saúde da Família (ESF)[32]	Modificação nome do indicador	Foi adicionada a palavra *estimada* ao indicador original da MR, clarificando que o indicador mede uma estimativa. O cálculo de cobertura estimada é uma aproximação que se faz a partir de dados populacionais e de número de equipes implantadas, não significando que tal percentual exato de pessoas efetivamente estão cobertas pela ESF.	Setembro 2012	Setembro 2012
Resultados/ Outcome	1.2 Taxa de Cobertura estimada dos Agentes Comunitários de Saúde[33]	Modificação Indicador	Originalmente, o nome do indicador era "*Taxa de cobertura do Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS".* O cálculo de cobertura estimada é uma aproximação que se faz a partir de dados populacionais e de número de agentes existentes, não significando que tal percentual exato de pessoas efetivamente estão cobertas por ACS. Para 2015, por dificuldades de acessar condomínios e áreas de classe média alta e alta, foi considerada população usuária de fato, cadastrada no SIAB.	Setembro 2012	Setembro 2012
Resultados	Média anual de consultas nas especialidades básicas por habitante	Indicador eliminado	O projeto procura fortalecer a rede de atenção primaria à saúde. Não sendo necessário em todos os casos uma consulta com o especialista, pois a atenção básica tem alto nível de resolutividade. Evitando a duplicação e sobrecarga desnecessária da rede de especialidades. Se decidiu eliminar este para ser subtituído por um que medisse as consultar básicas por habitante e não as consultas por especialidade.	Setembro 2011	Setembro 2011
Resultados/ Outcome	1.3 Média anual de Consultas Básicas por habitante	Inclusão/ indicaor	A inclusão consegue determinar e acompanhar evolução de uma maneira indireta o grau de acesso à AB por meio de uma das mais tradicionais ofertas de procedimentos. Este indicador tem vínculo maior com a atenção oferecida pelas UBSs e substituiu o indicador que media as consultas nas especialidades.	Setembro 2011	Setembro 2011

[32] O seguimento do indicador foi realizado por meio de metodologia de cálculo própria da equipe da Secretaria de Saúde de SBC baseado na fórmula (Núm.de ESF x teto máximo de cobertura (4.000hab)/Pop.geral do município X 100). Os parâmetros comparativos retirados em junho/2016 da Nota Técnica disponível no site do Depto de Atenção Básica (http://189.28.128.100/dab/docs/geral/historico_cobertura_sf_nota_tecnica.pdf) apontaram para metodologia outra cálculo (nº deeSFx3.450/População IBGE, com limitador de cobertura de 100%), reduzindo assim a cobertura. Como toda a série histórica e a meta original foram traçadas com metodologia local, optou-se por mantê-la, aceitando apenas a alteração da denominação, conforme descrito. Outro fator a ser explicitado é que se utilizou dados de população geral, não corrigido por cobertura de saúde suplementar devido a dificuldade de corrigir o dado por esse critério.

[33] Baseado na fórmula (Total de ACS contratados pelo DABGC, multiplicado pelo teto máximo de cobertura de cada ACS (até 750 pessoas), dividido pelo total geral da população do município (IBGE), multiplicado por 100). Os parâmetros comparativos retirados da Nota Técnica disponível no site do Departamento de Atenção Básica (http://189.28.128.100/dab/docs/geral/historico_cobertura_sf_nota_tecnica.pdf) em junho/2016 apontariam para metodologia outra cálculo (estimativa de cobertura populacional por agentes comunitários de saúde no território definido. É obtido pelo cálculo: nº deACSx575/População IBGE, com limitador de cobertura de 100%), reduzindo assim a cobertura. Como toda a série histórica e a meta original foram traçadas com metodologia local, optou-se por mantê-la, aceitando apenas a alteração da denominação, conforme descrito. Outro fator a ser explicitado é que se trabalhou com dados de população geral, não corrigido por cobertura de saúde suplementar haja vista a dificuldade de corrigir o dado por esse critério.

Seção da Matriz de Resultados onde ocorreu a mudança	Mudança específica realizada	Tipo de mudança	Razões para mudança	Data da mudança	Data da mudança acordada com entidade executora
Resultados/ Outcome	1.4 Percentual de gestantes acompanhadas segundo os protocolos de saúde em relação às gestantes cadastradas na Unidade Básica de Saúde	Inclusão/ indicador de resultados	A inclusão consegue determinar o grau de adesividade e responsabilização das equipes em relação às propostas de cuidado dirigidas a um dos grupos mais prioritários do atendimento à saúde pública. Reflete uma dimensão muito sensível às ações de AB, com impactos diretos em indicadores como mortalidade materna e mortalidade infantil.	Setembro 2012	Setembro 2012
Resultados/ Outcome	1.4 Pessoas (todas indígenas, afrodescendentes) que se beneficiam de um conjunto básico de serviços de saúde	Inclusão indicador de resultados	A inclusão deveu-se para apoiar na contabilização do resultado do indicador corporativo da Matriz de Resultados do Banco.	Março 2015	Março 2015
Resultados/ Outcome	2.1 Percentual de UBS com processo de territorialização concluída	Inclusão/ indicador de resultados	A inclusão foi bastante relevante uma vez que todas as ações de AB devem estar pautadas em uma população adscrita a um território, com todas as suas peculiaridades e características. A medida de evolução do percentual de territorialização consegue delimitar o avanço dessa definição e consequente definição de responsabilização por aquela parcela de habitantes e suas necessidades de saúde.	Setembro 2011	Setembro 2011
Resultados/ Outcome	2.2 Cobertura da primeira consulta odontológica programática / ano	Inclusão/ indicador de resultados	A inclusão foi bastante relevante uma vez que se trata do percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática nas UBSs, realizada com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico, para atender as necessidades detectadas. Não se refere a atendimentos eventuais como os de urgência/emergência que não tem seguimento previsto. Compõe um dos indicadores definidosno “Pacto de Indicadores da Atenção Básica” do MS de 2006 por ser bastante sensível para acompanhamento do padrão de acesso à Saúde Bucal por meio da AB. Além disso, fortalece a lógica vertical com os serviços odontológicos presentes nas novas UBS reformadas e construídas.	Setembro 2012	Setembro 2012
Resultados/ Outcome	2.3 Total de consultas de enfermagem realizadas na rede básica de saúde	Inclusão/ indicador de resultados	A inclusão foi justificada para avaliar a evolução da transição de modelo de atenção medico centrado para um modelo cujo centro é a equipe e a multidisciplinariedade voltada para o acolhimento. No modelo de AB é desejável um cada vez maior protagonismo na ação da equipe multidisciplinar, cujo principal ator é o enfermeiro, portanto, o aumento de consultas de enfermagem é mais uma medida da melhoria do acesso e da capacidade de interação com o usuário em seu território principalmente quanto a ações de orientação geral, prevenção e promoção à saúde.	Setembro 2012	Setembro 2012

Seção da Matriz de Resultados onde ocorreu a mudança	Mudança específica realizada	Tipo de mudança	Razões para mudança	Data da mudança	Data da mudança acordada com entidade executora
Resultados/ Outcome	% das consultas médicas especializadas marcadas e das consultas realizadas	Exclusão indicador de resultado	A premissa do indicador seria acompanhar, em uma lógica ambulatorial o acesso regulado às consultas médicas especializadas no âmbito da atenção básica. A exclusão se justifica pois, no modelo de AB vigente os acessos às ações de saúde devem ser privilegiados na lógica do acolhimento e do trabalho em equipe, não sendo necessariamente a oferta médica a mais adequada para todos os momentos. Não obstante o exposto, priorizar as consultas ambulatoriais pré-agendadas em detrimento do atendimento à demanda espontânea, considerando a lógica de acolhimento, poderia resultar em menor atenção à demanda espontânea, dificultando o vínculo e negando uma das missões das UBS como porta da Rede de Urgência e Emergência, um dos múltiplos itinerários possíveis do paciente no sistema de saúde.	Setembro 2011	Setembro 2011
Resultados/ Outcome	% de UBS com planos de gestão integrada com o PACS	Exclusão indicador de resultado	A exclusão se justifica, pois, todas as UBS devem funcionar na lógica da ESF, em modelo único. Nesse sentido, não se justifica acompanhar a integração de gestão pois trabalha-se com essa premissa desde o princípio, tendo inclusive previsão de cobertura de ACS para 100% do território.	Setembro 2011	Setembro 2011
Resultados/ Outcome	Cobertura de consulta médicas agendadas e consultas realizadas	Inclusão em setembro de 2011 e exclusão em setembro de 2012	Apesar de não ser o indicador original da Matriz de Resultados do POD, este indicador foi incluído em 2011, e posteriormente excluído em 2012. A exclusão se justifica pois, no modelo de AB vigente os acessos às ações de saúde devem ser privilegiados na lógica do acolhimento e do trabalho em equipe, não sendo necessariamente a oferta médica a mais adequada para todos os momentos. Não obstante todo o exposto, na lógica de acolhimento, o atendimento da demanda espontânea não pode ser negligenciado uma vez que a AB é também porta da Rede de Urgência e Emergência como um dos múltiplos itinerários do paciente no sistema de saúde, o que afasta a interpretação pelo lado de possível medida para absenteísmo. A análise de absenteísmo também estaria prejudicada pela fragilidade dos sistemas de informação e pelo andamento das reformas que, por ter obrigado as unidades a funcionar de modo improvisado, alterou sensivelmente sua capacidade de gerenciar informações desse nível. Portanto, a análise desse indicador, por conter tantos problemas e vieses é desejável que seja de fato deixado de lado.	Setembro 2012	Setembro 2012
Produto	Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes em SBC	Produto eliminado	Este indicador foi excluído e substituído por um que mostrar-se o que realmente seria feito, pois Unidades de Saúde existentes não era específico. O componente contemplou no desenho o financiamento de obras de infraestrutura para a expansão da rede	Março de 2011	Março de 2011

