

Capacidade Local Em Políticas De Saúde: Uma Análise Dos Municípios Brasileiros¹

Maria do Carmo Juliano – Mestrado Profissional em Políticas Públicas pela Universidade Federal de Pernambuco.
E-mail: carminhajuliano@gmail.com

Mariana Batista Silva. Doutora em Ciência Política pela Universidade Federal de Pernambuco; Professora Adjunta do Departamento de Ciência Política, Brasil. E-mail: marianabsilva@gmail.com

André Valente do Couto. Instituto Federal do Mato Grosso. E-mail: andre.valente@cba.ifmt.edu.br

Resumo

Qual o efeito da capacidade local sobre a mortalidade infantil nos municípios brasileiros? Este trabalho analisa a capacidade local dos 5.570 municípios brasileiros na oferta de política de saúde e seu efeito sobre a variação da mortalidade infantil, a partir de duas dimensões: administrativa e Institucional. Dados do perfil dos municípios brasileiros do IBGE e dos indicadores Municipais do rol de Indicadores, Diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013 do DATASUS, são usados como medida de capacidade local. Como fator explicativo para a variação da mortalidade infantil são usadas variáveis distribuídas nas duas dimensões. Os dados foram analisados através de estatística descritiva e regressão linear múltipla pelo modelo dos Mínimos Quadrados Ordinários (MQO). Com o uso do modelo de regressão os resultados apontam que a composição da burocracia e aspectos institucionais como a formulação de planos de ação e a formação de conselhos estão associados com melhor desempenho da política de saúde no nível municipal.

Palavras-Chave: Capacidade Local; Política de Saúde; Mortalidade Infantil.

Abstract

What is the effect of local capacity on infant mortality in Brazilian municipalities? This article analyzes the local capacity of 5,570 Brazilian municipalities in health policy supply and its effect on the variation in infant mortality, from two dimensions: administrative and institutional. Data from IBGE's "Profile of Brazilian Municipalities" and DATASUS's 2013 municipal indicators list, guidelines, goals, targets, and indicators are used as a measure of local capacity. As an explanatory factor for the variation in infant mortality are used five variables distributed in two dimensions. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression model by ordinary least squares (OLS). With the use of the regression model the composition of the bureaucracy and institutional aspects such as the formulation of action plans and the formation of councils are associated with better performance of the health policy at the municipal level.

Key-words: Local Capacity; Health Policy; Child Mortality.

¹ Essa pesquisa se insere no projeto intitulado "Mais Recursos ou Melhor Gestão" que contou com apoio financeiro da Facepe (Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco)

Capacidade Local Em Políticas De Saúde: Uma Análise Dos Municípios Brasileiros

Maria do Carmo Juliano – Universidade Federal de Pernambuco

Mariana Batista Silva – Universidade Federal de Pernambuco

André Valente do Couto – Instituto Federal do Mato Grosso

1. INTRODUÇÃO

O Brasil está organizado em um sistema federativo, reformulado após a Constituição Federal de 1988, no qual os três níveis de governo, União, estados e municípios, são considerados entes federativos, dotados de autonomia administrativa, política e fiscal e sem vinculação hierárquica, caracterizando o triplo federalismo.

Durante o período da ditadura militar, havia uma centralização de arrecadação fiscal e do poder decisório e operacional no governo federal, inclusive com relação à gestão das políticas públicas. No entanto, com o processo de descentralização política e administrativa, ocorrido após 1988, coube aos estados e principalmente aos municípios, as prerrogativas de implementação das políticas sociais, dentro das quais selecionamos para efeito deste estudo, a política de saúde, ofertada pelo município, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

É importante ressaltar que antes da criação do SUS, a saúde era vista como um problema individual e centrada no modelo médico assistencial privatista. Ou seja, os cidadãos eram divididos em três classes: os que podiam pagar pelos serviços privados; os que estavam assegurados pelos seguros-saúde por ter emprego formal com carteira assinada; e os excluídos, que não tinham direito algum e só contavam com atendimento gratuito, ofertado pelas unidades de saúde dos estados e municípios e as santas casas de misericórdia, em caráter caritativo.

Nesse período, os indicadores de saúde representavam a situação de saúde existente: a expectativa de vida ao nascer era baixa, em torno de 53,3 anos; uma alta incidência de doenças infectocontagiosas e uma taxa de mortalidade infantil elevada (IBGE, 1999). A partir do processo de redemocratização e da reforma do Estado houve uma retomada dos movimentos de oposição, dentre os quais destacamos a luta

encampada pelo Movimento da Reforma Sanitária¹, objetivando a universalização da saúde e criação do SUS. O SUS representou a operacionalização da saúde como direito do cidadão, estabelecido pela Constituição Federal de 1988 (CF-88).

A descentralização que norteia o SUS ocorre, especialmente, pela transferência de responsabilidades e recursos para a esfera municipal, estimulando novas competências e capacidades político-institucionais dos gestores locais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 21). Neste sentido, destacamos que em um país de dimensões continentais e com um elevado grau de desigualdades inter e intrarregionais, principalmente no que concerne à capacidade fiscal, política e administrativa, deve-se levar em consideração que a descentralização pura e simplesmente de uma política de saúde, formulada no nível central e implementada pelos governos locais, sem levar em consideração essas capacidades, pode apresentar resultados significativamente diferentes.

Em suma, o SUS é uma política nacional com diretrizes comuns para todo o país. Contudo, diferenças em termos de capacidades locais podem produzir resultados profundamente diferentes nos municípios. Tendo isto em mente, a variação da capacidade local dos municípios brasileiros para políticas de saúde é analisada a partir de duas dimensões consideradas fundamentais: administrativa e a institucional. Os indicadores selecionados para cada dimensão serviram de fator explicativo para a variação da mortalidade infantil, que foi o indicador escolhido para mensurar o desempenho da política de saúde, por ser um indicador de pactuação obrigatória por todos os municípios.

Trata-se de um estudo quantitativo e observacional dos 5.570 municípios brasileiros, utilizando dados secundários do Perfil dos Municípios Brasileiros 2013 do IBGE e dos indicadores municipais do rol de Indicadores de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 da base de dados do DATASUS.

Partindo do pressuposto de que com o processo de descentralização as políticas de saúde seriam melhor implementadas e que uma atenção básica de qualidade ofertada pelo município diminuiria significativamente a mortalidade infantil, o presente estudo

¹ O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. (FIOCRUZ, 1988).

analisou o efeito da capacidade local sobre a mortalidade infantil nos municípios brasileiros. A hipótese é que quanto maior a capacidade local, menor a mortalidade infantil no município.

O trabalho está dividido em cinco seções. A primeira seção aborda a mortalidade infantil no Brasil e o SUS. Na seção seguinte, o federalismo, a descentralização de políticas sociais no Brasil e a capacidade local, com ênfase na municipalização da saúde. Em seguida, a metodologia apresenta os dados, a mensuração e o modelo estatístico utilizado. Na quarta seção, são apresentados os resultados da análise do efeito da capacidade local sobre a mortalidade infantil nos municípios brasileiros. Por último, a conclusão.

2. MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A taxa de mortalidade infantil é um importante indicador das condições de saúde e vida de uma população (Brasil, 2010). Segundo a Organização Mundial de Saúde, esse indicador é definido como a morte de crianças menores de um ano por cada mil nascidos vivos e pode ser dividida em dois componentes principais: a mortalidade neonatal e a pós-neonatal. Para Frias e Navarro (2013: 92), é considerado “um marcador do nível de desenvolvimento social e da garantia aos direitos humanos”, pois as altas taxas de mortalidade infantil refletem em geral, falta de saneamento básico, insegurança alimentar, baixo grau de instrução materna, acesso desigual aos serviços de saúde, desigualdades sociais e econômicas, políticas públicas ineficazes, dentre outros fatores que associados, podem predispor ao aumento do número de óbitos infantis.

