



**BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO**

## **RELATÓRIO FINAL DE PROJETO**

*PROJECT COMPLETION REPORT – PCR*

**PROGRAMA DE REFORMA DO SETOR  
SAÚDE**

**EMPRÉSTIMO 951/OC-BR**

**PROJETO BR-0199**

**Brasília, Março 2005**

# Índice

	Página
<b>1. Informação Geral</b>	
Antecedentes	02
1.1. Objetivo de Desenvolvimento	03
1.2. Dados básicos	04
1.3. Resumo de qualificações	04
1.4. Cronologia do projeto	05
1.5. Documentos de referência	05
<b>2. Memorando do Banco</b>	
2.1. Análise de resultados (produtos, efeitos e impactos)	06
2.1.1. Produtos ( <i>outputs</i> ) obtidos	06
2.1.2. Efeitos ( <i>outcomes</i> ) e impactos do projeto	13
2.2. Análise da implementação	21
2.2.1. Medição do desempenho do projeto	21
2.2.2. Fatores que afetaram a implementação do projeto (segundo ISDP)	24
2.2.3. Análise de fatores críticos para o êxito do projeto	24
2.2.4. Análise de gestão do projeto e lições aprendidas	26
2.3. Análise de sustentabilidade	28
2.3.1. Fortalecimento Institucional / Organizacional	28
2.3.2. Sustentabilidade do projeto	29
2.4. Desempenho do Organismo Executor	32
2.5. Bases para a avaliação ex post	34
2.6. Outras lições aprendidas e recomendações	34
<b>5. Anexos</b>	
Anexo 1A – Fonte de Financiamento	36
Anexo 1B – Calendário de Investimentos	37
Anexo 1C – Informação Financeira e Estados Financeiros Auditados	38
Anexo 1D – Resumo da Avaliação Final do REFORSUS pelo Banco Mundial	41

## Nota:

Este documento apresenta as seções 1 e 2 do PCR, assim como o anexo 1.

A seção 3 (Memorando do Organismo Executor) se apresenta em documento separado.

A seção 4 corresponderá às Minutas do CRG

Da seção 5 (anexos), não se incluem os anexos 2 e 3 por serem conexões automáticas do sistema PCR.

Nos documentos separados se apresentam o anexo 4 (Ajuda Memória do Taller de Terminação de Projeto) e o anexo 5 (anexo documental opcional)

## Antecedentes

O Projeto de Reforma do Setor Saúde – REFORSUS – foi o maior projeto de investimentos já realizado pelo Ministério da Saúde – MS - do Brasil, que contou com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID - e do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento - BIRD. No que se refere ao BID, o contrato foi aprovado em 18/09/96 e tornou-se elegível para desembolso apenas em 16/09/1997 e concluiu, após três prorrogações (16/03/01 a 16/03/03; 16/03/03 a 15/11/03; e 15/11/03 a 30/06/04), em 30/06/2004. O BIRD, apesar de ter participado com o BID de todas as fases de negociação do contrato de empréstimo ao governo brasileiro, iniciou a fase de preparação do Projeto quase seis meses antes da participação do BID, o que favoreceu seu efetivo início e sua conclusão seis meses antes. O empréstimo total aprovado foi de US\$ 750 milhões, distribuído em US\$ 350 milhões (46,7%) BID, US\$ 300 milhões (40%) BIRD e US\$ 100 milhões (13,3%) de aporte local, e o período de desembolso previsto era de quatro (4) anos. O componente de empréstimo estava vinculado de várias maneiras aos elementos de reforma no setor saúde.

O objetivo principal do REFORSUS era ampliar e melhorar a oferta de serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a única fonte de atenção aos pobres, na reabilitação de infraestrutura e equipamentos, assim como a introdução paralela de reformas de políticas que melhorariam a sustentabilidade financeira, equidade, eficiência e administração do SUS.

A curto prazo se eliminariam todos os atrasos de pagamentos federais pela prestação de serviços de saúde aos usuários do SUS, se corrigiriam as tarifas de reembolso para manter a remuneração dos prestadores filantrópicos em um nível suficiente, e se controlaria a fraude. A médio prazo, o Projeto: i) asseguraria uma compensação adequada para os provedores de atenção em saúde, suficientes para manter e repor o capital; ii) protegeria o sistema contra a deterioração de seus ativos; iii) equiparia o sistema com as limitações sobre ingressos, estabelecendo um programa de recuperação de custos das pessoas com seguro privado de saúde e selecionando várias intervenções mais eficazes em função do custo, para financiá-las por meio do SUS; iv) reduziria a fraude e melhoraria a qualidade da atenção estabelecendo auditorias sistemáticas e a acreditação periódica de hospitais e sistemas de garantia de qualidade; e v) controlaria os custos adotando orçamentos globais para estados e municípios. Para aumentar e melhorar a oferta de serviços de atenção em saúde, o governo iniciaria uma série de investimentos em quatro campos prioritários: saúde materno-infantil; atenção de urgência e emergência; rede de bancos de sangue; e laboratórios de saúde pública.

O Projeto REFORSUS era compatível com a estratégia geral proposta pelo BID para os setores sociais, aprovada pelo Comitê de Programação de 1º de maio de 1996 e com a estratégia do Banco para o setor saúde brasileiro, descrita no Informe de País (documento GN-1897), apresentado ao Diretório Executivo em fevereiro de 1996.

A estratégia do BID para o setor saúde brasileiro tratava de: i) introduzir mecanismos que contribuam para aliviar as distorções no SUS; ii) aumentar a eficiência na prestação dos serviços de saúde e promover a oferta de intervenções mais eficazes em função do custo, incluída a atenção preventiva; iii) reforçar a gestão da oferta de serviços de atenção de saúde nos níveis estadual e municipal, melhorando sua capacidade administrativa e financeira para oferecer esses serviços; iv) fortalecer a capacidade do governo federal e dos estados para melhorar a qualidade da atenção; e v) melhorar os mecanismos de transferência fiscal que incorporem critérios para uma distribuição equitativa de recursos.

O governo brasileiro apresentou um único projeto para o financiamento paralelo pelo BID e o BIRD. Este projeto é compatível com as análises econômicas mais recentes do setor saúde no Banco Mundial em geral (*Informe de Desarrollo Mundial* de 1993) e no Brasil (*La Organización, Suministro y Financiamiento de Atención de Salud em el Brasil*) e outros, particularmente com respeito aos problemas de financiamento deficiente, falta de equidade, regulação inadequada, fraude e má qualidade da atenção médica. No setor saúde, a meta do BIRD era ajudar ao governo: i) a melhorar a gestão, viabilidade financeira e a qualidade dos sistemas de atenção de saúde pública; ii) levar a cabo seu papel de provedor de bens públicos; e iii) promover os investimentos para grupos subatendidos e vulneráveis.

A mobilização do BIRD na fase de preparação do Projeto possibilitou um aporte técnico mais elevado e a formação de um consenso interno maior em torno da proposta do Projeto REFORSUS. Esse aspecto, aliado à sua experiência anterior no financiamento de projetos na área de saúde no Brasil e ao fato de tê-la iniciado antes do que o BID, limitaram a contribuição do BID no desenho do Projeto, uma vez que estava já estava mais previamente acordado entre o BIRD e o governo brasileiro, e favoreceram a execução dos recursos originários desse Banco.

O Projeto foi coordenado pelo MS, que estabeleceu uma Unidade de Gerenciamento do Projeto – UGP - (federal) e três unidades regionais de gestão do projeto – UATRs. À UGP coube: i) velar pela gestão eficiente do projeto, incluindo a manutenção de seus registros e a preparação de informes regulares de execução; ii) manter uma base de dados dos custos unitários padronizados de obras, equipamentos e consultoria; iii) contratar auditorias financeiras e de aquisições para uma avaliação ex-post; iv) executar diretamente o Componente 2 do Projeto – Melhoria do Financiamento e Regulação da Atenção em Saúde; v) avaliar projetos cujo custo estimado seja superior a US\$ 1 milhão; e vi) supervisionar as unidades regionais do Projeto.

Coube às UATRs: i) informar aos beneficiários potenciais dos recursos sobre os requisitos e critérios de avaliação do Projeto; ii) oferecer assistência técnica para preparar os subprojetos; iii) avaliação dos subprojetos e preparação dos informes de avaliação correspondentes; iv) supervisão ou contratação da supervisão da execução dos subprojetos; e v) manutenção dos registros adequados dos respectivos subprojetos.

Vale a pena mencionar que existiam algumas diferenças entre os dois Bancos: i) o Banco Mundial mobilizou um grande número de consultores, cobrindo áreas distintas, e envolveu técnicos de outros departamentos da instituição; ii) a equipe do BIRD já coordenava antes do REFORSUS outras áreas e projetos de saúde, como o Projeto Nordeste e o DST/AIDS; e iii) o BIRD iniciou a fase de preparação do Projeto quase seis meses antes da participação do BID.

### **1.1. Objetivo de Desenvolvimento**

O objetivo principal do projeto é ampliar e melhorar a oferta de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), que é a única fonte de atenção aos pobres, mediante investimentos na reabilitação de infra-estruturas e equipamentos, assim como a introdução de reformas de política que melhorariam a sustentação financeira, equidade, eficiência e administração do SUS.

## 1.2. Dados básicos do projeto

Nome do Projeto: Reforma do Setor Saúde - REFORSUS

Número do Projeto: BR-0199

Número do Empréstimo: 951/OC-BR

País: Brasil

Nome do Órgão Executor: Ministério da Saúde

Data de Aprovação: 18 de setembro de 1996

Data do Contrato: 16 de março de 1997

Montante do Empréstimo Original: US\$ 350.000.000,00

Montante do Empréstimo Atual: US\$ 255.282.592,26

Montante Cancelado do Empréstimo: US\$ 94.029.215,72

Custo total do projeto (Original): US\$ 750.000.000,00

Custo Atual do projeto (Atual): US\$ 608.884.270,00

Especialista na RE1/SO1: Silvia Raw

Especialista COF/CBR: José A. Navia

Autores do Memorando do Banco: José A. Navia Monje (Especialista Setorial); Trajano Quinhões (Consultor)

Autor do Memorando do Executor: Plácido Flaviano Curvo Netto, Assessor Técnico e Financeiro do REFORSUS

Data do Seminário de Início (Arranque): N/A

Data de Avaliação de Meio Termo: Não estava prevista no Contrato

Avaliações conjuntas com Banco Mundial: 19-23/OCT/98; 22/NOV-03/DIC/99; 25-26/ABR/00; 28-30/NOV/00; 16-25/ABR/01; 05-12/NOV/01; 16-19/NOV/02 e 31/OCT/02 .

Data do Seminário de Término de Projeto: 12 de agosto de 2004

## 1.3 Resumo das Qualificações

### 1.3.1 - Classificação do PCR

Pelo Banco	Qualific.	Pelo Mutuário/Executor	Qualific.
Efetividade no Desenvolvimento	E	Efetividade no Desenvolvimento	E
Implementação do Projeto	S	Implementação do Projeto	S
Desenvolvimento Institucional	R	Desenvolvimento Institucional	R
Sustentabilidade	P	Sustentabilidade	P
Desempenho do Executor	S	Desempenho do Banco	S

ME = Muito Efetivo; E = Efetivo; MS = Muito Satisfatório; S = Satisfatório

R = Relevante; MP = Muito Provável; P = Provável

### 1.3.2 - Classificação do ISDP

CLASSIFICAÇÃO HISTÓRICO DO ISDP														
MÊS ANO	DEC. 1997	JUN. 1998	DEC. 1998	JUN. 1999	DEC. 1999	JUN. 2000	DEC. 2000	JUN. 2001	DEC. 2001	JUN. 2002	DEC. 2002	JUN. 2003	DEC. 2003	JUN. 2004
IP	U	U	S	U	U	S	S	S	S	S	S	S	S	S
AS	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H
DO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P

### 1.4 CRONOLOGIA DO PROJETO

- Aprovação: 18 de Setembro de 1996
- Assinatura do Contrato: 16 de Março de 1997
- Elegibilidade: 16 de setembro de 1997
- Desembolso Final, original: 16 de Março de 2001
- Desembolso Final, atual: 30 de Junho de 2004
- PCR 30 de Outubro de 2004

### 1.5 DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

- Anexos do PCR

### 1.6 CONEXÃO A BASE DE DADOS OPERACIONAIS

- LMS65
- Sistema OPUS
- Ficha do Projeto

# Memorando do Banco

## 2.1 ANÁLISES DE RESULTADOS (PRODUTOS, EFEITOS E IMPACTOS)

Cabe fazer presente que o Projeto, pela data de aprovação, não teve Marco Lógico, de tal maneira que as análises de resultados dos produtos, efeitos e impactos desta Seção do PCR estão baseados nos indicadores, linhas de base e supostos que foi possível gerar durante a execução do Programa.

**2.1.1. Produtos (outputs) obtidos.** Descrição dos produtos do projeto por componente e análises de fatores que afetaram sua execução.

**2.1.1.1. Análises de indicadores de produto.** Registre os indicadores dos produtos obtidos em cada componente usando os mesmos indicadores de produto (outputs) que aparecem no ISDP / PPMR (a Representação poderá prover os indicadores do ISDP / PPMR). Compare os indicadores nas colunas Alcançado e Planejado. Se existe uma diferença significativa entre eles, descreva brevemente os fatores responsáveis pela diferença.

COMPONENTE 1 – Indicadores de produto	
PLANEJADO	ALCANÇADO
<p><b>Apoio à Melhoria da Capacidade e da Eficiência do SUS</b> - Previa o financiamento de aproximadamente 1.500 subprojetos para as Áreas Programáticas (APs) 1, 3 e 4, no transcurso de 4 anos, em 27 estados, com 300 subprojetos por ano, e de 2.500 subprojetos de saúde da família (AP 2), para atender 10 milhões de pessoas. O gasto total previsto para as 4 AP's era de 626,4 milhões (US\$ 293,4 BID), ou R\$ 558,5 milhões (R\$ 223,4 BID). Em janeiro de 1999 foi autorizado um remanejamento de US\$ 69,85 milhões do CP1 para CP2, o que reduziu o gasto total para US\$ 556,55 milhões (US\$ 223,55 BID).</p> <p>Os recursos destinados à recuperação física e para a readequação tecnológica da rede, nas APs 1, 3 e 4, apresentariam a proporção de 55% e 45%, respectivamente, e ao menos 15% do total investido nessas APs seriam destinados à Modernização Gerencial dos estabelecimentos de saúde.</p> <p><u>Áreas Programáticas (APs) 1,2,3 e 4</u></p> <p>1.1. Readequação física e tecnológica da rede assistencial – realização de obras de conclusão, melhoramento e ampliação de unidades de assistência de saúde, aquisição de equipamentos médico-hospitalares e modernização gerencial (que deverá estar complementada com sistemas de administração que incluam: custos, cobrança e recuperação de custos, padrões mínimos de</p>	<p><b>Apoio à Melhoria da Capacidade e da Eficiência do SUS</b> -O Componente 1 foi executado em duas partes. A primeira parte refere-se às 4 Áreas Programáticas previstas originalmente e a segunda foi chamada de Investimentos Estratégicos. O desembolso total do Componente 1 foi de US\$ 526,09 milhões (US\$ 208,16 BID)4.</p> <p><u>Áreas Programáticas (APs) 1, 2, 3 e 4 -</u></p> <p>O REFORSUS desembolsou US\$ 441,17 milhões (US\$ 203,27 BID). O desembolso nas APs 1, 3 e 4 foi inicialmente aprovado em R\$ 620,73 milhões, mas devido à intensa desvalorização cambial entre 1997 e 2002 e a apresentação de novos subprojetos, de projetos complementares (no caso de propostas já em execução) e de variações naturais nos preços advindas dessa mudança no câmbio, os contratos de repasse foram aditados, permitindo que o valor desembolsado fosse 44,8% superior ao projetado.</p> <p>Foram submetidos à Comissão Intergestora Bipartite – CIB, 1.553 pleitos para financiamento, sendo que 1.190 (77,6%) se transformaram em subprojetos e chegaram ao REFORSUS. Destes, 17 foram cancelados e 2 foram executados com recursos do próprio MS. Os 1.171 subprojetos executados distribuíram-se em: 985 na AP 1, 59 na AP 2, 101 na AP 3 e 26 na AP 4. O desembolso entre as APs correspondeu a: 82,6% na AP 1; 3,4% na AP 2; 9% na AP 3 e 5% na AP 4.</p>

<p>qualidade e seguridade no manuseio de materiais que tenham riscos).</p> <p>1.2. Programa de saúde da família – expansão do acesso e da assistência em áreas cobertas maximizando a oferta de cuidados básicos de saúde e diminuindo a atenção secundária e terciária.</p> <p>1.3. Ampliação da capacidade e melhoria da qualidade da rede hematológica e hemoterápica – recuperação da rede de hemocentros, com o objetivo de garantir a qualidade do sangue transfundido, para a diminuição e o controle do risco sanitário.</p> <p>1.4. Ampliação da capacidade e melhoria da qualidade dos laboratórios de saúde pública – adequação e reorganização da rede de laboratórios de saúde pública para atender as demandas emergentes de ações de vigilâncias epidemiológicas, sanitárias e de saúde do trabalhador.</p>	<p>O principal item de gasto do Projeto foi a aquisição de equipamentos médico-hospitalares, com 63,9% do total, seguido por 30,4% para obras e 5,7% para a modernização gerencial. Esse perfil foi diferente nas APs 3 e 4, onde as obras tiveram equilíbrio no primeiro caso e predominaram no segundo.</p> <p>A maior parte dos investimentos no CP 1 reuniu ao menos duas das categorias de gastos, o que pode sugerir complementaridade entre as rubricas. Os subprojetos mais executados foram compostos pela tríade obras+equipamentos+modernização gerencial, com 56,4% do total. A segunda mais relevante foi de equipamentos e modernização gerencial, com 27,2% e a terceira foi de equipamentos, com 9,5%.</p> <p>53% do gasto total das APs 1, 3 e 4 foi realizado em municípios fora das capitais e 40,5% foi executado em municípios abaixo de 200 mil habitantes. Em termos da natureza jurídica, 47,3% dos recursos, foram destinados a unidades estaduais de saúde, 27,7% para municipais, 6,1% a federais e 18,7% a filantrópicas.</p> <p>1.1 Na AP 1 é possível destacar que apesar da divisão inicial dos recursos entre os estados da federação, ter sido bem definida, com critérios claros e objetivos, acabaram apresentando um padrão diferente, mais próximo ao das demandas submetidas ao REFORSUS. Por outro lado, os investimentos permaneceram concentrados nos campos prioritários inicialmente estabelecidos. A área materna infantil recebeu 20% do total (13,4% para maternidade e 6,6% no centro obstétrico) e a urgência e emergência contou com 34,5% (13,7% para urgência e emergência, 12,9% no centro cirúrgico, 3,7% para UTI adulto, 2,4% para UTI neonatal, e 1,8% na UTI pediátrica). O restante foi investido em 18,8% em apoio diagnóstico e terapia; 13% no ambulatório; 11,4% na internação (clínicas) e 2,3% em outros.</p> <p>1.2 Na AP 2 verificamos que os investimentos foram direcionados para três ações: aquisição de equipamentos de apoio diagnóstico para unidades de saúde de referência e de equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), e na área de formação e treinamento de recursos humanos para PSF. Os convênios firmados beneficiaram 707 municípios dos 927 com PSF implantado (12,8% do total dos municípios do país) e das 2.621 equipes do PSF existentes, 2.149 foram beneficiadas. Os critérios de distribuição dos recursos, propostos pela Secretaria de Assistência em Saúde – SAS/MS em 1998, foram pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT, que definiu que só seriam beneficiados os municípios com equipes de saúde da família já implantados e em unidades de saúde cujo Programa estivesse vinculado direta ou indiretamente.</p>
--	--

	<p>1.3 Na AP 3 o REFORSUS contribuiu com uma das 7 estratégias do Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados do MS, que foi o Programa de Infra Estrutura Física e Organização da Hemorrede. Três metas foram buscadas nesse programa: conclusão dos hemocentros coordenadores nas capitais brasileiras; interiorização da rede e implantação de centros de referência de tratamento de pacientes hematológicos. A execução dos 101 subprojetos significou investimentos em 185 unidades hemoterápicas, principalmente em unidades menos complexas, e levaram a um incremento de 30% na coleta de sangue e entre 30% a 49% nos doadores de repetição. Os investimentos se deram de maneira muito heterogênea entre os estados, adequando-se às peculiaridades e aos planos estaduais. Uma parcela maior foi destinada às unidades da esfera governamental: 88% dos recursos foram destinados a unidades estaduais, 9% a serviços municipais, 3% a federais e apenas 2% a serviços filantrópicos. Mudanças no MS, na Coordenação de Sangue e Hemoderivados – COSAH e na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, comprometeram a disponibilização de dados referentes ao desempenho da hemorrede, mas é possível afirmar que houve um importante avanço na implantação da infra-estrutura necessária à oferta de sangue e de hemoderivados com a qualidade necessária no Brasil.</p> <p>1.4 Na AP 4, o REFORSUS viabilizou os investimentos em infra-estrutura física e tecnológica necessários à implantação da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, prevista em planos e portarias do MS. As prioridades foram o resgate da função do Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN, como laboratório de saúde pública e sua existência em todas as unidades da federação. O foco principal dos investimentos foi o LACEN de cada Estado. No caso dos melhor estruturados, os investimentos foram mais direcionados ao aparelhamento tecnológico, objetivando o aumento da produção de serviços, além da reforma de ambientes para adequá-lo aos níveis de biossegurança exigidos. Os LACENs menos estruturados, ou como no caso do Amapá, inexistentes, priorizaram se organizar minimamente em termos de instalações físicas. O investimento do REFORSUS foi o primeiro realizado pelo MS na Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, contribuiu para fortalecê-la e seus papéis de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador e catalisou uma grande discussão a respeito do papel do LACEN e do Governo estadual na saúde pública.</p>
--	--

	<p><u>Investimentos estratégicos –</u></p> <p>O componente de Investimentos Estratégicos foi uma iniciativa do REFORSUS em 2001/2002 para utilizar os saldos de recursos provenientes da desvalorização cambial, empregando-os em áreas estratégicas para o MS, que eram coerentes com os objetivos do Projeto e que pudessem ser adquiridos e distribuídos de forma rápida e centralizada pelo MS.</p> <p>Ao todo foram distribuídos 12.458 equipamentos e desembolsados US\$ 75,15 milhões (US\$ 42,13 BID).</p> <p>Contou com 6 projetos: Projeto de Reequipamento Hospitalar (notadamente os serviços de radioterapia e diagnóstico por imagem); Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; Implantação de Sistemas Estaduais para Atenção a Gestação de Alto Risco; Serviços de Hemodiálise; Desenvolvimento de Apoio à Diagnósticos ao PSF; e Informação e educação a Distância para Equipes da Saúde da Família.</p> <p>O Projeto de Reequipamento Hospitalar foi a mais ampla iniciativa de recuperação tecnológica do SUS, dirigida a agravos específicos, contemplando o paciente oncológico. Distribuiu equipamentos de altíssima complexidade entre 54 hospitais, de acordo com uma lista de prioridades estabelecidas pelo Instituto nacional de Câncer – INCA. O Programa de urgência e emergência distribuiu 1.710 equipamentos de UTI para 257 hospitais em 183 municípios de todo o país. Foram distribuídos 570 kits de equipamentos, organizados em dois tipos. No Programa de Gestante de Alto Risco, foram adquiridos 1.654 equipamentos na forma de 2 kits, para o apoio diagnóstico e para UTI neonatal, distribuídos em 239 hospitais, localizados em 185 municípios. O Projeto de hemodiálise buscou a modernização dos serviços já existentes, aprimorando os serviços, aumentando a produtividade e a segurança aos pacientes.</p>
--	---

**Fatores responsáveis da diferença (se aplicável):**

A principal diferença que se verifica é a extensão dos produtos alcançados em comparação com o previsto, o que indica que os produtos alcançados superaram os planejados. A desvalorização cambial verificada entre 1996 e 2003, calculada em 184%, se considerados os valores médios anuais do dólar no período, gerou um saldo de recursos de tal monta que permitiu ao REFORSUS comprometer no Componente 1, APs 1, 3 e 4, mais 44,8% de recursos do que o previsto inicialmente em reais e ainda incluir um novo elemento de gasto chamado Investimento Estratégico, com características muito diferentes do restante do CP 1, que foi responsável pela execução de 23,7% do total do Componente.

O REFORSUS pretendia ser um projeto predominantemente de conclusão de obras e de reformas, mas recebeu uma demanda superior ao previsto para a aquisição de equipamentos médico-hospitalares, que o redirecionou para uma nova composição dos gastos.

O REFORSUS previa que o investimento em Modernização Gerencial seria obrigatório e que deveria corresponder a no mínimo 15% do investimento total realizado em cada subprojeto no Componente 1, Áreas Programáticas 1, 3 e 4. A proposta original era que a modernização gerencial agregasse valor ao componente e que propiciasse condições para a sustentabilidade dos investimentos em obras e equipamentos nos estabelecimentos de saúde. Entretanto, o pleito para os recursos destinados à melhoria gerencial por parte dos beneficiários dos subprojetos foi inicialmente irrisório, inconsistente e mal distribuído. Em virtude disso, o REFORSUS realizou diversos esforços para ampliar esse item, dentre eles: i) identificou e ofereceu aos beneficiários dos recursos do CP 1 e financiou aos que se interessaram e que reuniam certas condições prévias estabelecidas pelo REFORSUS, sistemas informatizados de gestão para hospitais (o sistema HOS PUB), para os laboratórios de saúde pública - LACENs (sistema SILAB) e para unidades Hemoterápicas (sistema HEMOVIDA); e ii) incluiu na agenda do Componente 2, quatro subprojetos de capacitação gerencial, uma pós-graduação presencial e três cursos a distância, que treinaram cerca de 12.000 profissionais dos estabelecimentos de saúde.