Seção da Matriz de Resultados onde ocorreu a mudança	Mudança específica realizada	Tipo de mudança	Razões para mudança	Data da mudança	Data da mudança acordada com entidade executora
			de serviços. Este indicador foi substituído por UBS em SBC implantadas em 2011 e posteriormente por UBS em SBC construídas em setembro de 2012.		
Produto/ Output	1.1 UBS em SBC construídas	Inclusão de Produto	Este indicador substituiu o produto número de UBS existentes da Matriz de Resultados. As mudanças propostas por SBC para sua AB vão muito além de reformas estruturais simples das suas UBS ou ativação de unidades desativadas. A proposta foi de uma ampla reforma ou construção de unidades, com mudança radical de ambiência centrada nas necessidades do usuário, atrelada a um novo modelo assistencial com ampliação e criação de novos ambientes para um processo de cuidado mais responsável, plural, resolutivo e humanizado.	Setembro 2012	Setembro 2012
Produto/ Output	1.3 Produto 3: UBS em São Bernardo reformadas	Criação Produto	Tal medida se justifica, pois, as mudanças propostas por SBC para sua AB vão muito além de reformas estruturais simples das suas UBS ou ativação de unidades desativadas. A proposta foi de uma ampla reforma ou construção de unidades, com mudança radical de ambiência centrada nas necessidades do usuário, atrelada a um novo modelo assistencial com ampliação e criação de novos ambientes para um processo de cuidado mais responsável, plural, resolutivo e humanizado. Esse indicador é novo pois olha para o número de UBS reformadas, sendo indicador de modernização de capacidade instalada com melhoria da qualidade e do padrão de acesso. A linha de base começa em 4 por já ter havido reformas em 4 unidades nesse novo modelo antes de autorizado o financiamento do banco.	Setembro 2012	Setembro 2012
Produto/ Output	1.4 Produto 4: Equipamentos médicos para AB instalados	Inclusão/ Criação Produto	Tal medida se justifica, pois, as novas UBS que foram planejadas em SBC, seja por construção, seja por reforma, tem a necessidade de revitalização de parque, com disponibilização de estrutura completa para a realização de um processo de atenção mais adequado. Nesse sentido, esse indicador dá a dimensão de quantos equipamentos médicos voltados à AB foram de fato instalados e estão à disposição das equipes para o processo de cuidado. Trata-se de indicador adequação de estrutura par ampliação do acesso.	Setembro 2011	Setembro 2011
Produto/ Output	1.5 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)	Inclusão/ Criação Produto	O acesso às especialidades odontológicas são um grande gargalo em Saúde Bucal. Por ter havido economia na construção da UBS Alvarenga, foi possível utilizá-lo para o CEO. O acompanhamento desse indicador demonstra a ampliação do acesso à população a seus serviços, o que representa a ampliação da resolutividade e uma rede capaz de proporcionar um cuidado mais integral no	Setembro 2012	Setembro 2012

Seção da Matriz de Resultados onde ocorreu a mudança	Mudança específica realizada	Tipo de mudança	Razões para mudança	Data da mudança	Data da mudança acordada com entidade executora
			âmbito do SUS de SBC.		
Produto/ Output	1.6 Policlínica Centro reformada	Inclusão/ Criação Produto	O acesso à atenção especializada é hoje um dos principais problemas do SUS, gerando perda de capacidade de resposta assistencial na AB e impactos na Atenção Hospitalar e na Rede de Urgência e Emergência por agravamento de condições que demandam esse nível de atenção. Por ter havido economia e ganhos cambiais com o dólar, na construção das unidades de saúde pactuadas, houve possibilidade de incorporação desse investimento. O acompanhamento da entrega desse equipamento é por demais importante uma vez que demonstra que a gestão tem pensamento em rede, aprimorando não apenas as UBS mas também outros equipamentos especializados cujo desempenho insatisfatório impacta diretamente nos resultados de saúde do município.	Março 2015	Março 2015
Produto	Número de ACS capacitados	Exclusão do Produto	Este indicador foi eliminado para ser substituído pelo indicador que incluísse os profissionais das equipes de saúde da família.	Setembro 2011	Setembro 2011
Produto/ Output	2.1 Produto 5: Agentes comunitários de saúde e profissionais das equipes de saúde da familia capacitados	Modificação Produto	Adicionados "*profissionais das equipes de saúde da família capacitados*". Os processos formativos do SUS na lógica de rede de saúde proposta por SBC devem ser integrados e ampliados para demais profissionais da equipe que poderiam se beneficiar com conceitos centrais envolvidos com o processo de cuidar do paciente no seu território. Uma vez que AB é, nesse modelo, a gestora do cuidado do paciente na rede, processos formativos ampliados tem o potencial de gerar efeitos mais efetivos na responsabilização das equipes pelos usuários de seus territórios, sendo, portanto, justificável e desejável a mudança. Foi modificado também a unidade de medida de % para número de pessoas capacitadas.	Setembro 2011	Setembro 2011
Produto	% de UBS informatizadas com agendamento eletrônico integrado à rede de atenção à saúde de SBC	Exclusão do Produto	Este indicador foi eliminado, e foi substituído pelo indicador *UBS com agendamento eletrônico integradas a rede ambulatorial especializada de SBC.*	Setembro 2011	Setembro 2011
Produto/ Output	2.2 Produto 6: UBS com agendamento eletrônico integradas a rede ambulatorial especializada de SBC	Modificação Produto	Indicador incluído em substituição do indicador original da MR *UBS com agendamento eletrônico integradas a rede ambulatorial especializada de SBC.* para restringir à integração eletrônica das UBS à rede ambulatorial especializada, pois este trajeto de usuários era crítico para o sistema de saúde e para a regulação. Dessa forma, optou-se por uma medida mais realista e capaz de	Setembro 2011	Setembro 2011

Seção da Matriz de Resultados onde ocorreu a mudança	Mudança específica realizada	Tipo de mudança	Razões para mudança	Data da mudança	Data da mudança acordada com entidade executora
			realizar-se no período de execução do programa, Posteriormente (como previsto na operação BR-L1415[34], que iniciará sua execução em breve), a rede será totalmente integrada, incluindo a atenção hospitalar e unidades de urgência e emergência. A unidade de medida também foi modificada de % para unidades básicas de saúde.		
Produto	Número de profissionais do Setor de Saúde capacitados em gestão de serviços de Saúde	Exclusão do Produto	Este indicador foi eliminado, e foi substituído pelo indicador *Número de profissionais do Setor de Saúde capacitados em gestão de serviços de Saúde.*	Setembro 2011	Setembro 2011
Produto/ Output	2.3 Produto 7: Profissionais do Setor de Saúde com curso de especialização	Modificação Produto	Na MR original o indicador era "número de profissionais do Setor de Saúde capacitados em gestão de serviços de Saúde", e foi modificada a redação para curso de especialização uma vez que o processo formativo de gestores de serviço escolhido (Saúde da Família e Saúde Mental) foi mais dirigido às necessidades de fortalecimento de conhecimentos e competências da rede, constituindo-se como um cursos de especialização lato senso (Atenção Primária e Saúde Mental), o que representou um ganho considerável de qualidade e de potencial incremento técnico no corpo técnico da SS de SBC.	Setembro 2011	Setembro 2011
Produto/ Output	2.4 Recepcionistas das UBS e nível central da Secretaria de Saúde capacitados	Inclusão/ Criação Produto	A mudança de modelo proposta pela SS passa por uma dimensão de humanização que é central para o sucesso. Uma vez que os recepcionistas desempenham papel fundamental no processo de acolhimento e direcionamento correto do paciente no serviço e na rede de saúde, é fundamental proceder estratégia de formação desses profissionais.	Setembro 2012	Setembro 2012
Produto/ Output	2.5 Técnicos e auxiliares de enfermagem capacitados	Inclusão/ Criação Produto	Centrais no processo de cuidar das unidades de saúde, os técnicos e auxiliares de enfermagem necessitam de processo de educação permanente para que, a partir de uma reflexão de sua prática, possam produzir deslocamento no sentido de maior responsabilização, entrega de cuidado qualificada, segura e em rede para os usuários, sendo, portanto, justificada a inclusão.	Setembro 2012	Setembro 2012

[34] Programa de Fortalecimento do Sistema Único de Saúde de São Bernardo do Campo, empréstimo nº 3400/OC-BR (BR-L1415), assinado em 17/05/2016.

4. Resultados obtidos

2.20 Indiscutivelmente, o maior resultado do programa foi o fortalecimento de uma política pública que visa a garantir a saúde enquanto um direito universal, com dignidade e resolutividade. Essa dimensão traz consigo algo de intangível, pois resgata relações de cuidado que estão fincadas no reconhecimento do outro, no fortalecimento de um humanismo e de uma sociedade mais justa com vistas a prover a esta sociedade condições de se desenvolver com autonomia, segurança e principalmente, liberdade. Nessa direção, podemos discutir o direito à saúde citando Sueli Gandolfi Dallari: "Observado como direito individual, o direito à saúde privilegia a liberdade em sua mais ampla acepção. As pessoas devem ser livres para escolher o tipo de relação que terão com o meio ambiente, em que cidade e que tipo de vida pretendem viver, suas condições de trabalho e, quando doentes, o recurso médico-sanitário que procurarão, o tipo de tratamento a que se submeterão entre outros".[35]

2.21 Não obstante o citado, o projeto foi bastante exitoso também no sentido de que a grande maioria dos produtos previstos foram entregues antes mesmo dos prazos máximos estabelecidos, se atingiu a maior parte das metas estabelecidas, com resultados e impactos que superaram o esperado, tendo com isso atingido potencial de entregar ganhos reais diretos e indiretos à população de SBC.

2.22 Sobre a entrega dos produtos relacionados ao componente 1 - Expansão e fortalecimento da AB houve êxito total ou parcial em todos os compromissos. Reforça-se a importância das novas soluções arquitetônicas e de ambiência que favoreceram o processo de trabalho e o atingimento dos resultados. As unidades reformadas passaram a ter um padrão de estrutura – com área construída, em média, de 900 m2, com vistas a viabilizar ações de prevenção, promoção, assistência e recuperação à saúde, além de favorecer a participação popular. Todas as unidades passaram a contar com padronização de fachada, sala para acolhimento, espaço criança, escovódromo, sala de equipe, sala de comunidade, consultórios para ESF, consultórios odontológicos adequados, consultórios para saúde mental e equipe multiprofissional, farmácia informatizada, sala de vacina, central de materiais e esterilização, sala de procedimentos (equipada para atendimento às pequenas urgências e estabilização de casos de urgência) e ainda copa e vestiários para os trabalhadores. Com vistas à garantia da resolutividade, as UBS passaram a contar também com recursos tecnológicos básicos como Aparelho de eletrocardiografia, colposcópio, kit de emergência, carrinho de parada com desfibrilador, oxímetro de pulso, oto-oftalmoscópio, laringoscópio, ventilador manual (ambu®), além de balança, esfigmomanômetro, estetoscópio e otoscópio nos consultórios, o que gerou o fim da prática de pré-consulta e pós-consulta, ampliando vínculo.