Esse indicador permite também avaliar a assistência pré-natal ofertada; a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto, evitando a sua peregrinação; avaliar as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento; o acesso das crianças menores de um ano ao acompanhamento de puericultura nos serviços de saúde e a atenção hospitalar de qualidade quando necessário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

No Brasil, em 1970, segundo dados do IBGE (1999), a taxa de mortalidade infantil, girava em torno de 115 óbitos/1000 nascidos vivos. Ao longo dos anos foram implementadas algumas políticas de combate à mortalidade infantil, tendo como resposta uma redução acentuada da taxa, chegando atualmente ao patamar de 15,3 óbitos /1000 nascidos vivos, ficando, segundo a Rede Interagencial de Informações para

Saúde (RIPSA, 2008), próxima dos patamares aceitáveis pela OMS, que corresponde a 10 óbitos para cada 1000 nascimentos.

A mortalidade infantil, entretanto, ainda é considerada um grave problema de saúde pública, além de ser uma preocupação para os governantes, pois expõe as desigualdades existentes entre os países e dentro de um mesmo país, as desigualdades inter e inter-regionais. Diante dessa preocupação, foram elaboradas políticas de combate à mortalidade infantil, tanto no âmbito internacional, onde destacamos os oito Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), dentre os quais, selecionamos para efeito deste estudo, o 4º ODM (reduzir a mortalidade na infância). Esse objetivo tem meta pactuada de redução em 75% até 2015, tomando-se como base o ano de 1990. Para atingir esse objetivo foram formuladas e implementadas diversas políticas, programas e ações de combate à mortalidade infantil, com destaque para a estratégia mais recente lançada pelo Ministério da Saúde, denominada Rede Cegonha (RC), uma política pública instituída no âmbito do SUS, através da Portaria GM/MS nº 1459/2011², e que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como, à criança, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

No sentido de descentralização de políticas públicas e seguindo a lógica da municipalização da saúde, que é o foco do estudo, abordaremos o SUS como uma política nacional de saúde, com descentralização de implementação pelos governos locais. O SUS foi regulamentado e consolidado pelas seguintes leis: Lei nº 8.080, chamada Lei Orgânica de Saúde (LOS), Lei nº 8.142 e o Decreto nº 7.508. A lei 8.080/90, chamada LOS, ao dispor sobre a organização na oferta de serviços de saúde e obedecendo ao princípio da descentralização, “claramente eleva o município a figura-chave de todo o sistema” (SILVA, 2010, p. 565). Neste sentido, o município se torna a porta de entrada do sistema e oferta principalmente à atenção básica.

Portanto, seguindo a vertente da municipalização da saúde dentro do SUS, onde os municípios passaram a ser o principal implementador de políticas públicas, cabe ao

² Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011- Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

gestor municipal garantir aos munícipes sob sua sob a sua responsabilidade, o acesso à atenção básica e aos serviços especializados (de média e alta complexidade), mesmo quando localizados fora de seu território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Diante deste contexto, onde as políticas de saúde são formuladas em um nível de governo e implementadas em outro e, de acordo com a divisão de competências estabelecidas, coube principalmente aos municípios as prerrogativas de implementação de políticas públicas. Para Arretche (2011), no entanto, a maioria dos municípios brasileiros são pequenos, com baixa capacidade econômica, administrativa e são dependentes de transferências fiscais. Salientamos ainda que ao estabelecer o pacto de adesão, o município sugere dispor da capacidade necessária para a implementação dessas políticas. Neste sentido, algumas perguntas se fazem premente: os municípios brasileiros têm capacidade para implementar políticas públicas com qualidade? Em que medida a capacidade local afeta a qualidade da política de saúde?

3. FEDERALISMO, DESCENTRALIZAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E CAPACIDADE LOCAL

O Brasil está organizado em um sistema federativo, reformulado após a Constituição Federal de 1988, no qual os três níveis de governo, União, estados e municípios, são considerados entes federativos, dotados de autonomia administrativa, política e fiscal e sem vinculação hierárquica, caracterizando o triplo federalismo.

O federalismo brasileiro tem o objetivo de lidar com as especificidades econômicas, sociais e culturais de um grande país. O propósito é equalizar as disparidades regionais, a partir do redirecionamento do papel dos estados e municípios na oferta de serviços sociais (SOUZA, 2001). O federalismo brasileiro, segundo o Conass (2003), apresenta algumas especificidades no que concerne à implementação de políticas públicas. A primeira delas é o grande peso dos municípios na implementação dessas políticas. A segunda, diz respeito, as diferenças entre os municípios em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação e capacidade institucional. Todos estes atributos podem resultar em diferentes graus de implementação e respostas.

A descentralização é a transferência de recursos e do poder decisório referente às políticas públicas do nível federal para os estados e municípios. Para Arretche (2011:16), é a “institucionalização no plano local de condições técnicas para a

implementação de tarefas de gestão de políticas sociais”. Além de expressar, “por um lado, as tendências democratizantes, participativas e de responsabilização e, por outro, os processos de modernização gerencial da gestão pública” (NUNES et al, 2004, p. 7). Esse processo foi motivado em parte, pela crise fiscal instalada no país nos anos 1980 e 1990 e também pela necessidade do governo federal de cortar gastos, principalmente gastos relativos às políticas sociais, a partir da transferência da responsabilidade para os estados e municípios, além de, segundo Silva (2015), gerar mais democracia.

Alguns autores apontam como vantagens para a descentralização: o aumento de eficiência que a maior proximidade entre os decisores e os cidadãos traria em termos de conhecimento das preferências e necessidades locais; maior controle sobre os governantes pelos cidadãos, aumentando a *accountability* e responsabilização; redução das iniquidades regionais, pela melhor alocação de recursos financeiros, através de uma reorganização da rede de serviços, dando uma maior racionalidade ao sistema e para a criação de novos espaços institucionais de participação da sociedade na gestão (OATES, 1999; FIGUEIREDO *et al.* 2013).

Para Lubambo (2002), a partir do processo de descentralização, os municípios passaram a ter mais autonomia e a assumir dentro das suas capacidades uma maior responsabilidade na oferta de bens e serviços públicos, mudando a relação entre o governo federal e os governos subnacionais. No entanto, é importante ressaltar que, apesar do grande peso dos municípios na gestão das políticas sociais, as desigualdades existentes no país no que concerne às capacidades fiscal, administrativa e política destes municípios e o nível de pobreza da população-alvo dessas políticas, interferem no processo de descentralização, pois tornam as políticas implementadas mais caras e muitas vezes ineficazes, consomem muitos recursos e, em contrapartida, oferecem um baixo nível de proteção efetiva (ARRETCHE, 2004).

No caso da habilitação do município ao SUS, a adesão envolve além do custo político e financeiro de arcar com a responsabilidade da oferta de um serviço de saúde de acesso universalizado, como preceitua a CF-1988, também a incerteza de que o governo federal arcará com a sua parte no financiamento do sistema (ARRETCHE, 2011).

É importante salientar que na distribuição intergovernamental de funções, dentro do processo de descentralização, cabe à União, através do Ministério da Saúde, formular e fornecer o financiamento necessário para a implementação das políticas nacionais de saúde, bem como a coordenação das ações intergovernamentais (ARRETCHE, 2004).

Nesse sentido, as políticas públicas implementadas pelos estados e municípios tornam-se dependentes das regras impostas na pactuação e das transferências de recursos pelo governo nacional para manutenção dos programas.

Isso resulta na limitação de autonomia dos estados e municípios, além de invasivo condicionamento para adesão à agenda do governo federal, limitando seu poder de elaborar políticas próprias, por dependerem de verbas federais para implementação de políticas, submetendo-se a avaliações periódicas para o repasse dos recursos. Portanto, neste sentido, o governo federal continua interferindo na formação da agenda dos governos locais, apesar de ter repassado a prerrogativa de implementação para os governos locais.