**COMPONENTE 2 – Indicadores de produto**

PLANEJADO	ALCANÇADO
<p><b>Promoção de Inovações na Administração do Setor Saúde</b> – Contava com US\$ 60 milhões, distribuídos em US\$ 30 milhões para cada Banco. Em janeiro de 1999 foi autorizado um remanejamento de US\$ 69,85 milhões do CP1 para CP2 para financiar o desenvolvimento do subprojeto do Cartão SUS, o que aumentou o gasto total previsto para o segundo componente para US\$ 129,85 milhões (US\$ 99,85 milhões BID).</p> <p>Visava apoiar a introdução de reformas políticas para aumentar a sustentabilidade e a eficiência do SUS. É o componente voltado para a gestão do sistema, composto por estudos econômicos, institucionais, legais, epidemiológicos e atividades de disseminação incluindo seminários e publicações, conferências relacionadas ao processo de reforma do setor, visitas de estudo e apoio para a capacitação gerencial dos órgãos gestores.</p> <p>Foram previstas 4 Áreas Programáticas (APs):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2.1. Facilitar a estruturação de uma rede nacional de informação e avaliação em saúde.</li><li>2.2. Estimular a capacidade de formulação de políticas de saúde descentralizadas.</li><li>2.3. Desenvolver a capacidade gerencial das unidades</li></ol>	<p><b>Promoção de Inovações na Administração do Setor saúde</b> -Foram aprovados 53 subprojetos (34 BID) no Componente 2 do REFORSUS, para os quais foram desembolsados US\$ 59,8 milhões (US\$ 33 BID).</p> <p>Dos 34 subprojetos aprovados com financiamento BID, 29 foram concluídos, 4 estavam em execução em junho de 2004, com R\$ 28,8 milhões a desembolsar e um (1) havia sido cancelado (Estudo sobre a modernização e desenvolvimento tecnológico da produção de vacinas no Brasil).</p> <p>Os 4 subprojetos em execução referem-se, a projetos que foram pilotos para o MS, e que devido aos seus resultados se tornaram serviços de caráter contínuo prestados pelo Ministério e passarão a ser assumidos integralmente pelo governo Brasileiro. Os subprojetos são: Banco de preços na área hospitalar; Sistema de contas nacionais em saúde – SIOPS; e a Implantação do projeto piloto do cartão nacional de saúde. A exceção refere-se aos Estudos sobre as modalidades de aplicação de recursos, sua adequação e a forma e instrumentos de gerenciamento do Projeto REFORSUS.</p>

<p>gestoras.</p> <p>2.4. Apoiar o desenvolvimento de iniciativas que contribuam para o aprimoramento e garantia de qualidade dos sistemas e serviços de saúde.</p>	<p>Os subprojetos financiados pelo BID estão organizados em 3 eixos temáticos: Estudos Técnicos e Pesquisas; Consultorias de Gestão e Capacitação Técnica, e Atividades de Avaliação e Supervisão Técnica</p> <p>O primeiro eixo apresenta os subprojetos: Estudo de viabilidade econômico-financeira do plasma nacional na produção de hemoderivados; Pesquisa da Assistência Médico-sanitária – MAS/IBGE; Estudos sobre o perfil da regulação da assistência médica suplementar; Impacto distributivo dos gastos públicos na área de saúde; Estudo sobre o REFORSUS II; Modo de gestão do sistema nacional de auditoria do SUS; Banco de preços praticados na área hospitalar; Sistema de contas nacionais em saúde – SIOPS; e análise da sustentabilidade dos investimentos do REFORSUS.</p> <p>O segundo eixo inclui os subprojetos: Desenvolvimento e implementação do modo de gestão e capacitação em grandes estabelecimentos de saúde (projetos piloto de modernização gerencial); Fortalecimento e desenvolvimento institucional das Secretarias Estaduais de Saúde; Apoio ao Fortalecimento do Controle Social do SUS/Capacitação de Conselheiros de Municipais Saúde e membros do Ministério Público; Treinamento a distância em gerenciamento da manutenção de equipamentos médico-hospitalares; Capacitação gerencial para dirigentes hospitalares; Treinamento gerencial a distância para pequenos e médios estabelecimentos de saúde; Curso de saúde ambiental e gestão de resíduos de serviços de saúde; Implantação do projeto piloto do cartão nacional de saúde; e Centros colaboradores para a qualidade da gestão e assistência hospitalar no âmbito do SUS.</p> <p>No terceiro eixo estão os subprojetos: Apoio ao fortalecimento do controle social do SUS; Apoio técnico à implantação do Cartão Nacional de Saúde; Elaborar estudos sobre as modalidades de aplicação de recursos, sua adequação e a forma e instrumentos de gerenciamento do Projeto REFORSUS; Comissão Técnica para acompanhamento e validação dos estudos de custos em saúde; Comissão técnica de projeto de aperfeiçoamento da assistência farmacêutica; Supervisão da análise da sustentabilidade dos investimentos do REFORSUS; Supervisão dos Projetos Pilotos de Modernização Gerencial; Apoio à capacitação de equipes municipais e estaduais gestoras de sistemas e serviços de saúde; Avaliação do processo de instalação e execução dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência; Apoio a execução, monitoramento e avaliação dos estudos do componente 2 e dos investimentos estratégicos do REFORSUS; Apoio à licitação da produção de vacinas; e Supervisão, acompanhamento e avaliação do fortalecimento institucional das SES saúde.</p>
--	---

**Fatores responsáveis da diferença (se é aplicável):**

Foi formulada uma carteira de subprojetos coerente com as linhas estabelecidas originalmente e relevantes no âmbito do MS. Analisaremos mais detalhadamente esses investimentos a seguir. Inicialmente abordaremos os aspectos relativos à execução financeira do Componente 2 e o cumprimento dos prazos inicialmente propostos. Em seguida analisaremos a carteira de subprojetos como um todo, destacando os aspectos de formação dessa agenda de projetos, sua execução e acompanhamento e a continuidade e a aplicabilidade dos estudos e ações contratados.

Com respeito ao desembolso, da mesma forma que o primeiro Componente, o segundo se viu prejudicado em sua execução financeira em dólares, pela desvalorização cambial no período 1997/2003. O fato de que a totalidade dos contratos ter sido firmada na moeda local (Real) e praticamente não foram aditados em função da mudança cambial. Como eles se estendiam por períodos razoavelmente longos, os pagamentos pelos serviços foram se tornando inferiores em dólar para o custeio dos mesmos serviços contratados em reais (R\$).

Apesar de ter desembolsado em reais 31,1% a mais do que o previsto originalmente, executando os mesmos subprojetos, o REFORSUS desembolsou em dólar 99,7% que foi planejado inicialmente e 46% do montante que foi reprojetoado. Os US\$ 69 milhões, remanejados do Componente 1 para o Componente 2 para o financiamento do Cartão SUS, foram superestimados e contribuíram muito para a devolução de recursos do Componente 2.

Dos 29 subprojetos concluídos até junho de 2004, 1 foi finalizado em 1999, 1 em 2000, 2 em 2001, 6 em 2002, 14 em 2003 e 5 em 2004. Isso demonstra que o componente 2 concluiu a maior parte de seus subprojetos em 2003, dois anos após a data original estabelecida para o último desembolso. A principal explicação para esse atraso é porque o REFORSUS demorou em reunir massa crítica e condições institucionais internas no MS para dar início à definição e execução do Componente 2. Um fator de atraso adicional foram as dificuldades de utilização da UNESCO como contratante dos subprojetos de treinamento gerencial, que atrasaram a assinatura dos contratos por mais de 6 meses. A demora na execução causou um transtorno adicional porque muitos subprojetos foram concebidos e tiveram o início em uma gestão e as alterações institucionais foram muito grandes com a mudança de Governo.

Realizando uma análise crítica do Componente 2, entendemos que os subprojetos poderiam ter tido uma maior coordenação interna e eixos norteadores mais claros. A maior parte deles surgiu de demandas dispersas e muitas vezes pontuais entre as Secretarias do MS, foi supervisionada pelas Secretarias de forma desarticulada do restante dos subprojetos, e ainda contaram com uma grande instabilidade em sua condução em virtude de mudanças de Secretários, Diretores e Gerentes.

Apesar disso, alguns subprojetos tiveram uma contribuição muito importante nas estratégias e políticas do MS como: os estudos sobre a Medicina Suplementar e o apoio dado à implantação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; o apoio ao Sistema Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS; o apoio à implantação do Cartão SUS; e o Estudo de viabilidade da Planta de Plasma no Brasil. O REFORSUS também financiou com recursos do BID a elaboração da Proposta de Emenda Constitucional 29, que vinculava recursos orçamentários federais, estaduais e municipais a serem gastos na provisão de serviços de saúde.

A principal crítica ao Componente 2 é que muito poucos subprojetos estão disponíveis ao público, com exceção da Pesquisa do IBGE da Assistência Médico-Sanitária Brasileira 2002 - AMS, o Banco de preços na área hospitalar e o Sistema de contas nacionais em saúde – SIOPS, que são importantes e bem sucedidos serviços prestados à saúde brasileira desde 1999/2000.

Falta ainda ao Componente 2 a divulgação da maior parte de seus estudos, pesquisas e relatórios, o que deverá proporcionar dados e informações úteis à sociedade e uma visibilidade que praticamente não existiu durante os 7 anos em que foi executado. O MS se comprometeu em publicar o material a partir do princípio de 2005, iniciando com os estudos na área de economia da saúde. Um acompanhamento da disseminação dos resultados do Componente 2 do REFORSUS e mais especificamente da publicação dos estudos, poderá ser feito acessando a *homepage* do Projeto REFORSUS ([www.reforsus.saude.gov.br](http://www.reforsus.saude.gov.br)).

**2.1.1.2. Identificação dos produtos alcançados.** Tendo em conta os indicadores de produto nos diferentes componentes de projeto, descreva sinteticamente os produtos chave (*key outputs*) obtidos por este projeto

#### **COMPONENTE 1**

- 1 Execução de 1.171 subprojetos de investimento no CP 1, distribuídos em 985 na AP 1, 59 na AP 2, 101 na AP 3 e 26 na AP 4.
- 2 Execução de 562 obras (325 BID) em 544 subprojetos (315 BID) no CP 1, com 98,5% de conclusão das obras. Foram realizadas 5.140 visitas de supervisão de obras nos 544 subprojetos, o que corresponde a 9,45 visitas por subprojeto. 98,71% das obras foram classificadas pela supervisão como em boas condições e portanto aprovadas e o restante está em adequação ou a concluir.
- 3 Execução de 1.081 subprojetos (414 BID) no CP 1 contemplando a aquisição de equipamentos médico-hospitalares. Os 15 subprojetos que não executaram suas propostas tiveram seus contratos cancelados no primeiro semestre de 2004. Dos 743 equipamentos sob controle pelo MS adquiridos com recursos do REFORSUS, 457 foram supervisionados e 413 (90,4%) foram aprovados. Desses 1.081 subprojetos, foram supervisionados 537 (220 BID), o que corresponde a cerca de 50%. Destes, 110 (20% do total supervisionado) apresentaram problemas de supervisão. Após a intervenção pelo REFORSUS, metade dos subprojetos com problemas foi solucionada, restando ainda 61 (11% do total). A pendência mais significativa, em 22 subprojetos, foi aguardando obras complementares.
- 4 Execução de 969 subprojetos (416 BID) no CP 1 para a modernização gerencial de estabelecimentos de saúde, com um gasto de R\$ 55,2 milhões.
- 5 Seguindo a estratégia de propor soluções gerenciais que pudessem ser disponibilizadas aos beneficiários dos recursos do REFORSUS, o Projeto financiou a implantação, em parceria com a Coordenação de Informática do SUS – DATASUS, de softwares de gestão em cerca de 10 unidades hemoterápicas (sistema Hemovida), 91 hospitais – 58 BID - (sistema Hospub) e em 8 LACENs (sistema Silab).
- 6 785 municípios e cerca de 1.110 estabelecimentos de saúde foram beneficiados pelos subprojetos do CP 1, APs 1, 3 e 4. O sistema de informações do REFORSUS não permite verificar quantos municípios e estabelecimentos a mais foram beneficiados na categoria de investimentos estratégicos, mas, a soma total excede 368 municípios e 674 estabelecimentos de saúde.
- 7 Acréscimo de 9.099 (3.504 BID) leitos hospitalares, distribuídos em: 594 (187 BID) leitos em UTI adulto, 394 (160 BID) leitos UTI neonatal, 198 (55 BID) leitos em UTI pediátrica, 1.186 (368 BID) leitos em berçário, e 7.913 (2.734 BID) leitos de internação.
- 8 Financiou o estabelecimento de 31 centros de treinamento em saúde da família por meio de parcerias entre as Secretarias Estaduais de Saúde – SES, e instituições acadêmicas. 70 mil pessoas foram treinadas em saúde da família, a maior parte em conteúdos introdutórios. O REFORSUS também contribuiu para a criação das carreiras em saúde da família nas escolas médicas e na esfera da saúde governamental, e para 24 programas de residência e 47 cursos de especialização em SF, tendo sido os primeiros no país.
- 9 Os convênios firmados beneficiaram 707 municípios dos 927 com PSF implantado (12,8% do total dos municípios do país) e das 2.621 equipes do PSF existentes, 2.149 foram beneficiadas.
- 10 O componente de Investimentos Estratégicos, do CP 1, distribuiu 12.458 equipamentos. O Projeto de Re-equipamento Hospitalar distribuiu equipamentos de altíssima complexidade entre 54 hospitais. O Programa de urgência e emergência distribuiu 1.710 equipamentos de UTI para 257 hospitais em 183 municípios de todo o país. No Programa de Gestante de Alto Risco, foram adquiridos 1.654 equipamentos na forma de 2 kits, para o apoio diagnóstico e para UTI neonatal, distribuídos em 239 hospitais, localizados em 185 municípios. O Projeto de hemodiálise buscou a modernização dos serviços já existentes, aprimorando os serviços, aumentando a produtividade e a segurança aos pacientes.

#### **COMPONENTE 2**

- 1 O BID financiou 33 subprojetos no CP 2, distribuídos da seguinte forma: 5 estudos; 1 pesquisa; 2 modelos; 1 banco de dados; 4 consultorias para a gestão hospitalar; 1 consultoria para a gestão de sistema; 5 treinamentos, com 1.403 cursos distintos e 76.930 alunos previstos; 1 projeto de informatização da rede; 1 projeto de troca de experiências e de consultorias entre hospitais da rede SUS; e 12 apoios ou supervisões de outros subprojetos.

Quanto aos estudos, vale destacar: i) Viabilidade do Plasma Nacional na Produção de Hemoderivados, que auxiliou na decisão do MS em construir no Brasil uma planta para a produção nacional de hemoderivados; ii) Regulação da Assistência Médica Suplementar, que contribuiu para a implantação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; iii) a Análise da Sustentabilidade do REFORSUS, que tem contribuído para orientar as políticas de investimento do MS.

A pesquisa financiada foi a da Assistência Médico-Sanitária 2002, pelo IBGE, que se trata do censo dos estabelecimentos de saúde existentes no Brasil. O REFORSUS também contribuiu para a viabilização de

outras duas pesquisas do IBGE (o suplemento saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2001 – PNAD/IBGE e a Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002/2003 – POF/IBGE), na formulação das propostas, discussão de questionários e outros, sem, no entanto, apoiá-las financeiramente.

Os dois modelos desenvolvidos são muito importantes, um visa orientar o Sistema Nacional de Auditoria do SUS e o outro organiza os gastos em saúde no Brasil e serve para o acompanhamento desses gastos pelos entes da federação e se estão cumprindo a Emenda Constitucional 29.

O banco de dados custeado pelo REFORSUS foi o Banco de Preços Praticados na Área Hospitalar, que se trata de um importante instrumento para a estimativa de preços no setor, com facilidade de acesso via internet.

As consultorias para a gestão hospitalar se trataram de projetos ambiciosos de implantação de um novo modo de gestão em 24 hospitais, em diferentes Estados, em um projeto de duração de 15 meses.

Os treinamentos realizados foram, com exceção da pós-graduação em administração hospitalar, inéditos no país, totalizaram 1.403 cursos e beneficiaram 60.567 alunos. O material instrucional produzido pelos treinamentos a distância ainda se constitui em um valioso material de consulta nos estabelecimentos de saúde cujos alunos foram capacitados.

Por fim, vale destacar o Projeto Centros Colaboradores, que de uma forma inovadora, reuniu cerca de 60 hospitais da rede SUS para a troca de experiências e a realização de consultorias entre eles.

## 2.1.2. Efeitos (*outcomes*) e impactos do projeto. Descrição dos alcances do projeto em relação ao seu Objetivo de Desenvolvimento (OD ou propósito no marco lógico do projeto).

**2.1.2.1. Análise de indicadores de efeito (*outcome*).** Registre os indicadores de Alcance do Objetivo de Desenvolvimento (*outcome*) usando os mesmos indicadores de efeito (*outcome*) do ISDP/PPMR (a Representação poderá prover os indicadores do ISDP / PPMR). Compare os indicadores dos efeitos Alcançados e Planejados. Se existe uma diferença significativa entre ele, explique brevemente os fatores responsáveis pelas diferenças.

OBJETIVO DE DESENVOLVIMENTO Indicadores de Efeito (Propósito)	
PLANEJADO	ALCANÇADO
O objetivo principal do projeto consistiu em ampliar e melhorar o provimento de serviços de saúde ao encargo do Sistema Unificado de Saúde (SUS), que é a única fonte de atenção aos pobres, mediante o investimento em renovação de infra-estruturas e equipamentos, assim como a introdução paralela de reformas de políticas que melhorariam a sustentação financeira, equidade, eficiência e administração do SUS.	<p>Espera-se um efeito potencial anual de cerca de 500.000 internações, ou 4% do total anual pago pelo SUS, proveniente de 9.099 novos leitos hospitalares, distribuídas em 10.507 internações/ano para os leitos de UTI neonatal, 5.280 internações/ano para os leitos de UTI pediátrica e 456.519 internações/ano para os leitos convencionais de internação</p> <p>Os investimentos do REFORSUS no CP 1, APs 1, 3 e 4, foram inicialmente planejados para reduzirem as iniquidades do SUS. Os recursos seriam distribuídos com 70% dos recursos proporcionalmente ao número de habitantes e 30% de maneira inversamente ao gasto per capita de custeio do MS no mesmo período. Apesar desse planejamento, os valores desembolsados em Termos per capita foram muito diferentes aos previstos (a correlação entre ambos é baixa, 0,18). Mas mesmo com essa diferença em respeito ao planejado, os desembolsos mantiveram um caráter de busca de maior equidade. As regiões e os Estados com maior desembolso per capita pelo REFORSUS são</p>

	<p>justamente os mais desfavorecidos historicamente. A região com maior gasto per capita foi a norte, com R\$ 8,18; seguida pelo centro-oeste, com R\$ 8,13; nordeste, com R\$ 5,88; sudeste, com R\$ 5,11 e sul, com R\$ 4,41. O mesmo ocorreu entre os Estados de cada região. Os Estados que menos receberam recursos em suas respectivas regiões foram: Amazonas, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e o Distrito Federal. Por outro lado, os Estados que mais receberam recursos per capita em suas respectivas regiões foram: Tocantins, Paraíba, Minas Gerais, Santa Catarina e Mato Grosso.</p> <p>A distribuição dos 1.558 equipamentos sob controle e os de mais alto valor adquiridos com recursos do REFORSUS, tiveram uma distribuição que favoreceu as regiões mais carentes de recursos. A região norte recebeu 122 equipamentos (7,8% do total) e a nordeste, sudeste, sul e centro-oeste, contaram com, respectivamente, 497 (31,9%), 607 (39%), 161 (10,3%) e 171 (11%). Em 2001, a população brasileira se distribuída em 7,6% na região norte, 28,1% no nordeste, 42,6% no sudeste, 14,8% no sul e 6,8% no centro-oeste.</p> <p>O REFORSUS estabelecia que dentre seus objetivos de desenvolvimento havia a reorientação nos gastos públicos, em direção a intervenções menos custosas, na limitação ao reembolso da atenção terciária e para investimentos em zonas de baixos ingressos. Nos últimos anos houve uma certa contenção dos gastos em atenção de maior complexidade e um maior gasto na atenção preventiva. Um exemplo disso é que entre 1995 e 2002, os gastos do MS em Atenção Básica avançaram de R\$ 2,7 bi para R\$ R\$ 5 bi, em termos reais, em valores de final de 2002. Em contraposição a isso, os gastos em Média e alta-complexidade avançaram de R\$ 11,4 bi em 1995 para R\$ 12,9 bi, em valores de 2002. Entretanto, essa reorientação no foco assistencial e do fluxo financeiro do modo de saúde brasileiro, no qual a saúde da família é seu maior exemplo, obviamente não se deu em virtude do Projeto REFORSUS, mas por um novo entendimento das forças da saúde brasileira.</p> <p>É difícil avaliar se houve ganho de eficiência no SUS e se o REFORSUS foi significativo para isso. Alguns indicadores apontam que ocorreu um aumento nas internações anuais de 7,6 para 26,4 e nas consultas ambulatoriais anuais, de 1,8 para 2,4, entre 1996 e 2002/2003. Houve também aumento na cobertura vacinal, aumento na proporção de gestantes com pré-natal e redução na mortalidade infantil. Mas, outros fatores deveriam ser avaliados para verificar o aspecto da eficiência. Os subprojetos financiados pelo REFORSUS não apresentam uma linha de base consistente que possibilite verificar de maneira mais consistente o ganho de eficiência. Não obstante, é possível admitir que devido à incorporação de tecnologia mais atualizada, da ampliação na oferta de</p>
--	--

	<p>leitos e de serviços especializados, e dos investimentos na melhoria gerencial (em treinamento gerencial, na informatização de estabelecimentos de saúde e em projetos pilotos de modernização gerencial), seria admissível ou esperado que haja ganho de eficiência na provisão de serviços.</p> <p>Nos últimos anos o MS promoveu diversos reajustes na tabela de pagamentos por procedimentos realizados pela rede SUS, em especial pela rede privada contratada e regularizou seus pagamentos, eliminando os atrasos que aconteciam corriqueiramente. Isso visava corrigir as defasagens existentes na tabela, estimular procedimentos mais custo-efetivos, como transplantes renais, e melhorar as relações entre o governo e os prestadores de serviços.</p> <p>O MS não exigiu melhores sistemas administrativos como condição para receber fundos para a reabilitação e equipamentos, mas, além de financiá-los para dezenas de estabelecimentos de saúde pelo REFORSUS, estabeleceu em Portaria Ministerial em 2002 que os dirigentes hospitalares deveriam possuir qualificação gerencial.</p> <p>A introdução da recuperação de custos de pacientes com seguro privado foi realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, entretanto, ainda há fragilidade jurídica nos instrumentos utilizados e os recursos obtidos dessa maneira ainda são pouco expressivos.</p> <p>O Projeto não avançou no reforço à capacidade de estados e municípios para atuarem como administradores e compradores de serviços de saúde. O subprojeto de fortalecimento das SES, do CP 2, não teve este elemento como seu foco principal e acabou sendo utilizado pelas Secretarias de acordo com suas próprias prioridades.</p>
--	--

**Fatores responsáveis pela diferença (se aplicável):**

Inicialmente, é necessário dimensionar os investimentos proporcionados pelo REFORSUS no âmbito dos investimentos totais realizados pelo MS e dos gastos totais incorridos pelo SUS, para que possamos compreender a real capacidade de intervenção e de alavancagem da rede SUS pelos recursos investidos pelo Projeto e do alcance dos objetivos de desenvolvimento do Projeto, de melhoria na equidade e de aumento da eficiência interna.

O REFORSUS planejava desembolsar US\$ 750 milhões, em 5 anos, de 1997 a 2001. Acabou desembolsando cerca de US\$ 87 milhões anuais, em média, entre 1997 e 2003. Nesse período, o MS gastou anualmente, em média, US\$ 12 bi e investiu cerca de US\$ 500 milhões. Com base nesses dados, podemos concluir que o REFORSUS correspondia, em média, a um quinto do total de investimentos do MS, distribuídos em infraestrutura e saneamento, e a 1/137 avos do total dos gastos anuais do MS.

Portanto, o investimento do REFORSUS, em virtude de sua magnitude e de outros aspectos como o municipalismo da saúde pública brasileira, não tem a capacidade de resolver os problemas ou de reformar ou revolucionar o sistema sanitário brasileiro. Dependendo de sua capacidade de alavancagem das políticas sanitárias brasileiras, pode contribuir para a consolidação dos princípios da reforma sanitária, que no início do REFORSUS era consubstanciada pela Norma Operacional Básica – NOB – 1996, e em avançar no sentido da redução da iniquidade no acesso aos serviços de saúde e na ineficiência da rede SUS.

Considerando os dados relativos à distribuição dos investimentos do REFORSUS, é possível afirmar que avançaram na redução das iniquidades e que apoiaram decididamente as ações de reforma então vigentes, contribuindo para a consolidação do SUS e de seu marco institucional. O processo de encaminhamento dos pleitos ao REFORSUS obedeceu absolutamente a lógica institucional e democrática estabelecida pela Constituição de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde e a NOB 96, e contribuiu para o fortalecimento do SUS. As APs 2, 3 e 4 (CP 1), estiveram fortemente orientadas de acordo com planos de investimentos e de diretrizes já acordadas pelo governo, o que conferiu elevada priorização, interface com outros esforços governamentais e legitimidade.

**2.1.2.2. Identificação de efeitos intermediários (*outcomes*) e impactos iniciais.** Considerando os produtos (*outputs*) alcançados pelo projeto, na medida do possível, identifique os efeitos (*outcomes*) intermediários e os impactos iniciais alcançados até o momento.

No que diz respeito ao CP 1, um dos efeitos intermediários alcançados até o momento é a expansão na estrutura de oferta de serviços de saúde, representada por equipamentos médico-hospitalares atualizados, adquiridos, entregues e instalados, e ambientes reformados ou construídos, em boas condições de uso. Esse aumento foi mais significativo em regiões onde o investimento era mais prioritário, e nas APs 2, 3 e 4, devido a um grande planejamento prévio. Para a hemorrede e a rede laboratorial, é possível afirmar que somente passaram existir mais efetivamente em um âmbito nacional e alcançaram esse nível de prioridade pelo MS, em função do REFORSUS.

É razoável supor que essa expansão quantitativa de leitos e equipamentos já proporcione algum impacto na provisão dos serviços, quantificado em termos do aumento na provisão dos serviços e na qualidade de sua prestação, entretanto, o REFORSUS não realizou esse levantamento junto aos estabelecimentos de saúde por eles beneficiados e as bases de dados do MS de produção de serviços (AIHs) não são o melhor instrumento para verificar tal aumento, posto que prestadores, municípios e estados já se encontram limitados por tetos de gastos e portanto, não possuem nenhum estímulo para o registro de mais atos produzidos e que outros fatores poderiam estar intervindo sobre as necessidades de provisão de serviços e a qualidade dos mesmos.

No CP 2, os efeitos intermediários iniciais são muito diversos em função da carteira de subprojetos. Mas, uma das questões centrais é que a não divulgação de seus estudos, avaliações e dos relatórios das experiências de modernização gerencial, faz com que os efeitos dos subprojetos que se enquadram nessas características sejam limitados.

Os subprojetos relativos ao desenvolvimento de recursos humanos (com ênfase gerencial e em trabalho em saúde) reúnem dezenas de milhares de profissionais treinados e cerca de um milhão de planos de melhoria gerencial elaborados pelos cursistas, com a orientação de tutores especializados. A aplicação desses

conhecimentos, a valorização dessa reflexão e a implantação dessas propostas de modernização gerencial seriam os efeitos subseqüentes esperados.

Os subprojetos referentes às experiências gerenciais encerraram um primeiro ciclo, atuando como projetos-piloto. A expectativa era que servisse como fonte de experiências e reflexões para um eventual desdobramento e continuidade do projeto e que gerasse um efeito multiplicador na rede de saúde. Falta o setor público continuar o projeto e realizar o que resta, avaliando as experiências; identificando os casos, as condições e as metodologias bem sucedidas; revisando e atualizando a estratégia e o plano de intervenção; promovendo a iniciativa; e dando continuidade e ampliando o projeto.

De uma forma geral o CP2 estava bem articulado com as políticas do MS. Um dos aspectos que mais demonstram essa convergência de esforços foi a consultoria financiada pelo BID para a redação da Emenda Constitucional 29, que vinculava recursos para serem gastos com a provisão de serviços de saúde nos três níveis de governo: federal, estadual e municipal..

**2.1.2.3. Identificação dos futuros efeitos (*outcomes*) e impactos.** Considerando os produtos (*outputs*) que foram obtidos, identifique os futuros efeitos e impactos que se espera obter e descreva de que maneira os produtos contribuem para o alcance desses efeitos e impactos.

O CP 1 tem como objetivos a redução nas iniquidades no acesso aos serviços e o aumento na eficiência interna do sistema sanitário. Esses objetivos poderão ser atingidos caso duas coisas aconteçam: i) que os efeitos intermediários iniciais alcançados até o momento em equipamentos médico-hospitalares e obras, se tornem oferta efetiva de serviços de saúde por meio do asseguramento de recursos humanos, materiais e financeiros necessários à sustentabilidade desses serviços; e ii) que seja dada continuidade ao Programa de investimentos em infra-estrutura física e tecnológica e na modernização gerencial da rede prestadora, posto que apesar do montante de investimentos efetuados, beneficiou menos do que um terço de toda a rede SUS e afetou cerca de 1/20 da oferta de serviços hospitalares.