2.23 Quanto aos produtos do componente 1, foram construídas 4 (quatro) UBS (Batistini, Montanhão, Areião e Rudge Ramos), alcançando a meta revisada. Foram reformadas 26 (vinte e seis) UBS, 3 (três) CAPS foram implantados (CAPS III Alvarenga, CAPS Infanto Juvenil Cidade das Crianças e CAPS Rudge Ramos). A quarta unidade CAPS (Silvina) será entregue em junho de 2017. O inicio da obra do CAPS Silvina foi prorrogado pelo MS, que é o financiador da obra, que Inicialmente estava previsto seu início para 2014. Como a conclusão da obra será em um período posterior ao encerramento do programa (por alguns meses apenas) esta meta não pôde ser

[35] DALLARI, S. G. *O direito à saúde*. Rev. Saúde Públ., S. Paulo, 22:57-63, 1988.

contabilizada no âmbito do programa, mas, afinal SBC cumprirá com a meta total de 4 CAPS novos. Foram adquiridos 32 lotes de equipamentos médico-hospitalares e os dois lotes restantes (somando um total de 34, conforme a meta final) foram adquiridos com anterioridade ao período de reconhecimento de gastos nesta operação, impossibilitando o cumprimento da totalidade da meta no âmbito do programa. No entanto, todas as metas de equipamentos foram alcançadas. SBC atualmente conta com 34 unidades de saúde em sua rede e todas foram devidamente equipadas. As metas de construção do CEO e da reforma da Policlínica do Centro também foram alcançadas.

2.24 Quanto aos produtos do componente 2, foram privilegiados os atingimentos das formações dos ACS, com execução acima da meta em 39,7%, por se tratarem de atores fundamentais para toda a estratégia e a especialização de gestão dentro da meta. Essa priorização acarretou prejuízo no atingimento das metas de formação de profissionais de enfermagem e de recepcionistas.

2.25 Quanto aos resultados esperados, na meta sobre acesso aos serviços básicos de saúde ampliados e melhorados, nota-se atingimento parcial. Além disso, os indicadores Consultas Básicas por Habitante e Percentual de Gestantes acompanhadas segundo os protocolos de saúde em relação às gestantes cadastradas não atingiram sua meta final, como será melhor explicado na seção de atribuição.

2.26 Para a segunda meta de resultados esperados que versa sobre um sistema de saúde municipal centrado na estratégia de AB implementado houve 100% de êxito no alcance das metas.

2.27 Finalmente, houve alcance de todas as metas para os indicadores de impacto, com redução das taxas de internação hospitalar por CC e com aumento do percentual de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal.

2.28 A Tabela 2 demonstra os números alcançados, com suas linhas de base, metas, meios de verificação e ano de fechamento da análise.

Tabela 2- Matriz de Resultados Obtidos

Impacto/Indicador	Unidade de Medida	Valor de Línha de Base	Ano Línha de Base	Meio de Verificação	Metas e Resultados Alcançados		Data em que foram atingidos os objetivos
Impacto #1: Melhora das condições de saúde da população de SBC.							
1.1 Taxa de mortalidade infantil	Óbitos menores de 1 ano de idade/ 1.000 nascidos vivos	13,4	2010	Fundação SEADE	Valor Meta revisado Valor alcançado	10,80 8,5	2015
1.2 Taxa anual de internação hospitalar por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 anos a 59 anos de idade residentes em SBC.[36]	Internações/ 10.000 hab	1,80	2010	SIHSUS (Sistema de Informação Hospitalar) e IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatistica).	Valor Meta Original Valor Meta revisado Valor alcançado	 3.00 1,4/10.000 hab	2015
1.3 Taxa anual de internação hospitalar por acidente vascular cerebral na população com de 30 anos a 59 anos de idade residente em SBC.[37]	Internações/ 10.000 hab	6,00	2010	SIHSUS (Sistema de Informação Hospitalar) e IBGE.	Valor Meta Original Valor Meta revisado Valor alcançado	 17.00 5,2/10000 hab	2015

Resultado/Indicador	Unidade de Medida	Valor de Línha de Base	Ano Línha de Base	Meio de Verificação	Metas e Resultados Alcançados		Data em que foram atingidos os objetivos
Resultado #1: Acesso aos serviços básicos de saúde ampliado e melhorado.							
1.1 Taxa de cobertura estimada do Programa Estratégia Saúde da Família (ESF)	%	19.10	2010	Base de Dados: SIAB e IBGE	Valor Meta Original Valor Meta revisado Valor alcançado	50.00 50.00 59.22	2015
1.2 Taxa de Cobertura estimada dos Agentes Comunitários de Saúde	%	54.45	2010	Informação da Atenção Básica e IBGE	Valor Meta Original Valor Meta revisado Valor alcanzado	90.00 70.00 76.36	2015
1.3 % Nascidos vivos de mães residentes em SBC com 07 ou mais consultas pré-natais.	%	79.26	2010	SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos) e IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas).	Valor Meta Original Valor Meta revisado Valor alcanzado	80.00 80.00 80.60	2015

[36] Internações em Procedimento 0303030038 Tratamento de diabetes mellitus – Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

[37] Internações em Procedimento 03.03.04.014-9 - Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquemico ou hemorragico agudo) – Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

Resultado/Indicador	Unidade de Medida	Valor de Línha de Base	Ano Línha de Base	Meio de Verificação	Metas e Resultados Alcançados		Data em que foram atingidos os objetivos
1.4 Média anual de Consultas Básicas por habitante	Consultas/ ano	1.60	2010	Dados do SIASUS (Sistema de Informação Ambulatorial) e do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).	Valor Meta Original	2.50	2015
					Valor Meta revisado	2.00	
					Valor alcançado	1.88	
1.5Percentual de gestantes acompanhadas segundo os protocolos de saúde em relação às gestantes cadastradas na Unidade Básica de Saúde	%	87.99	2010	Relatório SSA2 do SIAB	Valor Meta Original		2015
					Valor Meta revisado	87.99	
					Valor alcançado	82.50	
1.6 Pessoas (todas indígenas, afrodescendentes) que se beneficiam de um conjunto básico de serviços de saúde	Indivíduos	229.00	2010		Valor Meta Original		2015
					Valor Meta revisado	382.00	
					Valor alcançado	469.00	
Resultado #2: Sistema de Saúde municipal centrado na estrategia de atenção básica implementado.							
2.1 Percentual de UBS com processo de territorialização concluída	%	0	2010	Registros Administrativos da Secretaria Municipal de Saúde.	Valor de Meta Original	100.00	2015
					Valor de Meta revisado	100.00	
					Valor alcançado	100.00	
2.2 Cobertura da primeira consulta odontológica programática/ano	%	6.06	2010	SIA SUS e População estimada IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)	Valor de Meta Original		2015
					Valor de Meta revisado	6.00	
					Valor alcançado	6.03	
2.3 Total de consultas de enfermagem realizadas na rede básica de saúde[38]	Número de consultas	68.254	2010	Sistema de Informação Ambulatorial (SIA SUS)	Valor de Meta Original		2015
					Valor de Meta revisado	150.000	
					Valor alcançado	149.323	
Componente #1:Expansão e fortalecimento da atenção básica.							
1.1 UBS em SBC construídas	UBS	N/A	2010	Registros Administrativos da Secretaria Municipal de Saúde de SBC	Valor de Meta Original	3.00	2014
					Valor de Meta revisado	4.00	
					Valor alcançado	4.00	
1.2 Centros de Atendimento Psicossocial (CAPs) em SBC implantados	Centros	0	2010	Base de Dados: Registros administrativos da Secretaria Municipal de Saúde de SBC	Valor de Meta Original	5.00	2015
					Valor de Meta revisado	4.00	
					Valor alcançado	3.00	
1.3 UBS em São Bernardo reformadas	UBS	N/A	2010	UGP/Secretaria Municipal de Saúde de SBC	Valor de Meta Original	29.00	2015
					Valor de Meta revisado	27.00	
					Valor alcançado	26.00	

[38] Incluem os Procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS: 0301010030 Consulta de profissionais de nivel superior na atenção básica (exceto médico)/0301010080 consulta p/ acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura)/0301010110 consulta pre-natal/0301010129 consulta puerperal/0301010137 consulta/atendimento domiciliar/ 0301040028 atendimento clinico p/ indicação, fornecimento e inserção do dispositivo intra-uterino (DIU).