No entanto, apesar do poder centralizador do governo federal, que condiciona as transferências dos recursos à adesão dos governos municipais às suas políticas, a formulação dessas políticas de saúde deixou de ser exclusiva do governo central, pois a institucionalização dos conselhos assegura a representação dos estados e municípios no processo de formulação das políticas. Para Arretche (2004, p. 23), “a institucionalização destes espaços suprimiu do Ministério da Saúde a possibilidade de estabelecer unilateralmente as regras de funcionamento do SUS, tais conselhos funcionam como um mecanismo de contrapeso”.

No caso específico do SUS, a criação de instâncias de participação popular como mecanismos de controle foram estabelecidas pela lei 8.142, de 28 de junho de 2011. Neste sentido, a população, através das suas entidades representativas, participaria do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução. Essa participação se dá através dos Conselhos de Saúde, ouvidorias, auditorias e as conferências de Saúde.

Apesar do maior peso da descentralização de políticas sociais ficarem a cargo dos municípios, Arretche (2011) assinala que muitos municípios brasileiros são caracterizados por baixa capacidade econômica e administrativa, sendo muito dependentes de verbas federais para implementar as políticas de saúde. Portanto, para entender o impacto real dessa descentralização é necessário levar em consideração todos esses fatores, que servem também de parâmetro para mensurar o desempenho do governo (SILVA, 2015).

Para Arretche (2004), ao se habilitar a participar do SUS e ofertar serviços de saúde, dentro do princípio da universalidade de acesso, o município sugere dispor de uma capacidade técnica instalada para desempenhar as funções previstas na adesão e

implementar as políticas de saúde com qualidade. Nesse ponto tornam-se importantes os aspectos da governança local que afetam diretamente a tradução dos objetivos e diretrizes da política nacional em práticas e ações efetivamente entregues à população local.

A expressão governança surge a partir de reflexões conduzidas principalmente pelo Banco Mundial, objetivando identificar as condições que garantem a eficácia do Estado. Neste sentido, as preocupações sobre a ação estatal deixam de ser meramente econômicas e passam a envolver as dimensões sociais e políticas da gestão pública. Portanto, a capacidade governativa passa a ser avaliada tanto pelos resultados apresentados, como pela maneira como o governo exerce seu poder (DINIZ, 1995; GONÇALVES, 2006).

Mann (1984) define capacidade a partir da ideia de “poder infra-estrutural” ou a habilidade do Estado de exercer autoridade efetivamente e implementar políticas no território nacional. Incluindo capacidade na discussão de governança, Fukuyama (2013) apresenta definição semelhante. Para Fukuyama (2013), governança é a capacidade do governo de formular e fazer cumprir as regras e para prestar serviços, independente de ser um governo democrático ou não. Dado esse relativo consenso na definição, como mensurar capacidade ou governança?

O poder infra-estrutural apresentado por Mann (1984) foi comumente traduzido como a habilidade de extrair renda pelo Estado como atividade fundamental que viabiliza as demais funções do governo. Essa operacionalização mais restrita pode ser complementada por outras funções consideradas fundamentais como segurança e administração. Essa abordagem ainda lida com o problema da operacionalização unidimensional (SOIFER, 2012).

Fukuyama (2013) sugere pelo menos quatro tipos de abordagens para mensurar governança: medidas processuais, tais como os critérios Weberianos da burocracia moderna; medidas de capacidade, que inclui tanto recursos financeiros (tributação fiscal) como grau de profissionalização dos burocratas; medidas de resultado, que segundo o autor, são difíceis de mensurar, pois não podem ser dissociadas de processos e normas e não dependem exclusivamente dos investimentos realizados pelo setor público, ou seja, não é simplesmente resultado da ação pública, mas sofrem influências exógenas, como o ambiente e a sociedade. Portanto, sugere que talvez seja melhor deixar medidas de resultado como uma variável dependente, a ser explicada pela qualidade do Estado, ao invés de ser considerada uma medida de capacidade; Por

último, são consideradas medidas de autonomia burocrática. Propondo sua própria definição, Fukuyama (2013) propõe que governança é o resultado da interação entre capacidade e autonomia e que qualquer um desses elementos, tomados independente, será inadequado como uma medida de qualidade geral do governo.

Deslocando o foco para o contexto brasileiro, Arretche (2011, p. 25-26) argumenta que “a existência de políticas sociais supõe a institucionalização de capacidades (técnica, financeira, administrativa e de recursos humanos) para garantir a continuidade no fluxo da oferta de um dado bem ou serviço”. Contudo, como a questão da capacidade e da governança vem sendo analisada no contexto do federalismo brasileiro?

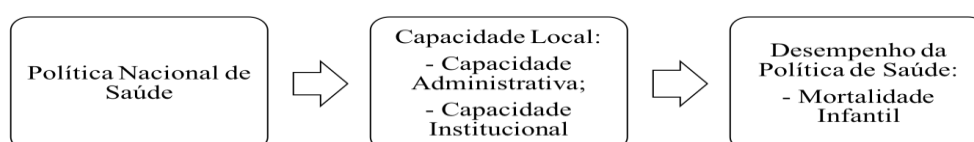
Analisando o nível subnacional no Brasil, Neto (2014) identifica que os governos subnacionais precisam estar dotados de capacidades governativas, que se constituem num conjunto de elementos utilizados pelos governos para orientar o desenvolvimento. Essas capacidades governativas são divididas em: capacidades fiscais que englobam a taxação de bens e serviços; rendas provenientes de transferências fiscais estabelecidas no sistema federativo, dentre outros; e das capacidades institucionais, que englobam os investimentos institucionais, políticos e de recursos humanos, necessários para a implementação das políticas públicas.

Silva (2015) analisa a capacidade institucional dos estados brasileiros na assistência social, tendo por base analítica o modelo de análise integrada proposta por Gomes (2010). Esse modelo busca estabelecer uma relação de causalidade entre descentralização e desempenho dos governos subnacionais. A autora propõe em seu modelo quatro grupos de interpretação para analisar a capacidade institucional: descentralização fiscal, descentralização administrativa, desenho institucional e o papel da liderança política local.

Analisando empiricamente o efeito de medidas de capacidade sobre o desempenho do governo Lubambo (2002) aponta para a relação entre capacidade institucional observada através de conselhos participativos sobre os resultados das políticas no nível local. Batista (2015) foca na composição da burocracia e como uma burocracia estável e de qualidade diminuem as irregularidades na gestão de recursos públicos. Marengo (2017) e Marengo, Strohschne e Joner (2017), também focando nas características da burocracia encontram relação entre a composição do serviço público local e melhores resultados em termos de extração de renda e também de formulação de políticas.

Considerando que com a descentralização os municípios passaram a ser figura-chave do Sistema Único de Saúde, o presente estudo analisa a capacidade dos municípios brasileiros na oferta de saúde pública, a partir da análise de duas dimensões: Administrativa e Institucional. Seguindo a literatura empírica discutida acima, na dimensão Administrativa serão analisadas as variáveis ligadas aos recursos humanos e a garantia de acesso da população a serviços de qualidade e na dimensão Institucional, será analisado o desenho institucional do SUS, a partir das variáveis ligadas a implementação de um novo modelo de gestão, e aos canais de comunicação entre os usuários e o governo e de mecanismos de participação social e accountability.

Figura 1- Esquema Analítico



Fonte: Elaboração própria.

Seguindo a recomendação de Fukuyama (2013), propomos que medidas de resultado não fazem parte da definição de capacidade e são melhor analisadas como efeito da capacidade. Por essa razão, elencamos a mortalidade infantil como medida de resultado da política de saúde. Partindo do pressuposto de que uma política de saúde formulada no governo federal e implementada no governo municipal necessita de capacidade local adequada para ser melhor implementada, espera-se então que quanto maior a capacidade local, menor a mortalidade infantil.