Portanto, espera-se que, asseguradas as condições de sustentabilidade dos investimentos realizados pelo CP 1 e partindo das hipóteses de que as condições atuais de acesso aos serviços públicos de saúde são precárias e a demanda reprimida é enorme (fato que é percebido pelas altas taxas de ocupação dos hospitais públicos, sobretudo nos grandes centros), os efeitos e os impactos alcançados pelos investimentos do REFORSUS tenderão a aumentar progressivamente até alcançarem a quantidade e a qualidade potencial de serviços em saúde que aquela nova tecnologia e estrutura permitem produzir.

Os investimentos relativos à informatização dos estabelecimentos de saúde tiveram como característica predominante o fato de disporem um primeiro conjunto de módulos ou sistemas gerenciais, deixando a implantação dos demais módulos do restante da solução gerencial para serem implantados subseqüentemente. Portanto, para os períodos subseqüentes, além de avaliar a primeira fase da experiência, seria possível aprofundá-la.

No CP 2, os efeitos intermediários futuros também deverão ser muito diversos em função da carteira de subprojetos. Mas um dos pressupostos é que seja dada divulgação aos estudos, avaliações e os relatórios das experiências de modernização gerencial financiadas pelo REFORSUS. Estudos como os de custos de procedimentos médico-hospitalares podem contribuir para o desenvolvimento e a aplicação de metodologias de apuração de custo mais adequadas às necessidades da rede. As experiências de modernização gerencial com a implantação de um novo modo de gestão em um hospital por estado, que enfatizaram aspectos estratégicos das organizações como a gestão estratégica, a qualidade, o desenvolvimento organizacional e outros, podem ensinar ao próprio governo em seus diferentes níveis e ao setor privado, o que poderia oferecer melhores resultados gerenciais e o que deve ser evitado.

Com respeito aos subprojetos relativos ao desenvolvimento de recursos humanos, a aplicação desses conhecimentos, a valorização dessa reflexão e a implantação dessas propostas de modernização gerencial seriam os efeitos subseqüentes esperados. Uma das expectativas, tendo em vista que os treinamentos gerenciais ofereceram muitas vagas para cada estabelecimento de saúde visando massificar o esforço de desenvolvimento de pessoas, é que a iniciativa possa modificar a cultura organizacional a partir das pessoas.

**2.1.2.4. Análise das hipóteses (de produtos a efeitos).** Enumere as condições favoráveis que deve dar-se para alcançar o propósito do projeto e explique por quê são necessárias.

A) Quanto ao CP 1, os bons resultados referentes à oferta de serviços e a sustentabilidade dos investimentos realizados poderão ser obtidos na medida em que a vontade políticas dos governos federal, estaduais e municipais, se concretize na provisão dos recursos orçamentários necessários durante os próximos anos.

B) O REFORSUS apoiou a reforma sanitária brasileira. Contribuiu com a implantação da Norma Operacional Básica – NOB – 1996 por incorporar ao processo de elegibilidade dos investimentos as instâncias decisórias do SUS e mais recentemente investiu expressivamente nos municípios-sede dos módulos assistenciais de saúde, previstos na Norma Operacional de Assistência em Saúde – NOAS – 2001/2002. É relevante que o MS continue os esforços de reforma de seu sistema sanitário e de consolidação do SUS por meio de políticas coerentes com os marcos anteriores de maneira que sejam aproveitados os benefícios institucionais e de oferta de serviços proporcionados pelo REFORSUS.

C) O REFORSUS trouxe à agenda da saúde pública brasileira o tema da eficiência na provisão dos serviços e pela primeira vez, da modernização gerencial da rede prestadora. O montante dos investimentos realizados, o debate e a formulação de soluções gerenciais pelo MS, e a realização de grandes programas nacionais de capacitação gerencial e de projetos-piloto destinados à melhoria gerencial, promoveram certa mobilização e um efeito multiplicador. Um exemplo de como isso contaminou o SUS é o fato de que em 2002 o MS publicou uma Portaria que exigia que os dirigentes dos hospitais públicos governamentais brasileiros tivessem formação na área gerencial, dependendo do porte do hospital, em termos de graduação e especialização. Para que haja um aumento na eficiência na rede e que os esforços já realizados não se dissipem, o MS deveria continuar a promover investimentos e outros esforços com o objetivo da modernização da gestão pública em saúde no Brasil.

D) O Componente de investimentos na saúde da família teve grande importância ao capacitar as equipes. Adicionalmente, criou novas especialidades e colocou essa questão na agenda da saúde brasileira. É muito importante que o MS permaneça em sua estratégia de estabelecer a saúde da família como um novo marco lógico orientador da saúde brasileira e que continue a investir expressivamente em ações como a formação de trabalhadores.

**2.1.2.5. Pergunta piloto No.1 – (Em elaboração). Opcional para operações com *PCR due date* anterior a 1 de fevereiro de 2005. Antes desta data, unicamente será requerida para as operações selecionadas no grupo piloto para responder à versão completa do PCR)** Observam-se iniquidades no acesso aos benefícios do projeto por parte de subgrupos dentro da população objeto por razão de gênero, localização, origem étnico, sector rural/ urbano, nível de ingresso ou outras razões? Se sim, a que se deve?

→ NÃO SE APLICA

**2.1.2.6. Pergunta piloto No.2 – (Em elaboração). Opcional para operações com *PCR due date* anterior a 1 de fevereiro de 2005. Antes dessa data, unicamente será requerida para as operações selecionadas no grupo piloto para responder a versão completa do PCR)** Se produziu algum tipo de efeito adverso causado sem intenção por este projeto na população e/ou no meio ambiente? Se positivo, que medidas têm sido tomadas?

→ NÃO SE APLICA

**2.1.2.7. Pergunta piloto No.3 – (Em elaboração). Opcional para operações com PCR due date anterior a 1 de fevereiro de 2005. Antes desta data, unicamente será requerida para as operações selecionadas no grupo piloto para responder à versão completa do PCR)** Seguramente os resultados do projeto tem contribuído para o alcance, ou bem das metas estabelecidas na estratégia de desenvolvimento setorial ou nacional vigente do país mutuário, ou bem aos indicadores da atual Estratégia de País do Banco. Se isto é assim, especifique a que meta ou indicador de resultados está contribuindo o projeto e explique de que maneira e em que medida o faz.

→ NÃO SE APLICA

**2.1.2.8. Pergunta piloto No.4 – (Em elaboração). Opcional para operações com PCR due date anterior a 1 de fevereiro de 2005. Antes dessa data, unicamente será requerida para as operações selecionadas no grupo piloto para responder à versão completa do PCR)** Houve mudanças significativas no contexto em que se implementou o projeto e/ou nas políticas setoriais / nacionais e/ou nas estratégias de desenvolvimento? Se assim for, explique como o projeto foi adaptado para dar resposta a essas mudanças.

→ NÃO SE APLICA

**2.1.2.9. Recálculo da Taxa Interna de Retorno (TIR).** Se o projeto incluiu ex-ante um cálculo da taxa de retorno esperada, qual foi a taxa de retorno esperada e qual é a taxa de retorno real?

Não houve o cálculo da Taxa Interna de Retorno (TIR) esperada para o Projeto REFORSUS

**2.1.2.10. Recálculo de outros indicadores de avaliação econômica.** Se o projeto incluiu ex ante outras estimativas de avaliação econômica (custo-efetividade, custo-eficiência e custo-benefício), qual foi o indicador esperado e qual o indicador real?

Não houve o cálculo de outros indicadores de avaliação econômica (custo-efetividade, custo-eficiência e custo-benefício) para o Projeto REFORSUS

**2.1.2.11. Qualificação da efetividade do projeto em termos de seu objetivo de desenvolvimento (OD).** Tendo em conta as Análises realizadas nas seções 2.1.1. e 2.1.2., qualifique a efetividade do projeto em termos de seu objetivo de desenvolvimento.

☐ Muito Efetivo

☒ Efetivo

☐ Pouco Efetivo

☐ Inefetivo

**(Explique sua qualificação)**

Consideramos o Projeto REFORSUS como efetivo em Termos do alcance de seu objetivo de desenvolvimento porque as ações realizadas de uma forma geral superaram as planejadas e em certos casos foram acrescidos produtos tão significativos e diferentes do restante do Projeto que parecem um novo componente, como o caso dos Investimentos estratégicos, no Componente 1. Os principais problemas relativos à execução do Projeto foram importantes, a extensão do tempo de execução dos 2 componentes de 4 para 7 anos e a não execução de 27% dos recursos originalmente previstos, mas são majoritariamente explicados pela desvalorização cambial de 184% no período, o que praticamente triplicou o valor a ser executado em Real e de ter sido executado um montante em Real superior ao dobro do aprovado originalmente.

Os impactos alcançados em termos do aumento na estrutura de oferta de serviços são expressivos e estão associados aos objetivos assistenciais inicialmente estabelecidos. A dificuldade de se identificar mais claramente a transformação desses itens em serviços prestados provém do descuido do REFORSUS na coleta e acompanhamento dessas informações. A supervisão, tanto de obras quanto de equipamentos, apresenta parâmetros que permitem avaliar como boa a qualidade dos investimentos proporcionados. Vale registrar que isso ocorreu a despeito da baixa qualidade verificada nos subprojetos originalmente submetidos e das dificuldades verificadas pela licitação descentralizada (com especificação de equipamentos, avaliação de propostas etc). A principal questão que se coloca para adiante no que se refere aos investimentos proporcionados é sua sustentabilidade.

Apesar das deficiências em termos de dados relativos aos aspectos assistenciais e de produção de serviços, é possível admitir que se avançou na direção dos objetivos originais de melhoria na iniquidade e da eficiência interna. Entretanto, se esses objetivos forem buscados de maneira mais expressiva, tendo em vista a pequena dimensão do REFORSUS em comparação com o SUS, serão requeridos pelo menos mais outros dois projetos de investimentos subsequentes a este.

## 2.2. ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO

### 2.2.1. Medição do desempenho do projeto

**2.2.1.1. Elementos para monitoramento e avaliação.** Em uma escala de 1 a 4 estabeleça a qualidade dos seguintes elementos necessários para medir o desempenho do projeto:

1. Análise de problemas	Baixa	← [ ] [ ] [ ] [ ] [ X ] →	Alta	[ ] N/A
2. Estratégia de intervenção em resposta a(aos) problema(s) identificados	Baixa	← [ ] [ ] [ ] [ ] [ X ] →	Alta	[ ] N/A
3. Identificação de efeitos ( <i>outcomes</i> ) e impactos esperados	Baixa	← [ ] [ ] [ ] [ X ] [ ] →	Alta	[ ] N/A
4. Identificação de produtos ( <i>outputs</i> ) esperados	Baixa	← [ ] [ ] [ ] [ X ] [ ] →	Alta	[ ] N/A
5. Indicadores de efeitos ( <i>outcomes</i> ) esperados	Baixa	← [ ] [ ] [ X ] [ ] [ ] [ ] →	Alta	[ ] N/A
6. Indicadores de produtos ( <i>outputs</i> ) esperados	Baixa	← [ ] [ ] [ X ] [ ] [ ] [ ] →	Alta	[ ] N/A
7. Linha de base de efeitos ( <i>outcomes</i> ) esperados	Baixa	← [ X ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] →	Alta	[ ] N/A
8. Linha de base de produtos ( <i>outputs</i> ) esperados	Baixa	← [ X ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] →	Alta	[ ] N/A
9. Hipóteses de produtos a efeitos	Baixa	← [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] →	Alta	[ X ] N/A
10. Definição de responsabilidades para o recolhimento de informação	Baixa	← [ ] [ ] [ X ] [ ] [ ] [ ] →	Alta	[ ] N/A
11. Plano para a implementação do projeto	Baixa	← [ ] [ ] [ X ] [ ] [ ] [ ] →	Alta	[ ] N/A
12. Plano de Aquisições	Baixa	← [ ] [ ] [ X ] [ ] [ ] [ ] →	Alta	[ ] N/A

**2.2.1.2. Análise de fatores críticos do desenho.** Considerando os elementos do desenho do projeto avaliados no ponto anterior, descreva os principais fatores (máximo 3) que tiveram a maior influência (positiva e/ou negativa) na medição de seu desempenho.

#### Fatores positivos:

O ponto forte do Projeto REFORSUS em termos do desenho do projeto está na análise dos problemas da saúde brasileira e na estratégia de intervenção em resposta aos problemas identificados. Vale destacar alguns aspectos: i) o foco na iniquidade do acesso aos serviços e no aumento da eficiência do sistema; ii) a ênfase dos investimentos nos campos prioritários de saúde materno-infantil, urgência e emergência, hemorrede e laboratórios de saúde pública; iii) a perspectiva do subprojeto como uma proposta assistencial que contemplasse

a realização de obras, a aquisição de equipamentos médico-hospitalares e o investimento na modernização gerencial; iv) o encaminhamento dos pleitos obedecendo a sistemática estabelecida pelos marcos da reforma sanitária brasileira, fortalecendo os canais institucionais e as instâncias deliberativas do SUS; v) a sistemática de repasses de recursos sob a forma de contratos ao invés da modalidade usual de convênios, o que trouxe para o REFORSUS maior capacidade de acompanhamento e avaliação dos investimentos; vi) a estrutura descentralizada do projeto, organizada em uma Unidade de Gerenciamento – UGP, em Brasília, com 3 Unidades de Apoio Técnico Regional – UATRs, (UATR 1 – Regiões Sul/Sudeste – menos o Estado de São Paulo, que se reportava diretamente à UGP -, UATR 2 – Região Nordeste, UATR 3 – Regiões Norte/Centro-oeste), e em gerências estaduais. A estrutura permitiu maior capilaridade e transparência, melhor conhecimento da natureza dos subprojetos e de seus problemas e melhor comunicação com os mais de 1.000 beneficiários dos recursos em todo o país. Acreditamos que uma estrutura centralizada não conseguiria ter executado o Projeto REFORSUS devido à sua forma descentralizada; e vii) o fato da proposta assistencial ter sido montada pelo beneficiário permitiu que fossem selecionados projetos mais adequados às necessidades locais.

### **Fatores negativos:**

Os pontos mais negativos do Projeto REFORSUS em termos do seu desenho estão na falta de identificação dos efeitos e produtos esperados e principalmente na falta de construção de uma linha de base por subprojeto que pudesse servir para o acompanhamento e a avaliação de seus produtos e resultados. A pouca ênfase nesses aspectos, o baixo nível de detalhamento dos efeitos e produtos esperados para cada subprojeto e de como essas informações deveriam ser prestadas pelos beneficiários dificultaram a supervisão do Projeto e sua própria avaliação.

Não houve uma análise institucional da UGP e da Secretaria que seria responsável pelo REFORSUS no MS, quanto à sua capacidade de execução e de gestão do Projeto. Isso contribuiu para que o Projeto fosse subdimensionado em termos de pessoal em sua fase inicial.

Dado que, neste projeto, deveriam trabalhar conjuntamente dois bancos (BID/BIRD), deveria haver-se previsto um mecanismo de execução que permitisse atender as demandas, simultaneamente, dos Bancos. Por exemplo: os relatórios semestrais.

O desenho do Projeto não teve o benefício da disciplina do Marco Lógico que poderia ter contribuído para uma precisão maior na identificação dos efeitos esperados e o estabelecimento de indicadores de maior precisão para medir os efeitos.

Dada a magnitude do Projeto e, por outro lado, ser financiado por dois organismos (BID/BIRD) não deveria haver sido desenhado para uma execução de quatro anos.

**2.2.1.3. Lições aprendidas para o desenho (medidas adotadas)** Descreva de forma concreta que medidas foram adotadas para melhorar os aspectos previstos no desenho do projeto em relação à medição do desempenho do projeto.

O Projeto REFORSUS falhou em sua missão de organizar uma base de dados capaz de possibilitar a mensuração do desempenho do Projeto. Primeiro, a avaliação dos resultados foi pouco priorizada na fase de planejamento do Projeto. O contrato de empréstimo e seus anexos e o manual de execução do componente 1, abordam a avaliação de resultados como algo que seria realizado ao final de cada programa financiado pelo REFORSUS, dependendo do tipo, pelas SES, UATRs ou a própria UGP, observando-se, a médio e longo prazos, a sustentabilidade do investimento e a oferta do serviço, com a produtividade e o nível de qualidade satisfatório. Ou seja, a avaliação seria deixada para depois, não foi definido exatamente quem seria responsável por realizá-la e seria baseada apenas no que foi proporcionado à unidade de saúde, ignorando a utilização dessa infra-estrutura e seu impacto assistencial. Logo após o início do Projeto e da apresentação e da avaliação das propostas, o REFORSUS não discutiu a questão da avaliação das propostas e tampouco elaborou uma proposta que pudesse preencher essa lacuna. Apesar de contar com uma Unidade de Acompanhamento e Avaliação – UAA, o REFORSUS enfatizou muito mais a avaliação da proposta de investimentos apresentada no subprojeto – se ela era consistente, se era coerente com o perfil assistencial, com o orçamento apresentado e com as especificações da obra ou do equipamento - do que seu resultado e seu impacto na assistência. Somente a partir de 2000/2001 o Projeto iniciou um trabalho para avaliar o impacto de seus investimentos, procurando montar uma linha de base com informações coletadas junto aos beneficiários dos subprojetos. O esforço realizado

durou mais de um ano, com três consultores, alguns eventos foram realizados, mas as informações coletadas não foram nem representativas nem confiáveis e o trabalho foi abandonado.

A UGP teve que ampliar expressivamente a equipe de pessoal do REFORSUS e criar novas sub-unidades para dar conta da dimensão e da complexidade do Projeto, não previstos inicialmente. A própria criação da UAA já foi uma expansão com respeito ao que fora inicialmente estabelecido.

**2.2.1.4. Lições aprendidas para o desenho (medidas alternativas).** Com base em sua experiência neste projeto, descreva de forma concreta que medidas recomenda para melhorar a medição do desempenho no desenho de futuros projetos.

A medição do desempenho do projeto deve focar não apenas as características do investimento que está sendo proporcionado em cada subprojeto, mas principalmente seu benefício e o impacto verificado pela utilização daquele novo recurso em contraposição com a situação anterior.

Antes da apresentação da proposta de investimento, o modo de avaliação de seu desempenho e de seu impacto já deve estar concebido, deve ser divulgado àqueles que elaborarão e submeterão propostas de investimentos e deve servir de referência para a avaliação de cada proposta.

**2.2.1.5. Informação disponível durante a implementação do projeto.** Em uma escala de 1 a 4 qualifique o grau de cumprimento e a qualidade das seguintes tarefas que devem ser realizadas pelo Organismo Executor para gerar informação necessária para a medição de desempenho do projeto:

1. Estabelecimento de processos e mecanismos para recopilação e Análise de dados (fonte de dados, responsáveis, periodicidade e características da informação)	Baixa	← [ ] [ X ] [ ] [ ] [ ] →	Alta	[ ] N/A
2. Recopilação de informação de linha de base de efeitos	Baixa	← [ X ] [ ] [ ] [ ] [ ] →	Alta	[ ] N/A
3. Recopilação de informação de linha de base de produtos	Baixa	← [ ] [ ] [ ] [ X ] [ ] →	Alta	[ ] N/A
4. Recopilação, Análise e reporte de informação sobre recursos disponíveis e atividades realizadas	Baixa	← [ ] [ ] [ ] [ X ] [ ] →	Alta	[ ] N/A
5. Recopilação, Análise e reporte de informação sobre produtos gerados pelo projeto e sua contribuição ao alcance dos efeitos esperados	Baixa	← [ ] [ ] [ X ] [ ] [ ] [ ] →	Alta	[ ] N/A
6. Recopilação, Análise e reporte de informação sobre efeitos e impactos gerados pelo projeto e sua contribuição às metas estabelecidas na estratégia de desenvolvimento setorial e nacional	Baixa	← [ ] [ ] [ X ] [ ] [ ] [ ] →	Alta	[ ] N/A

**2.2.1.6. Análise de fatores críticos para medição de desempenho durante a implementação.** Considerando os processos do ponto anterior, descreva os principais fatores (máximo 3) que tiveram a maior influência (negativa ou positiva) na medição de desempenho do projeto durante sua implementação.

**Fatores positivos:**

O ponto forte do Projeto REFORSUS em termos da mensuração do desempenho durante sua implementação foi a boa disponibilidade de dados a respeito dos produtos realizados pelo Projeto e a coleta e análise de informação sobre recursos disponíveis. As melhores informações que o REFORSUS possuía eram as relativas aos investimentos realizados.

**Fatores negativos:**

Os pontos mais negativos do Projeto REFORSUS em termos da mensuração do desempenho durante sua implementação foram a disponibilidade de dados referentes aos resultados do Projeto, o estabelecimento de processos de coleta e análise de dados, e a relação entre os produtos e os impactos gerados e os efeitos esperados e as metas estabelecidas.

**2.2.1.7. Lições aprendidas na implementação (medidas adotadas).** Descreva de forma concreta que medidas foram adotadas a fim de obter a informação necessária (em quantidade e qualidade) para medir o desempenho do projeto.

Apesar de contar com uma Unidade de Acompanhamento e Avaliação – UAA, o REFORSUS enfatizou a avaliação da proposta de investimentos apresentada no subprojeto (se ela era consistente, era coerente com o perfil assistencial, com o orçamento apresentado e com as especificações da obra ou do equipamento) para fins de aprovação do recurso. Somente a partir de 2000/2001 o Projeto iniciou um trabalho para avaliar o impacto dos investimentos do REFORSUS, procurando montar uma linha de base com informações coletadas junto aos beneficiários dos subprojetos. A metodologia empregada era de Donabedian, que subdivide a avaliação de impacto em três eixos, estruturas, processos e resultados. O esforço realizado durou mais de um ano, com três consultores, alguns eventos foram realizados, mas as informações coletadas não foram nem representativas nem confiáveis e o trabalho foi abandonado.

**2.2.1.8. Lições aprendidas para a implementação (medidas alternativas).** Com base em sua experiência neste projeto, descreva de forma concreta que medidas recomenda para melhorar a medição do desempenho durante a implementação de futuros projetos.

A linha de base que deverá ser formada para que se realize o trabalho de avaliação do desempenho do projeto deve começar logo em sua fase inicial, ou seja, na etapa de apresentação de propostas. Cada subprojeto, em função das características de seu investimento e de acordo com o modo de avaliação estabelecido pelo novo Projeto, deverá apresentar os dados que justificam seu pleito, em um momento anterior ao investimento, e pelo qual será avaliado o benefício e comparado com outros subprojetos. O desenho da linha de base deve vir na preparação pelos menos antes da elegibilidade para desembolsos.

Também deverá haver um setor ou departamento dentro do novo projeto de investimentos que seja responsável por verificar a alimentação dessa base de dados, acompanhar o trabalho de avaliação, que possa revisar constantemente o modo empregado, que possa contribuir para o re-direcionamento dos investimentos e que conclua a avaliação de desempenho do projeto após seu final.

## **2.2.2. Fatores que afetaram a execução do projeto (segundo ISDP/PPMR)**

O início da execução dos desembolsos por parte do Banco demorou quase dois anos devido aos seguintes fatores:

- utilizaram-se, em primeiro lugar, os recursos do Banco Mundial principalmente na organização da UGP e na contratação de pessoal especializado nas Unidades Regionais;
- o processo de pré-qualificação da empresa supervisora de obras e os diferentes processos licitatórios das obras demoraram mais de um ano;
- os cortes orçamentários aplicados entre 2000 e 2003;
- a diferença do tipo de câmbio em relação ao dólar não permitiu utilizar todos os recursos no tempo prudencial previsto, havendo sido cancelados quase US\$94 milhões;
- as mudanças institucionais ocorridas com a troca de governo;
- Os atrasos também ocorreram pelo fato de os instrumentos dos dois bancos serem diferentes.

## **2.2.3. Análise de fatores críticos para o êxito do projeto**

### **Fatores críticos para a obtenção dos produtos (*outputs*)**

**2.2.3.1. Identificação de fatores negativos para obter os produtos.** Descreva quais foram os principais fatores (máximo 3) que afetaram negativamente a execução dos componentes do projeto e a obtenção de seus produtos (*outputs*) em termos de quantidade, qualidade e oportunidade e analise porque.

A primeira dificuldade relevante a ser destacada no que diz respeito à obtenção dos produtos pelo REFORSUS foi a escassez de contrapartida financeira por parte dos proponentes dos subprojetos. O princípio da exigência de uma contrapartida financeira por parte dos proponentes dos subprojetos, representada pelo pagamento de um percentual sobre cada fatura emitida que fosse relativa ao subprojeto, é interessante e visava trazer maior nível de custo-efetividade aos investimentos, forçando maior priorização. Entretanto, o que foi visto é que os governos estaduais e municipais contam com poucos recursos de contrapartida; e que o desembolso é um processo burocrático demorado pois requer orçamento, empenho e o próprio recurso financeiro. Isso sem esquecer de mencionar que o pagamento da fatura de cada fornecedor aguardava o depósito de ambas as partes, do REFORSUS e dos proponentes, dobrando as dificuldades e a burocracia. O Banco do Brasil recebia o depósito dos proponentes e do REFORSUS e somente autorizava o pagamento caso fossem efetuados os dois depósitos e se o pagamento fosse solicitado pelo proponente. Um exemplo de como isso era complexo e que exigia uma sincronia entre as duas partes (REFORSUS e o proponente do subprojeto) que não era uma realidade, era o elevado volume de recursos financeiros que ficava depositado no Banco do Brasil e o tempo que o mesmo chegava a ficar sem movimentação, aguardando o depósito ora do REFORSUS, ora do proponente.

A segunda maior dificuldade que afetou o REFORSUS foi a falta de recursos orçamentários federais. Desde 2000/2003 o governo brasileiro, devido ao acordo firmado com o Fundo Monetário Internacional – FMI, tem se visto obrigado a gerar superávits em suas contas primárias, o que tem levado o governo federal a impor cortes de gastos a seus Ministérios. Esses cortes orçamentários foram tão expressivos que raramente o orçamento bastava para o primeiro semestre do ano em curso, o que obrigava ao REFORSUS disputar créditos extraordinários com os demais setores do MS e outros projetos internacionais.

A exigência da utilização das regras de licitação dos bancos financiadores pelas comissões de licitação também trouxe dificuldades para o REFORSUS. Nesse caso, havia três problemas. O primeiro era que as comissões de licitação trabalham em todo o país de acordo com a lei 8.666 e não conheciam os procedimentos dos bancos. Em segundo lugar, a rotatividade das comissões era muito grande e o REFORSUS não conseguia efetuar novos cursos para treinar os novos responsáveis na rapidez que se necessitava. Por último, as regras entre os bancos internacionais diferem, o que fez com que inúmeros procedimentos licitatórios fossem perdidos por inobservância para este detalhe.

**2.2.3.2. Identificação de fatores positivos para obter os produtos.** Descreva quais foram os principais fatores (máximo 3) que contribuíram positivamente para a implementação dos componentes do projeto e a obtenção de seus produtos (*outputs*) em termos de quantidade, qualidade e oportunidade e analise por que.

O processo de submissão de propostas e de sua priorização, além de transparente, foi rápido e correspondeu, de uma forma geral, a prioridades estaduais e micro-regionais. Isso facilitou a execução do projeto porque não exigiu que o Projeto tomasse a frente e organizasse esse processo, que aproveitou um fluxo e instâncias já existentes.

Um segundo aspecto é relativo às APs 2, 3 e 4 (Componente I), que tiveram seus investimentos orientados por um planejamento anterior detalhado e tecnicamente bem realizado. Isso possibilitou que os investimentos fossem priorizados e que já estivessem inseridos em um contexto de investimentos e de política de saúde mais amplo.

A estrutura descentralizada do Projeto REFORSUS permitiu que se estivesse em todo o território nacional, que se comunicasse melhor com os beneficiários dos recursos, se conhecessem melhor as propostas assistenciais e cada dificuldade.

### **Fatores críticos para a obtenção de efeitos (*outcomes*)**

**2.2.3.3. Identificação de fatores negativos para a obtenção dos efeitos (*outcomes*).** Descreva quais foram os principais fatores (máximo 3) que afetaram negativamente o alcance dos resultados (*outcomes*) do projeto e analise por que.