Resultado/Indicador	Unidade de Medida	Valor de Línha de Base	Ano Línha de Base	Meio de Verificação	Metas e Resultados Alcançados		Data em que foram atingidos os objetivos
1.4 Equipamentos médicos para atenção Básica de Saúde instalados	Lotes de Equipamentos	0	2010	UGP/Secretaria Municipal de Saúde de SBC	Valor de Meta Original	29.00	2015
					Valor de Meta revisado	34.00	
					Valor alcançado	32.00	
1.5 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)	CEO	N/A	2010	UGP/Secretaria Municipal de Saúde de SBC	Valor de Meta Original		2013
					Valor de Meta revisado	1.00	
					Valor alcançado	1.00	
1.6 Policlinica Centro reformada	Policlínica	0	2010	UGP/Secretaria Municipal de Saúde de SBC	Valor de Meta Original		2016
					Valor de Meta revisado	1.00	
					Valor alcançado	1.00	
Componente #2:Fortalecimento da Secretaria Municipal de Saúde.							
2.1 Produto 5: Agentes comunitários de saúde e profissionais das equipes de saúde da familia capacitados	Pessoas	N/A	2010	Registros administrativos da Secretaria Municipal de Saúde	Valor de Meta Original	260	2015
					Valor de Meta revisado	920	
					Valor alcançado	1,285	
2.2 Produto 6: UBS com agendamento eletrônico integradas a rede ambulatorial especializada de SBC	UBS	30	2010	Base de Dados: Registros administrativos da Secretaria Municipal de Saúde de SBC	Valor de Meta Original	35	2015
					Valor de Meta revisado	33	
					Valor alcançado	34	
2.3 Produto 7: Profissionais do Setor de Saúde com curso de especialização	Pessoas	0	2010	Base de Dados: Registros administrativos da Secretaria Municipal de Saúde de SBC	Valor de Meta Original	360.00	2014
					Valor de Meta revisado	580.00	
					Valor alcançado	580.00	
2.4 Recepcionistas das UBS e nível central da Secretaria de Saúde capacitados	Pessoas	0	2010	Base de Dados: Registros administrativos da Secretaria Municipal de Saúde de SBC	Valor de Meta Original		2015
					Valor de Meta revisado	850.00	
					Valor alcançado	725.00	
2.5 Técnicos e auxiliares de enfermagem capacitados	Pessoas	0	2010	Base de Dados: Registros administrativos da Secretaria Municipal de Saúde de SBC	Valor de Meta Original		2015
					Valor de Meta revisado	696.00	
					Valor alcançado	218.00	

5. Análise da atribuição de resultados

2.29 Não se realizou uma avaliação de impacto do programa, No entanto, se pode realizar uma análise de atribuição acerca dos alcances obtidos no seu âmbito, a partir do exame das relações e das vinculações entre estes logros e as intervenções realizadas pelo programa.

2.30 **Indicadores de cobertura e acesso:**

2.31 **1- Taxa de cobertura estimada do Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) e 2-Taxa de Cobertura estimada dos Agentes Comunitários de Saúde**. O sensível aumento destas taxas de cobertura pode ser, indubitavelmente, atribuído ao Programa. Os investimentos realizados pelo programa na reestruturação da rede de atenção básica no município representaram o eixo condutor da reforma do modelo de atenção à saúde, expandindo e fortalecendo a atenção básica para que esta ampla rede constituída fosse, de fato, a porta de entrada do sistema e ordenadora do cuidado. As novas unidades construídas e reformadas e ampliadas ofereceram um conferiram à rede de AB uma configuração completamente distinta da situação anterior. As unidades reformadas passaram a ter um padrão de estrutura – com área construída, em média, de 900 m2, com ambiências adequadas para os diversos serviços preconizados (e com padrão superior daquele estabelecido pelo MS para muitos destes serviços) e, sobretudo, possibilitou a expansão das equipes de ESF em 60% e das equipes de Agentes Comunitários de Saúde em 18%, o que elevou, em consequência, as taxas de cobertura populacional destes serviços.

2.32 **3- Nascidos vivos de mães residentes em SBC com 07 ou mais consultas pré natais.** Os alcances deste indicador podem, com clareza, serem atribuídos ao programa. Há evidências[39], no âmbito do SUS, que uma maior cobertura da AB está associada a um maior acesso às 7 ou mais consultas pré natal, como preconiza o MS no Brasil. Ainda que o aumento registrado entre a linha de base e o final do programa aparente uma melhora de pequena importância, de fato, os resultados foram bastante positivos. Tendo em conta que o indicador reúne dados do setor publico e do setor privado, sobre este último há influências e regulação do Estado mas não uma ação direta, o que não asseguraria, totalmente, um incremento substancial do mesmo Quando analisamos os resultados deste indicador de maneira desagregada, encontramos que para os nascidos vivos na rede pública SUS), la taxa de cobertura registrou um aumento de 69,39% (2010) para 76,42% (2015), o que mostra que os efeitos dos esforços do município em ampliar o acesso à Atenção Primária e, portanto, aos serviços pré natal. Por outro lado, observamos que no mesmo período, a taxa para o setor privado diminuiu de 87,56% para 84,51%, retirando parte dos incrementos obtidos pelo setor público.

2.33 **4- Média anual de Consultas Básicas por habitante.** Os incrementos obtidos neste indicador são claramente vinculados aos investimentos do programa, associados à expansão registrada nos indicadores 1 e 2, descritos anteriormente. Com a ampliação e construção de novas UBS, as equipes ESF aumentaram consideravelmente em número e a oferta de horas de trabalho do profissional médico, subiram na mesma proporção. Em que pese o aumento do indicador, que revela que a população passou

[39] MENDONÇA CS, HARZHEIM E, DUNCAN BB, MUNES LN, LEYH W. Trends in hospitalizations for primary caresensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. Health Policy and Planning [periódico na internet]. 2011; 1-8. doi:10.1093/heapol/czr043.

a receber mais atenção médica, vinculadas ao conjunto de investimentos realizados no âmbito do programa, vale a pena mencionar que parte da oferta das horas de trabalho dos médicos está colocada em atividades de melhoras da qualidade da atenção básica, como o matriciamento (intercâmbio de conhecimentos entre médicos especialistas e da AB), que gera muitos ganhos de eficiência para o sistema, evitando consultas especializadas desnecessárias e melhorando o fluxo entre os níveis de atenção.

2.34 **5- Percentual de gestantes acompanhadas segundo os protocolos de saúde em relação às gestantes cadastradas na Unidade Básica de Saúde**. Este indicador visa medir o acesso e a qualidade da atenção básica quanto aos cuidados materno-infantis. O alcance do programa quanto a este indicador ficou abaixo da meta (89,26 %- meta revisada), apresentando um percentual, em 2015, de 82,49, abaixo da linha de base. A equipe da SMS está investigando as possíveis causas deste resultado, uma vez que, pela cadeia logica de eventos, dado que os níveis de cobertura expandiram sensivelmente, seria razoável que este indicador apresentasse um aumento. Uma das vertentes explicativas para este fato consiste na mudança de sistemas informáticos que registram este acompanhamento, ocorrido em agosto de 2015. Os relatórios emitidos pelo novo sistema (e-SUS, do MS), não contempla informação sobre acompanhamento das gestantes cadastradas na Unidade Básica de Saúde, apenas para as visitas domiciliares para acompanhamento das gestantes, inviabilizando o cálculo real deste indicador.

2.35 **6- Pessoas (todas indígenas, afrodescendentes) que se beneficiam de um conjunto básico de serviços de saúde**- O aumento deste indicador em mais de 100% em relação à linha de base é atribuído, sem dúvida, aos investimentos do programa, que possibilitou uma ampliação significativa da rede da AB, acompanhado de forte expansão da cobertura populacional, alcançando assim, um enorme contingente populacional no município, que passou então a ser acompanhado pelos serviços da rede de AB.

2.36 **7- Percentual de UBS com processo de territorialização concluída**. O processo de territorialização da saúde é um dos pilares da Estratégia Saúde da Família[40], pois possibilita que a equipe possa conhecer com profundidade o diagnóstico do território que constitui sua área de intervenção, entendendo, assim, como as pessoas vivem, porque adoecem e morrem. Alcançar 100% da territorialização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) foi um proposito perseguido pelo Município de SBC, no âmbito deste programa. Assim, resultado deste enorme processo de reconhecimento da população e seu respectivo cadastro nas UBS, possibilitou o alcance dos números expressivos registrados no indicador anterior, que mostra uma enorme parcela da população que foi cadastrada nos serviços de AB, a partir da territorialização. Como faz parte da cadeia lógica do indicador anterior, o bem sucedido processo de territorialização também é atribuído ao programa e ao conjunto sistêmico de atividades e investimentos para fortalecer a rede de saúde em SBC.

2.37 **8- Cobertura da primeira consulta odontológica programática/ano.** Este indicador apresentou praticamente o mesmo valor da linha de base, com uma ligeira queda. A equipe da SMS averiguou que, no cômputo da linha de base, foram somados cerca de

[40] Ver: Gondim et al "O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização", Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf

5.000 procedimentos especializados, que não deveriam entrar na base do calculo (dado que se trata de consulta odontológica na Atenção Básica), elevando, equivocadamente, o valor da linha de base. Quando os números são ajustados, a linha de base passa de 6,06 para 5,44, o que significa que houve um acréscimo de 10,85% na taxa de cobertura da atenção odontológica na AB.

2.38 **9-Total de consultas de enfermagem realizadas na rede básica de saúde.** O sensível aumento das consultas de enfermagem, que subiram mais de 200% podem ser, indubitavelmente, atribuídos ao programa. Esta representa uma das mais importantes evidencias de consolidação do modelo de atenção preconizado pela Estratégia Saúde da Família, a qual prevê um trabalho de equipe multidisciplinar, no qual o enfermeiro cumpre um papel fundamental no cotidiano da Unidade Básica de Saúde, sobretudo, nos acompanhamentos dos pacientes crônicos, em atividade, com a comunidade de promoção e prevenção em saúde.

2.39 **Indicadores de Impacto:**

2.40 **Taxa de mortalidade infantil.** A queda histórica deste indicador em SBC passando de 13,63 (2010) para 8,46 (2015) pode ser, sem dúvida, atribuída aos investimentos do programa, que, associaram uma ampliação da infraestrutura da rede de AB e da cobertura das equipes ESF à uma forte apoio às equipes da AB nos cuidados materno-infantis, por meio de capacitações e pelo trabalho dos apoiadores, nos territórios. Esta atribuição da diminuição da taxa de mortalidade infantil à expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família está respaldada na evidencia ofertada por estudos no âmbito do SUS[41].

2.41 **Taxa de internação hospitalar por Diabetes Mellitus e suas complicações na população de 30 -59 anos de idade residentes em SBC**. Os resultados positivos obtidos neste indicador revelam, sem dúvida, a contribuição do programa a estes alcances. As complicações causadas pela Diabetes Mellitus (DM) são uma das mais importantes causas de internação em todo o mundo[42]. Há evidências[43], no âmbito do SUS, que o aumento da cobertura da Atenção Básica diminui as internações por causas sensíveis à atenção básica. Dessa forma, a evidencia respalda tal atribuição do **resultado** ao programa, dado que, a expansão da cobertura da AB, promovida pelos investimentos do programa, está diretamente relacionada com a diminuição das internações por complicações da DM. Ainda que tais incrementos possam parecer de pequena dimensão, pois as variações se apresentam em decimais no valor do indicador (devido à fórmula baseada em população) representam, na verdade, câmbios substantivos na situação de saúde de SBC, em curto período de tempo. Quando se analisa o número absoluto de internações por DM na faixa etária de 30-59 anos,

---

[41] MACINKO J, SOUZA FM, GUANAIS FC, DA SILVA SIMOES CC. *Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil,* 1999-2004. Soc Sci Med. 2007 Nov;65(10):2070-80.; MACINKO J, SOUZA FM, GUANAIS FC, DA SILVA SIMOES CC *Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil*, 1990-2002. J Epidemiol Community Health. 2006 Jan;60(1):13-9.