4. METODOLOGIA

O presente estudo analisa o efeito da capacidade local sobre a mortalidade infantil nos municípios brasileiros. Trata-se de um estudo quantitativo e observacional

dos 5.570 municípios brasileiros no ano de 2013. O banco de dados foi construído a partir de dados secundários dos Indicadores Municipais do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do ano de 2013, do DATASUS³ e do banco de dados do Perfil dos Municípios Brasileiros do IBGE⁴, do ano de 2013 para caracterização da capacidade dos municípios brasileiros. O ano de 2013 foi escolhido por se tratar do único ano com informações desagregadas para a área de saúde no banco de dados do IBGE Perfil dos Municípios. Os dados oriundos do estudo serão analisados por meio de estatística descritiva e regressão linear múltipla pelo modelo de Mínimos Quadrados Ordinários (MQO).

Como variável dependente analisamos a mortalidade infantil. A análise é referente ao ano de 2013. Esse indicador é ligado à Diretriz 3 do rol de indicadores municipais pactuados no COAP – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade e tem como objetivo nacional - organizar a rede de atenção à saúde materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade, que tem como meta reduzir a mortalidade infantil. O indicador é importante por permitir avaliar a assistência pré-natal, a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto, evitando a sua peregrinação e as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento. Avalia ainda o acesso das crianças menores de 1 ano ao acompanhamento de puericultura nos serviços de saúde e a atenção hospitalar de qualidade quando necessário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Segundo Nota técnica dos indicadores municipais do rol de Indicadores de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, para efeito de análise da mortalidade infantil, o número absoluto de óbitos infantis é apresentado para todos os municípios, mas deve ser utilizado, apenas para municípios com menos de 100.000 habitantes e a taxa de mortalidade infantil é um indicador apresentado apenas para municípios com 100.000 ou mais habitantes. Os valores para os estados e Brasil são calculados considerando apenas municípios com 100.000 ou mais habitantes, não devendo então ser utilizados.

³Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?pacto/2014/cnv/coapmunbr.def>

⁴Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2014/default.shtm>

Por essa razão, as análises terão que ser separadas para municípios menores que 100.000 habitantes e para os municípios maiores. Como teste de robustez dos resultados apresentamos também os resultados utilizando uma especificação diferente da variável dependente que inclui todos os municípios simultaneamente. Essa variável é o Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal na sua dimensão saúde. O índice é uma medida composta que agrega as seguintes variáveis: proporção de atendimento adequado de pré-natal, óbitos por causas mal definidas, óbitos infantis por causas evitáveis, internação sensível à atenção básica.

Como variáveis independentes para mensurar a capacidade em saúde foram analisadas variáveis distribuídas em duas dimensões: Administrativa e Institucional.

- Dimensão administrativa: para Gomes (2010), a dimensão administrativa supõe uma estrutura organizacional que inclui pessoal qualificado. Neste estudo, utilizamos como medida de capacidade na dimensão administrativa as variáveis ligadas ao papel da burocracia (recursos humanos da saúde), tais como:

1 – Proporção de médicos/população (PropMed) - a OMS preconiza como parâmetro ideal de atenção à saúde da população, a relação de 1 médico para cada 1.000 habitantes.

2 – Proporção de estatutários/recursos humanos (PropEst) - o quantitativo de estatutários é medido pelo número estatutários da área de saúde na administração pública direta do município sobre o total da burocracia. É um indicador importante porque se pressupõe que a estabilidade do funcionalismo, garanta a permanência de funcionários mais qualificados e com mais experiência no serviço público.

3 – Proporção de recursos humanos total/população (PropRH) - o quantitativo de recursos humanos é medido pelo número de recursos humanos total da área de saúde do município sobre a população. Este indicador permite avaliar se o total de recursos humanos disponíveis consegue atender a demanda.

- Dimensão Institucional: na dimensão institucional, utilizamos como medida de capacidade, as variáveis ligadas ao desenho institucional do SUS, especificamente as ligadas aos canais de comunicação entre o governo e a sociedade, os conselhos de saúde e os serviços de ouvidoria. Não incluímos na análise os Conselhos de Saúde porque todos os municípios analisados têm conselho de saúde implantado, portanto, utilizamos as outras variáveis ligadas aos conselhos, tais como:

1 – Municípios com envio de Plano Municipal de Saúde (PMS) ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) - Variável (Plano) - Indicador ligado a Diretriz 12 do rol de

indicadores municipais pactuados no COAP - Implementação de um novo modelo de gestão e instrumento de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável. O indicador foi selecionado porque permite mensurar a formulação de na área de saúde enviadas aos conselhos de saúde no país.

2 – Municípios com conselhos cadastrados no SIACS (Conselho) - Indicador ligado à diretriz 12 do rol de indicadores municipais pactuados no COAP - Implementação de um novo modelo de gestão e instrumento de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável. O indicador foi selecionado porque permite mensurar o quantitativo de conselhos cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS). Esse sistema possibilita um retrato detalhado dos conselhos de saúde em todo o país, mostrando a composição dos colegiados e o cumprimento das normas legais relacionadas ao SUS.

Como variáveis de controle utilizamos produto interno bruto, as regiões e a cobertura das equipes de atenção básica. A próxima seção apresenta os resultados.

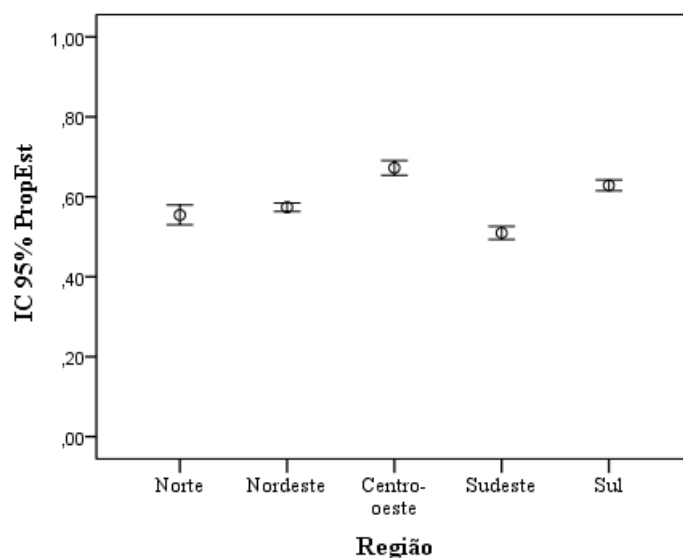
5. RESULTADOS

Começamos a apresentação dos resultados com a descrição das variáveis que compõem a capacidade local e depois apresentamos os resultados do modelo de regressão multivariado. Para melhor entendimento, foi realizada uma análise da estatística descritiva comparativa por região. Foram analisados os 5.570 municípios brasileiros que estão distribuídos nas regiões da seguinte maneira: Norte (450), Nordeste (1794), Centro-Oeste (467), Sudeste (1668) e Região Sul (1191).