O primeiro fator relevante é a disponibilidade de recursos humanos qualificados para a prestação do serviço em saúde, operando os equipamentos adquiridos ou utilizando as salas construídas ou reformadas. Mesmo tendo financiado a aquisição de tecnologias mais modernas, o REFORSUS não dispôs nenhuma oportunidade ou linha de financiamento específica para os beneficiários dos subprojetos treinarem seus recursos humanos nos conteúdos requeridos para a prestação desses serviços.

O segundo fator é a falta de recursos financeiros para o custeio ou a sustentabilidade dos serviços. O MS não alterou significativamente os tetos estaduais de recursos em saúde a serem transferidos, de maneira que Estados e Municípios não puderam passar a contar com mais recursos de transferências para custear os novos serviços. Considerando que os governos Estaduais estão muito endividados e não tem disposto de nenhuma folga de recursos e que uma estimativa apontava que cada real investido iria requerer outro real em custeio por ano.

O terceiro fator é a baixa qualidade das propostas inicialmente apresentadas ao REFORSUS. Houve vários tipos de problemas nas propostas, tais como: existência de obra em um ambiente onde não estavam previstos os equipamentos médico-hospitalares e vice-versa; projeto arquitetônico errado ou incompleto, o que dificultava sua aprovação, licitação e até execução; especificações dos equipamentos erradas ou mal feitas; falta de demanda para aquela especialidade e outros. Todos esses problemas foram verificados nas visitas de supervisão e um percentual significativo foi resolvido (cerca de 50%).

**2.2.3.4. Identificação de fatores positivos para a obtenção dos efeitos (*outcomes*).** Descreva quais foram, em perspectiva, os principais fatores que contribuíram positivamente para a possibilidade de alcançar a tempo os efeitos do projeto (*outcomes*) e analise por que.

O REFORSUS promoveu uma revisão dos subprojetos encaminhados pelos proponentes, visando corrigir especificações de projeto, orçamento, coerência entre as diferentes categorias de investimento, coerência com a proposta assistencial, e em certos casos propôs elementos que estavam faltando tanto relativos ao aspecto da infra-estrutura quanto em tecnologia.

O REFORSUS apoiou a realização das 4.790 licitações realizadas pelos proponentes, sob diferentes formas. Em primeiro lugar, realizou cerca de 40 treinamentos das equipes responsáveis pelos processos licitatórios em cada Estado, tendo percorrido todos os Estados da federação. Forneceu a todos os proponentes e disponibilizou pela Internet um manual de procedimentos licitatórios. Analisou todas as licitações realizadas, visando conferir a existência de erros e para que não resultassem em contratos também com problemas. Participou da abertura de todas as 290 licitações (130 BID) na modalidade licitação internacional. Auxiliou permanentemente por telefone, sanando dúvidas de mais de mil beneficiários dos subprojetos, revisou especificações, auxiliou no julgamento de propostas, auxiliou na definição de critérios de julgamento e etc.

## **2.2.4. Análise de gestão e lições aprendidas**

**2.2.4.1. Análise de gestão (medidas adotadas).** Identifique e analise a efetividade das medidas adotadas para resolver os problemas e aproveitar as oportunidades relacionadas com a Análise de fatores críticos e explique como foram levadas à prática.

Com respeito às deficiências verificadas pelo REFORSUS nos subprojetos encaminhados para a obtenção de recursos para investimento, o Projeto despendeu elevados esforços de revisão e apoio junto aos proponentes para que seus subprojetos fossem readequados. As áreas técnicas de Engenharia e Arquitetura – UEA, Engenharia Clínica – UEC, e de Modernização Gerencial – UMG, muitas vezes deslocaram seus técnicos para Estados e Municípios para auxiliarem em suas categorias de investimento do subprojeto.

O REFORSUS, diante das dificuldades dos proponentes para a realização das licitações com as regras dos dois Bancos, deslocou técnicos da Unidade de Licitação – ULI, da UEA ou da UEC para acompanhar todas as 290 licitações internacionais realizadas no componente descentralizado (CP 1). Essa dificuldade não foi prevista inicialmente e o esforço que foi requerido para atenuá-la foi significativo, mas, foi fundamental para que os procedimentos fossem exitosos e não se perdesse mais tempo na execução de cada um dos referidos subprojetos.

A questão orçamentária foi outro elemento dificultador na execução do Projeto, posto que nos anos 2000 a 2002 o orçamento federal aprovado para o ano corrente raramente durava mais do que a metade do mesmo ano. Esse problema foi minimizado e contornado pelo REFORSUS sob duas formas. Em primeiro lugar, houve uma gestão financeira muito preocupada em associar as alocações orçamentárias disponíveis, sobretudo os restos a pagar (que significam o orçamento aprovado no ano anterior e que está sendo pago no ano presente), às necessidades que iam se apresentando, cancelando o orçamento, o empenho e as ordens bancárias dos subprojetos que não estivessem sendo executados e aprovando os mesmos itens em subprojetos que já contassem com a contrapartida depositada para fins de pagamento. Em segundo lugar, o Projeto negociou mensalmente suplementações orçamentárias junto ao MS para garantir um mínimo de funcionamento. Apesar de todo o esforço, em períodos de final de exercício orçamentário, não era raro que o REFORSUS atrasasse o desembolso de sua contrapartida em 2 ou 3 meses.

**2.2.4.2. Lições aprendidas sobre gestão de projetos (medidas alternativas).** Com base em sua experiência neste projeto e tendo em conta a efetividade das medidas adotadas mencionadas no Análise de gestão, descreva de forma concreta que medidas alternativas recomenda para enfrentar os problemas que possam surgir durante a implementação de futuros projetos similares a este.

Algumas questões fogem completamente à governabilidade do órgão executor, como por exemplo a existência de pessoal para o funcionamento dos serviços de saúde criados com recursos do Projeto, a disponibilidade de recursos financeiros e outros. Esses aspectos, que são cruciais para a obtenção dos efeitos desejados, deveriam ser melhor estudados na aprovação das propostas e colocados como critério de elegibilidade para a submissão de subprojetos ou de sua execução.

O apoio técnico do órgão executor aos proponentes em um projeto de execução descentralizada é crucial e condição necessária para o alcance de seus produtos e resultados. Portanto, esse apoio deve ser planejado antes do início do Projeto como algo que provavelmente será necessário em todas as suas fases: na elaboração do subprojeto, na montagem do edital de licitação, na abertura e julgamento das propostas, na homologação do resultado, na contratação do vencedor do certame, no recebimento dos itens, na instalação dos itens adquiridos, na avaliação de eventuais mudanças de projeto, no acompanhamento da obra, para a realização dos procedimentos financeiros etc.

Eventuais modificações na política econômica do país mutuário que venham a comprometer significativamente a disponibilidade orçamentária do projeto de investimentos e por conseguinte sua execução, deve ocasionar uma revisão imediata dos compromissos firmados entre o país mutuário e o Banco financiador no que diz respeito ao projeto de investimentos e ao contrato de empréstimo.

### **Qualificação da implementação do projeto (IP)**

**2.2.4.3. Qualificação da implementação do projeto.** Qualifique a implementação do projeto com base no Análise de gestão anterior e nos productos (*outputs*) obtidos na quantidade e com a qualidade esperada, em tempo razoável e a custos razoáveis.

☐ Muito Satisfatório (MS)      ☒ Satisfatório (S)      ☐ Insatisfatório (I)      ☐ Muito Insatisfatório (MI)

#### **(Explique sua qualificação)**

Diante das características do Projeto REFORSUS - de execução descentralizada, com baixa qualidade dos subprojetos originalmente apresentados, as dificuldades por parte de proponentes e da própria equipe do REFORSUS em trabalhar com regras diferentes para cada Banco financiador, a elevada necessidade de apoio técnico aos beneficiários locais, as dificuldades orçamentárias e de recursos financeiros tanto do governo federal, mas também dos modernos estaduais e locais - consideramos o desempenho em termos de implementação do Projeto como satisfatório.

O REFORSUS se mostrou pró-ativo diante das dificuldades acima expostas e procurou contorná-las com os instrumentos disponíveis.

## 2.3. ANÁLISE DE SUSTENTABILIDADE

### 2.3.1. Fortalecimento Institucional / Organizacional (FIO)

**2.3.1.1. Áreas fortalecidas o melhoradas pelo projeto.** Identifique as áreas institucionais/ organizacionais fortalecidas ou melhoradas pelo projeto, direta ou indiretamente, e indique o nível de sua influência (nacional, regional, local)

Área Institucional / Organizacional				Nível		
	Sim	Não	N/A	Nacion al	Region al	Local
1. Marco legal e regulatório	[X]	[ ]	[ ]	[X]	[X]	[X]
2. Procedimentos, manuais, guias operacionais	[X]	[ ]	[ ]	[X]	[X]	[X]
3. Capacidade						
3.1. Capacidade da alta gerência	[X]	[ ]	[ ]	[X]	[X]	[X]
3.2. Capacidade de la mediana gerencia	[X]	[ ]	[ ]	[X]	[X]	[ ]
3.3. Capacidade de sistemas de informação	[ ]	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
3.4. Medição de desempenho (capacidade de M&E)	[ ]	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
3.5. Serviço ao cliente	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
4. Estrutura funcional e organizacional	[X]	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	[ ]
5. Planejamento	[X]	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	[ ]
6. Orçamento / gestão financeira	[X]	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	[ ]
7. Coordenação Intra-/ Inter-setorial	[X]	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	[ ]
8. Coordenação Intra-/Inter-organizacional	[X]	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	[ ]
9. Pessoal / desenvolvimento de recursos humanos	[X]	[ ]	[ ]	[X]	[X]	[X]
10. Aquisições	[X]	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	[ ]
11. Auto-avaliação, auditoria & apresentação de contas	[X]	[ ]	[ ]	[X]	[X]	[ ]

**2.3.1.2 Fortalecimento alcançado pelo projeto no país.** Descreva os aportes mais significativos do projeto (máximo 3) ao processo de fortalecimento institucional/organizacional no país.

O aporte mais significativo do REFORSUS ao processo de fortalecimento institucional/organizacional no país foi relativo ao marco legal, contribuindo junto à reforma sanitária brasileira ao apoiar a NOB 96, fortalecer seus fluxos institucionais e instancias decisórias e favorecer a implantação da NOAS 2001. O Projeto apoiou os marcos de política de saúde daquele momento ao enfatizar a redução na iniquidade ao acesso aos serviços de saúde e a atenção preventiva por meio da saúde da família.

Um segundo importante aporte foi relativo à capacitação da alta e média gerência nos níveis nacional, regional e local. O elevado aporte de recursos e a complexidade de sua execução obrigaram os gestores do sistema a se capacitarem melhor, a selecionarem melhores gerentes, a mantê-los durante mais tempo e a treiná-los.

**2.3.1.3. Fortalecimento alcançado pelo projeto no Organismo Executor.** Descreva os aportes mais significativos do projeto (máximo 3) ao processo de fortalecimento institucional/organizacional no Organismo Executor. Descreva a situação antes/depois do projeto.

O aporte mais significativo do Projeto no organismo executor foi o desenvolvimento de recursos humanos e a formação de quadros para o MS. As diferentes áreas técnicas (UEA, UEC, UMG e ULI) se tornaram mais qualificadas no âmbito do MS e passaram a servir como locais de consulta e multiplicadores de conhecimento. As unidades técnicas do REFORSUS emitiram pareceres referentes a outros investimentos do MS, aproveitando uma expertise que não existia, convertendo-se, ele mesmo, em um valor agregado, ao reforço institucional.

Outro aporte significativo foi o desenvolvimento de tecnologia gerencial. A sistemática de supervisão de obras e equipamentos pelo REFORSUS foi inovadora no MS e contribuiu para que o Ministério aprimorasse suas exigências e instrumentos de controle em outras linhas de investimento.

O REFORSUS também contribuiu para aproximar diferentes áreas e Secretarias do MS em torno de projetos e de investimentos de interesse comum.

#### 2.3.1.4. Qualificação da contribuição do projeto ao FIO

☐ Muito Relevante (MR)

☐ Relevante (R)

☒ Pouco Relevante (PR)

☐ Irrelevante (I)

##### (Explique sua qualificação)

O REFORSUS fortaleceu em alguma medida as áreas do MS a ele relacionadas, mas, praticamente não influenciou aspectos centrais como a capacidade de sistemas de informação e a medição do desempenho, e alterou pouco a coordenação intersetorial e organizacional.

#### 2.3.2. Sustentabilidade do projeto

**2.3.2.1. Alcance da sustentabilidade do Projeto.** Em consulta com as autoridades do Organismo Executor, defina que ações, serviços e/ou produtos deveriam seguir sendo sustentáveis, e durante quanto tempo, a fim de assegurar a sustentabilidade dos efeitos e futuros impactos esperados do projeto.

Os serviços e produtos que devem seguir sendo sustentáveis são os investimentos proporcionados pelo REFORSUS, em obras e equipamentos médicos.

**2.3.2.2. Bases para a Análise de Sustentabilidade.** Em uma escala de 1 a 4 estime a probabilidade de que durante o ano seguinte à terminação do projeto (e do financiamento do Banco) existam os seguintes arranjos e recursos institucionais e organizacionais no país, necessários para manter as ações, serviços, produtos, efeitos e futuros impactos iniciados pelo projeto e definidos no 2.3.2.1.

Arranjos institucionais / organizacionais e recursos	Probabilidade
1. Apoio da alta gerencia na Agência Executora	Baixa ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
2. Marco político, legal e regulatório	Baixa ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
3. Preparativos e capacidade organizacional	Baixa ← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
4. Coordenação inter-organizacional	Baixa ← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
5. Disponibilidade de recursos financeiros	Baixa ← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
6. Pessoal idôneo	Baixa ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
7. Recursos para manutenção da infra-estrutura física	Baixa ← <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
8. Apoio dos beneficiários do projeto	Baixa ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A
9. Apoio do governo nacional	Baixa ← <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Alta <input type="checkbox"/> N/A

**2.3.2.3. Análise de causas de base que afetam negativamente a sustentabilidade.** Com base no ponto anterior, e considerando os possíveis fatores que possam afetar a sustentabilidade do projeto, identifique as causas concretas pelas quais você considera que os futuros impactos, efeitos imediatos, produtos, ações e/ou serviços descritos em 2.3.2.1 possam não ser sustentáveis e explique por que.

As principais causas que afetam negativamente a sustentabilidade dos investimentos são os reduzidos preparativos que os estabelecimentos de saúde e os governos locais realizaram para o início da operação dos serviços e a pequena capacidade organizacional das redes de saúde locais, que são intensificadas por uma baixa coordenação inter-organizacional, e a pouca disponibilidade de recursos financeiros, principalmente nas esferas locais.

**2.3.2.4. Análise de causas de base que contribuem favoravelmente à sustentabilidade.** Com base nas análises prévias e considerando os possíveis fatores que possam contribuir para a sustentabilidade do projeto, identifique as causas concretas pelas quais você considera que os futuros impactos, efeitos imediatos, produtos, ações e/ou serviços descritos em 2.3.2.1. possam ser sustentáveis, e explique por que.

Os aspectos que contribuem mais favoravelmente à sustentabilidade são o apoio da alta gerência na agência executora, dos beneficiários do projeto e do governo nacional. Os gestores do SUS (estaduais e municipais) efetivamente encamparam os investimentos proporcionados pelo REFORSUS como projetos de seus governos e da saúde local.

Outro aspecto é o fato dos investimentos realizados terem forte legitimidade e institucionalidade, que foram alcançados por sua elevada priorização em diferentes instâncias do SUS. O processo de apresentação e de julgamento de propostas e a utilização das diferentes instâncias deliberativas do SUS (os conselhos de saúde, a bipartite e a tripartite) favoreceram a seleção de projetos necessários e impactantes na saúde pública local. Por esse motivo, de uma forma geral os investimentos realizados são relevantes em suas micro-regiões (a quase totalidade realizada em municípios-polo selecionados como distritos sanitários da NOAS 2001) e que são um dos poucos recursos disponíveis para a clientela SUS.

**2.3.2.5. Lições aprendidas para a sustentabilidade (medidas adotadas).** Com base em sua experiência neste projeto e tendo em conta a Análise anterior, descreva de forma concisa as medidas adotadas em seu desenho e/ou sua implementação que foram eficazes para melhorar a sustentabilidade do projeto e explique como se conduziu a prática.

O REFORSUS exigiu apenas que o responsável por cada subprojeto no Componente 1 (secretários de Saúde, Prefeitos, Governadores e Provedores de hospitais) se comprometesse em viabilizar os elementos necessários ao funcionamento adequado do serviço e que garantissem a sustentabilidade do investimento.

O compromisso assumido pelos proponentes dos subprojetos foi um documento assinado na fase de aprovação de propostas, em 1997/1998, que tem uma efetividade muito limitada.

O Projeto atribuiu pouca importância à garantia das condições de sustentabilidade do investimento pelo proponente do subprojeto. Adicionalmente a esse fato, em virtude de dos requisitos para execução do Projeto, exauriu os recursos locais ao exigir uma contrapartida financeira de 15% do investimento realizado, e ainda requereu esforços significativos das pessoas no processo de execução do recurso, reduzindo a capacidade de reflexão a respeito do planejamento do funcionamento e da manutenção do serviço.

**2.3.2.6. Lições aprendidas para a sustentabilidade (medidas alternativas).** A partir de sua experiência neste projeto e tendo em conta as Análises anteriores, descreva de forma concisa as medidas alternativas que recomenda ter em conta durante o desenho e/ou a implementação para melhorar a sustentabilidade de futuros projetos.

Destacar a questão da sustentabilidade no projeto de investimentos, especialmente em seu início, desde a elaboração da solicitação para o investimento, e inseri-lo na atividade de supervisão e acompanhamento do subprojeto.

Exigir a elaboração de um plano de sustentabilidade do investimento e verificar seu cumprimento sob a pena de cancelamento do recurso.

**2.3.2.7. Plano de Sustentabilidade.** Tendo em conta as análises anteriores, descreva as ações concretas que o País Mutuário e/ou o Banco deveriam realizar durante o próximo ano para assegurar a sustentabilidade dos futuros impactos, efeitos, produtos, ações e/ou serviços identificados em 2.3.2.1.

Como medidas alternativas, em primeiro lugar, a sustentabilidade do investimento deve ser encarada com maior preocupação. Não deve ser apenas um aspecto formal, requerido para a aprovação da proposta de investimentos e no início do projeto. O desenvolvimento das ações necessárias para garantir as condições de sustentabilidade do investimento deve ser objeto de avaliação pelo Projeto e deve ser supervisionado durante e imediatamente após sua execução.

Em segundo lugar, o principal objetivo é que haja planejamento para o início da prestação do serviço e o recurso financeiro seja suficiente para seu custeio. Portanto, sugerimos que ao invés de se estabelecer uma contrapartida financeira local, que deverá ser depositada após a emissão de cada nota fiscal por cada produto entregue, seria mais ágil, menos burocrático e mais eficiente, que se programasse o funcionamento do serviço e que se destinasse os recursos financeiros para esse gasto.

Em terceiro lugar, sugerimos que seja elaborado, na Proposta de solicitação do recurso (subprojeto), um plano de sustentabilidade (com ações, especificação de recursos, cronograma etc). Caberia ao Projeto de investimentos acompanhar a execução desses planos e diante, de seu não cumprimento a contento, deveria sustar o investimento principal.

**2.3.2.8. Qualificação da sustentabilidade do projeto.** Com base nas análises prévias e as perspectivas do Plano de Sustentabilidade, qualifique a probabilidade de que o projeto seja sustentável durante os próximos três (3) anos:

☐ Muito Provável (MP)

☒ Provável (P)

☐ Pouco Provável (PP)

☐ Improvável (I)

**(Explique sua qualificação)**

Consideramos que a maior parte dos investimentos seja sustentável. Entretanto, essa é uma fragilidade do Ministério da Saúde e que foge à sua governabilidade imediata. Apesar de avaliarmos que a maior parte dos investimentos tenderá a ser sustentável devido à elevada importância que o serviço desempenha na rede local de saúde e ao desgaste político que significaria seu fechamento, também esperamos, em virtude dos aspectos já apontados, que um percentual de cerca de 15 a 20% desses serviços será descontinuado nos três primeiros anos de funcionamento.

## 2.4. DESEMPENHO DO EXECUTOR

**2.4.1. Desempenho do Organismo Executor em áreas críticas.** Avalie o desempenho do Organismo Executor (incluindo co-executores e a Unidade Coordenadora / Executora do projeto) nas seguintes áreas:

1. Participação e qualidade de suas contribuições durante o desenho do projeto	Baixa ← [ ] [ ] [ X ] [ ] → Alta [ ] N/A
2. Organização da Unidade Coordenadora / Executora do projeto (pessoal, infra-estrutura, coordenação, comunicação, etc.)	Baixa ← [ ] [ ] [ X ] [ ] → Alta [ ] N/A
3. Coordenação e integração da Unidade Coordenadora / Executora de Projeto com o Organismo Executor	Baixa ← [ ] [ ] [ ] [ X ] → Alta [ ] N/A
4. Monitoramento e avaliação de resultados (linha de base, sistemas, procedimentos, recopilação, Análise e reporte de informação, etc.)	Baixa ← [ X ] [ ] [ ] [ ] → Alta [ ] N/A
5. Capacidade gerencial e processo de tomada de decisões da Unidade Coordenadora / Executora de Projeto	Baixa ← [ ] [ ] [ X ] [ ] → Alta [ ] N/A
6. Cumprimento oportuno de políticas, procedimentos do Banco e cláusulas contratuais	Baixa ← [ ] [ ] [ X ] [ ] → Alta [ ] N/A
7. Gerencia financeira (disponibilidade de recursos de contrapartida, desembolsos, qualidade dos EFAs, etc.)	Baixa ← [ ] [ X ] [ ] [ ] → Alta [ ] N/A
8. Oportunidade e eficiência na aquisição de obras, bens e serviços de consultoria	Baixa ← [ ] [ ] [ X ] [ ] → Alta [ ] N/A
9. Liderança da alta gerencia do Organismo Executor, sentido de propriedade e apoio à execução do projeto	Baixa ← [ ] [ ] [ ] [ X ] → Alta [ ] N/A
10. Ações concretas por assegurar a sustentabilidade do projeto	Baixa ← [ X ] [ ] [ ] [ ] → Alta [ ] N/A

**2.4.2. Lições aprendidas para a organização e funcionamento da UEP (medidas adotadas).** A partir de sua experiência neste projeto, identifique que medidas adotadas a respeito da estrutura, organização e processos na Unidade Coordenadora/Executora de Projeto, assim como os perfis de seu pessoal resultaram eficazes e explique como foram levadas à prática.

Uma importante medida adotada a respeito da estrutura e organização pela unidade coordenadora do projeto foi sua estruturação em moldes acima do planejado. O desenho original se demonstrou sub-dimensionado logo no início do Projeto, na fase de avaliação e aprovação dos subprojetos.

O desenho composto por uma estrutura descentralizada, com uma UGP, UATRs e gerências estaduais, foi mantido e demonstrou-se bem adequado às características do REFORSUS, de um Projeto de execução descentralizada.

A estrutura organizacional do Projeto foi evoluindo na medida em que a execução dos recursos foi se intensificando e novas tarefas foram se agregando. As áreas técnicas foram crescendo, se subdividindo, até que em 1999/2000 (dois a três anos após seu início), o Projeto assumiu um formato mais definitivo. Ao contrário do que se supunha inicialmente, as diferentes fases do Projeto (aprovação das propostas, análise dos editais licitatórios, análise dos procedimentos licitatórios, processamento dos pagamentos, comprovação dos gastos, avaliação do impacto do investimento e outros) não foram se sucedendo umas às outras, mas, aconteceram concomitantemente e durante um período muito extenso. Isso exigiu equipes maiores e unidades permanentes, com maior e mais sofisticadas estruturas, fluxos e processos organizacionais.

O REFORSUS se organizou por áreas técnicas e por tipo de atividade, por exemplo: obras, equipamentos médico-hospitalares, modernização gerencial, prestação de contas, licitação, financeira, acompanhamento e avaliação, e componente 2. Essas áreas tinham o mesmo nível hierárquico e eram subordinadas à coordenação

geral.

Essa estrutura facilitava a comunicação entre as áreas e com a coordenação geral, mas, proporcionava uma visão excessivamente fracionada de cada subprojeto. A execução de uma determinada categoria de gasto de um subprojeto passava necessariamente por no mínimo 4 áreas diferentes, sem contar a quantidade de vezes que passava no mesmo setor. Isso resultava em um processo decisório longo, mais propenso a erros e descontínuo.

Em termos de pessoal, as áreas técnicas eram formadas por especialistas, com qualificações muito específicas, que foram aprimoradas durante o tempo em que atuaram no REFORSUS. O Projeto também possibilitou que seus técnicos realizassem cursos e participassem de congressos que pudessem agregar conhecimentos para o setor em que atuavam.

As UATRs serviam como braços descentralizados da UGP, no entanto, poderiam ter sido melhor empregados. O Projeto contou com uma estrutura muito centralizada na UGP e na coordenação geral, o que muitas vezes tornou o processo decisório mais lento.

#### **2.4.3. Lições aprendidas para a organização e funcionamento da UEP (medidas alternativas).**

Com base em sua experiência durante a implementação deste projeto, se em um futuro projeto haverá a possibilidade de redesenhar a estrutura, organização e processos da Unidade Coordenadora/Executora de Projeto, assim como os perfis de seu pessoal, que medidas alternativas recomendaria para melhorar seu desempenho.

Em primeiro lugar, a estrutura para um Projeto com tal dimensão e complexidade não pode conter apenas 25 pessoas na UGP, como planejado na proposta de empréstimo. O dimensionamento de futuros projetos de investimento deve levar em consideração a experiência do REFORSUS, tanto em sua parte descentralizada quanto na centralizada.

Em segundo lugar, é importante que haja flexibilidade para se redefinir a estrutura organizacional para que ela se adeque rapidamente às necessidades de execução do Projeto.

Em terceiro lugar, no caso de projetos de execução descentralizada, é imprescindível que o órgão executor também conte com uma estrutura descentralizada e que ela possua elevada capacidade e autonomia decisória.

Em quarto lugar, é desejável que a estrutura organizacional seja horizontalizada, mas não muito fragmentada. A estrutura deve refletir da melhor forma possível o cliente e o trabalho a ser executado junto a ele. O caso do REFORSUS sugere que as atividades de análise de editais de licitação, análise dos procedimentos licitatórios e dos contratos e o cadastro e processamento dos pagamentos, poderiam ser efetuados pela mesma unidade técnica que aprovou o investimento. A prestação de contas, visando garantir maior controle sobre as operações, poderia ser realizada por um grupo separado.

Em quinto lugar, é desejável que, no caso de projetos com diferentes fontes de financiamento, haja uma separação clara do que cada organismo irá financiar e que essa delimitação seja prevista antes do início do projeto.

**2.4.4. Qualificação do desempenho do Organismo Executor.** Com base na Análise de Desempenho realizada nesta seção, nos resultados alcançados, assim como na eficiência na implementação do projeto qualifique o desempenho do Organismo Executor:

☐ Muito Satisfatório (MS)

☒ Satisfatório (S)

☐ Insatisfatório (I)

☐ Muito Insatisfatório (MI)

#### **(Explique sua qualificação)**

O desempenho do organismo executor foi satisfatório pelo fato de ter estruturado a agência executora diante de desafios e de umas complexidades maiores do que os esperados, do ineditismo do Projeto e de ter conseguido alcançar os objetivos planejados. A centralização decisória na figura do coordenador geral e a excessiva departamentalização foram contrabalançados pela montagem de uma equipe tecnicamente capacitada, que permaneceu ao longo de todo o Projeto, e do acerto no planejamento de uma estrutura descentralizada para o órgão executor.