[42] Falik M, Needleman J, Wells BL, Korb J. Ambulatory care sensitive hospitalizations and emergency visits: experiences of Medicaid patients using federally qualified health centers. Medical Care 2001;39(6):551-561.; Bermudez D, Baker L. The relationship between SCHIP enrollment and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in California. Journal of Health Care for the Poor and Underserved 2005;16(1):96-110.

[43] 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.

verifica-se que houve uma queda de 18,64% (comparando os resultados de 2015 em relação a 2010). Estes resultados podem ser considerados significativos, por se tratar de doença crônica multifatorial, que envolve ações não apenas assistenciais, mas sobretudo de mudança de estilo de vida e de comportamento, fatores que nem sempre são de fácil intervenção. Vale registrar que a taxa mortalidade precoce por DM (30-59 anos) registrada em SBC no ano de 2015 foi de 2,88 óbitos/100.000 habitantes, é muito inferior aos valores registrados no Grande ABC (região onde está SBC), de 6,43 e para o Estado de São Paulo, de 9,50, demonstrando que as ações voltadas ao manejo desta condição no município, ainda que resultem eventualmente em internações, têm permitido maior sobrevida quando se faz a comparação do indicador em nível regional e estadual.

2.42 **Taxa anual de internação hospitalar por Acidente Vascular Cerebral (AVC) na população de 30-59 anos de idade residente em SBC**. As internações por AVC, assim como por Diabetes Mellitus (DM) representam duas causas relevantes dentro do grupo de causas sensíveis à atenção básica. Da mesma maneira que o indicador de internação por complicações da DM, os resultados alcançados neste indicador podem ser atribuídos ao programa. Como mencionado no parágrafo anterior, há farta evidencia internacional e no âmbito do SUS que a redução das internações sensíveis a AB está associada ao aumento da cobertura dos serviços. Ainda que os resultados apresentados podem aparentam uma muito pequena redução, quando se analisa o número absoluto de internações por AVC na faixa etária de 30-59 anos, verifica-se uma queda de 7,10%, na comparação entre 2010 e 2015. O indicador sofreu redução de 13,32% no mesmo período, ainda que a população nesta faixa etária, no município, incrementou em 7,17%. Desta forma, é destacável que o município de SBC tenha alcançado esta redução de internações por AVC, entre 2010 e 2015, pois o AVC é uma condição complexa que está relacionada ao controle de níveis de pressão arterial, obesidade, diabetes, dislipidemias, stress, entre outros fatores, envolvendo diretamente a co-responsabilização do paciente pela aderência ao tratamento e nas ações de mudança de estilo de vida.

6. Resultados Imprevistos

2.43 Apesar das fortes evidências que demonstram o benefício da articulação em rede, conformá-la de fato permanece um grande desafio para a maioria dos sistemas. Um dos resultados mais expressivos da estratégia implementada em SBC e que tem influenciado outros municípios na região, trata-se da adoção dos Apoiadores em Saúde. Estes profissionais de saúde, de nível superior, atuam como elementos de conexão, qualificação da atenção e aproximação da gestão ao cotidiano das equipes de saúde, nos territórios. São mediadores e indutores de movimentos de composição de rede, sendo invisíveis em desenhos organizacionais, mas muito importantes em promover o deslocamento das equipes dos diferentes equipamentos de saúde, em especial da AB, em repensar o seu fazer à lógica da existência das demais ofertas existentes nessa mesma rede. A efetiva construção da rede dá suporte para todos os processos, mas principalmente auxilia no processo de territorialização.

2.44 Alguns indicadores importantes foram afetados positivamente com o desenvolvimento do programa e que demonstram claramente o acerto da estratégia. Um dos mais expressivos foi a redução da mortalidade infantil. Em 2010, a taxa de mortalidade infantil era de 13,4/1.000 nascidos vivos. Com a implementação das ações de gestão associadas ao apoio do programa e suas repercussões, foi possível alcançar, segundo

dados da Fundação SEADE, a estimativa de 8,5/1.000 nascidos vivos, uma redução de 36,6%.

2.45 Outros resultados, de longo prazo, também já podem ser evidenciados. Além das internações por DM e AVC reduzirem, cabe destacar a redução da taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração, que reduziu de 16,3 para 12,1 por 100.000 hab. entre 2010 e 2015, uma queda notável de 25,8%.

B. Eficiência

2.46 O programa passou da fase de aprovação, efetividade legal e elegibilidade dentro dos prazos determinados pelo banco. Todos os indicadores de performance (CPI, CPI(a), SPI e SPI(a) foram satisfatórios. Executou 100% do desembolso dentro dos prazos estipulados, alcançado mais de 97% das metas físicas originais e restando pendências físicas de contrapartida plenamente justificadas pela conjuntura econômica e por escolhas de gestão compreensíveis, sem repercussão ao atingimento das metas de impacto previstas.

2.47 Dentre as diversas análises de custo/eficiência que podem ser realizadas podemos citar o impacto com a redução das taxas de hospitalização por DM e complicações. Já há evidências suficientes na literatura que demonstram que o custo/paciente aumenta com o passar do tempo, especialmente devido à presença de complicações tardias. O custo anual do tratamento de indivíduos portadores de DM por até 5 anos na Suécia foi em média de € 2,2 mil, enquanto que indivíduos com diagnóstico de DM superior a 10 anos apresentaram custo de € 3,3 mil. Os agravamentos foram os principais responsáveis pelo aumento de gastos, pois o custo ano/ paciente sem complicações foi de € 1,7 mil, ao passo que, para aqueles com agravamentos macro e microvasculares o custo superou € 5 mil, sendo que 75% deste montante foi destinados às hospitalizações[44]. Sendo assim, ainda que de difícil mensuração, é razoável inferir que o melhor controle proporcionou a redução das internações e consequente benefício do ponto de vista social e econômico.

2.48 Outro ponto de análise econômica a ser realizado sob o prisma dos impactos no enfrentamento das CC, em especial o DM está relacionado com a mortalidade e seus impactos. Um estudo do MS, em 2002, mostrou que as DCNT são responsáveis pelas maiores proporções de anos de vida perdidos por morte prematura (59%), por anos de vida vividos com incapacidade (74,7%) e por anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (66,3%)[45]. A expectativa de vida média é reduzida em 15 anos para portadores de DM1 e 7 anos para o DM2.[46] Para fins de estimativa, considerando o rendimento nominal mensal domiciliar per capita no Estado de São Paulo em 2014 de R$1.432,00[47] e Esperança de Vida ao Nascer em 2010 de 76,7 anos[48], podemos determinar o indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos. Com esse indicador,

---

[44] HENRIKSSON, F.; AGARDH, C.; BERNE, C. *Direct medicalcosts for patients with type 2 diabetes in Sweden*. J. Intern.Med., v.248, n.5, p.387-396, 2000.

[45] SCHRAMM, J.M.A.; OLIVEIRA, A.F.; LEITE, I.C.; VALENTE, J.G.; GADELHA, A.M.J.; PORTELA, M.C.; CAMPOS, M.R. *Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil*. Ciênc. Saúde Col., v.9, n.4, p.897-908, 2004.

[46] BRASIL. *Diabetes Mellitus*. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica - Brasília, 2006b. 64p.

[47] IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, *Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios Contínua, 2014.*

[48] Fonte: PNUD, Ipea e FJP retirado de http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/3458 em 26/06/2016.

podemos atribuir uma estimativa de impacto financeiro médio relacionado a tais óbitos, propiciando análise econômica sobre o impacto dessa causa de mortalidade. Analisando o indicador APVP para DM, tivemos redução de 28,1% entre 2011 e 2015. No desdobramento para uma análise financeira, essa mesma redução entre o resultado de 2011 e 2015 apresenta impacto socioeconômico global positivo estimado na ordem de R$4,2 milhões.

	2012	2013	2014	2015	2016
SPI	0.75	0.93	1	0.97	0
SPI(a)	0.75	0.96	1.17	0.91	0
CPI	1.07	1.2	1.26	1.18	0
CPI(a)	1.07	1.14	1.44	0.96	0

Mortalidade em São Bernardo do Campo por DM

Número de Óbitos por Fx Etária e Ano Munic Residência: 354870 São Bernardo do Campo Período:2011-2015

CID 10 3 Dígitos: E10 Diabetes mellitus insulino-dependente, E11 Diabetes mellitus nao-insulino-dependemte, E12 Diabetes mellitus relac c/a desnutr, E13 Outr tipos espec de diabetes mellitus, E14 Diabetes mellitus NE, E15 Coma hipoglicemico nao-diabetico, O24 Diabetes mellitus na gravidez