O gráfico 1 ilustra o intervalo de confiança (IC) de 95% da média da proporção de estatutários/recursos humanos por regiões do país. No comparativo entre as regiões, observamos que o IC de 95% para a média da proporção de estatutários está assim distribuída: Região Norte (0,53; 0,58), com média de 0,55; Região Nordeste (0,56; 0,58), com média de 0,57; Região Centro-Oeste (0,65; 0,69), com média de 0,67; Região Sudeste (0,49; 0,52), com média de 0,50 e Região Sul (0,61; 0,64), com média de 0,62. Ao observamos este gráfico concluímos que a Região Centro-Oeste é estatisticamente diferente das demais regiões e apresenta em média uma proporção de

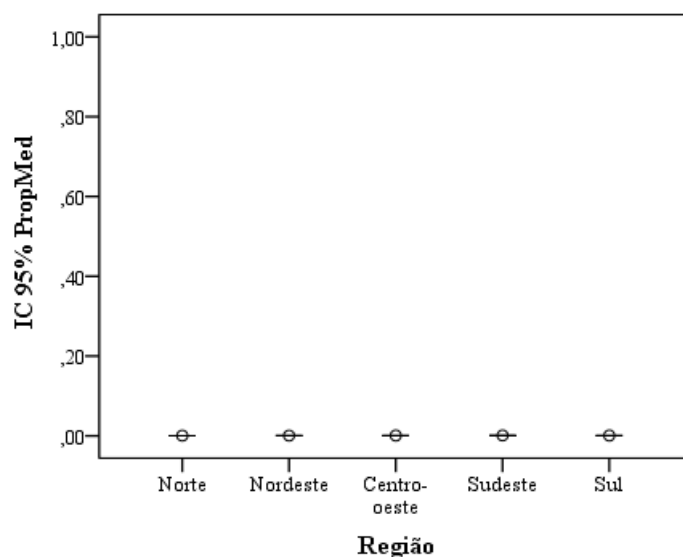
estatutários de 0,67, principalmente quando comparada à Região Sudeste. As demais regiões não apresentam diferenças estatísticas significantes.

Gráfico 1 – Média da Proporção de Estatutários (95% C.I.)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE

Gráfico 2 – Média da Proporção de Médicos (95% C.I.)



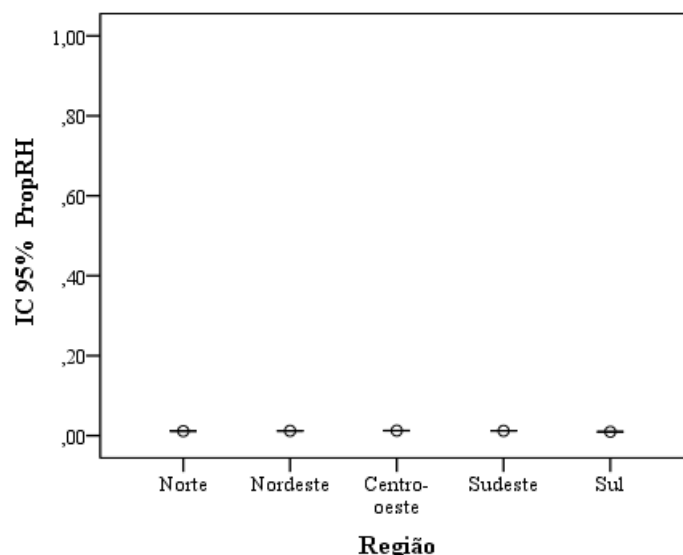
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE

O gráfico 2 ilustra o IC de 95% da média da proporção de médicos/população por regiões do país. No comparativo entre as regiões, observamos que o IC de 95% para

a média da proporção de médicos está assim distribuída: Região Norte (0,0004; 0,0005), com média de 0,0005; Região Nordeste (0,0006; 0,0007), com média de 0,0007; Região Centro-Oeste (0,0007; 0,0008), com média de 0,0008; Região Sudeste (0,0105; 0,0112), com média de 0,0108 e Região Sul (0,0007; 0,0008), com média de 0,0008. Ao observarmos este gráfico, concluímos que as regiões Norte e Nordeste apresentam menor relação de médicos para a população e a região Sudeste a maior relação de médicos para a população.

O gráfico 3 ilustra o IC de 95% da média da proporção de Recursos humanos/população por regiões do país. No comparativo entre as regiões, observamos que o IC de 95% para a média da proporção de recursos humanos está assim distribuído: Região Norte (0,107; 0,115), com média de 0,112; Região Nordeste (0,116; 0,121), com média de 0,119; Região Centro-Oeste (0,120; 0,130), com média de 0,125; Região Sudeste (0,116; 0,122), com média de 0,119 e Região Sul (0,009; 0,010), com média de 0,009. Ao observarmos este gráfico, concluímos que a Região Sul apresenta uma diferença estatística na proporção de recurso humanos quando comparada à Região Centro-Oeste. As demais regiões não apresentam diferenças estatísticas significantes.

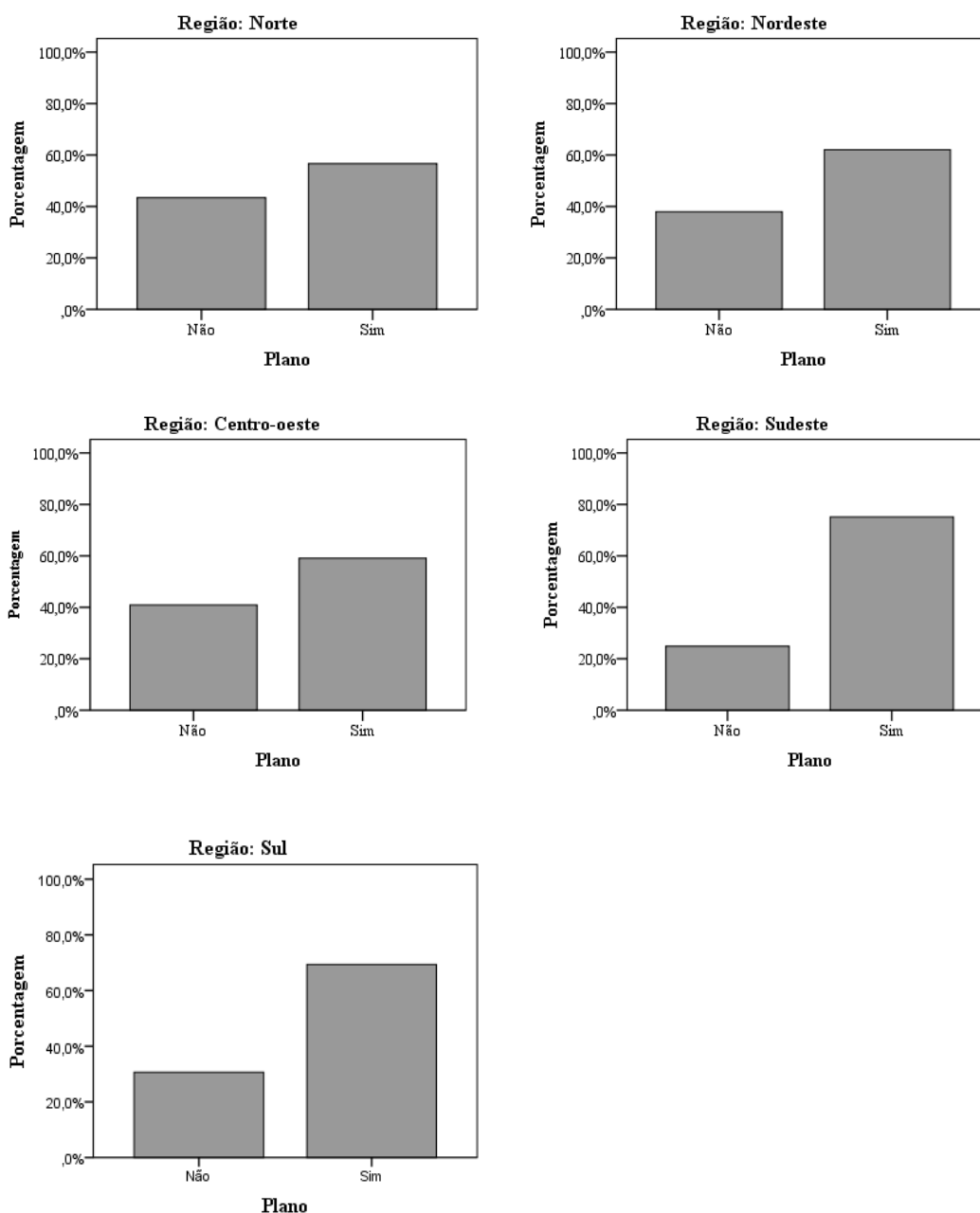
Gráfico 3 – Média da Proporção de Recursos Humanos (95% C.I.)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE

A distribuição de frequências das variáveis dicotômicas da dimensão Institucional está assim distribuída nos gráficos abaixo:

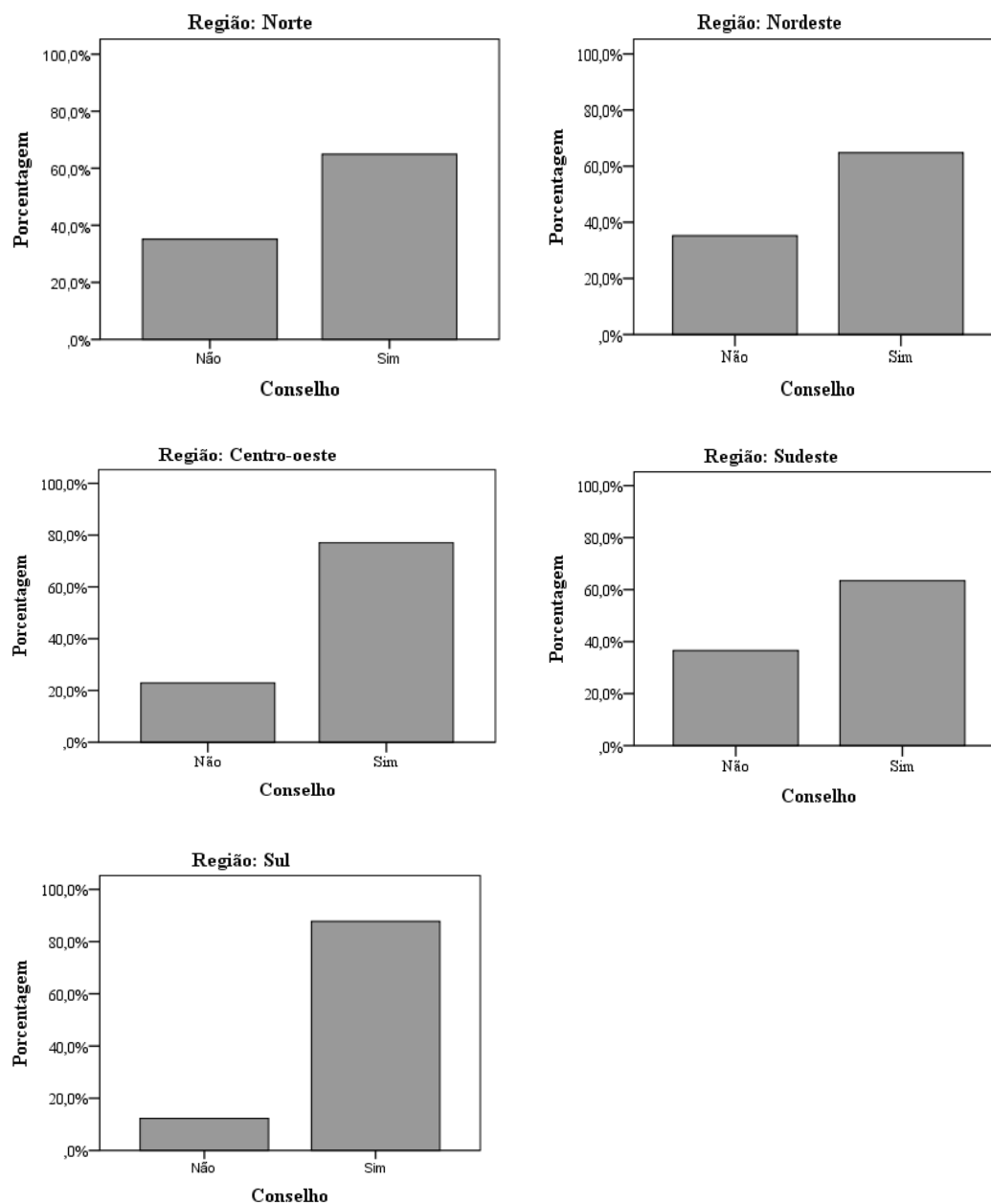
Gráfico 4 – Percentual de Municípios com Envio de Plano ao CMS por Região



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS.

O gráfico 4 representa o percentual de municípios brasileiros que enviaram o PMS para o CMS. No comparativo entre as regiões, concluímos que a região com maior percentual de envio de plano foi a Região Sudeste, com um percentual de 75,1%; seguida da Região Sul, com um percentual de 69,4%; a Região Nordeste, com 62,1%; a Região Centro-Oeste, com 59,1% e a região com menor percentual de envio foi a Região Norte, com um percentual de 56,6%.

**Gráfico 5 – Percentual de Municípios com Conselho Cadastrado no SIACS
por Região**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS.

O gráfico 5 representa o percentual de municípios com conselhos de saúde cadastrados no SIACS. Ao realizar o comparativo entre as regiões, observamos que a Região Sul é a que tem mais conselhos cadastrados no SIACS, com um percentual de 87,7%, seguida da Região Centro-Oeste com 77,1%, Região Norte com 64,9%, Região Nordeste com 64,8% e a região que tem menos conselhos cadastrados é a Sudeste com 63,4%.

A análise descritiva apresentada acima mostra que há variação entre as regiões do país em termos de composição e tamanho da burocracia e também em variáveis institucionais como a formulação de planos estratégicos na área de saúde e também na formação de conselhos de saúde que instituem a participação social. O ponto agora é saber em que medida essas variáveis indicativas, mas não exaustivas, da capacidade local afetam o desempenho da política de saúde em termos de mortalidade infantil e também em termos mais amplos através do indicador de desenvolvimento municipal na área de saúde formulado pela Firjan. Mesmo se tratando de variáveis que se referem ao conceito de capacidade, o efeito sobre o desempenho da saúde será testado individualmente e não de forma agregada através de um índice composto de capacidade. Isso será feito porque, contrário ao esperado do ponto de vista teórico, essas variáveis não são correlacionadas e por isso a agregação só traria perda de informação⁵.

A tabela 1 apresenta os resultados dos modelos de regressão múltipla para as duas especificações da variável mortalidade infantil. Lembrando que o modelo 1 apresenta o número de óbitos em municípios menores que 100 mil habitantes e o modelo 2 apresenta a taxa de mortalidade infantil para os municípios maiores que 100 mil habitantes. O conjunto de variáveis de interesse e variáveis de controle é exatamente o mesmo para os dois modelos.

Começando pelo modelo 1, que apresenta o efeito das variáveis de capacidade sobre o número de óbitos em municípios menores que 100 mil habitantes, as variáveis referentes à capacidade administrativa aparecem todas com o sinal negativo esperado. Isto é, quanto maior a proporção de funcionários estatutários na administração (menor politização), menor o número de óbitos infantis no município. Quanto maior a proporção de médicos na população, menor o número de óbitos e quanto maior a proporção de recursos humanos (burocracia geral na área de saúde), menor o número de óbitos. Apesar de aparecerem todas com o sinal negativo esperado, apenas a proporção de médicos aparece com significância estatística. Como os dados aqui utilizados se referem à população e não a uma amostra, os resultados ainda são importantes, mas devem ser lidos com cautela.

⁵ A tabela 3 no anexo apresenta a matriz de correlação entre as variáveis de capacidade.