## 2.5. BASES PARA A AVALIAÇÃO EX POST

**2.5.1. Previsões para a avaliação ex-post.** Se esta operação, de acordo com o Contrato de Empréstimo, requer uma avaliação ex-post, proporcione a seguinte informação sobre as previsões tomadas (revisar acordos entre o Banco, Mutuário e Executor na Ajuda Memória do Taller de Terminação de Projeto):

1. O Contrato de empréstimo requer uma avaliação ex-post para esta operação? ☒ Não ☐ Sim
2. Para que data está programada? Data início: DD MM AA  
Data Término: DD MM AA
3. Quem é o responsável por realizar a avaliação ex-post? ☐ Banco ☐ Mutuário
4. Quanto é o custo estimado? USD\$
5. Qual é a fonte dos recursos financeiros para a avaliação ex-post?  
☐ Recursos de empréstimo BID  
☐ Recursos do Mutuário  
☐ Outra Fonte

Se os recursos provêm de outra fonte, especifique qual:



**2.5.2. Análise de capacidade para a avaliação ex-post.** Analise a capacidade do Organismo Executor, assim como sua infra-estrutura e processos de informação para coletar, analisar e relatar a informação sobre o alcance dos futuros efeitos e impactos do projeto, e os principais fatores que possam facilitar ou obstaculizar esta avaliação.

→ não aplicável

## 2.6. OUTRAS LIÇÕES APRENDIDAS E RECOMENDAÇÕES

De forma adicional às lições aprendidas já registradas nas seções anteriores deste informe, em seguida pode registrar outras lições aprendidas e recomendações que possam ser úteis para o desenho e a implementação de novos projetos:

. Variação cambial de 184% entre 1996 e 2003. Sugerimos que, diante de variações cambiais que sejam significativas (cerca de 20%), haja uma revisão do acordo de empréstimos (ou cancelamento de recursos). O valor comprometido em Real caiu para um terço devido à variação cambial no período e o REFORSUS ampliou o número de propostas recebidas, incorporou novos investimentos nas propostas já autorizadas e criou um novo componente de investimento e ainda assim não executou todo o recurso disponível.

. Aquisição de equipamentos médico-hospitalares sem pessoal qualificado para operá-lo. Sugerimos que os projetos que contemplem o fornecimento de tecnologia incluam uma linha de financiamento de treinamento de pessoal para a operação correta desses equipamentos. Essa linha poderia ser executada centralizadamente, contratando vagas que seriam oferecidas aos beneficiários dessa tecnologia. O REFORSUS recebeu inúmeras demandas de treinamento para a operação das tecnologias adquiridas e para atualização profissional nas especialidades médicas beneficiadas pelos investimentos.

. Os subprojetos apresentados ao REFORSUS na categoria de obras apresentaram muitos problemas de concepção. Sugerimos que só sejam aceitos para avaliação para fins de financiamento projetos aprovados pela Vigilância de cada SES e que as licitações só possam ocorrer com a existência de projetos executivos.

. Os subprojetos apresentados ao REFORSUS continham muitos problemas de concepção. Sugerimos que o processo de apresentação de propostas seja totalmente informatizado, que sejam realizadas visitas *in loco* para a verificação das informações prestadas e que somente sejam aceitos subprojetos contidos nos Planos Diretores de Investimentos da NOAS 2001/2002.

. O REFORSUS, apesar do montante investido e do grande número de produtos e serviços prestados ficou pouco conhecido na sociedade. Sugerimos que os próximos projetos empreguem melhores canais de comunicação junto à sociedade. O REFORSUS não divulgou nenhum boletim periódico de suas ações pela internet, não divulgou seus subprojetos do Componente 2 e não divulgou os relatórios de seus estudos e consultorias.

. Houve muitas dificuldades de especificação dos equipamentos médico-hospitalares e de sua estimativa de valores. Sugerimos um banco de especificações padronizadas que auxiliem a submissão de propostas no caso de serem elaboradas de forma descentralizada e que seja destacado o Banco de Preços do MS como um auxílio válido para a montagem das propostas de investimento.

. Existência de dificuldades para a licitação de acordo com as regras dos Bancos Internacionais. Sugerimos que as licitações sejam padronizadas quando sejam financiadas por dois financiadores, posto que as Comissões são experientes na realização do procedimento.

. Avaliação de tecnologia médica. Sugerimos que a aquisição de tecnologia de média e alta complexidade seja avaliada primeiramente quanto à sua necessidade na região e a sustentabilidade no estabelecimento de saúde.

. O REFORSUS tem tido problemas com as prestações de conta por parte dos beneficiários dos recursos. Sugerimos que seja estabelecido no caso de futuros financiamentos que se dará preferência por beneficiários que concluíram sua prestação de contas relativas a projetos anteriores.

. Projetos complexos e descentralizados como REFORSUS, com centenas de beneficiários devem ter um modelo de avaliação aprovado pelo Banco antes de sua aprovação, com sistema de informação agregado.

. Poderia ser muito útil, na fase de preparação, compatibilizar ao máximo instrumentos e documentos a serem utilizados pelos executores, especialmente quando são financiados por dois organismos (BID/BIRD).

. Projetos de investimentos desta natureza devem contemplar um componente de formação bastante amplo, que responda a todas as necessidades de capacitação.

. A categoria de investimento de modernização gerencial nos subprojetos do CP 1, prevista inicialmente em no mínimo 15% do valor total investido em cada proposta, alcançou apenas 5,7%. Esse montante somente alcança o percentual planejado de 15% caso consideremos os investimentos realizados pelo CP 2 (treinamentos gerenciais, informatização de estabelecimentos de saúde e hospitais piloto de modernização gerencial) para resolverem os problemas da inexpressividade, pouca clareza e inadequação dos projetos de modernização gerencial que foram apresentados para cada subprojeto. Entendemos que os esforços promovidos centralizadamente pelo REFORSUS com vistas à modernização gerencial da rede SUS alcançaram um desembolso duas vezes maior do que os executados de maneira descentralizada, com custos menores e provavelmente com maiores resultados. Sugerimos que o componente de modernização gerencial não seja realizado de maneira descentralizada. Propomos que em Projetos de investimentos similares, a categoria de modernização gerencial seja organizada de duas formas: i) com base em uma gama de soluções gerenciais desenvolvidas pela UGP e oferecidas aos beneficiários dos subprojetos de forma centralizada, de acordo com critérios e condições pré-estabelecidos; e ii) com base em subprojetos que contemplem soluções mais ampliadas, que ao invés de beneficiarem estabelecimentos de saúde individualmente, contemplem grupos de unidades de saúde que tenham um mesmo proponente ou responsável, como por exemplo os hospitais de um determinado município ou de um governo estadual.

. O BIRD, inicialmente, possuía um especialista com dedicação integral para o acompanhamento do Projeto REFORSUS enquanto que o BID não tinha. Entendemos que um Projeto com tal dimensão e complexidade exige tal necessidade de dedicação e um profissional exclusivo., aspeto que não aconteceu no BID

Anexos 1A e 1B  
Financiamento do Projeto

Anexo 1-A  
**Fonte de Financiamento**  
(Montantes em mil USD\$)

Categorias de Investimentos	Original				Atual				Brecha como % do Original			
	BID	Mutuário	Outras Fontes BIRD	Total	BID	Mutuário	Outras Fontes BIRD	Total	BID	Mutuário	Outras Fontes BIRD	Total
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
<b>1.</b>	23.100,00		12.000,00	35.100,00	11.253,92		8.873,14	20.127,06	11.846,07		3.126,86	14.972,93
<b>2. 1</b>	293.400,00	100.000,00	233.000,00	626.400,00	208.163,12	101.161,75	216.772,93	526.097,80	85.236,88	(1.161,75)	16.227,07	100.302,19
<b>2. 2</b>	30.000,00		30.000,00	60.000,00	33.001,55		26.793,85	59.795,40	(3.001,55)		3.206,14	204,59
<b>3.</b>			25.000,00	25.000,00							25.000,00	25.000,00
<b>4.</b>	3.500,00			3.500,00	2.864,00			2.864,00	636,00			636,00
<b>TOTAL</b>	350.000,00	100.000,00	300.000,00	750.000,00	255.282,59	101.161,75	252.439,92	608.884,27	94.717,40	(1.161,75)	47.560,07	141.115,73

Anexo 1- B  
**Calendário de Investimentos**  
(Montantes em mil US\$)

Anos	Original				Atual				Brecha
	<b>BID</b>	<b>Mutuário</b>	<b>Outros</b>	<b>Total</b>	<b>BID</b>	<b>Mutuário</b>	<b>Outros</b>	<b>Total</b>	(8)- (4)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)(em %)
<b>1997</b>	115.000,00	25.000,00	100.000,00	240.000,00	0	7.084,56	38.913,88	45.998,44	19,16
<b>1998</b>	100.000,00	25.000,00	85.000,00	210.000,00	17.131,80	8.459,19	24.045,80	49.636,81	23,63
<b>1999</b>	80.000,00	25.000,00	65.000,00	170.000,00	15.261,61	9.420,23	27.623,91	52.305,75	30,77
<b>2000</b>	55.000,00	25.000,00	50.000,00	130.000,00	53.007,72	18.767,29	24.952,65	96.727,68	74,40
<b>2001</b>					63.867,85	22.757,63	80.446,39	167.071,86	
<b>2002</b>					72.338,56	18.118,38	23.580,90	114.037,84	
<b>2003</b>					33.675,04	11.514,16	26.780,87	71.970,07	
<b>2004</b>					0	5.040,28	6.095,50	11.135,78	
<b>TOTAL</b>	350.000,00	100.000,00	300.000,00	750.000,00	255.282,59	101.161,75	252.439,92	608.884,27	81,18

## Anexo 1- C

### **Informação Financeira e Estados Financeiros Auditados**

Completado pelo Especialista Financeiro Edu César Gonzaga

**1. Capacidade do Organismo Executor.** Avalie em termos gerais a capacidade do Organismo Executor para administrar os recursos do projeto de forma eficiente e transparente (sistemas de informação, procedimentos, capacidade do pessoal, etc).

#### MINISTÉRIO DA SAÚDE - PROJETO REFORSUS

A entidade cumpriu regularmente com a apresentação dos relatórios financeiros, ou seja :

- Foram apresentados sistematicamente os relatórios semestrais do Fundo Rotativo desde seu primeiro em 05/03/1999 até a data de dezembro de 2003.
- Relatórios contendo a Demonstração de Aporte Local Anual.
- Plano anual de Investimentos.
- Estados Financeiros Auditados.

**2. Sistema Contábil e Controle Interno.** Avalie a eficácia dos sistemas contábil e de controle interno que utilizou o Organismo Executor durante a implementação do projeto para produzir informação financeira confiável e de forma oportuna.

A unidade de Gerencia do Projeto não implantou um modulo informatizado para geração de relatórios contábeis e financeiros solicitado, desde o inicio do programa 1998 ate o seu termino 2004, o que provocou em consequência falta de relatórios financeiros adequados que o executor deveria encaminhar a Secretaria Federal de Controle Interno (SFCI), órgão Auditor do projeto, ocasionando analises incompletas e dificuldades de analises dos relatórios encaminhados por parte dos auditores ao BID.

Segundo o Especialista Financeiro anterior, na CBR-2514 de 01/07/1999, após visita realizada relatou : permanecem pendentes de implantação os denominados módulos financeiros, razão pela que as demonstrações financeiras básicas do projeto foram preparadas manualmente em 1998 e continuava ate esta data da mesma forma razão pela qual não foi possível contar com demonstrações financeiras atualizadas.

Segundo os relatórios dos Auditores da SFCI, dos diversos anos, o órgão executor manteve um sistema de controles internos financeiros e administrativos, que atendeu razoavelmente as informações gerenciais básicas, entretanto apresentou constantemente falhas com relação ao controle patrimonial.

**3. Qualidade da informação financeira.** Avalie a qualidade da informação financeira que o Organismo Executor apresentou ao banco durante a implementação do projeto (Relatórios de Progresso, Relatório de Fundo Rotativo, Estados Financeiros, etc.).

Reiterados relatórios destacaram:

- 3.1- Em matéria de controles internos, os relatórios das auditorias continuam.  
Observando as mesmas deficiências por ocasião de sua primeira apresentação, pelo que, conforme foi solicitado em reiteradas oportunidades, urge que se adotem medidas efetivas a respeito.CBR-5541/2000 de 18/12/2000.

3.2- O relatório da SFCI identifica na carta Gerencial um importante número de debilidades no controle interno do Projeto, tanto de natureza financeiro-Contábil quanto operativa. CBR-2582/2002 de 13/06/2002.

3.3- SFCI no EFA 2003 no parecer sobre cláusula contratuais(fl 25) conclui que órgão executor mantém um sistema de controles internos financeiros e administrativos que atende razoavelmente as informações gerenciais básicas.

**4. Estados Financeiros Auditados.** Tendo em conta a história registrada no LMS sobre as qualificações dos Estados Financeiros Auditados (Limpa, Ressalvas, Negação, Abstenção), avalie em termos gerais a qualidade e oportunidade dos EFAs.

No ano de 1999 foi apresentado EFA de 1998 e aprovado com ressalvas.  
Apresentado EFA em 12 maio 1999.

CBR-2554/1999 solicita dados adicionais

CBR-3531/1999 cumprido art 7.03(a)(iii) com ressalvas(08/09/1999).

No ano de 2000 foi apresentado EFA de 1999 e aprovado com ressalvas.

Apresentado EFA em 26 junho 2000

CBR-3057/2000 solicita dados adicionais

CBR-5541/2000 cumprido art 7.03(a)(iii) com ressalvas(18/12/2000).

No ano 2001 foi apresentado EFA de 2000 e aprovado com ressalvas.

Apresentado EFA em 30 abril 2001

CBR-3801/2001 solicita dados adicionais

CBR-0635/2002 cumprido art 7.03(a)(iii) com ressalvas (25/02/2002).

No ano 2002 foi apresentado EFA de 2001 e considerado incompleto.

Apresentado EFA em 06 maio 2002

CBR-2582/2002 não cumprido art 7.03(a)(iii) (13/06/2002)

No ano 2003 foi apresentado EFA de 2002 e considerado incompleto.

Apresentado EFA em 28 março 2003

SFC da como abstenção de parecer por falta de informações financeiras  
(CBR-3183/2003)

relatório complementar = não cumprido art 7.03(a)(iii)

No ano 2004 foi apresentado EFA de 2003 e solicitado informações adicionais.

Executor solicita (ofício 5334) dispensa de implementar modulo contábil,

BID nega - CBR-3849/2003.

Apresentado EFA em 03 maio 2004.

CBR-3208/2004 não cumprido art 7.03(a)(iii) (06/07/2004).

**5. Lições Aprendidas.** Registre as principais lições aprendidas, a partir da execução desta operação, relevantes para melhorar a administração financeira e contábil de futuras operações.

Como ressalta o CRG de 15 de outubro de 2002 a apresentação de um plano de contas elaborado pelo executor e aprovado pelo BID(CBR 3388/97), como condição previa ao primeiro desembolso, não é condição suficiente para assegurar uma adequada execução dos controles

contábeis/financeiros do projeto.

Seria recomendável que fosse exigido junto com um plano de contas (condição previa) um sistema contábil/financeiro informatizado utilizando este plano contábil aprovado, já que o plano contábil aprovado sem o sistema contábil/financeiro informatizado não disponibiliza informações contábeis do projeto, que foi o caso do Projeto 951/OC-BR.

Em 05 de setembro de 2003 o coordenador executivo do projeto solicita a dispensa da implementação do modulo informatizado para geração dos relatórios contábeis, tendo em vista que por se tratar de entidade da Administração Publica Federal.

é obrigado a se utilizar o SIAFI - Sistema de Administração Financeira do Governo Federal que possuem todos os lançamentos contábeis da Administração Publica Federal, inclusive daqueles realizados em projetos financiados com recursos externos, como é o caso do REFORSUS e de outros vinte grandes programas do BID no Brasil. Um estudo deve ser feito por parte do BID de como adequar os relatórios do SIAFI as necessidades de Auditoria da SFCI visando atender aos AF's do BID.

## Anexo 1- D

### Resumo da Avaliação Final do REFORSUS pelo Banco Mundial

(IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT – CPL-40470, Report No: 29325,  
Document of The World Bank, June 14, 2004)

#### Annex 8. Borrower's Contribution

##### **SUMMARY END-OF-PROJECT REPORT ON THE REFORSUS PROJECT**

###### **Brief Background:**

In 1996, the Federal Senate's Temporary Commission on Unfinished Works (*Comissão Temporária de Obras Inacabadas*) elaborated a report entitled A Snapshot of Waste in Brazil (*Retrato do Desperdício no Brasil*). Amongst other data, this report stated that there were approximately 2000 unfinished works and projects in the sector of public health.

Within such context, the Reforsus Project came about in 1996 with the objective of minimizing the lack of investments made in the infrastructure of construction work in medical assistance facilities. In addition, the project also strived to renew and update the medical and hospital equipment in such facilities – many of which were in precarious state of preservation and were consequently not in working conditions. At the time, the Project was noted as being the biggest investment that had ever been undertaken by the Federal Government in the social area.

For the Project to be carried out, the financing banks and governmental bodies (federal, state, and local) decided that all sub-projects that would be approved and financed would be of each state's responsibility. The Municipal Secretariats of Health, Non-profit Institutions, and the State Secretariats of Health would define which investments were most needed in each region, within the limited budget that had been previously approved for each state.

###### **Objectives:**

Project Reforsus objectives were: (i) the implementation of strategic measures geared towards the strengthening of the development of the Single Health System (*Sistema Único de Saúde – SUS*) so as to contribute to the entirety, integration, and equality in the access to health and medical services and hence (ii) improve the SUS's capacity and efficiency through means of recuperating the physical and technological facilities of the existing health services network, and finally (iii) promote institutional development in the health sector through measures aimed at improving the system's managerial capacity at its different levels.

###### **Design:**

With the objective of enhancing Project operationalization and efficiency guarantee, Project actions were idealized and grouped in two components that were subdivided according to programmatic areas.

Component I – Encompasses hospital, medical office, and support services in different levels of complexity so as to guarantee the undertaking of measures focused on the promotion, protection, and recovery of health so as to support the improvement in the SUS's capacity and efficiency.

###### **Programmatic Areas of Component I:**

- Programmatic Area I – Physical and Technological re-adaptation of the health assistance network.
- Programmatic Area II – Family Health Program.

- Programmatic Area III – Enlargement and improvement in the quality of the hematological and hemotherapeutic networks.
- Programmatic Area IV – Increase in the capacity and improvement in the quality of Public Health Laboratories.

**Component II** – This component is geared towards System management and aims to provide management organizations (Ministry of Health, State Secretariats of Health, and Municipal Secretariats of Health) with tools that allow them to carry out managerial duties in a more efficient manner according to the SUS's premises. The component abides to differentiated standards and finances consulting services. It also includes technical assistance, epidemiologic, economic and legal studies, as well as seminars, consensus groups, workshops, field studies, training and publications that foster innovations in the management of the health sector.

#### Programmatic Areas of Component II:

- Programmatic Area I – National Information Network.
- Programmatic Area II – Strengthening Policy-Making Capacity.
- Programmatic Area III – Managerial Development and Training.
- Programmatic Area IV – Improvement and Quality Guarantee in Health.

In light of the exchange rate variation, there was an excess of funds corresponding to the devaluing of the national currency (the Real). Hence, there was a raise of investment in existing components such as strategic investments (high-risk pregnancies), new studies for Component II, and investment in equipment for the sub-projects that were initially contemplated with construction of facilities and for the sub-projects that were contemplated with equipment that did not fully meet their needs.

#### **Project Implementation:**

**Construction Work**– Of the 562 construction works that were contemplated with Reforsus funds, 237 (42%) (in 229 sub-projects) received resources from the World Bank. The proposals for construction works included Component I's four programmatic areas, with special priority having been given to the conclusion of unfinished facilities, enlargement and remodeling of existing medical facilities. The inclusion of new proposals was only admitted in Programmatic Areas III and IV (Hemorrede and Lacens). It's important to note that in the construction work category, a total of 1796 visits to the 229 World Bank projects were carried out, averaging 7.84 visits per sub-project.

It is also important to mention that the number of construction works (237) is greater than the number of sub-projects (229) as some sub-projects were contemplated with more than one construction work. The sub-projects in Programmatic Area III (Hemorrede) invariably encompass more than one hemotherapeutic unit in a single sub-project and are worthy of special mention.

**Equipment** – Of the 614 sub-projects that were contemplated with equipments of high, medium, and low complexity and which were financed by the World Bank, 311 sub-projects were supervised (approximately 50%). If we take the high-complexity area, we can highlight that a total of 415 pieces of equipment were acquired with World Bank resources as for example: 08 linear accelerators, 22 computerized tomographers, and 03 magnetic resonance machines.

It is worth mentioning that the total value of the supervised sub-projects corresponded to approximately 60% of the total amount allocated for the category. This fact demonstrates that priority was given to the supervision of sub-projects making use of greater financial amount.

Comparison of Project Financing per Component (in US\$)

Component	Original			
	World Bank	IDB	GOV	Total
<b>Component I</b>	<b>233,000,000.00</b>	<b>223,550,000.00</b>	<b>91,800,000.00</b>	<b>548,350,000.00</b>
PA I	174,137,000.00	152,414,000.00	62,424,000.00	388,975,000.00
PA II	22,900,000.00	22,600,000.00	9,180,000.00	54,680,000.00
PA III	25,565,000.00	26,435,000.00	11,016,000.00	63,016,000.00
PA IV	10,398,000.00	22,101,000.00	9,180,000.00	41,679,000.00
Strategic Investment	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>Component II</b>	<b>30,000,000.00</b>	<b>99,850,000.00</b>	<b>8,200,000.00</b>	<b>138,050,000.00</b>
<b>Project Administration</b>	<b>12,000,000.00</b>	<b>23,100,000.00</b>	<b>0.00</b>	<b>35,100,000.00</b>
<b>Reserve</b>	<b>25,000,000.00</b>	<b>3,500,000.00</b>	<b>0.00</b>	<b>28,500,000.00</b>
<b>Total</b>	<b>300,000,000.00</b>	<b>350,000,000.00</b>	<b>100,000,000.00</b>	<b>750,000,000.00</b>

Component	Final			
	World Bank	IDB	GOV	Total
<b>Component I</b>	<b>244,889,156.34</b>	<b>255,249,304.66</b>	<b>98,876,606.26</b>	<b>599,015,067.26</b>
PA I	159,825,416.16	183,711,467.19	77,708,628.36	421,245,511.71
PA II	26,718,500.52	0.00	2,532,474.74	29,250,975.26
PA III	27,294,677.02	12,181,751.76	7,608,563.39	47,084,992.17
PA IV	14,050,772.49	7,385,915.74	4,841,280.68	26,277,968.91
Strategic Investment	16,999,790.16	51,970,169.97	6,185,659.08	75,155,619.21
<b>Component II</b>	<b>26,730,459.64</b>	<b>57,064,881.88</b>	<b>2,285,144.66</b>	<b>86,080,486.18</b>
<b>Project Administration</b>	<b>12,696,941.13</b>	<b>19,318,599.09</b>	<b>0.00</b>	<b>32,015,540.22</b>
<b>Reserve</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
<b>Total</b>	<b>284,316,557.11</b>	<b>331,632,785.63</b>	<b>101,161,750.91</b>	<b>717,111,093.66</b>

Comparison of the Project Financing per Expenditure Category (in US\$)

Category	Original			
	World Bank	IDB	GOV	Total
No allocation	25,000,000.00	3,500,000.00	0.00	28,500,000.00
Administrative Expenses	12,000,000.00	23,100,000.00	0.00	35,100,000.00
Construction Work	121,000,000.00	55,000,000.00	34,627,000.00	210,627,000.00
Goods	112,000,000.00	169,550,000.00	53,944,000.00	335,494,000.00
Consulting Services	30,000,000.00	98,850,000.00	11,429,000.00	140,279,000.00

<b>Total</b>	<b>300,000,000.00</b>	<b>350,000,000.00</b>	<b>100,000,000.00</b>	<b>750,000,000.00</b>
Category	Final			
	World Bank	IDB	GOV	Total
No allocation	0.00	0.00	0.00	0.00
Administrative Expenses	12,696,941.13	19,318,599.09	0.00	32,015,540.22
Construction Work	60,584,975.71	89,852,917.67	62,689,377.83	213,127,271.21
Goods	176,170,197.70	147,311,775.85	36,290,218.03	359,772,191.58
Consulting Services	34,864,442.56	75,149,493.02	2,182,155.07	112,196,090.65
<b>Total</b>	<b>284,316,557.10</b>	<b>331,632,785.63</b>	<b>101,161,750.93</b>	<b>717,111,093.66</b>

Note: US\$ 21,120,000.00 from the World Bank and US\$ 56,547,869.94 from the IDB were cancelled.

For the effect of evaluating the assistance activities undertaken by the medical institutions encompassed by the Reforsus Project, a model was elaborated with the objective of verifying the attainment and reach of the goals pertaining to the assistance proposals that justify the investments made. This strategy initially strived to monitor the institutions through means of general and specific indicators pertaining to the facilities that were benefited by the Project (construction works and medical equipment).

Taking into consideration the fact that this evaluation strategy demanded long periods of time and a large technical Project structure that could not be assured as a result of the Project term, a decision was made in the first semester of 2003 for a change in the focal point of the monitoring and evaluation strategy.

To ensure the efficacy of the use of resources and the possibilities in appropriation of this component's results and impacts, an evaluation on the projects' resulting projects is being carried out. In addition to this evaluation's specific objectives, it is expected that new operations regarding institutional development of the various segments of the Single Health System be established.

The products were organized according to the six areas described below:

- Economic studies and analyses on financing, costs, and the allocation of resources, distinction between provision and financing;
- Decentralization, institutional strengthening, and models for the organization of decentralized structures;
- Organization and management of health services and systems;
- Health assistance quality and regulation;
- Development of information systems for health services;
- Distance training of human resources in the health sector.

The evaluation of these products is expected to be finished by the end of the first semester of 2004.

#### Experience during the process:

Dealing with the concept of quality during the evaluation process is difficult as a result of its subjective nature. Nonetheless, after eight years of Project activity, the results point out that many

of the historical obstacles in the fight for better health services were overcome and that it is possible for hospitals in the SUS to offer dignified and quality medical services.

The Reforsus Project supported the improvement of the health sector in the country and trained professionals. In addition, it served as an example that shows that success in large-scale social projects is possible. The Project's main objectives were reached: good service began to be offered to citizens, employees were trained, and health facilities became "healthier" through international-level construction work and modern equipment.

An important aspect that must be observed is that the distribution of resources for hospitals aimed to establish greater equality among the states. This way, 70 percent of the resources was proportionally distributed according to the number of inhabitants and 30 percent was distributed inversely proportional to the per capita expenditure made by the Ministry of Health in the same period. Although the more densely populated and occasionally richer states received more resources in figures, the poorest ones received a greater *per capita* investment.

Although the Reforsus Project was the biggest project carried out in terms of public investment in the health sector, the amount of Project resources represents only a fraction of total investments made in the sector by the three spheres of government. In addition, it represents only a fraction of the amount of resources that are needed to make the services network adequate and allow the network to offer more ample reach and equality in the services offered to citizens in all of the country's regions and municipalities.

In this sense, it can be said that the Project investments were successful in those places that benefited from the clear impact of increased and improved services. However, in a national scale, the results of such investments cannot be differentiated from the results of other initiatives made by the three spheres of government.

The Reforsus Project has virtuously shown to Brazil its capacity of facing up tough challenges in the social area as well as presenting results of excellence. The project has consolidated new significant management tools for the health sector, such as the National Health Information Network (*Rede Nacional de Informações em Saúde - RNIS*), National Health Card (*Cartão Nacional de Saúde*), Hospital Prices Bank (*Banco de Preços Hospitalares*), Evaluation of Costs and Impact of PAB (*Avaliação dos Custos e Impacto do PAB*), among others.