Fx Etária	2011	2012	2013	2014	2015	Total
15-19 anos	1	0	0	0	0	1
20-29 anos	0	1	0	1	1	3
30-39 anos	2	2	1	2	0	7
40-49 anos	4	6	2	5	3	20
50-59 anos	13	10	13	10	7	53
60-69 anos	22	20	18	16	22	98
70-79 anos	29	34	32	20	36	151
80 anos e mais	31	28	39	34	33	165
Total	102	101	105	88	102	498
Anos Potenciais de Vida Perdidos em SBC por DM (Em relação a expectativa de vida)	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**Total**
15-19 anos	59,70	0,00	0,00	0,00	0,00	59,70
20-29 anos	0,00	51,70	0,00	51,70	51,70	155,10
30-39 anos	83,40	83,40	41,70	83,40	0,00	291,90
40-49 anos	126,80	190,20	63,40	158,50	95,10	634,00
50-59 anos	282,10	217,00	282,10	217,00	151,90	1150,10
60-69 anos	257,40	234,00	210,60	187,20	257,40	1146,60
70-79 anos	49,30	57,80	54,40	34,00	61,20	256,70
Total	858,7	834,1	652,2	731,8	617,3	3694,1
Redução em relaçao a 2011		-2,86%	-24,05%	-14,78%	-28,11%	
Impacto financeiro considerando a Renda Média Mensal Estimada no Estado de São Paulo, PNAD 2014	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**Total**
15-19 anos	R$ 1.025.884,80	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 1.025.884,80
20-29 anos	R$ -	R$ 888.412,80	R$ -	R$ 888.412,80	R$ 888.412,80	R$ 2.665.238,40
30-39 anos	R$ 1.433.145,60	R$ 1.433.145,60	R$ 716.572,80	R$ 1.433.145,60	R$ -	R$ 5.016.009,60
40-49 anos	R$ 2.178.931,20	R$ 3.268.396,80	R$ 1.089.465,60	R$ 2.723.664,00	R$ 1.634.198,40	R$ 10.894.656,00
50-59 anos	R$ 4.847.606,40	R$ 3.728.928,00	R$ 4.847.606,40	R$ 3.728.928,00	R$ 2.610.249,60	R$ 19.763.318,40
60-69 anos	R$ 4.423.161,60	R$ 4.021.056,00	R$ 3.618.950,40	R$ 3.216.844,80	R$ 4.423.161,60	R$ 19.703.174,40
70-79 anos	R$ 847.171,20	R$ 993.235,20	R$ 934.809,60	R$ 584.256,00	R$ 1.051.660,80	R$ 4.411.132,80
Total	R$ 14.755.900,80	R$ 14.333.174,40	R$ 11.207.404,80	R$ 12.575.251,20	R$ 10.607.683,20	R$ 63.479.414,40
Redução das perdas economicas por mortes precoces por DM		R$ 422.726,40	R$ 3.548.496,00	R$ 2.180.649,60	R$ 4.148.217,60	

Fonte: SESSP/CCD - Base Unificada de Óbitos A partir de 2011 - SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade - SIM

Dados de 2011, 2012 atualizados em 05/2014. Dados de 2013 atualizado em 02/2015. Dados de 2014 e 2015 atualizados em 02/2016. 2013, 2014 e 2015 - dados preliminares.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios Contínua, 2014

Tabela 3

Custos do Projeto

Compo-nente	Produto	Custo Total Planejado (US$) (Ano) P				Custo Total Revisado (US$) (Ano) Pa				Custo Total Atual (US$) (Ano) a			
		BID	Local	Total	%	BID	Local	Total	%	BID	Local	Total	%
1 - Expansão e Fortalecimento da Atenção Básica	1.1 Unidades Básicas de Saúde em São Bernardo do Campo construídas	2,582,179,22	2,582,179,22	5,164,358.44	11.95%	2,582,179.22	2,582,179.22	5,164,358.44	11.95%	2,556,188.86	2,556,188.86	5,112,377.71	11.83%
	1.2 Centros de Atendimento Psicossocial (CAPs) em Saúde em São Bernardo do Campo implantados	3,593,180,27	3,593,180,28	7,186,360.55	16.63%	2,649,110.2	2,649,110.2	5,298,220.40	12.26%	1,922,906.82	1,922,906.82	3,845,813.64	8.90%
	1.3 Unidades Básicas de Saúde em São Bernardo reformadas	12,082,661.26	12,082,661.26	24,165,322.53	55.93%	12,082,661.27	12,082,661.27	24,165,322.53	55.93%	12,009,982.55	12,009,982.55	24,019,965.1	55.60%
	1.4 Equipamentos médicos para atenção Básica de Saúde instalados	1,177,957.17	1,177,957.17	2,355,914.34	5.45%	720,062.55	720,062.55	1,440,125.10	3.33%	2,278,096.19	2,278,096.19	4,556,192.37	10.55%
	1.5 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)	0.00	0.00	0.00	0%	400,000.00	400,000.00	800,000.00	1.85%	390,266.1	390,266.1	780,532.19	1.80%
	1.6 Policlinica Centro Reformada	0.00	0.00	0.00	0%	1,568,107.11	1,568,107.11	3,136,214.23	7.25%	1,404,214.83	1,404,214.83	2,808,429.65	6.50%
Total Componente 1		19,435,977.93	19,435,977.93	38,871,955.86	89.98%	20,002,120.35	20,002,120.35	40,004,240.70	92.60%	20,561,655.33	20,561,655.33	41,123,310.66	94.41%
2 - Fortalecimento da Secretaria Municipal de Saúde	2.1 Agentes comunitários de saúde e profissionais das equipes de saúde da família capacitados	166,666.665	166,666.665	333,333.33	0.77%	333,333.33	0.00	333,333.33	0.77%	0.00	0.00	0.00[49]	0%

[49] A meta foi alcançada sem custos para o programa, pois as capacitações foram financiadas pelo Ministério da Saúde, e estes não foram reconhecidos como recursos de contrapartida local.

Compo-nente	Produto	Custo Total Planejado (US$) (Ano) P				Custo Total Revisado (US$) (Ano) Pa				Custo Total Atual (US$) (Ano) a			
		BID	Local	Total	%	BID	Local	Total	%	BID	Local	Total	%
	2.2 Unidades Básicas de Saúde com agendamento eletrônico integradas a rede ambulatorial especializada de São Bernardo do Campo	433,605.55	433,605.55	867,211.11	2.00%	206,495.77	206,495.77	412,991.54	0.95%	128,020.84	128,020.84	256,041.67	0.59%
	2.3 Profissionais do Setor de Saúde com curso de especialização	694,444.28	694,444.28	1,388,888.56	3.21%	425,500	425,500	851,000.00	1.96%	300,500.00	300,500.00	601,000.00	1.39%
	2.4 Recepcionistas das UBS e nível central da Secretaria de Saúde capacitados	0.00	0.00	0.00	0%	545,834.01	545,834.01	1,091,668.03	2.52%	668,695.33	668,695.33	1,377,390.67	2.52%
	2.5 Técnicos e auxiliares de enfermagem capacitados	0.00	0.00	0.00	0%	157,383.2	157,383.2	314,766.40	0.72%	0.00	0.00	0.00	0.00%
Total Componente 2		1,294,716.5	1,294,716.5	2,589,433.00	5.99%	1,501,879.65	1,501,879.65	3,003,759.30	6.95%	1,097,466.00	1,097,466.00	2,194,432.34	5.04%
3 - Administração do Programa													
Administração e Auditoria do Programa[50]		869,305.57	869,305.57	1,738,611.14	4.02%	96,000.00	96,000.00	192,000.00	0.44 %	119,275.55	119,275.55	238,551.1	0.55%
Imprevistos		0.00	0.00	0.00		0.00	0.00	0.00	0%	0.00	0.00	0.00	0%
Total Componente 3		869,305.57	869,305.57	1,738,611.14	4.02%	192,000.00	0.00	192,000.00	0.44%	119,275.55	119,275.55	238,551.1	0.55%
Total (Projeto)				**43,200,000.00**				**43,200,000.00**				**43,556,294.10**[51]	

[51] A diferença entre o valor total final do Programa de US$356,294.10 se deve à aplicação financeira que foi revertido para o próprio Programa.

C. Relevância

2.49 O programa se manteve alinhado com as Estratégias País 2004-2007 (GN-2327-1) e com sua atualização (GN-2477) e sua prorrogação, em 2010 (GN-2570) as quais estavam vigentes durante sua preparação. Da mesma forma, seguiu alinhado com as Estratégias País 2012-2014 (GN-2662) e 2015-2018 (GN-2850-1) que estavam em vigência durante sua execução. Observando tais documentos, o programa se alinha aos objetivos do Banco no setor saúde, de apoiar os entes subnacionais; de incrementar a cobertura e a qualidade dos serviços materno-infantil e de expandir os serviços dirigidos à prevenção e cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

2.50 O programa também esteve alinhado com as diretrizes nacionais de conformação do SUS e apresenta congruência com a tendência de fortalecimento da Atenção Primária no enfrentamento das doenças crônicas via Redes de Atenção à Saúde. Mais do que isso, o programa apoiou também a consolidação de um modelo de gestão para o SUS que serviu de exemplo de prática exitosa, influenciando vários municípios, principalmente na Região do Grande ABC.

2.51 O programa teve um papel fundamental para que a gestão municipal conseguisse levar a cabo a reestruturação da rede de saúde a partir do fortalecimento da AB. O nível de investimento necessário para que as reformas e ampliações pudessem ocorrer como ocorreram, se dependessem exclusivamente das fontes próprias de financiamento, muito provavelmente inviabilizariam a implantação da estratégia no ritmo que foi implementada, o que, no limite, poderia colocar em risco toda a estratégia.

2.52 O programa manteve a mesma relevância desde sua preparação até sua finalização. Durante toda sua execução, suas atividades e investimentos foram fortemente orientados ao enfrentamento da situação de saúde identificada no diagnóstico inicial. Em que pese as mudanças ocorridas na sua Matriz de Resultados (MR), durante o curso de execução, todos estes câmbios ocorreram justamente para melhorar a conexão entre as atividades e o objetivo geral do programa, vis a vis a teoria de mudança que o sustentava, que se manteve sólida durante toda a vigência do mesmo. Assim, os ajustes realizados foram importantes para obter um conjunto de indicadores mais consistente e coerente com os supostos e o objetivo geral do programa.