Tabela 1 – Capacidade Local e Mortalidade Infantil

	<i>Variável Dependente</i>	
	N Óbitos	Tx Mortalidade
	(1)	(2)
Prop Estatutários	-0.036 (0.177)	-0.034 (0.686)
Prop Médicos	-229.126*** (88.061)	273.440 (385.459)
Prop RH	-7.694 (9.110)	-25.034 (50.413)
Plano	0.115 (0.102)	-0.512 (0.499)
Conselho	-0.176 (0.107)	-1.082 (0.668)
Cobertura	-0.030*** (0.003)	-0.014 (0.011)
Log Pib	2.253*** (0.047)	-0.205 (0.196)
Norte	0.173 (0.198)	0.406 (0.798)
Centro-Oeste	-2.845*** (0.186)	-2.750*** (0.885)
Sudeste	-3.114*** (0.129)	-3.438*** (0.544)
Sul	-4.042*** (0.138)	-4.709*** (0.647)
Constante	-18.233***	20.659***

	(0.703)	(2.990)
Observações	4,852	279
R ²	0.469	0.281
R ² Ajustado	0.468	0.251
Residual Std. Erro	3.307 (df = 4840)	3.085 (df = 267)
F	389.190*** (df = 11; 4840)	9.480*** (df = 11; 267)
Nota: * p < 0.05 ** p < 0.01 *** p < 0.001		

Com relação às variáveis de capacidade institucional a variável plano aparece com o sinal positivo, que é o contrário ao esperado. A variável conselho aparece com o sinal negativo esperado. Em ambos os casos os resultados não alcançam significância estatística. Isso quer dizer que municípios com a formulação de planos estratégicos na área de saúde estão associados com maior mortalidade infantil. Esse resultado pode ser explicado por um problema de endogeneidade, já que municípios com piores desempenho na área de saúde teriam mais incentivos para a formulação de um plano e assim sinalizar para a população que algo está sendo feito para minimizar o problema. Já a variável conselho que aparece com o sinal negativo, indica que municípios com conselhos apresentam menor mortalidade infantil. Isso significa que controle social pode ser relevante para o desempenho da política de saúde no nível local.

Partindo para o modelo 2, que apresenta os resultados para os municípios maiores que 100 mil habitantes e utiliza a taxa de mortalidade infantil como medida de desempenho, os resultados mostram que nessa amostra mais homogênea e que inclui as capitais e regiões metropolitanas do país, as variáveis de capacidade não apresentam significância estatística. Isso indica que, apesar de ainda serem relevantes já que estamos analisando a população, os efeitos são muito pequenos e o erro muito expressivo de forma que os resultados devem ser lidos com cautela. Essa ausência de significância estatística para os municípios maiores indica que a capacidade pode não variar nesses municípios. Isto é, o nível de capacidade é alto e homogêneo nesses municípios maiores, de forma que a explicação para a mortalidade infantil é atribuída quase que exclusivamente a variáveis estruturais como a região do país.

Com relação às variáveis de controle, o conjunto de variáveis binárias para região tem a região nordeste como categoria de referência. Isso quer dizer que o norte

não apresenta diferença estatisticamente significativa com relação ao nordeste e todas as demais regiões do país apresentam menores mortalidade infantil que o nordeste. A taxa de cobertura dos serviços de atenção básica tem efeito negativo na mortalidade infantil e o pib tem efeito positivo no número de óbitos e negativo na taxa de mortalidade infantil.

Como alguns dos resultados variaram quando comparamos as duas medidas de mortalidade infantil e que os resultados divergentes se referem a municípios com características socioeconômicas bastante distintas, a tabela 2 apresenta os resultados para todos os municípios brasileiros usando uma medida alternativa de desempenho da política de saúde no nível local. Como o indicador utilizado foi construído de forma a maiores valores indicarem melhores resultados, o sinal esperado das hipóteses passa a ser o positivo.

Tabela 2 – Capacidade Local e Desempenho da Saúde

	<i>Variável Dependente</i>
	Saúde
Prop Estatutários	0.003 (0.006)
Prop Médicos	21.791*** (3.058)
Prop RH	1.716*** (0.319)
Plano	0.007* (0.004)
Conselho	0.030*** (0.004)
Cobertura	0.001*** (0.0001)
Log Pib	0.019*** (0.001)

Norte	-0.031*** (0.007)
Centro-Oeste	0.081*** (0.006)
Sudeste	0.112*** (0.004)
Sul	0.171*** (0.005)
Constant	0.292*** (0.022)
Observações	5,131
R ²	0.354
R ² Ajustado	0.352
Residual Std. Erro	0.118 (df = 5119)
F	254.803*** (df = 11; 5119)
Nota: * p < 0.05 ** p < 0.01 *** p < 0.001	

Os resultados indicam que a proporção de estatutários tem o efeito positivo esperado, mas não apresenta significância estatística. Já proporção de médicos tem efeito positivo, forte e estatisticamente significativa. Proporção de recursos humanos para a população também aumenta o desempenho da política de saúde nos municípios, indicando que os indicadores de capacidade local, referentes à composição da burocracia na área de saúde, são relevantes para explicar o desempenho da política de saúde nos municípios brasileiros.

Com relação às variáveis de capacidade local referentes ao desenho institucional, municípios com plano estratégico para a política de saúde apresentam desempenho superior da política de saúde. Adicionalmente, municípios com conselhos de saúde também apresentam melhores indicadores de saúde. Sobre as variáveis de controle, quanto maior a cobertura dos serviços de atenção básica, melhor o desempenho da

política de saúde e quanto maior o PIB municipal, maior o desempenho da política de saúde. Sobre as regiões, a região norte apresenta desempenho da saúde inferior ao nordeste e todas as outras regiões do país apresentam desempenho superior.

De forma geral os resultados das análises aqui apresentadas indicam que a capacidade local importa para o desempenho da política de saúde nos municípios brasileiros. A política pública de saúde no Brasil pode ter suas diretrizes formuladas no nível nacional e apresentar poucas variações em termos de escopo e desenho no nível local. Contudo, tais diretrizes e ações são processadas no nível local antes de serem efetivamente entregues ao público-alvo. Dessa forma, a capacidade local importa para explicar parte da variação no desempenho dessa política num país de dimensões continentais. A composição da burocracia e a instituição de planos de ação e conselhos para formulação de políticas e acompanhamento de sua implementação importam para como essas políticas serão concretizadas no nível local e como afetam a qualidade da saúde dos cidadãos desses municípios.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No modelo de federalismo brasileiro, instituído pós a Constituição Federal de 1988, uma grande parcela das políticas sociais foi descentralizada para os governos subnacionais, principalmente para os municípios. Dada a política nacional de saúde instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde e a descentralização de sua implementação, o presente estudo analisou qual o efeito da capacidade local sobre a mortalidade infantil nos municípios brasileiros.

A capacidade local dos 5.570 municípios brasileiros na oferta de saúde pública foi analisada a partir de duas dimensões: administrativa e institucional. Na dimensão administrativa foram analisadas três variáveis ligadas à burocracia. Neste caso específico, recursos humanos da área de saúde. Na dimensão institucional, foram analisadas duas variáveis ligadas à implementação de um novo modelo de gestão que contempla a elaboração dos planos municipais de saúde e os canais de comunicação entre os usuários e o sistema de saúde. Em conjunto, essas variáveis foram utilizadas como variáveis explicativas para a variação da mortalidade infantil. Como variáveis dependentes a serem explicadas foram utilizadas as duas especificações da mortalidade infantil (nº de óbitos infantis e taxa de mortalidade infantil). Foi utilizada ainda uma

especificação alternativa do desempenho da política de saúde com o índice Firjan de desenvolvimento municipal na dimensão saúde.

A análise foi realizada através de estatística descritiva e regressão linear múltipla pelo modelo de Mínimos Quadrados Ordinários (MQO). Os resultados principais indicaram que a composição da burocracia, medida através da proporção de estatutários, a proporção de médicos e a proporção de recursos humanos estão associados com menor mortalidade infantil e com melhor desempenho da política de saúde. Na dimensão institucional, a formulação de planos municipais de saúde e a formação de conselhos de saúde também afetam positivamente a política de saúde e apresentam indícios de diminuir a mortalidade infantil.