Moreover, the Project resources for the recovery and betterment of SUS have allowed the Union to invest in important programs such as haemodialysis and the equipping of hospitals. In light of these specific measures, the project management framework, in conjunction with federal funds to meet the strategic needs that were defined upon the Project's initial investment definitions. Reforsus's investment has also allowed State and Local Governments to invest in other areas of the public health sector.

Another important contribution made by the Reforsus Project was the fact that it allowed acquired experiences and knowledge to be made available to the states, municipalities, public health organizations, as well as to other countries.

Nationally, the Project has started a tradition of excellent service. Thus, it has also taught, though at a slow pace, the population to demand more from public organizations.

The Reforsus Project's sustainability is ensured by its implementation feature. It has worked with the decision-making units of the SUS, by making use of pacts with the federative bodies in order to implement subprojects in joint action with several institutions which are part of the SUS.

In light of this, a financial-political agenda was defined in conjunction with the National Council of Health (*Conselho Nacional de Saúde* – CNS), Tripartite Inter-Managerial Commission (*Comissão Intergestora Tripartite* – CIT), Project Management Unit (*Unidade de Gerência do Projeto* – UGP), Regional Technical Support Units (*Unidades de Apoio Técnico Regional* – UATRs), State Councils of Health (*Conselhos Estaduais de Saúde* – CES), Bipartite Inter-managerial Commissions (*Comissões Intergestoras Bipartites* – CIBs), State Secretariats of Health (*Secretarias Estaduais de Saúde* – SES), Municipal Councils of Health (*Conselhos Municipais de Saúde* – CMS), Municipal Secretariats of Health (*Secretarias Municipais de Saúde* – SMS) and Banco do Brasil – BB.

In addition, it is worth mentioning that a series of factors have directly affected the execution of Reforsus, as well its results.

The methodology that was initially applied and the execution management have caused delay in the execution of the Project, and have made it several Loan Agreement renewals necessary.

Performance of the Reforsus Project was affected by the elections that took place in the country, as the electoral process that took place in federal, state and municipal scope during the execution of the project resulted in changes in the staff involved with the Reforsus Project in the states and municipalities.

Lack of counterpart resources on behalf of proponent institutions has also delayed the execution of some projects, as the design of Reforsus required a financial counterpart.

The fact that the Procurement Commissions of Proponent Institutions required the use of the procurement rules of financing banks also caused delay in the acquisition process. The states and municipalities' teams' resistance to the use of those rules, as well as the high rotation of regional staff, made the trainings of the Project in the states difficult. Therefore, that demand made it necessary form a team specially in procurement processes to be formed at the UGP, so as to provide constant consulting services in that matter to proponent institutions.

The decisions made by some states to decentralize their projects (greatest number of projects approved due to low price financing), e.g. Minas Gerais, has impaired the control and monitoring of the actions implemented by a series of beneficiaries, when compared to those states that centralized the investments in reference units in health assistance.

The lack of standardization of technical specifications of equipment to be financed resulted in great diversification of acquired models.

The option for the decentralized management model for the Project, in which technical, operational and administrative impairments of the proponent institutions are of essential importance, has strengthened the consolidation of the management capacity of government bodies of the SUS.

The model adopted by the Reforsus for the elaboration and presentation of proposals was essential for the standardization of information and selection criteria. That model, however, brought about some operationalization impairments in the proponents' scope. The model

interfered with the technical teams' analysis and use of information presented due to the lack of automated tools.

In light of their broad service network, the partnership between the Ministry of Health and Banco do Brasil (financing agency of the Project) can be seen as a positive strategy. Nevertheless, this strategy was hindered by the delay in the definition and operational adequacy of the Bank, and which consequently lead to delays in the development of project measures.

The fact that the UGP was not defined as a Management Unit (independent budget and finance for the project) resulted in slow Project disbursement.

The training given to state and municipal staff on the rules of the Project and financing banks was crucial to Project performance. However, as most of the proponents did not have previous experience in projects financed by external resources, the training did not prevent delays from occurring.

#### **Borrower's performance evaluation:**

Considering the Senate's report and the problems presented in the execution of the resources by means of partnerships, the Ministry of Health decided to execute this Project through contracts with Institutions whose subprojects had been approved. This fact has never occurred in projects that rely on external financing. This innovation facilitated a more accurate control of the application resources application as the funds were only transferred after the conclusion of procurement processes and the delivery of goods and services.

Due to the need of keeping tight control on the finances, the Project opened a *Banco do Brasil* account for each beneficiary unit. The resources transferred to those accounts could only be used for expenses pertaining to procurement activities or for direct payment of contracted parties. Although this procedure was initially slow, it prevented embezzlement and maladministration of public resources.

Another lesson was learned for future projects. The distribution of any amount of resources to small projects should be avoided, for it can interfere in the quality repercussion of local health network, in relation to the amount of money invested.

The great number of subprojects contemplated with resources in several categories and programmatic areas made it imperative for new analysis, control, and management tools to be created. Such instruments were modified and improved during the implementation process in face of new situations presented.

The execution management model included the participation of technicians of Technical Support Units I, II and III (- *Unidades de Apoio Técnico I, II e III - UATRs*) and of state managers. It also required that private companies took over supervision, which showed that decentralized actions have positive and negative aspects.

Decentralization in the scope of proposal evaluation and contracting of goods and services proved to be effective as a result of the local staff's better knowledge of the local realities.

A starting price should be established for investments in construction and equipment. This step would prevent proponents from not making sufficient investment in their proposals and would

hence avoid contracting poorly qualified professionals. In addition, the starting price would not allow for a supervision system to be justifiable.

#### **The World Bank's performance evaluation:**

In the initial stage of Reforsus Project, the publishing of the notice with invitation to bidding was deferred due to the fact that the bank took too long to carry out the previous analysis of which it was in charge. However, the fact that Brasilia's BIRD Office had autonomy to issue No Objections greatly facilitated the procurement process.

Also, some informal negotiation on the rendering of accounts took place in the beginning of the Project. In 2001, the World Bank forwarded constant glosses to the Reforsus Project with no official presentation of the reasons for turning down the expenses presented. In 2003, under new management, Reforsus's technicians and coordinators gained autonomy to criticize and took interest in understanding the internal flow of the World Bank. Aiming at avoiding future glosses and facilitating the analysis in Washington, the Project team presented and forwarded the Applications with the necessary documentation required by the World Bank and hence avoided further complications.

Due to lack of communication and formal definition of work routine procedures of the Project and the Bank, eligible expenses were made and caused a decrease of the special *Banco do Brasil* accounts and expenditure reduction for the Project execution. That fact delayed financial availability for the Project.

After the first expenditure, the Project Applications were analyzed by the World Bank's office in Brasilia. The problems found were easily solved. When half of the loan amount was reached, as established by the Bank, the rendering of accounts started to be analyzed by the finance analysts in Washington. This fact made it harder for the Project finance technicians and the World Bank's analysts to identify problems and have them solved quickly, which interfered with the Reforsus Project's agility to reach the goals established by the World Bank.

The Bank also delayed the issuing of a small number of No Objections concerning the Report on the Evaluation of International Procurement Processes, which caused delay in the disclosing the discussion results and, consequently, in the contracts.

Despite of that, it is worth mentioning that the World Bank has a great relationship with Brazilian government bodies. Also, it always counts on a team that is able to have good negotiations with the Ministry of Health's team, is interested in implementing the Project and negotiating the Loan Agreement, and is always available for clarification.

# **Relatório Final de Projeto**

***Project Completion Report – PCR***

## **Memorando do Órgão Executor**

Apresentado ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)  
Brasília-DF, setembro de 2004.

A eficácia deste relatório para mostrar os resultados obtidos ao terminar a execução do projeto, propiciar a sustentabilidade de benefícios do projeto e capitalizar as lições aprendidas para melhorar o desenho e a implementação de futuras operações, depende em grande parte da participação da Instituição Mutuária, dos Órgãos Executores e dos beneficiários do projeto na sua preparação.

Por esta razão, a contribuição deste relatório como autor do Memorando do Executor será muito valiosa, na medida em que o conhecimento e a experiência sobre a implementação do projeto, a análise da informação sobre resultados e as opiniões dos beneficiários sejam transmitidas da maneira mais objetiva possível e com independência de critério.

### **INSTRUÇÕES PARA COMPLETAR O MEMORANDO**

Ao completar este Memorando leve em conta as seguintes recomendações:

- Não se esqueça de completar a página de rosto e o quadro sobre dados básicos do projeto com a informação necessária
- É muito importante que sejam revisadas as Guias PCR que serão proporcionadas pela Representação do Banco, em particular o anexo técnico "Guia Prático para a Preparação do PCR". Este anexo apresenta uma série de orientações, conselhos e exemplos práticos úteis para completar a informação requerida pelo PCR. Lembre-se que as perguntas para o Banco e para o Executor são iguais, assim como sua numeração, com exceção do primeiro dígito (para o Banco iniciam com o número 2, como por exemplo: 2.1.1.1, enquanto que para o Executor iniciam com o número 3, como por exemplo: 3.1.1.1)
- Responda as perguntas de maneira concisa. O preferível é limitar as respostas a, no máximo, 10 linhas cada uma. Em todo caso, por favor, não se exceda de 15 linhas por resposta. Caso seja requerido apresentar informação adicional importante com evidência sobre resultados do projeto, utilize o anexo 5 "Anexo Documental", um anexo opcional que se pode enviar à Representação como documento separado (ver Guia PCR para uma descrição deste anexo).
- Nota: Este formato, devido aos múltiplos botões para marcar as respostas pode demorar uns minutos em salvar a informação.

## DADOS BÁSICOS DO PROJETO

Nome do projeto: PROJETO DE REFORÇO À REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – REFORSUS

Número do projeto: BR - 0199

Número do Empréstimo/CT: ACORDO 0951/OC-BR

Nome do Órgão Executor: MINISTÉRIO DA SAÚDE / SE / DIPE / PROJETO REFORSUS

Nome do autor do Memorando do Executor: Plácido Flaviano Curvo Netto

Função (cargo) no Órgão Executor: Assessor Técnico e Financeiro

## 3 – MEMORANDO DO EXECUTOR

### 3.1 – Análise de Resultados (Produtos, Efeitos e Impactos)

**3.1.1 – Produtos (*outputs*) obtidos.** Descrição dos produtos do projeto por componente e análise de fatores e afetaram sua execução.

**3.1.1.1 – Análise de indicadores de produto.** Registre os indicadores dos produtos obtidos neste componente usando os mesmos indicadores de produto (*outputs*) importados do PPMR. Compare os indicadores nas colunas Alcançado e Planejado. Se existe uma diferença significativa entre eles, descreva brevemente os fatores da diferença.

Planejado (Componente I)	Alcançado (Componente I)
Conclusão de obras inacabadas, recuperação e readequação física para ampliação e melhoria dos serviços hospitalares e ambulatoriais nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (com ênfase nas áreas de parto, puerpério, período perinatal e urgência e emergência), na Hemorrede e nos Laboratórios Centrais de Saúde Pública.	Do total dos investimentos realizados de forma descentralizada foram atendidos 1.190 subprojetos, beneficiando um total de 1.266 Unidades de Saúde. Deste total destaca-se os investimentos em 26 Laboratórios de Saúde Pública (um em cada unidade da federação, exceto o Rio de Janeiro) e 185 Instituições da Rede Hematológica e Hemoterápica.
Atualização tecnológica e operativa das Unidades de Saúde.	Na Rede Assistencial foram executadas 458 obras de conclusão, reforma e ampliação. Já na Hemorrede e nos Laboratórios de Saúde Pública foram realizadas, respectivamente, 72 e 26 obras.
Modernização Gerencial das Unidades de Saúde.	Quanto aos investimentos em equipamentos médico-hospitalares e material permanente, foram adquiridos mais de 100 mil bens, além de 137 Unidades Móveis. Vale destacar a aquisição de 688 equipamentos de alta complexidade.
	Na área de Modernização Gerencial dos estabelecimentos assistenciais de saúde, os investimentos contemplaram a aquisição de cerca de 4 mil bens, com ênfase na área de

	<p>informática, e a realização de 325 projetos de consultoria, destacando-se a implantação de um Software de Gerenciamento Hospitalar (Hospub) em 93 instituições.</p> <p>Os investimentos realizados no Programa Saúde da Família (PSF) foram utilizados para a implantação de 31 pólos de capacitação e 28 projetos de aquisição de equipamentos de apoio ao diagnóstico para unidades de saúde de referência do PSF.</p> <p>O Projeto de Investimentos Estratégicos, desenvolvido a partir do ano 2000 e implementado de forma centralizada pela UGP, investiu nas seguintes áreas: Urgência e Emergência, com a distribuição de 570 kits (1.710 equipamentos) para 257 hospitais; Gestantes de Alto Risco, entregando 377 kits (1.654 equipamentos) para 239 hospitais; Apoio ao Diagnóstico do PSF, 1.681 equipamentos para 55 municípios; e Informação e Educação a Distância, com 38.310 equipamentos em 3.452 instituições.</p>
Planejado (Componente II)	Alcançado (Componente II)
<p>Para dotar o Ministério, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde de instrumentos que possibilitassem maior eficiência na capacidade de gestão do SUS, o objetivo principal deste Componente foi assegurar a ampla difusão e acesso às informações necessárias à gestão e ao controle social do SUS por meio da implantação e desenvolvimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de uma Rede Nacional de Informação em Saúde (RNIS);</li> <li>• do fortalecimento da capacidade de formulação de políticas;</li> <li>• da capacitação gerencial dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde; e</li> <li>• do aprimoramento e garantia da qualidade em saúde e auditoria.</li> </ul>	<p>Foram realizados 31 subprojetos neste componente, conforme tabela anexo, sendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 01 para a Rede Nacional de Informação em Saúde (RNIS), por meio de 28 convênios firmados com todas as Secretarias Estaduais de Saúde</li> <li>• 09 para Estudos Técnicos e Pesquisas;</li> <li>• 09 para Consultorias de Gestão e Capacitação Técnica;</li> <li>• 12 para Atividades de Avaliação e Supervisão Técnica</li> </ul> <p>A apropriação desses produtos, pelas áreas competentes do MS, confirma a validade e pertinência de mais 70% do arsenal de conhecimento científico produzido pelas propostas.</p>

**3.1.1.2 – Identificação dos produtos alcançados.** Levando em conta os indicadores de produto em diferentes componentes ao projeto, descreva sinteticamente os produtos-chave (*key outputs*) obtidos pelo projeto.

**Componente I** – Houve um incremento de 1.186 leitos de Unidade de Terapia Intensiva; de 7.913 leitos de internação em clínicas e dos seguintes equipamentos de alta complexidade: 10 Aceleradores Linear, 62 Arco-C, 1 Bomba de Cobalto, 3 Densitometria Óssea, 189 Máquinas de Hemodiálise, 6 Gama Câmara, 3 Litotripsia Extracorpórea, 43 mamógrafos, 187 Aparelhos de Raios-X, 4 Ressonâncias Magnética, 38 Tomógrafos Computadorizados, 132 Ultra-som Doppler. Além disso, 185 unidades, vinculadas à Hemorrede, foram reformadas e equipadas, e foram construídos 4 novos laboratórios de saúde pública.

**Componente II** – Foram disponibilizadas avaliações, estudos e sistemas de informação que possibilitam a melhoria da capacidade de gestão do SUS em seus diferentes níveis, buscando a inovação e o ineditismo de grande parte dos projetos financiados. Vale ressaltar os seguintes projetos: RNIS; Avaliação do Processo de Descentralização da Gestão do SUS; Cartão Nacional de Saúde; SIOPS; Pesquisa da Assistência Médico Sanitária I e II; Estudo de Carga de Enfermidade no Brasil; Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos; Impacto Distributivo dos Gastos Públicos na Saúde; Centros

Colaboradores para qualidade da gestão; Apuração dos Custos de Alta e Média Complexidade; estudo de Viabilidade Econômica e Financeira na Produção de Plasma e Hemoderivados; e Análise de Sustentabilidade dos Investimentos. Além desses, considerados produtos chaves, segue, em anexo, lista contendo todos os subprojetos deste Componente.

**3.1.2 – Efeitos (*outcomes*) e impactos do projeto.** Descrição dos alcances do projeto em relação com seu Objetivo de Desenvolvimento (OD ou propósito no marco lógico do projeto)

**3.1.2.1 – Análise de indicadores de efeito (*outcome*).** Registre os indicadores do alcance do Objetivo de Desenvolvimento (*outcome*) usando os mesmos indicadores de efeito (*outcome*) importados do ISDP (indicadores de desempenho). Compare os indicadores dos efeitos Alcançados e Planejados. Se existir uma diferença significativa entre eles, explique brevemente os fatores responsáveis pela diferença.

Planejado	Alcançado
Reforço à Reorganização da Rede SUS  Apoio à Melhoria da Capacidade e da Eficiência do SUS  Promoção de Inovações na Administração do Setor Saúde	<p>Em relação ao alcance dos produtos gerados pelos investimentos em infra-estrutura do Componente I, destaca-se o direcionamento dos investimentos para instituições localizadas em municípios estratégicos para a reorganização do SUS, uma vez que, dos 1.190 subprojetos, 835 se localizam em municípios com papel expressivo nos Planos Diretores de Regionalização, representando, aproximadamente, 70% dos subprojetos.</p> <p>Considerando o grande investimento em infra-estrutura, que gerou um expressivo número de consultórios e leitos na rede SUS, houve a necessidade de aplicação de mais recursos das três esferas de governo, demandando politicamente a aprovação da Emenda Constitucional 29, que altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Isto é considerada uma conquista, pois vincula os recursos para ações e serviços de saúde nos orçamentos da União, Estados e Municípios, evitando os sobressaltos por não estarem previstos nas leis orçamentárias.</p> <p>A EC 29 também vem permitir que a União intervenha nos Estados (art. 34) e estados e União nos municípios (art. 35), sempre que estes não cumprirem com a obrigação de vincular as percentagens estabelecidas de sua receita às ações e serviços públicos de saúde.</p> <p>Apesar da EC 29 não estar integralmente regulamentada, ela já produziu efeitos importantes sobre os gastos de recursos públicos em todas as esferas de governo.</p>

**Fatores responsáveis da diferença (se aplicável):**

Não aplicável.

**3.1.2.2 – Identificação dos efeitos (*outcomes*) e impactos iniciais.** Considerando os produtos (*outputs*) alcançados pelo projeto na medida do possível, identifique quais efeitos (*outcomes*) intermediários e os impactos iniciais alcançados até o momento.

Pode-se atribuir ao Projeto um aumento potencial na produção de serviços nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde contemplados com infra-estrutura, dando ênfase aos seguintes: 1.232.933 Consultas Clínicas, 84.746 Internações sendo 6.510 em UTI, 27.604 Cirurgias, 18.366 partos e 293.401 exames de Raios-X. Estes dados são decorrentes do estudo comparativo entre informações, obtidas até 2002, diretamente das instituições beneficiárias, sobre a produção de serviços, situação anterior ao Projeto e as metas projetadas.

**3.1.2.3 – Identificação dos efeitos futuros (*outcomes*) e impactos.** Considerando os produtos (*outputs*) que foram obtidos, identifique os efeitos futuros e impactos que se espera obter e descreva de que maneira os produtos contribuem para o seu alcance.

Em relação aos efeitos e impactos futuros, os investimentos do Projeto Reforsus estão impulsionando o processo de reversão do modelo assistencial do SUS com o fortalecimento e a instrumentalização dos níveis de atenção à saúde, descritos a seguir:

**Atenção Básica** – aquisição de equipamentos para unidades básicas de saúde, com referência para o Programa de Saúde da Família, e investimentos nos Pólos de Capacitação, que criados e consolidados pelo Projeto Reforsus, se institucionalizarão como instâncias formadoras de capital humano para esta modalidade de atenção, contribuindo para a consolidação de um novo perfil de recursos humanos, até então não formado nas Universidades.

**Média Complexidade** – os investimentos nesta área, gargalo na Rede SUS, irão fortalecer e organizar os sistemas locais e regionais de saúde baseados no modelo de organização do SUS, proporcionando maior resolutividade e humanização da assistência, uma vez que tenderão a diminuir as longas filas de espera para realização de exames laboratoriais e de imagem.

**Alta Complexidade** – com o fortalecimento dos centros de referência em assistência de alta complexidade, os investimentos efetuados e continuados poderão proporcionar a cobertura integral em todos os níveis de complexidade. Destacam-se os acréscimos de 1186 leitos em UTI, sobretudo, os 394 leitos de UTI neonatal que, em médio prazo, poderão gerar impactos positivos nas taxas de mortalidade neonatal ainda altas no país, uma vez que a carência deste tipo de leito ainda é muito grande em todas as regiões do Brasil.

**3.1.2.4 – Análise dos supostos (de produtos a efeitos).** Enumere as condições favoráveis a serem dadas para se alcançar o propósito do projeto, e explique por que são necessários?

Novos investimentos para a continuidade do processo de reorganização, modernização e fortalecimento do Sistema único de saúde, com vista a garantir a integralidade e a equidade no atendimento; fortalecimento e modernização da gestão do SUS nas três esferas de governo; elevação do teto financeiro para o custeio da nova produção esperada; capacitação em recursos humanos em quantidade; e qualidade compatível operação e manutenção dos equipamentos e serviços de saúde.

O objetivo inicial foi criar uma estrutura descentralizada para investimentos em subprojetos com vistas à reabilitação da infra-estrutura, provisão de equipamentos, treinamento, gerenciamento e modernização, além de propiciar a restauração e melhoria da capacidade da prestação de serviços de saúde pelo SUS, por meio da melhoria de sua eficiência e sustentabilidade financeira.

Para que estes investimentos tenham sua efetividade maximizada, torna-se necessária a continuidade da política de descentralização e capacitação dos agentes regionais, na forma de treinamento continuado de recursos humanos, capacitação técnica de gestores, além de aporte financeiro condizente com a nova demanda, tanto para operação como para manutenção.

**3.1.2.5 – Pergunta piloto Nº 1 – (Em construção). Opcional para operações com *PCR due date* anterior a 1º de fevereiro de 2005. Antes dessa data, será unicamente requerida para as operações selecionadas no grupo piloto para responder a versão íntegra do PCR.** São observadas iniquidades no acesso aos benefícios do projeto por parte de subgrupos dentro da população-objetivo por razão de gênero, localização, origem étnica, setor rural/urbano, nível de receita ou outras razões? Se isto for assim, a que se devem?

Região	Subprojetos		Valores		Investimento Per Capita
	Quantidade	Porcentagem	Investido em R\$	Porcentagem	
Norte	134	11,26%	129.595.957,74	12,21%	10,05
Nordeste	361	30,34%	301.005.838,35	28,37%	6,31
Sudeste	390	32,77%	401.894.839,02	37,88%	5,55
Sul	196	16,47%	132.383.930,26	12,48%	5,28
Centro-Oeste	109	9,16%	96.111.082,85	9,06%	8,26
Total	1.190	100,00%	1.060.991.648,22	100,00%	6,26

**3.1.2.6 – Pergunta piloto Nº 2 – (Em construção). Opcional para operações com *PCR due date* anterior a 1º de fevereiro de 2005. Antes dessa data, será unicamente requerida para as operações selecionadas no grupo piloto para responder a versão íntegra do PCR.** Foi produzido algum tipo de efeito adverso causado sem intenção por este projeto na população e/ou no meio ambiente? Se isto for assim, quais medidas foram tomadas?

Não aplicável.

**3.1.2.7 – Pergunta piloto Nº 3 – (Em construção). Opcional para operações com *PCR due date* anterior a 1º de fevereiro de 2005. Antes dessa data, será unicamente requerida para as operações selecionadas no grupo piloto para responder a versão íntegra do PCR.** Seguramente os resultados do projeto contribuíram ao alcance, ou bem das metas estabelecidas na estratégia de desenvolvimento setorial ou nacional vigente do país mutuário, ou bem aos indicadores da atual Estratégia de País do Banco. Se isto for assim, especifique a qual meta o indicador de resultados está contribuindo ao projeto e explique de que maneira e em que medida o realiza.

Durante o processo de aprovação do Projeto Reforsus as principais metas definidas estavam em conformidade com as estratégias de desenvolvimento nacional do país no setor saúde, tais como: consolidação das reformas institucionais, capacidade de reformulação de políticas, custos e contenção de custos, aumento da qualidade dos serviços prestados e melhoria na regulamentação.

Dentre os produtos alcançados, os citados abaixo se encontram alinhados com a referida estratégia nacional:

- Investimento em infra-estrutura (obras e equipamentos) gerando um aumento considerável do número de leitos de internação;
- Investimento no processo de interiorização da rede hematológica e hemoterápica;
- Criação dos Pólos de Capacitação para treinamento de profissionais do setor saúde para fortalecimento do Programa de Saúde da Família;
- Fortalecimento do Controle Social do SUS por meio de cursos de capacitação de conselheiros municipais de saúde e membros do Ministério Público; e
- Desenvolvimento de um modelo de gestão em grandes estabelecimentos de saúde, com a finalidade de melhorar a qualidade na administração de hospitais de grande porte;

**3.1.2.8 – Pergunta piloto Nº 4 – (Em construção). Opcional para operações com PCR due date anterior a 1º de fevereiro de 2005. Antes dessa data, será unicamente requerida para as operações selecionadas no grupo piloto para responder a versão íntegra do PCR.** Houve mudanças significativas no contexto em que o projeto foi implementado e/ou nas políticas setoriais / nacionais e/ou nas estratégias de desenvolvimentos? Se foi assim, explique como o projeto foi adaptado para dar resposta a estas mudanças.

A principal mudança ocorrida, durante a vigência do Projeto Reforsus (1997 a 2004), foi a implantação da Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS), que introduziu o princípio da Regionalização da Rede SUS, em substituição das NOB 93 e 96, de base municipalista.

Em relação às adaptações sofridas pelas unidades com investimentos do Projeto para ajustarem-se à nova organização da Rede de Saúde, destacam-se as modificações em alguns projetos de obras, cujas unidades tiveram seus perfis assistenciais alterados; de responsáveis apenas por seus municípios que passaram a atender a uma clientela de outras localidades demandadas pelo novo papel de pólo assistencial ou microrregional; e também os remanejamentos de equipamentos médico-hospitalares que estão fortalecendo o atendimento dos estabelecimentos assistenciais de saúde que fazem parte da rede regional de assistência dos estados.

**3.1.2.9 – Recálculo da Taxa Interna de Retorno (TIR).** Se o projeto incluiu *ex ante* um cálculo da taxa de retorno esperada, qual foi a taxa de retorno esperada e qual é a taxa de retorno real?

Não aplicável.

**3.1.2.10 – Recálculo de outros indicadores de avaliação econômica.** Se o projeto incluiu *ex ante* outras estimativas de avaliação econômica (custo-efetividade, custo-eficiência e custo-benefício), qual foi o indicador esperado e qual é o indicador real?

Não aplicável.

**3.1.2.11 – Qualificação da efetividade do projeto em termos de seu objetivo de desenvolvimento (OD).** Levando-se em conta as análises realizadas nas seções 3.1.1. e 3.1.2., qualifique a efetividade do projeto em termos de seu objetivo de desenvolvimento. Explique sua qualificação.

☐ Muito Efetivo

☒ Efetivo

☐ Pouco Efetivo

☐ Inefetivo

Considerando que os objetivos do Projeto eram melhorar a capacidade e eficiência do SUS, mediante a recuperação física e tecnológica da rede de serviços de saúde existentes, e promover o desenvolvimento institucional do setor saúde, mediante ações que visassem implementar a capacidade de gestão do Sistema em seus diferentes níveis; que o Projeto foi a principal fonte de recursos de investimento no setor saúde desde 1997; e que o processo de seleção e priorização dos subprojetos foram de responsabilidade das esferas municipal e estadual, os seguintes êxitos foram obtidos:

- As redes de urgência e emergência, gestantes de alto risco, atenção básica, os serviços de diagnóstico e terapia foram fortalecidos e ampliados, além de serviços de alta complexidade.
- O processo de organização da rede hemoterápica – com o fortalecimento dos centros coordenadores em todas as capitais – foi iniciado e está sendo expandido.
- Foram criados 4 Laboratórios Centrais de Saúde Pública e reestruturados os 23 demais, resgatando da função desses laboratórios, articulando com atividades das vigilâncias sanitárias e ambientais.