D. Sustentabilidade

2.53 A sustentabilidade das ações desenvolvidas a partir dos investimentos realizados com o programa depende, antes de mais nada, da constância de propósito do Prefeitura em manter o compromisso com a concepção de direito à saúde, com centralidade na AB inserida no contexto das Redes de Atenção à Saúde. Ainda que se supere o risco da alternância de poder e se mantenha o nível de prioridade[52] vigente para a área da saúde em âmbito municipal, seria muito importante que fossem reforçados os

[52] A discussão sobre os desafíos para o fortalecimento do SUS é nacional, principalmente no atual momento no qual o ministro da saúde declara a necessidade de imposição de limites à universalidade e integralidade do SUS (http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1771901-tamanho-do-sus-precisa-ser-revisto-diz-novo-ministro-da-saude.shtml) e fortalece a idéia de que o caminho para a assistência à saúde passa pelo Sistema privado e seus planos de saúde (http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/07/1789101-ministro-da-saude-defende-plano-de-saude-mais-popular-para-aliviar-o-sus.shtml). Nesse sentido, fica claro que para a sustentablidade de um investimento ligado a um SUS com as premissas atuais é necessária constancia de propósito que vai além das intenções do poder executive municipal.

mecanismos estaduais e nacionais de coordenação no SUS, como prevê seu modelo de governança tripartite, com vistas a manter ou até mesmo ampliar sua capacidade de custeio e também no sentido da realização de novos e necessários investimentos.

2.54 Entretanto, se considerarmos o momento vivido pela economia nacional[53], nas quais notadamente percebemos inflação alta, desemprego crescente e a maior retração econômica dos últimos anos, conforme já exposto nesse documento[54] e, por isso, tardem a aparecer novas fontes de custeio, SBC deverá apresentar gestão inovadora com vistas a privilegiar as ações mais custo-efetivas, almejando eficiência administrativa e assistencial e assim, evitar o retrocesso das boas medidas até aqui adotadas.

2.55 Nesse sentido, para mitigar estes riscos, apoia-se na continuidade do novo programa do Banco com SBC (BR-L1415) que fortalecerá os serviços e a gestão da rede de saúde municipal. Especialmente se destacam as atividades vinculadas à organização dos processos assistenciais, por meio, sobretudo, da implementação das linhas de cuidados para as condições prevalentes no município (DCNT, traumas y materno-infantil). A evidência internacional mostra uma maior eficácia nos serviços 55 quando se promove a melhoria da gestão clínica. Estudos realizados no Brasil, no âmbito del SUS[56], mostram também melhores resultados em saúde quando a produção do cuidado está organizada em fluxos direcionados pelo projeto terapêutico individualizado e quando estão definidas as responsabilidades e a coordenação entre os distintos níveis de atenção, assentados em diretrizes e protocolos clínicos (que conformam as linhas de cuidado).

III. CRITÉRIOS NÃO CENTRAIS

A. Contribuição aos Objetivos Estratégicos do Banco

3.1 O programa contribuiu com a prioridade de financiamento do Nono Aumento Geral de Recursos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (AB-2764) (GCI-9) de: redução da pobreza e aumento da equidade, por meio do incremento do acesso e da qualidade dos serviços básicos de saúde e da atenção materno-infantil. Da mesma maneira, contribuiu com as metas regionais de desenvolvimento do marco de resultados do Banco de: (i) redução da mortalidade materna; e (ii) redução da mortalidade infantil, e ao produto de pessoas recebendo um pacote de serviços de saúde e ao produto apoio a governos municipais e subnacionais. O programa está alinhado com a prioridade da Estratégia para una Política Social Favorável à Igualdade e à Produtividade (GN-2588-4) para fortalecer a sistemas nacionais de saúde para fazer frente à dupla carga da transição de saúde. Ademais está alinhado com o Marco Setorial de Saúde e Nutrição (GN-2735-7) em relação a fortalecer a gestão e melhoria da qualidade dos serviços, avançando na consolidação das RAS.

---

53 CONCEIÇÃO A (2016*) BC revê contração da economía brasileira em 2016* Jornal Valor Econômico em 28/06/2016, disponível em http://www.valor.com.br/brasil/4616429/bc-reve-contracao-da-economia-brasileira-em-2016-para-33,

54 Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/pib-mensal/ em 26/06/2016

55 Robinson, R; Steiner A. *Managed health care*. Buckingham: Open University Press, 1989.

56 Gestión de la clínica puede ser entendida como un conjunto de tecnologías de microgestión, construidas con base en evidencias científicas dirigidas a proveer una atención de calidad, segura, eficiente, oportuna, equitativa y ofertada de forma humanizada. Mendes, E, 2011.

B Contribuição aos objetivos de Desenvolvimento da Estratégia País.

3.2 O programa é consistente e se alinha com as Estratégias do Banco para o Brasil, vigentes durante la preparação e execução do mesmo. O programa contribuiu à Estratégia País 2004-2007 (GN-2327-1) já que promoveu atividades que apoiaram a organização, o financiamento e la operação do Sistema Único de Saúde. Também apoiou o desenvolvimento dos entes subnacionais, por meio do fortalecimento da descentralização e aproximação à população e seus problemas. El programa também é consistente com os documentos GN-2477 e GN-2570, que atualizaram e prorrogaram a Estratégia País 2004-2007 (GN-2327-1), contribuindo especialmente, ao objetivo "(b) Pobreza, Equidade e Formação de Capital Humano, com ênfase em programas de distribuição da renda como medida de corto prazo para o alivio da pobreza e em programas de educação e saúde, como medidas sustentáveis para a melhoria da equidade. Ademais, o programa guardou coerência com a Estratégia País 2012-2014 (GN-2662-1), especialmente com os objetivos de: (i) expandir a oferta dos serviços de prevenção das doenças crônico-degenerativas; (ii) melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade dos serviços materno-infantis. Por último, o programa também contribui à Estratégia País 2015-2018 (GN 2850-1), especialmente com a área estratégica II "Redução da iniquidade e melhora dos serviços públicos", e com os resultados esperados "ampliação do acesso e incremento da qualidade dos serviços de saúde de atenção primária".

3.3 O Programa contou com um Plano de Monitoramento e Avaliação baseado em informes semestrais que deveriam incluir os progressos alcançados no período, detalhando a trajetória de alcance das metas e o desempenho no desembolso dos recursos previstos. Continha campos para relato das dificuldades enfrentadas e lições aprendidas, assim como as conclusões que deveriam retroalimentar o programa. Havia previsão de duas avaliações externas já orçadas, uma quando o desembolso dos recursos atingisse a marca de 50% do total, e a final quando a marca ultrapassasse os 80% do total. Essas avaliações tiveram importância para medir o desempenho real e o alcance das metas a partir do olhar de um observador externo lançando-se mão de uma série histórica de base semestral que geraria uma linha de tendência permitindo analisar a situação enquanto processo e não apenas como uma imagem estática, com todos os vieses que existem nesse tipo de análise, gerando maior confiabilidade aos resultados obtidos.

3.4 Quanto ao desenho de Monitoramento e Avaliação cumpre ressaltar que foi satisfatório para a proposta do Programa. Contudo, reforça-se que alguns indicadores se mostraram inadequados ou insuficientes, tendo sido necessário modificar por mais de uma vez a lista de indicadores monitorados ou seus atributos. Além disso, foram relatadas dificuldades e riscos no início do seu desenvolvimento relacionados ao desconhecimento das políticas do BID em termos fiduciários e de aquisições, atraso na assinatura do contrato por entraves burocráticos legais, atraso na apresentação dos informes financeiros gerados a partir de sistemas oficiais da prefeitura e falta de profissional com dedicação integral ao programa. Contudo, tais riscos foram mitigados sem prejuízo de execução.

3.5 Durante a preparação do programa se previa uma avaliação retrospectiva do mesmo, dado que se poderia coletar os indicadores de impacto pelos sistemas de informação oficiais, no final do programa, observando o comportamento destes indicadores antes e depois do programa. No entanto, tendo em conta que a própria Matriz de Resultados já

proporcionou o seguimento de alguns indicadores-chave que refletem os impactos e resultados das atividades promovidas no âmbito do programa, uma análise, ainda que mais simples, pôde ser desenvolvida à luz destas observações. Ademais, dado que já se encontra em curso um outra operação do Banco, que dá continuidade às ações desenvolvidas neste programa (Programa de Fortalecimento do SUS em SBC- BR-L1415, 3400-OC/BR) e que segue com os propósitos de consolidar as RAS em SBC, considerou-se mais pertinente responder às perguntas avaliativas sobre o funcionamento das redes através de um estudo de impacto más rigoroso. Assim, está prevista uma avaliação de impacto para no âmbito deste novoprograma, apoiada pela metodologia de diferença em diferença, utilizando coortes sintéticas.

C. Uso de Sistemas de Países

3.6 Para a consecução do programa foram utilizados diversos sistemas nacionais, tanto direta quanto indiretamente. Para as aquisições, foram utilizados os sistemas nacionais de compras (para obras e equipamentos, lances com base na lei de licitações – 8.666/93) e o regimento de compras, aprovado pelos órgãos de controle do Estado de São Paulo, da Fundação do ABC, Fundação pública de direito privado que serve de apoio para a gestão da saúde em SBC. Estas práticas reforçam o compromisso do Banco em apoiar o desenvolvimento e melhoria dos sistemas nacionais e estando aberto para novas modalidades e estratégias mais ágeis de aquisição sem prejuízo da transparência e compromisso ético. Algumas dificuldades foram enfrentadas no inicio da execução do programa no que se refere ao pouco conhecimento da equipe sobre as politicas de aquisição do Banco, mas foram paulatinamente superadas, já que a a equipe recebeu diversas capacitações da equipe fiduciária do Banco, bem como assistência técnica permanente no tocante aos temas fiduciários. Em termos de sistemas não-fiduciários, o programa apoiou o seu funcionamento de maneira indireta, propiciando a aquisição de computadores e impressoras para as unidades, estrutura necessária para a alimentação dos sistemas de informação locais que por sua vez alimentam as bases de dados oficiais do SUS (DATASUS).

IV. Conclusões e Recomendações

A. Lógica Vertical

4.1 Foi possível estabelecer os nexos necessários quanto à lógica vertical, demonstrando sucesso na metodologia. No entanto, a lógica vertical do programa poderia ser ainda mais fortalecida se houvesse disponibilidade de sistemas e informação que possibilitaria captar alguns indicadores importantes para o seguimento do programa. Por esta razão, durante a execução do programa, vários indicadores se mostraram insuficientes e outros se mostraram mais adequados para captar a lógica do programa principalmente porque já contavam com medições periódicas oficiais (DATASUS e pesquisas nacionais).