Em geral, a análise empírica mostra evidências a favor da hipótese de que a capacidade local diminui a mortalidade infantil. Em outros termos, a capacidade local está associada a melhores resultados da política de saúde no nível municipal. Esses resultados contribuem para a análise de políticas públicas no nível local e também para a compreensão sobre como políticas nacionais são concretizadas no nível local e como as características dos municípios, especificamente sua capacidade, importam para como as políticas de fato afetam os cidadãos e geram resultados positivos para o seu público-alvo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRETCHE, M. (2004). “Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: Problemas de Coordenação e autonomia”. *São Paulo em Perspectivas*. v.18, n. 2, p.17-26.

ARRETCHE, M. (2011). *Estado Federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP. 3ª ed.

BATISTA, M. (2015). “Burocracia local e Qualidade da implementação de políticas públicas descentralizadas: Uma análise da gestão de recursos federais pelos municípios brasileiros”. *Revista do Serviço Público*. v. 66, n. 3.

BRASIL (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*.

BRASIL (2011). *Decreto n 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário oficial da União*, Brasília, 29 de Jun. 2011.

BRASIL (1990). *Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde- SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da saúde/ Assessoria de comunicação social.

BRASIL (1990). *Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Assessoria de comunicação social.

CONASS (2003). *Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. - Brasília : CONASS, 2003. 248 p. ISBN 85-89545-02-4 1. SUS (BR). 2. Legislação sanitária. I. Título. NLM WA 525 CDD - 20 ed. 362.1068.

DATASUS (2013). *Indicadores municipais do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e indicadores do ano de 2013*, disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pacto/2014/cnv/coapmunbr.def> e acessado em 10 de janeiro de 2016.

DATASUS (2016). *Declaração de Alma-Ata*, disponível em www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm e acessado em 20 de janeiro de 2016.

DINIZ, E. (1995). “Governabilidade, Democracia e Reforma do Estado: Os Desafios da Construção de uma Nova Ordem no Brasil dos Anos 90”. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 385-415.

ESCOREL, S; TEIXEIRA, L. A. (2008). “História das Políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista”. In GIOVANELLA. Lígia (org). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. organizado por Giovanella, Sarah Escorel; Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al.- Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

FIGUEIREDO *et al.* (2013). “A construção do direito à saúde no Brasil”. IN: BITENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo (org.). *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade*/organizado por Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt, Marcos Augusto Bastos Dias e Mayumi Duarte Wakimoto – Rio de Janeiro, EAD/Ensp.

FIOCRUZ (1998). *Definição de Reforma Sanitária*. Disponível em <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html> e acessado em 20. Jan. 2016.

FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. (2013). “Crianças: Sujeitos de direito e sua vulnerabilidade”. IN: BITENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo (org.). *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade*/organizado por Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt, Marcos Augusto Bastos Dias e Mayumi Duarte Wakimoto – Rio de Janeiro, EAD/Ensp.

FUKUYAMA, F. (2013). “What is governance?” *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions*, v. 26, n. 3, p. 347-368.

GOMES, S. (2010). “The multifaceted debate on decentralization and collective welfare”. *Brazilian Political Science Review*, Rio de Janeiro, v.4, n. 2, p.103-128.

GONÇALVES, A. (2006). *O conceito de governança*. Disponível em http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/conceito_de_governanca.pdf e acessado em 28. Jan. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (2016). *Séries históricas e estatísticas*, disponível em <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=CD100&t=taxa-mortalidade-infantil> e acessado em 05. Fev. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (2014). *Perfil dos municípios brasileiros 2014*, disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2014/default.shtm>.

LIMA, N. T.; FONSECA C.. M. O; HOCHMAN. G, (2005). “A saúde na construção do Estado Nacional do Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica”. IN LIMA, N. T. et al. (orgs) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

LUBAMBO. C. W. (2002). *Conselhos gestores e desempenho da gestão nos municípios: potencialidades e limites*. Fundaj, nº 149, p. 1-15, set 2002 (Series Trabalhos para discussão), disponível em <http://periodicos.fundaj.gov.br/TPD/article/view/944/665> e acessado em 13. Fev. 2016.

MANN, M. (1984) "The autonomous power of the state: its origins, mechanisms and results." *European Journal of Sociology/Archives européennes de sociologie*. v. 25, n. 2, p. 185-213.

MARENCO, A. (2017). "Burocracias profissionais ampliam capacidade estatal para implementar políticas? Governos, burocratas e legislação em municípios brasileiros." *Dados-Revista de Ciências Sociais*. v. 60, n.4, p. 1025-1058.

MARENCO, A. STROHSCHOEN, M. T. B.; JONER, W. (2017). "Capacidade estatal, burocracia e tributação nos municípios brasileiros." *Revista de Sociologia e Política*. v. 25, n. 64. p. 3-21.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1986). *Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009). Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *O SUS no seu município: garantindo saúde para todos* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. p. 46: il. color. – (Série B. Textos Básico de Saúde) ISBN 978-85-334-1580-5.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010a). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília, DF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010b). *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*. Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: IPEA.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011). *Portaria GM/MS n 1.459 de 24 de junho de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27. Jun. 2011. Seção 1, p. 109.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013). *Nota Técnica dos indicadores municipais*. MS, disponível em <
http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2013/Nota_Tecnica_Indicadores_Municipais.pdf> e acessado em 20. Jan. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2014). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Departamento de Articulação Interfederativa. *Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, 2013-2015*. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Departamento de Articulação Interfederativa – 2.ed – Brasília: Ministérios da Saúde.

NAVARRO, Z. (2001). “Desenvolvimento rural no Brasil:os limites do passado e os caminhos do futuro”. *Estudos Avançados*. v.15, n. 4.

NETO, A. M. (2014). “Governos Estaduais no Federalismo Brasileiro: Capacidades e Limitações no Cenário Atual”. In *Governos estaduais no federalismo brasileiro: Capacidades governativas em debate*. Organizador: Aristides Monteiro Neto. – Brasília: IPEA.

NUNES, S.; CORONA, H.; CAMPOS, C. A. (2004). “Políticas Públicas Descentralizadas Como Estratégia De Gestão E Monitoramento Social: O Caso do Pronaf Infraestrutura”. Cuiabá: *Anais XVII Congresso da SOBER*.

OATES, Wallace (1999). “An Essay on Fiscal Federalism”. *Journal of Economic Literature*. v. 37. n. 3.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA SAÚDE (2008). *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações/ Rede Intergerencial de informação para a saúde- Ripsa- 2. Ed.- Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.*

SCHENEIDER, A. (2003). “Who gets what from whom? The impact of decentralization on tax capacity na pro-poor policy”. *IDS Working Paper* 179. Brighton: Institute of Development Studies.

SILVA. V. A., (2010). “Federalismo e Articulação de Competencias no Brasil”. In PETERS,B.G.& PIERRE,J (Orgs). *Administração pública: coletânea*. São Paulo: Editora UNESP.

SILVA, A. L. N. (2015). “Os estados no Suas: uma análise da capacidade institucional dos governos estaduais na assistência social”, *Rev. Adm. Pública* — Rio de Janeiro v. 49 n. 5, p. 1167-1192.

SOIFER, H. D. (2012). “Measuring state capacity in contemporary Latin America”. *Revista de Ciencia Política* . v.32, n.3, p. 585-598.

SOUZA, C. (2001). “Federalismo e gasto social no Brasil: tensões e tendências”. *Lua Nova*, v. 52, p. 5-28.

WEBER, Max (1978). *Economy and Society*. Berkeley: University of California Press.

ANEXOS:

Tabela 3 - Correlação das Variáveis Independentes

Variável	Cobertura Plano	Conselho	Ouvidoria	PropEst	PropMed	PropRH	Fiscalizador	Reuniões
Plano	1	,065**	,096**	,000	,042**	-,034*	-,023	,050**
Conselho	-,022	1	,069**	,017	,019	-,043**	,004	,069**
PropEst	,016	,000	,017	1	-,046**	,041**	,032*	,013
PropMed	,146**	,042**	,019	-,059**	1	,409**	-,016	-,002
PropRH	,303**	,034*	-,043**	-,169**	,041**	1	,040**	-,080**

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).