- A apropriação dos produtos, gerados pelos estudos e pesquisas financiados no âmbito do Componente II, pelas áreas competentes do MS, confirmou a validade e pertinência de mais de 70% do arsenal de conhecimento científico produzido, uma vez que vários estudos foram inéditos.

Este conjunto de recursos aplicados na rede SUS gerou um impacto positivo sobre a capacidade operacional e gerencial dos serviços de saúde nas três esferas de governo com conseqüente aumento de oferta de serviços, refletindo na sua qualidade e na resolutividade das ações assistenciais.

Uma maior efetividade do projeto não foi alcançada devido à falta de capacitação técnica e gerencial dos proponentes envolvidos nos investimentos; dificuldade de obtenção de recursos de contrapartida; e variação cambial, criando um excedente de recursos da ordem de 200% e gerando a não utilização do total dos recursos disponibilizados pelo projeto (cancelamento de cerca US\$ 100 milhões).

## 3.2 – Análise da Implementação

### 3.2.1 – Mensuração do Desempenho do projeto

**3.2.1.1 – Elementos para monitoramento e avaliação.** Em um escala de 1 a 4 estabeleça a qualidade dos seguintes elementos necessários para medir o desempenho do projeto:

1. Análise de problemas	Baixa ← ○ ○ ● ○ → Alta	○ N/A
2. Estratégia de intervenção em resposta ao (s) problema (s) identificado (s)	Baixa ← ○ ○ ● ○ → Alta	○ N/A
3. Identificação de efeitos ( <i>outcomes</i> ) e impactos esperados	Baixa ← ○ ● ○ ○ → Alta	○ N/A
4. Identificação de produtos ( <i>outputs</i> ) esperados	Baixa ← ○ ○ ● ○ → Alta	○ N/A
5. Indicadores de efeitos ( <i>outcomes</i> ) esperados	Baixa ← ○ ○ ● ○ → Alta	○ N/A
6. Indicadores de produtos ( <i>outputs</i> ) esperados	Baixa ← ○ ○ ● ○ → Alta	○ N/A
7. Linha de base de efeitos ( <i>outcomes</i> ) esperados	Baixa ← ○ ● ○ ○ → Alta	○ N/A
8. Linha de base de produtos ( <i>outputs</i> ) esperados	Baixa ← ○ ○ ● ○ → Alta	○ N/A
9. Supostos de produtos a efeitos	Baixa ← ○ ● ○ ○ → Alta	○ N/A
10. Definição de responsabilidades para o recolhimento de informação	Baixa ← ○ ● ○ ○ → Alta	○ N/A
11. Plano para a implementação do projeto	Baixa ← ○ ○ ● ○ → Alta	○ N/A
12. Plano de Aquisições	Baixa ← ○ ○ ○ ○ → Alta	● N/A

**3.2.1.2 – Análise de fatores críticos para a viabilidade no escopo do projeto.** Considerando os elementos avaliados no ponto anterior, descreva os principais fatores (máximo 3) que tiveram a maior influência (positiva e/ou negativa) na mensuração de seu desempenho.

Como fator positivo, pode-se citar o monitoramento de todas as obras executadas pelo projeto, propiciando a reação rápida a problemas detectados e a adoção de mecanismos de intervenção rápida. Por outro lado, o início tardio da dinâmica de supervisões de equipamentos médico-hospitalares gerou um atraso na disponibilização desses equipamentos para a rede SUS.

No âmbito do Componente I, houve o desenvolvimento de um Sistema de Avaliação relativo aos subprojetos, que, na maioria dos subprojetos, possibilitou a identificação dos resultados obtidos em infra-estrutura e produção de serviços. Por ocasião do encerramento do Projeto foi implementada outra forma de avaliação para os dois componentes. A

implementação dos métodos de avaliação foi dificultada pela falta de cultura e experiência de avaliação por parte dos entes envolvidos.

**3.2.1.3 – Lições aprendidas para o desenho (medidas adotadas).** Descreva de maneira concreta quais medidas foram adotadas para melhorar os aspectos previstos no desenho do projeto em relacionados com a medição do desempenho do projeto.

Foi possível observar uma série de dificuldades inerentes à falta de planejamento na elaboração dos projetos por parte dos proponentes. O resultado desta situação foi visível em casos nos quais foram necessárias modificações nas intervenções (posteriores ao início dos trabalhos) devido às mudanças nas especificações de equipamentos, exigências referentes a atualizações tecnológicas ou introdução de normas técnicas, trâmites burocráticos, etc. Este fato gerou atrasos e paralisações na execução dos contratos, com prejuízo da efetividade na aplicação dos recursos. Apesar da UGP ter adotado medidas complementares, no sentido de revisar tecnicamente a maioria das propostas apresentadas, observa-se que, se maior tempo e recursos tivessem sido destinados ao planejamento dos subprojetos e à análise de pertinência técnica e sustentabilidade operacional dos investimentos, vários problemas poderiam ter sido evitados.

**3.2.1.4 – Lições aprendidas para o desenho (medidas alternativas).** Baseado em sua experiência neste projeto, descreva de maneira concreta quais medidas alternativas recomendadas para melhorar a medição do desempenho no desenho futuros projetos.

O modelo de elaboração e apresentação de propostas, adotado pelo Reforsus, foi importante como fator de homogeneização das informações e de critérios únicos de seleção. Este, porém, apresentou algumas dificuldades na operacionalização por parte dos proponentes e de análise e utilização das informações solicitadas por parte das instâncias técnicas, especialmente pelo baixo nível de informatização inicial das ferramentas. Desta forma, em futuros projetos, deve-se buscar cruzar demandas, de uma forma ordenada, evitando duplicidades e sobreposições de ações, além de se prever uma etapa de planejamento operacional, logo após a aprovação, na qual sejam detalhados e refinados elementos da execução, tais como: projetos complementares (obras), verificação de infra-estrutura (equipamentos), opções de valor agregado (sistemas de informática e tratamento de resíduos), etc. A análise técnica de pertinência deve ser feita por uma equipe única, visando manter a uniformidade de critérios quando da aplicação de normas e da construção de critérios de aceitabilidade.

**3.2.1.5 – Informação disponível durante a implementação do projeto.** Em uma escala de 1 a 4 qualifique o grau de cumprimento e a qualidade das seguintes tarefas que devem ser realizadas pelo Organismo Executor para gerar informação necessária para a medição de desempenho do projeto:

- |  |                        |       |
|--|------------------------|-------|
| 1. Estabelecimento de processos e mecanismos para coleta e análise de dados (fonte de dados, responsáveis, periodicidade e características da informação)                                      | Baixa ← ○ ● ○ ○ → Alta | ○ N/A |
| 2. Recopilação da informação de linha de base de efeitos   | Baixa ← ○ ● ○ ○ → Alta | ○ N/A |
| 3. Recopilação de formação de linha da base de produtos  | Baixa ← ○ ○ ● ○ → Alta | ○ N/A |
| 4. Recopilação, análise e relatório informação sobre recursos disponíveis e atividades realizadas  | Baixa ← ○ ○ ● ○ → Alta | ○ N/A |
| 5. Recopilação, análise e relatório de informação sobre produtos gerados pelo projeto e a sua contribuição ao alcance dos efeitos esperados  | Baixa ← ○ ● ○ ○ → Alta | ○ N/A |
| 6. Recopilação, análise e relatório de informação sobre efeitos e impactos gerados pelo projeto e sua contribuição às metas estabelecidas na estratégia de desenvolvimento setorial e nacional | Baixa ← ○ ● ○ ○ → Alta | ○ N/A |

### **3.2.1.6 – Análise dos fatores críticos para mensuração de desempenho durante a implementação.**

Considerando os processos ponto anterior, descreva os principais fatores (máximo 3) que tiveram maior influência (negativa ou positiva) na mensuração do desempenho do projeto durante a sua implementação.

A base de informação do projeto se apoiou em dois pilares: supervisão e avaliação.

O fato de que muitas das informações, prestadas pelos proponentes no início (cartas-consulta), eram pouco confiáveis e difíceis de serem aferidas, afora não terem sido imediatamente sistematizadas, levou a problemas variados. Para que os programas de supervisão e avaliação sejam eficazes, é extremamente importante que a informação da linha de base seja confiável e seja coletada sistematicamente, desde o início do projeto. Para se chegar a um desenho adequado do sistema de supervisão e dos mecanismos do sistema de avaliação é recomendável realizar, no começo do projeto, uma versão preliminar do sistema, com participação de especialistas de cada área, aferindo suas possibilidades e problemas operacionais, de forma a possibilitar uma avaliação confiável da execução e do impacto do projeto.

A falta de compromisso em relação à alimentação do Sistema de Informações e a não implementação de todas as regras de negócio no software (travas automáticas dentro do cadastramento de dados no software, respeitando regras estabelecidas previamente) ocasionou informações, por algumas vezes, inconsistentes, gerando dificuldade na tomada de decisões.

**3.2.1.7 – Lições aprendidas na implementação (medidas adotadas).** Descreva de maneira concreta quais medidas foram adotadas a fim de obter a informação necessária (em quantidade e qualidade) para medir o desempenho do projeto.

Além de serem efetuadas mais de 5 mil visitas de supervisão *in-loco* (uma média de 9,5 visitas por subprojeto), foram realizadas várias oficinas e reuniões nos estados, para esclarecer os procedimentos do Projeto.

Na ocasião foram distribuídos manuais e panfletos de orientação aos beneficiários, cobrindo todos os aspectos da execução, incluindo todas as etapas de licitação, programação de recursos, elaboração de aditivos, supervisão de obras e equipamentos e avaliação.

**3.2.1.8 – Lições aprendidas para a implementação (medidas alternativas).** Com base em sua experiência neste projeto, descreva de maneira concreta quais medidas alternativas recomendadas para melhorar a mensuração do desempenho durante a implementação de futuros projetos.

Processos centralizados são vantajosos em relação a prazo de execução e custos. Processos descentralizados necessitam de maior apoio quanto à capacitação, para realização de procedimentos e consultorias (principalmente, ao envolver normas internacionais), e quanto à revisão e adequação de projetos e especificações. Este apoio deve ser garantido no desenho do projeto, incluindo no cronograma as etapas de supervisão preliminar, preparação, planejamento e avaliação.

**3.2.2 – Fatores que afetaram a execução do projeto (segundo o ISDP/PPMR).** (Como informação útil para responder as perguntas da seção 3.2.3., convém revisar os fatores que afetaram a execução do projeto e que foram registrados no ISDP/PPMR. A Representação poderá proporcionar esta informação).

**3.2.3 – Análise de fatores críticos para o êxito do projeto.** Fatores críticos para a obtenção dos produtos (*outputs*)

**3.2.3.1 – Identificação de fatores negativos para obter os produtos.** Descreva quais foram os principais fatores (máximo 3), que afetaram negativamente a execução em termos de quantidade, qualidade e oportunidade, e analise o porquê.

- Uma parte dos beneficiários não possuía equipe técnica qualificada que formulasse e acompanhasse, o desenvolvimento dos subprojetos, bem como equipe técnica qualificada para realização de processos, operacionalização e manutenção de equipamentos médicos hospitalares.
- A alternância política-administrativa das instâncias gestoras do SUS, devidos aos processos eleitorais, provocou atrasos na execução dos subprojetos, devido a necessidade do restabelecimento dos métodos e procedimentos com os novos gestores.
- Com relação aos estudos do componente II, a falta de um maior relacionamento entre as áreas do MS, ligadas a formulação de políticas e o Projeto, afetou a qualidade dos produtos. Além disso, a UGP não teve uma equipe de funcionários com o perfil adequado para fornecer a supervisão técnica aos estudos e o Componente II.

**3.2.3.2 – Identificação de fatores positivos para obter os produtos.** Descreva quais foram os principais fatores (máximo 3) que contribuíram à implantação dos componentes do projeto e a obtenção de seus produtos (*outputs*) em termos de quantidade, qualidade e oportunidade, e analise o porquê.

- O Projeto Reforsus inovou ao adotar, entre os seus princípios norteadores, a descentralização das ações, conforme apregoeou a legislação brasileira sobre o Sistema Único de Saúde. Mesmo havendo dificuldade técnica por parte de alguns proponentes, este princípio serviu para fortalecer a capacidade gerencial das instâncias descentralizadas.
- A estratégia de supervisão de obras adotada foi fundamental para garantir a qualidade e efetividade dos investimentos realizados nesta categoria. Os técnicos supervisores agiam como elementos de mediação entre os proponentes e as empresas, constantemente reavaliando e readequando os projetos de acordo com a situação encontrada.

**3.2.3.3 – Identificação de fatores negativos para obter os efeitos (outcomes).** Descreva quais foram, em perspectiva, os principais fatores (máximo 3) que afetaram negativamente o alcance dos efeitos (outcomes) do projeto, e analise o porquê.

Em parte dos subprojetos, os fatores que interferiram negativamente na obtenção dos efeitos dos investimentos realizados podem ser atribuídos à baixa capacidade de sustentabilidade destes, pela insuficiência de recursos financeiros para custeio e capital humano em quantidade e qualidade para operação e manutenção da capacidade física e tecnológica incorporada.

**3.2.3.4 – Identificação de fatores positivos para obter os efeitos (outcomes).** Descreva quais foram, em perspectiva, os principais fatores que contribuíram positivamente à possibilidade de alcançar a tempo os efeitos do projeto (outcomes), e analise o porquê.

Considerando a grande quantidade de ambientes inoperantes na rede, pela inexistência de equipamentos essenciais e/ou equipamentos obsoletos, a natureza dos investimentos preponderantemente voltados para a recuperação e readequação tecnológica e operativa das unidades de saúde do Projeto Reforsus, veio proporcionar a rápida disponibilização dos serviços de saúde aos usuários.

A agilidade na identificação de problemas de execução, por meio de um processo de supervisão de obras, foi fundamental para garantir a conclusão dos investimentos a tempo, disponibilizando instalações adequadas para a imediata prestação de serviços de saúde.

Em função da desvalorização cambial, que gerou uma sobra de recursos provenientes do acordo de empréstimo, foi possível realizar, por meio do programa de Investimentos Estratégicos a aquisição de equipamentos para fortalecer os programas já existentes na rede SUS tais como: Urgência e Emergência e Gestante de Alto Risco.

## 3.2.4. Análise da gestão e lições aprendidas

**3.2.4.1 – Análise da gestão.** Identifique e analise a efetividade das medidas adotadas para resolver os problemas e aproveitar as oportunidades relacionadas com a análise de fatores críticos e explique como foram levadas à prática.

Devido à dificuldade de alguns proponentes em honrar os compromissos assumidos junto ao Projeto Reforsus, a renegociação de contratos de repasse, visando à diminuição do percentual de contrapartida, dentro dos limites estabelecidos pelo Manual de Operação do Projeto, foi essencial para agilizar e viabilizar a execução desses subprojetos.

As licitações, que foram realizadas em desconformidade com as normas dos bancos financiadores, geraram solicitações de pagamentos inelegíveis. Diante deste fato decidiu-se que todos os procedimentos licitatórios deveriam ter a anuência da Unidade de Licitação da UGP (UEP). Com esse novo trâmite, evitou-se despesas e atrasos desnecessários aos proponentes e a minimização de erros nos processos licitatórios.

Em função da desvalorização cambial, que gerou uma sobra de recursos provenientes do acordo de empréstimo, e a falta de tempo hábil para os trâmites normais, foi realizado, por meio do Projeto de Investimentos Estratégicos, a aquisição de equipamentos médico-hospitalares que foram alocados na rede assistencial do SUS. Tal aquisição foi realizada de forma centralizada com o intuito de agilizar a disponibilidade dos equipamentos aos usuários e minimizar os custos operacionais do processo de aquisição, alavancando o desembolso do Projeto Reforsus.

**3.2.4.2 – Lições aprendidas sobre gestão de projetos.** Com base em sua experiência neste projeto, e levando-se em conta a efetividade das medidas adotadas mencionadas no item anterior, descreva de forma concreta quais medidas alternativas você recomenda para enfrentar os problemas que possam surgir durante a implementação de futuros projetos similares a este.

Assessoramento diferenciado, quando necessário, às Unidades Federadas de acordo com suas características, realizando ações como: visitas técnicas prévias de aprovação das cartas consultas, de forma a avaliar a capacidade técnica e operacional do estabelecimento de saúde beneficiário, além da sustentabilidade das propostas; Possibilidade de adoção de formas alternativas de contrapartida, de forma a assegurar a agilidade no fluxo de desembolso do projeto; e Qualificação da implementação do projeto (IP)

**3.2.4.3 – Qualificação da implementação do projeto.** Qualifique a implementação do projeto, a partir da análise da gestão anterior e os produtos (outputs) obtidos na quantidade e com a qualidade esperada, em tempo razoável e a custos razoáveis. Explique sua qualificação

☐ Muito Satisfatório (MS)      ☒ Satisfatório (S)      ☐ Insatisfatório (I)      ☐ Muito Insatisfatório (MI)

O Projeto Reforsus se constituiu em uma experiência única e importante, dentro do contexto histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde, e instituiu, nas unidades beneficiárias, mesmo que precariamente, a preocupação com o monitoramento de indicadores de produção, como um passo inicial em busca de uma institucionalização dessa prática gerencial.

O caráter de ineditismo, que representou a proposta operacional do Reforsus, face aos procedimentos tradicionais utilizados no repasse e execução de investimentos até aquela época, provou ser um obstáculo considerável para a equipe técnica, ao exigir a criação de novos métodos e ferramentas de gerenciamento e controle de dados.

Todos os subprojetos tiveram ostensivo acompanhamento gerencial e de supervisão, com a função de prestar o apoio técnico necessário a cada tipo de intervenção. Com mais de 560 obras distribuídas pelo território nacional, fez-se necessária a elaboração de uma estratégia de supervisão e gerenciamento que contemplasse vários agentes, instâncias e instituições de modo a assegurar a garantia da qualidade técnica e administrativa das obras, bem como sua entrega dentro dos prazos e custos acordados em contrato. Foram distribuídos manuais e panfletos de orientação aos beneficiários, cobrindo todos os aspectos da execução, incluindo todas as etapas de licitação, programação de recursos, elaboração de aditivos, supervisão de obras e equipamentos e avaliação.

### 3.3 – Análise de Sustentabilidade

#### 3.3.1 – Fortalecimento Institucional/Organizacional (FIO)

**3.3.1.1 – Áreas fortalecidas ou melhoradas pelo projeto.** Identifique as áreas institucionais, fortalecidas ou melhoradas, direta ou indiretamente pelo projeto, e indique o nível de sua influencia (nacional, regional, local).

Área Institucional/Organizacional	Sim	Não	N/A	Nível Federativo		
				Nac.	Reg.	Loc.
1. Marco legal e regulatório	●	○	○	■	□	□
2. Procedimentos, manuais, guias operacionais	●	○	○	■	□	□
3. Capacidade	●	○	○	■	□	□
3.1. Capacidade da alta gerência	●	○	○	■	□	□
3.2. Capacidade da mediana gerência	●	○	○	□	■	□
3.3. Capacidade de sistemas de informação	●	○	○	□	□	■
3.4. Medição do desempenho (capacidade de M&E)	●	○	○	■	□	□
3.5. Serviço ao cliente	●	○	○	■	□	□
4. Estrutura funcional e organizacional	●	○	○	■	■	□
5. Planejamento	●	○	○	■	□	□
7. Orçamento/gerência financeira	●	○	○	■	□	■
8. Coordenação Intra/Intersectorial	○	●	○	□	■	□
9. Coordenação Intra/Interorganizacional	○	●	○	□	■	□
10. Pessoal/desenvolvimento de recursos humanos	●	○	○	■	■	■
11. Aquisições	●	○	○	■	■	■
12. Auto-avaliação, auditoria & prestação de contas	●	○	○	■	■	■

**3.3.1.2 – Fortalecimento alcançado pelo projeto no país.** Descreva as contribuições mais significativas do projeto (máximo 3) ao processo de fortalecimento institucional/organizacional no país.

Além de ter alcançado resultados favoráveis para a Reorganização dos SUS, o Projeto Reforsus incentivou o fortalecimento Institucional no país, nos seguintes aspectos:

- O primeiro aspecto relevante refere-se ao estabelecimento das Gerenciais Estaduais do Projeto, localizadas nas Secretarias Estaduais de saúde, fortalecendo o papel destas Secretarias na gestão do Sistema, num momento em que as mesmas encontravam-se enfraquecidas, pela onda municipalista gerada pelas NOB 93 e 96.
- Outro aspecto, considerado relevante, situa-se no plano das prefeituras ou unidades de saúde que, a partir do Reforsus, incorporaram novas conhecimentos relativos à gestão de projetos de investimentos, habilitando-se para a condução de novos projetos.
- O terceiro aspecto relevante, diz respeito ao fortalecimento do fluxo de informações em saúde existente no país. Financiados pelo Reforsus, foram desenvolvidos importantes sistemas de informação, como o SIOPS, o Cartão SUS e consolidada a Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS), além de outras iniciativas nesta área, todas de extrema relevância para a gestão de sistemas e serviços de saúde.

**3.3.1.3 – Fortalecimento alcançado pelo projeto no Órgão Executor.** Descreva as contribuições significativas do projeto (máximo 3), ao processo de fortalecimento institucional/organizacional no Órgão Executor. Descreva a situação antes e depois do projeto.

Com relação às contribuições do Projeto para o interior do Ministério da Saúde (órgão executor), destacam-se três aspectos significativos para o fortalecimento intra-institucional:

- A partir do processo de monitoramento e avaliação dos subprojetos das AP III e IV do Componente I, respectivamente, Hemorrede e Rede de Laboratórios de Saúde Públicos, houve o fortalecimento Institucional da Coordenação Nacional de Sangue e Hemoderivados (COSAH) e da Coordenação Nacional de Laboratórios de saúde Pública (COLAB), não só pela melhoria da capacidade e da qualidade das unidades envolvidas, como também pela possibilidade de encontros periódicos envolvendo as coordenações Nacionais e Estaduais, financiados pelo projeto, e a pactuação e introdução de mecanismos de monitoramento e avaliação das unidades.
- A estruturação e institucionalização de uma equipe técnica, envolvendo arquitetos, engenheiros e engenheiros clínicos, voltados para a análise e supervisão de subprojetos de obras e aquisição de equipamentos, e amparados por um sistema de Supervisão de eficiente e racional. Como reflexos deste processo no Projeto, as emendas parlamentares, até então aprovadas sem análise técnica consistente, passaram a ser analisadas pelo modelo implantado pelo Reforsus, embora não tenha, ainda, se beneficiado da supervisão na execução das mesma.
- Embora com resultados práticos para a Avaliação de Resultados do projeto Reforsus considerados precários, merece destaque, como contribuição para o Ministério da Saúde, a iniciativa de criação de um Sistema de Avaliação de Resultados, uma vez que, a partir desta, outros Projetos de Investimentos passaram a adotar um Modelo de Avaliação semelhante. Anteriormente ao Reforsus, Projetos de Investimentos eram avaliados depois de seu término, como no caso do PCDEM e PCMAM, financiados pelo BIRD.

#### **3.3.1.4 – Qualificação da contribuição do projeto ao FIO.** Explique sua qualificação

☐ Muito Relevante (MR)      ☒ Relevante (R)      ☐ Pouco Relevante (PR)      ☐ Irrelevante (I)

Formação de recursos humanos habilitados e capacitação para execução de novos Projetos de Investimentos em Saúde.

### **3.3.2. Sustentabilidade do projeto**

**3.3.2.1 – Alcance da sustentabilidade do projeto.** Em consulta com o Órgão Executor, defina quais ações, serviço e/ou produtos deveriam seguir sendo sustentáveis e durante quanto tempo, a fim de assegurar a sustentabilidade dos efeitos e futuros impactos esperados do projeto.

Acreditamos que a estrutura criada para supervisão de obras e de equipamentos deveria ser institucionalizada, no interior do Ministério da Saúde, de modo a continuar com o apoio às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, além de poderem subsidiar o Ministério na análise de emendas parlamentares.

Por outro lado, alguns estudos financiados pelo Componente II, como o Banco de Preços, o SIPOS, a RNIS, o Cartão SUS, o Estudo de Sustentabilidade, de Carga de Enfermidades, os Cursos de Manutenção de Equipamentos, de Gestão de Resíduos, de Gestão de Sistemas e Serviços, as Pesquisas AMS I e II, todos estruturantes para a formulação de Políticas e Gestão do sistema, deveriam ter continuidade, além de serem estendidos á outras instituições da Rede SUS, uma vez que pelo Reforsus foram beneficiadas apenas 1.171 unidades de saúde e existem no SUS, aproximadamente 6.000 hospitais e 36.000 unidades básicas de saúde.

**3.3.2.2 – Bases para a análise de sustentabilidade.** Estime a probabilidade (numa escala de 1 a 4) de que durante o ano seguinte ao término do projeto (e do financiamento do Banco), existam os seguintes arranjos e recursos institucionais/organizacionais no país, necessários para manter as ações, serviços, produtos, efeitos e futuros impactos iniciados pelo projeto e definidos no item 3.3.2.1:

<b>Ajustes institucionais/organizacionais e recursos</b>	<b>Probabilidade</b>
1. Apoio da alta gerência na Agência Executora	Baixa ← ○ ○ ○ ● → Alta    ○ N/A
2. Marco legal e regulatório	Baixa ← ○ ○ ○ ● → Alta    ○ N/A
3. Preparativos e capacidade organizacional	Baixa ← ○ ○ ○ ● → Alta    ○ N/A
4. Coordenação intra-organizacional	Baixa ← ○ ○ ● ○ → Alta    ○ N/A
5. Disponibilidade de recursos financeiros	Baixa ← ○ ● ○ ○ → Alta    ○ N/A
6. Pessoal idôneo	Baixa ← ○ ○ ○ ● → Alta    ○ N/A
7. Recursos para manutenção da infra-estrutura física	Baixa ← ○ ● ○ ○ → Alta    ○ N/A
8. Apoio dos beneficiários do projeto	Baixa ← ○ ● ○ ○ → Alta    ○ N/A
9. Apoio do governo nacional	Baixa ← ○ ○ ○ ● → Alta    ○ N/A

**3.3.2.3 – Análise de origem das causas que afetam negativamente a sustentabilidade.** Baseando-se no item anterior, e considerando os possíveis fatores que possam afetar a sustentabilidade do projeto, identifique as causas concretas pelas quais considera que todos ou alguns dos impactos, efeitos, produtos, ações e/ou serviços descritos no ponto 3.3.2.1. podem não ser sustentáveis, e explique por que.

Entendendo sustentabilidade de modo amplo e abrangente, o conhecimento técnico adquirido durante a atividade de supervisão de obras e equipamentos tende a ser perdido, pelo fato de que a maioria dos técnicos envolvidos nesta atividade terem sido contratados com recursos do Reforsus e, com o encerramento do Projeto, este conhecimento tende a se perder.

Em relação aos estudos, pesquisas, experimentos e afins, poderá vir a ocorrer o mesmo fato, uma vez que, embora considerados relevantes pelo próprio MS, não têm assegurado os recursos financeiros necessários, para sua continuidade e institucionalização como instrumentos de formulação de políticas e de gestão do sistema.