B. Execução e Pressupostos

4.2 A Unidade Gestora do Programa (UGP) foi composta por funcionários do quadro da SMS, com grande experiência nos temas correlatos ao programa e muita expertise em gestão publica. Esta foi uma enorme vantagem, dado que o programa contou com muita apropriação, por parte de todas as áreas técnicas envolvidas, gerando aprendizagem e capacidade instalada na Secretaria. Assim, cabe salientar o bom desempenho da equipe local quanto à gestão e condução do programa. O último

desembolso do programa foi solicitado com antecipação de quase dez meses em relação à data prevista, corroborando o ritmo ágil de execução que a SMS já vinha imprimindo desde o inicio do programa. Apenas uma observação caberia em relação ao esquema de execução adotado. Sem prejuízo de contar com os funcionários da SMS na liderança do processo, notou-se, durante a execução do programa, uma sobrecarga de tarefas para os membros da UGP que acumulavam outras funções na SMS. Esta sobrecarga poderia ter sido mitigada com a contratação de consultores de apoio ou pela exclusividade de dedicação destes funcionários (ou de parte destes) à execução do programa. Na próxima fase do programa (BR-L1415) este tema já foi devidamente ajustado, com base nesta constatação.

C. Experiência geral com a gestão do projeto

4.3 A experiência com o programa resultou positiva para ambas as partes e um novo programa foi elaborado, aprovado entre 2014 e 2105 e iniciou sua execução em setembro de 2016 (BR-L1415 – Programa de Fortalecimento do SUS em São Bernardo do Campo). As equipes da SMS e da UGP sempre se mostraram muito capazes de assumir os compromissos firmados com o Banco e a estabilidade nestas equipes possibilitou acúmulos importantes que garantirão também uma execução fluida do Programa BR-L 1415.

D. Avaliação de Impacto

4.4 O programa não contou com uma avaliação de impacto, que poderia ter servido para reforçar as evidencias sobre a efetividade, no campo empírico, das ações promovidas pela Atenção Básica, quando articulada em rede. Ainda que não se possa contar com um contra factual para os indicadores de impacto da Matriz de Resultados, estes se mostram adequados para aproximar as contribuições do programa aos mesmos, considerando que o programa foi o principal apoio à estratégia do Governo Municipal para ampliação do acesso e da qualidade da Atenção Básica em SBC.

4.5 Esta limitação será superada na segunda operação do Município com o Banco no setor saúde (BR-L1415), que prevê uma avaliação de impacto por método de Diferencias em Diferencias, por Coorte Sintética. Com isso, se espera obter evidencias do impacto sanitário do modelo de Redes de Atenção à Saúde em SBC, já que os investimentos desta nova operação se destinam à consolidação das RAS, por meio da expansão dos serviços especializados que deverão integrar-se à rede de AB já consolidada.

E. Problemas não resolvidos

4.6 Para melhorar a efetividade e a resolutividade da Atenção Básica e sua integração com os demais níveis de atenção, faz-se necessária a organização das Linhas de Cuidado, que estabelece protocolos clínicos claros e fluxos bem definidos de referencia e contra referência, sobretudo para as condições crônicas, de forma a melhorar a eficiência das RAS em SBC.

4.7 Nesse sentido, estes temas forma devidamente endereçados no Programa BR-L1415, que iniciou sua execução em setembro de 2016. Neste programa, estão previstas a elaboração e implementação (capacitação e seguimento das equipes) das Linhas de Cuidado para as principais DCNT (Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica) e para o cuidado materno-infantil.

Tabela 4
Conclusões e Recomendações

Conclusões	Recomendações
Lógica Vertical	
Existem limitações de disponibilidade de dados que condicionam a escolha dos indicadores de seguimento do programa.	Ao desenhar a intervenção, é necessário entender a real capacidade (e custos) de coletar os indicadores (factibilidade dos sistemas de informação) para que alternativas sejam estudadas.
Avaliações e Pressupostos	
O programa contou com um excelente desempenho de execução dos recursos, finalizando antes do prazo.	Fortalecer as equipes do órgão executor, dando-lhes responsabilidades como atores-chave do processo de execução do programa. O empoderamento da equipe executora foi um fator-chave. Ademais, como a UGP era composta de profissionais do quadro da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) o programa foi incorporado integralmente nas rotinas de planejamento e de gestão da SMS, o que favoreceu muito a sua rápida execução.
Exposição a risco desnecessário, principalmente nas primeiras fases do programa, por ausência de profissional (is) de dedicação exclusiva para a gestão do programa.	Se por um lado foi bastante positivo que a equipe própria da SMS assumisse a gestão do programa, por outro lado, foi percebida uma sobrecarga de trabalho destes profissionais durante a execução do programa. A equipe não era exclusiva e outras atividades da SMS concorriam com o programa, afetando algumas entregas. A recomendação neste sentido é de seguir com a estratégia de empoderar a equipe do órgão executor, dando-lhe o lugar de liderança, mas, por outro lado, é necessário que esta equipe seja exclusiva e deve contar com apoios (externos, por meio de consultorias de longo prazo ou internos, remanejando pessoal da SMS para compor um quadro mais ampliado e adequado de pessoal para a UGP). Assim, destinar profissionais exclusivos e contar com um numero adequado de pessoal reduziria os riscos e melhoraria a capacidade de entregas nos prazos devidos.
Experiência com a gestão do projeto	
Positiva bilateralmente, com alcance das metas antes do prazo e celebração de novo contrato para o Programa BR-L1415, a ser executado nos próximos 5 anos.	Um ganho potencial de gestão do projeto poderia ser alcançado a partir de uma alteração de metodologia de acompanhamento, por parte da equipe executora, na qual reuniões periódicas (mensais ou bimestrais), realizadas a partir dos indicadores eleitos, gerassem um relatório-ata no qual as explicações, pactuações e repactuações estivessem formalizadas, e não apenas os resultados dos indicadores. Essa ação facilitando o entendimento, a qualquer tempo, de outros envolvidos a cerca das principais questões que envolvem o projeto, tornando assim mais fluido o acompanhamento e o fechamento dos trabalhos.
A AB ganha maior eficiência e resolutividade quando está em coordenação com os demais níveis de atenção, sob a perspectiva de organização de serviços em rede, o que reduz a demanda desnecessária por consultas médicas, de exames e de procedimentos de média e alta complexidade, principalmente em hospitais.	Melhorar a capacidade de gestão dessa rede para ofertar mais resolutividade dentro dos múltiplos itinerários , organizando caminhos seguros e bem estruturados que visem a ordenar o paciente na rede de atenção à saúde. As linhas de cuidado deverão contribuir assim, para a organização dos fluxos entre os distintos níveis de atenção e definindo os protocolos clínicos para melhorar a eficiência da alocação de recursos da atenção especializada.

Project Completion Report
PROGRAMA DE MODERNIZAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE (2586/OC-BR; BR-L1044)

Development Effectiveness Summary		
I. Strategic Contribution		
1. IDB Strategic Development Objectives		
Lending Program	El programa contribuyó con la prioridad de financiamiento del Noveno Aumento General de Recursos del BID (AB-2764) (GCI-9) de: reducción de la pobreza y aumento de la equidad, por medio del incremento del acceso y de la calidad a través del número de personas recibiendo el paquete básico de servicios de salud.	
Regional Development Goals	El programa contribuyó con las siguiente metas regionales de desarrollo del marco de resultados del Banco: (i) reducción de la mortalidad materna; y (ii) reducción de la mortalidad infantil.	
Bank Output Contribution (as defined in Results Framework of IDB-9)	El programa contribuyó al producto de personas recibiendo un paquete de servicios de salud y al producto apoyo a gobiernos municipales y subnacionales.	
2. Country Strategy Development Objectives		
Country Strategy Objective	El programa es consistente con la Estrategia del Banco en el País 2012-2014 (GN-2662-1), la cual tiene como objetivos: ampliar la oferta de servicios preventivos de enfermedades crónicas degenerativas, mejorar el acceso, cobertura y calidad de los servicios materno-infantil y reducir las inequidades regionales.	
Relevance of this project to country development challenges (If not aligned to country strategy)		
II. Development Effectiveness - Core Criteria	**High Achievement**	**Weight**
Average Score	**0.83**	
1. Effectiveness	**0.95**	**40.00%**
Average attributable achievement of outcomes	**0.99**	**60.00%**
Average achievement of outputs	**0.89**	**40.00%**
2. Efficiency	**0.50**	**30.00%**
3. Relevance	**1.00**	**20.00%**
4. Sustainability	**1.00**	**10.00%**
III. Development Effectiveness - Non core Criteria		
Contribution to the Bank Corporate Development Objectives	**satisfactory**	
Contribution to the Country Development Objectives	**satisfactory**	
Compliance with the monitoring and evaluation plan	**satisfactory**	
Use of Country Systems	**satisfactory**	
Environmental and Social Safeguards (implementation of mitigation measures)	**satisfactory**	

Development Effectiveness Note:

El programa de modernización y humanización de la salud en SB tuvo como objetivo contribuir a la mejora de las condiciones de salud de la población, específicamente haciendo foco en la expansión y reorganización de los servicios de atención básica. La mejora se daría a través de un fortalecimiento de las capacidades de gestión de la Secretaría de Salud del municipio y el fortalecimiento de las red municipal de servicios de atención básica. El programa presenta dos componentes principales: 1. la expansión de los servicios básicos de salud a partir del financiamiento de obras de ampliación de infraestructura de unidades básicas de salud, 2. El fortalecimiento de la gestión de la secretaría de salud. El PCR del proyecto presenta una lógica vertical del programa claramente establecida. En términos de análisis de atribución, el PCR se apoya principalmente en el desarrollo de la lógica vertical para argumentar la atribución de los resultados a la intervención del proyecto. La plausibilidad de atribución se complementa para cada resultado de forma específica alimentando una discusión en base a la descripción del proyecto y las referncias de la literatura analizando intervenciones similares en el sector salud. El programa alcanza una alta calificación de logro de 0.83 puntos con buenos puntajes en efectividad y relevancia del proyecto en función de la consistencia con la estrategia del país y los propósitos priorizados por el Banco dentro del sector. Se bajan puntos en la performance de eficiencia ya que el PCR no presenta un análisis de costo-beneficio ex-post aunque sí se califica como satisfactorio en términos de los índices de desempeño del programa.