**3.3.2.4 – Análise da fonte de causas que contribuem favoravelmente à sustentabilidade.** Baseando-se nas análises prévias e considerando os possíveis fatores que podem contribuir à sustentabilidade do projeto, identifique as causas concretas pelas quais considera que os futuros impactos, efeitos imediatos, produtos, ações e/ou serviços descritos no ponto 3.3.2.1 poderão ser sustentáveis, e explique porquê.

Uma vez que a experiência de supervisão de obras e equipamentos foi considerada positiva, e estendida para a análise de emendas parlamentares (recursos orçamentários), acredita-se que haja interesse do MS de garantir a sustentabilidade destas ações.

Por outro lado, alguns dos subprojetos do componente II, como, por exemplo, a AMS I e II (IBGE), o SIOPS e o Banco de Preços, são hoje instrumentos fundamentais para o conhecimento quantitativo e qualitativo da Rede SUS.

Além do que, os estudos na área da Sustentabilidade de Investimentos, de Carga de Enfermidade e outros são elementos chaves para futuros projetos de investimentos. Além destes, destaca-se o subprojeto dos Centros colaboradores, que de baixo custo operacional, propiciou uma efetiva difusão de conhecimentos e boas práticas entre unidades mais desenvolvidas, em termos da gestão de serviços, e outras, com seus processo gerenciais em formulação.

**3.3.2.5 – Lições aprendidas para a sustentabilidade (medidas adotadas).** Baseando-se em sua experiência neste projeto e levando-se em conta as análises anteriores, descreva de maneira concisa as medidas adotadas em sua elaboração e/ou na implementação que foram eficazes para melhorar a sustentabilidade do projeto e explique como foram levadas à prática.

O envolvimento das Gerências Estaduais, na operacionalização dos investimentos, embora ainda aquém do esperado, certamente contribuiu para a sustentabilidade na implementação do Projeto Reforsus, de modo geral.

No interior do Ministério da Saúde, a interface com a SAS e a SE, ocorrida nos últimos dois anos de execução do Projeto, também pode ser considerada como um aspecto positivo para a sustentabilidade dos investimentos, uma vez que possibilitou o equacionamento de alguns problemas de não funcionamentos de instituições beneficiárias, por conta de recursos de custeio (tetos) ou garantiu o remanejamento de alguns equipamentos sem uso, realocando-os em novas unidades que garantisse sua plena utilização.

**3.3.2.6 – Lições aprendidas para a sustentabilidade (medidas adotadas).** A partir de sua experiência neste projeto, e levando em conta as análises anteriores, descreva de maneira concisa que medidas adotadas recomenda levar em conta durante o desenho e/ou implementação para melhorar a sustentabilidade futuros projetos.

Com relação a futuros investimentos em infra-estrutura (obras e equipamentos) a garantia de sustentabilidade pode estar assegurada se os mesmos forem priorizados em consonância com os Planos Diretores de Regionalização e os Planos Diretores de Investimentos, instrumentos adotados pelo Ministério, a partir da NOAS, para a Reorganização de Sistemas e Serviços de Saúde, garantindo-se o aumento dos recursos financeiros municipais antes da alocação do investimento em obras ou equipamentos.

Em paralelo, deve-se fortalecer as instituições formadoras de recursos humanos, modernizando-as, de modo a que sejam formados novos profissionais e instituídos cursos de capacitação permanentes para atualização dos recursos humanos da Rede nos novos procedimentos e práticas de serviços e, principalmente, na operação das novas e complexas tecnologias incorporadas.

Por outro lado, deve-se também, fomentar a criação e institucionalização de cursos permanentes de Gestão da Infra-estrutura Física e Tecnológica da Rede SUS, como um dos pontos de uma Política de Incorporação de Tecnologias em Saúde, estendendo-os a estados e municípios, assegurando a garantia da qualidade dos novos projetos arquitetônicos para realização de obras, a efetividade na aquisição de novos equipamentos e a correta manutenção predial e do parque tecnológico incorporado.

**3.3.2.7 – Plano de Sustentabilidade.** Levando-se em conta as análises anteriores, descreva as ações concretas que o País Mutuário e/ou o Banco deveriam realizar durante o próximo ano para assegurar a sustentabilidade dos futuros impactos, efeitos, produtos, ações e/ou serviços descritos no ponto 3.3.2.1.

- Capacitar quadros do MS na gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, com ênfase na gestão de Projetos de Investimentos, assegurando um corpo técnico capaz de assessorar estados e municípios em futuros projetos de investimentos;
- Capacitar quadros das SES na gestão de Projetos de Investimentos, envolvendo a priorização, aprovação, monitoramento e avaliação dos mesmos, assegurando um corpo técnico capaz de assessorar municípios e unidades de saúde em futuros projetos de investimentos;
- Apoiar o Fortalecimento e a Modernização da Rede de Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETSUS), com vistas à formação e capacitação de capital humano para a operação de novas tecnologias e procedimentos de saúde, garantindo às boas práticas no desempenho das atividades em serviço;
- Estruturar a carreira de Gestão de recursos Físicos e Tecnológicos em Saúde, envolvendo arquitetos, engenheiros e técnicos, com vistas a estruturar equipes a nível central e nas representações do MS nos estados, habilitados ao desempenho das atividades de análise de projetos executivos, aquisição de equipamentos e manutenção predial e de equipamentos;
- Apoiar a estruturação de Cursos Descentralizados de Gestão de Recursos Físicos e Tecnológicos em Saúde, com o intuito de formar capital humano para As SESs, SMSs e unidades de saúde;

- Buscar sinergias com os arranjos produtivos locais propostos pelo Ministério da Integração Nacional;
- Criar mecanismos de indução para que as Universidades possam adequar os currículos da área de saúde às novas perspectivas do SUS;
- Aplicar o questionário síntese proposto pelo Estudo de Sustentabilidade.

**3.3.2.8 – Qualificação de Sustentabilidade do Projeto.** Baseando-se nas análises prévias e nas perspectivas do Plano de Sustentabilidade, qualifique a probabilidade de que o projeto seja sustentável durante os próximos três (3) anos. Explique sua qualificação

☐ Muito Provável (MP)      ☒ Provável (P)      ☐ Pouco Provável (PP)      ☐ Improvável (I)

A sustentabilidade das ações impetradas pelo Reforsus está diretamente ligada à adoção de ações complementares, que estão sendo discutidas no âmbito do MS. Dentre estas ações, podemos destacar a atuação da SAS, no sentido de resolver problemas de falta de teto financeiro e complementação de alguns investimentos do Projeto, através de celebração de convênios. Além disso, a inclusão dos centros de capacitação de recursos humanos, tanto da área técnica, quanto da de gestão, nas metas do projeto Qualisus, poderá se constituir em um importante elemento para corrigir distorções em alguns investimentos que ainda têm a sua operacionalização comprometida.

## 3.4 – Desempenho do Banco

**3.4.1 – Produtos (outputs) obtidos.** Descrição dos produtos do projeto por componente e análise de fatores e afetaram sua execução. Desempenho do Banco nas áreas críticas. Avalie o desempenho do Banco nas seguintes áreas:

**3.1.1.1 – Análise de indicadores de produto.** Registre os indicadores dos produtos obtidos neste componente usando os mesmos indicadores de produto (outputs) importados do PPMR. Compare os indicadores nas colunas Alcançado e Planejado. Se existe uma diferença significativa entre eles, descreva brevemente os fatores da diferença.

1. Grau de facilitação para desenhar o projeto de maneira participativa com o Mutuário e o Órgão Executor	Baixa ← ○ ○ ● ○ → Alta	<input type="radio"/> N/A
2. Provisão de assistência técnica e capacitação, assim como acompanhamento sistemático para que o Órgão Executor cumpra com as políticas e procedimentos do Banco	Baixa ← ○ ○ ● ○ → Alta	<input type="radio"/> N/A
3. Provisão de assistência técnica e capacitação ao Órgão Executor, para melhorar a gestão e a administração do projeto	Baixa ← ○ ● ○ ○ → Alta	<input type="radio"/> N/A
4. Utilidade da supervisão e assessoramento do Banco para melhorar a gestão e a administração do projeto	Baixa ← ○ ○ ● ○ → Alta	<input type="radio"/> N/A
5. Oportunidade da resposta do Banco aos requerimentos do Órgão Executor durante a implementação do projeto	Baixa ← ○ ○ ○ ● → Alta	<input type="radio"/> N/A
6. Flexibilidade do Banco para responder a emergências e imprevistos durante a implementação do projeto	Baixa ← ○ ○ ○ ● → Alta	<input type="radio"/> N/A

**3.4.2 – Lições aprendidas para a organização e funcionamento da UEP (medidas adotadas).** Baseado em sua experiência durante a implementação do projeto, identifique quais medidas adotadas com respeito à estrutura, organização e processos na Unidade Coordenadora/Executora do Projeto, assim como sua interação com o Banco resultaram eficazes e explique como foram levadas à prática.

A disposição do BID, logo no início da implementação do Projeto, em acatar alguns procedimentos já utilizados pelo BIRD – tais como editais padronizados de licitação – foi de grande auxílio para alavancar a execução, acelerando as concorrências que estavam com atraso. Houve também uma grande agilidade do BID na emissão das “não objeções” para os relatórios de avaliação das concorrências públicas internacionais. Outro fator facilitador foi a condescendência com os editais somente em Português, sem a necessidade da versão em Inglês.

É importante ressaltar a boa relação do BID junto aos órgãos governamentais brasileiros, dispondo de uma equipe de negociação bem integrada com a equipe do MS, interessada em agilizar a implementação do Projeto e a condução das negociações do Acordo de Empréstimo, estando sempre disponível para esclarecimentos.

Não obstante, alguns aspectos podem ser aperfeiçoados no delinear de outros projetos. Por exemplo: faltou à equipe do BID uma postura mais crítica na fase de implementação (auge da execução) do Projeto, no sentido de melhorar o desempenho de forma global, tanto quanto à supervisão como à avaliação, ou mesmo propondo revisões nos aspectos técnicos das propostas. Também, a equipe técnica do Projeto não tomava conhecimento de eventuais comentários do BID com relação aos relatórios de avanço semestrais, seja por falha do próprio BID ou mesmo da coordenação do Projeto, resultando em uma quebra no processo de *feedback*, aperfeiçoamento das ferramentas e da forma de apresentação dos dados.

### **3.4.3 – Lições aprendidas para a organização e funcionamento da UEP (medidas alternativas).**

Baseado em sua experiência durante a implementação do projeto, quais sugestões faria ao Banco para melhorar a estrutura, organização e processos da Unidade Coordenadora/Executora do Projeto e sua interação com o Banco em futuras operações?

A UEP (UGP) deve manter seu caráter gerencial e supervisor e dar apoio às instancias descentralizadas, atuando também como elemento de ligação entre os proponentes e outras instâncias do próprio MS. A elaboração de manuais e realização de seminários, que orientem os técnicos dos proponentes quanto à correta elaboração dos projetos, é fundamental para se amenizar a deficiência encontrada em várias propostas, resultando em maior consistência no atendimento aos objetivos traçados para o Projeto e minimizando a necessidade de modificações e adaptações posteriores ao início da execução. O BID pode contribuir neste processo, por meio de reavaliações periódicas e claras dos objetivos e resultados, repassando à UEP sua experiência na execução de projetos similares, além de promover a reciclagem periódica dos agentes envolvidos.

**3.4.4 – Qualificação do desempenho do Banco.** Com base no 3.4.1. e considerando a experiência da instituição mutuária e sua experiência como Órgão Executor, qualifique o desempenho do Banco durante as fases de elaboração e implementação do projeto. Explique sua qualificação

☐ Muito Satisfatório (MS)      ☒ Satisfatório (S)      ☐ Insatisfatório (I)      ☐ Muito Insatisfatório (MI)

A equipe do BID esteve sempre acessível para receber as demandas do Projeto que implicaram em modificações ou adequações, fossem oriundas de fatores externos ou internos. Considerando a experiência do Banco em outros projetos, o acompanhamento programático foi mediano, uma vez que não houve aprofundamento nas análises visando detectar possíveis falhas na execução. A capacitação do órgão executor poderia ter recebido atenção diferenciada. O maior vilão na agilidade da execução do Projeto Reforsus foi o câmbio, que variou durante o período de sua implementação e execução em torno 300%.

## **3.5 – Bases para a avaliação *ex post***

**3.5.1 – Previsões para a avaliação *ex post*.** Estabeleça se esta operação, de acordo com o Contrato de Empréstimo, requer uma avaliação *ex post*. Se for aplicável, forneça a seguinte informação sobre as previsões tomadas (revisar acordos entre o Banco, Mutuário e Executor na Ajuda Memória do Taller de Término de Projeto):

O Contrato de Empréstimo requer uma avaliação *ex post* para esta operação? ☐ Não ☐ Sim

Para qual data está programada (DD / MM / AA)? Data de Início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de Término: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Quem é o responsável por realizar a avaliação *ex post*? ☐ Banco ☐ Mutuário

Qual é o custo em US\$ estimado? \_\_\_\_\_

Qual a fonte de recursos financeiros para a avaliação *ex post*? ☐ Empréstimo BID ☐ Mutuário ☐ Outra Fonte

Se os recursos provêm de outra fonte, especifique de qual: \_\_\_\_\_

**3.5.2 – Análise da capacidade para a avaliação *ex post*.** Analise a capacidade do Órgão Executor, assim como a sua infra-estrutura e processos de informação para recolher, analisar e informar sobre o alcance dos futuros efeitos e impactos do projeto, e os principais fatores que possam facilitar ou obstruir esta avaliação.

**3.6 – Outras lições aprendidas e recomendações.** Adicionalmente às lições aprendidas já registradas nas seções anteriores deste relatório, esta seção possibilita ao usuário delinear outras lições aprendidas e recomendações que possam ser úteis para o desenho e/ou a implementação de novos projetos.

**Anexo 1-A – Fonte de Financiamento do Projeto  
(Montantes em US\$ 1.00)**

Categoria de Investimento	Original			
	BID (1)	Mutuário (2)	BIRD (3)	Total (4)
1. Administração e Supervisão	23.100.000,00	-	12.000.000,00	35.100.000,00
2.1 Atendimento do SUS	293.400.000,00	100.000.000,00	233.000.000,00	626.400.000,00
2.2 Financiamento do atendimento médico e regulamentação	30.000.000,00	-	30.000.000,00	60.000.000,00
3. Imprevistos	-	-	25.000.000,00	25.000.000,00
4. Inspeção e Supervisão	3.500.000,00	-	-	3.500.000,00
<b>Total</b>	<b>350.000.000,00</b>	<b>100.000.000,00</b>	<b>300.000.000,00</b>	<b>750.000.000,00</b>

Categoria de Investimento	Atual			
	BID (5)	Mutuário (6)	BIRD (7)	Total (8)
1. Administração e Supervisão	11.253.921,77	-	8.873.140,54	20.127.062,31
2.1 Atendimento do SUS	208.163.119,61	97.251.192,09	216.772.930,53	522.187.242,23
2.2 Financiamento do atendimento médico e regulamentação	33.001.550,88	-	26.793.854,85	59.795.405,73
3. Imprevistos	-	-	-	-
4. Inspeção e Supervisão	2.864.000,00	-	-	2.864.000,00
<b>Total</b>	<b>255.282.592,26</b>	<b>97.251.192,09</b>	<b>252.439.925,92</b>	<b>604.973.710,27</b>

Categoria de Investimento	Brecha como % do Original			
	BID (9)	Mutuário (10)	BIRD (11)	Total (12)
1. Administração e Supervisão	11.846.078,23	-	3.126.859,46	14.972.937,69
2.1 Atendimento do SUS	85.236.880,39	2.748.807,91	16.227.069,47	104.212.757,77
2.2 Financiamento do atendimento médico e regulamentação	(3.001.550,88)	-	3.206.145,15	204.594,27
3. Imprevistos	-	-	25.000.000,00	25.000.000,00
4. Inspeção e Supervisão	636.000,00	-	-	636.000,00
<b>Total</b>	<b>94.717.407,74</b>	<b>2.748.807,91</b>	<b>47.560.074,08</b>	<b>145.026.289,73</b>

**Fonte:**

LMS1 e LMS10 do BID.

ICS - Integrated Controller's Systems do BIRD.

Sistema de Informações do Projeto REFORSUS.

Pendentes de devolução ao Banco US\$ 688.192,02, para finalizar os cancelamentos

**Anexo 1-B – Calendário de Investimentos  
(Montantes em US\$ 1.00)**

ANOS	Original			
	BID	Mutuário	BIRD	Total
	(1)	(2)	(3)	(4)
31/12/1996	-	-	-	-
31/12/1997	-	20.000.000,00	102.000.000,00	122.000.000,00
31/12/1998	-	20.000.000,00	72.000.000,00	92.000.000,00
31/12/1999	-	20.000.000,00	72.000.000,00	92.000.000,00
31/12/2000	-	20.000.000,00	48.000.000,00	68.000.000,00
31/12/2001	-	20.000.000,00	6.000.000,00	26.000.000,00
31/12/2002	-	-	-	-
31/12/2003	-	-	-	-
31/06/2004	-	-	-	-
<b>Total</b>	-	100.000.000,00	300.000.000,00	400.000.000,00

ANOS	Atual				Brecha
	BID	Mutuário	BIRD	Total	(8) - (4)
	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
31/12/1996	-	-	-	-	-
31/12/1997	-	-	38.913.888,02	38.913.888,02	83.086.111,98
31/12/1998	17.131.807,98	5.293.420,32	24.045.803,22	46.471.031,52	45.528.968,48
31/12/1999	15.261.609,80	15.337.364,10	27.623.913,22	58.222.887,12	33.777.112,88
31/12/2000	53.007.725,08	17.024.989,01	24.952.655,26	94.985.369,35	(26.985.369,35)
31/12/2001	63.867.846,98	24.237.406,42	80.446.389,21	168.551.642,61	(142.551.642,61)
31/12/2002	72.338.558,70	21.164.801,21	23.580.899,77	117.084.259,68	(117.084.259,68)
31/12/2003	33.675.043,74	10.177.619,04	26.780.875,62	70.633.538,40	(70.633.538,40)
31/06/2004	-	4.015.591,99	6.095.501,60	10.111.093,59	(10.111.093,59)
<b>Total</b>	255.282.592,28	97.251.192,09	252.439.925,92	604.973.710,29	(204.973.710,29)

**Fonte:**

Saff Appraisal Report do BIRD.

LMS1 e LMS10 do BID.

ICS - Integrated Controller's Systems do BIRD.

Sistema de Informações do Projeto REFORSUS

Pendentes de devolução ao Banco US\$ 688.192,02, para finalizar os cancelamentos

**Anexo 1-C – Pagamentos Efetuados Ano a Ano  
(Montantes em US\$ 1.00)**

US\$ 1.00

Ano	PAGAMENTO EFETUADO			
	BID		BIRD	
	Reforsus	Contrapartida	Reforsus	Contrapartida
1998	3.601.408,93	730.441,07	21.543.991,98	4.562.979,25
1999	32.965.429,16	7.778.949,35	29.225.015,70	7.558.414,75
2000	53.578.932,21	9.329.588,39	42.575.829,38	7.695.400,62
2001	71.035.022,66	11.544.382,72	65.474.175,94	12.693.023,70
2002	65.685.447,95	9.872.028,30	58.122.459,49	11.292.772,91
2003	31.269.553,00	3.787.020,83	35.227.399,49	6.390.598,21
2004	11.143.059,56	1.555.131,35	13.392.081,06	2.460.460,64
<b>Total</b>	<b>269.278.853,47</b>	<b>44.597.542,01</b>	<b>265.560.953,05</b>	<b>52.653.650,08</b>

A diferença dos valores do pagamento efetuado pelo Projeto (tabela acima) e dos valores desembolsados efetivamente pelo Bancos estão explicados a seguir:

US\$ 1.00

Banco	Pagamento Efetuado	Desembolso Efetivo	Diferença (*)
BID	269.278.853,47	255.282.592,26	13.996.261,21
BIRD	265.560.953,05	252.439.925,92	13.121.027,13

(\*) esses valores são recursos de compromissos assumidos pelo Projeto com recursos da União (fonte tesouro) que pelo prazo final de execução não houve tempo hábil de efetuar os saques dos Acordos de Empréstimos, bem como glosas efetuadas e justificativas mas não acatadas.

US\$ 1.00

Banco	Valores de Contrapartida(*)
BID	<b>44.597.542,01</b>
BIRD	<b>52.653.650,08</b>
<b>Total</b>	<b>97.251.192,09</b>

(\*) Quando da visita dos técnicos do Banco Mundial para elaborar o Relatório de Avaliação alguns valores que fizeram parte deste relatório eram projeções de desembolso, pois em fevereiro/04, o Projeto encontrava-se em execução tanto para o BIRD (até 30/04/04) e BID (até 30/06/04), sendo assim justifica-se a diferença de US\$ 97 milhões para US\$ 101 milhões de valores efetivamente pagos como contrapartida, pois houveram desistências e/ou cancelamentos de contratos com fornecedores.

## Anexo Suplementar Subprojetos do Componente II

Subprojeto	Início	Término
Rede Nacional de Informações de Saúde	jul/98	Dez/01
<b>Estudos Técnicos e Pesquisas</b>		
Estudo de Viabilidade Econômico-Financeira do Plasma Nacional na Produção de Hemoderivados	mai/99	set/99
Pesquisa Assistência Médico-Sanitária	out/99	jun/03
Estudos sobre o Perfil e Regulação da Assistência Médica Suplementar	out/99	abr/00
Impacto Distributivo dos Gastos Públicos na Área de Saúde	out/00	jul/01
Estudo sobre o Projeto Reforsus II	fev/02	set/02
Modelo Gestão Sistêmica Sistema Nacional de Auditoria do SUS	ago/02	jun/03
Banco de Preços Praticados na Área Hospitalar	jan/00	Jul/04
Sistema de Contas Nacionais em Saúde/SIOPS	dez/99	Jul/04
Análise da Sustentabilidade dos Investimentos do Reforsus	mar/02	nov/03
<b>Consultorias de Gestão e Capacitação Técnica</b>		
Desenvolvimento implementação do modelo de Gestão em Grandes Estabelecimentos de Saúde (Projetos-Piloto de Modernização Gerencial)	out/01	jun/03
Fortalecimento e Desenvolvimento Institucional das Secretarias Estaduais	set/01	mai/03
Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social do SUS/Curso de Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde e Membros do Ministério Público	jul/01	jun/04
Treinamento a Distância em Gerenciamento de Equipamentos médico-hospitalares	dez/01	set/03
Treinamento Gerencial à distância nos Pequenos e Médios Estabelecimentos	nov/01	mai/04
Curso de Saúde Ambiental e Gestão de Resíduos de Saúde através da Educação Continuada à Distância para as Unidades de Saúde	jan/02	set/03
Capacitação Gerencial de Dirigentes Hospitalares	nov/01	dez/03
Implantação do Projeto Piloto do Cartão Nacional de Saúde	jun/00	dez/04
Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar no âmbito do SUS	jan/02	dez/02
<b>Atividades de Avaliação e Supervisão Técnica</b>		
Apoio ao Fortalecimento do Controle Social do SUS	mai/00	Jun/04
Apoio Técnico a Implantação do Cartão Nacional de Saúde	jan/00	dez/02
Elaborar Estudos sobre as Modalidades de Aplicação de Recursos, sua Adequação e a Forma e Instrumentos de Gerenciamento do Projeto Reforsus	jun/03	jul/05
Comissão Técnica para Acompanhamento e Validação de Estudos de Custos em Saúde	mai/00	jun/02
Comissão Técnica de Projeto de Aperfeiçoamento da Assistência Farmacêutica	abr/01	Mai/04
Supervisão da Análise da Sustentabilidade dos Investimentos do Reforsus	mai/02	ago/03
Supervisão dos Projetos Piloto de Desenvolvimento e Implantação da Modernização Gerencial nos Grandes Estabelecimentos de Saúde	set/00	jun/03
Apoio a Capacitação de Equipes Municipais e Estaduais Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde	jan/02	dez/02
Avaliação do Processo de Instalação e Execução dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência	out/00	fev/01
Apoio a Execução, Monitoramento e Avaliação dos Estudos do Componente II e dos Investimentos Estratégicos do Reforsus.	abr/01	Jun/04
Apoio a Licitação da Produção de Vacinas	mai/00	abr/02
Supervisão, Acompanhamento e Avaliação do Fortalecimento Institucional da SES Saúde.	jul/01	fev/03

**BRASIL**  
**Projeto de Reforma do Setor Saúde – REFORSUS**  
**(951/OC-BR)**

**Ajuda Memória**  
**Revisão do PCR do projeto REFORSUS,**  
***(roteiro das correções recomendadas***  
***pela reunião de revisão de 15/02/2005)***

**março de 2005**

**I. Participantes**

- 1.1 Participantes na reunião: A. Ritchie, Raul Tuazon, Edgar Gonzalez, Andre Medici, Roberto Iunes, Oriana Bomfim, Rita Sorio, Tomas Engler e Silvia Raw.
- 1.2 PCR do Projeto apresentado por: José Navia (COF/CBR) e Trajano Quinhões (consultor).

**II. Temas discutidos**

- 2.1 O CRG congratulou a equipe pela qualidade do PCR, em vista da complexidade e alcance do Programa REFORSUS.
- 2.2 O CRG fez as recomendações a seguir para a revisão do PCR: i) Agregar em um arquivo em formato *word* uma seção de antecedentes, descrevendo o contexto de preparação, os componentes e os resultados esperados; ii) agregar mais detalhes sobre a relação com o Banco Mundial no desenho e execução; iii) incorporar o “*link*” ou um resumo da avaliação final do Programa feita pelo Banco Mundial; iv) aclarar o tema de sustentabilidade dos investimentos, incluindo a redação na página 28; v) aprofundar a discussão sobre a inclusão de melhorias gerenciais nos sub-projetos, incluindo a evidência disponível; e vi) na seção sobre a limitada disseminação dos resultados do programa, incluir o “*link*” da página *web* do REFORSUS e indicar que o Ministério da Saúde está revisando os estudos para publicação.

**III. Correções e alterações realizadas**

- 3.1 Em primeiro lugar, tendo como referência os comentários que os senhores participantes da reunião de revisão do PCR de 15/02/2005 proferiram, individualmente ou de forma mais consensual, efetuamos uma revisão de todo o texto do Relatório Final do Projeto (PCR) REFORSUS, visando tornar o documento ainda mais claro, organizado e didático.

3.2 Quanto às seis (6) recomendações propostas, relacionaremos a seguir as alterações no PCR, seguindo a mesma ordenação do subitem 2.2.

Recomendações:

- i) Foi incluída na página 2 do PCR a seção Antecedentes, que inicia o item 1, Informação Geral. Nessa seção são descritos o contexto de preparação, os componentes e os resultados esperados do REFORSUS;
- ii) mais detalhes sobre a relação com o Banco Mundial no desenho e execução do Projeto foram incorporados na seção Antecedentes, que inicia o item 1, Informação Geral;
- iii) foi incluído como Anexo 1D do PCR um Resumo da Avaliação Final do REFORSUS pelo Banco Mundial, que se trata do Anexo 8 do documento IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT – CPL-40470, Report No: 29325, Document of The World Bank, June 14, 2004. Optamos pela transcrição do resumo e por não traduzi-la para manter maior fidelidade do documento;
- iv) o esclarecimento do tema da sustentabilidade dos investimentos do REFORSUS foi efetuado em diferentes subitens, tais como 2.3.2.3 e 2.3.2.4. Não obstante, a redação principal, relativa à Qualificação da Sustentabilidade, à página 32, foi reescrita;
- v) o aprofundamento da discussão sobre a inclusão das melhorias gerenciais nos subprojetos foi realizada em dois momentos, na página 10, Componente 1, Fatores Responsáveis pela Diferença, e na página 36, Outras lições aprendidas;
- vi) a indicação de que o Ministério da Saúde está revisando os estudos para publicação e a inserção do link do REFORSUS, foram incorporados ao item Componente 2, Fatores Responsáveis pela Diferença, página 12.