



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS
PÚBLICAS**

MARIA DO CARMO JULIANO

**CAPACIDADE LOCAL EM POLÍTICA DE SAÚDE: UMA
ANÁLISE DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

RECIFE

2016

MARIA DO CARMO JULIANO

**CAPACIDADE LOCAL EM POLÍTICA DE SAÚDE: UMA
ANÁLISE DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Orientador: Prof.^a Dra. Mariana Batista da Silva

Linha de pesquisa: Gestão de Políticas Públicas

RECIFE

2016

Catálogo na fonte
Bibliotecário Rodrigo Fernando Galvão de Siqueira, CRB-4 1689

J94c Juliano, Maria do Carmo.
Capacidade local em política de saúde : uma análise dos municípios brasileiros / Maria do Carmo Juliano. – 2016.
75 f. : 30 cm.

Orientadora: Profª. Drª. Mariana Batista da Silva.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Recife, 2016.
Inclui referências.

1. Ciência política. 2. Política de saúde (Brasil). 3. Mortalidade infantil. I. Silva, Mariana Batista da (Orientadora). II. Título.

320 CDD (22.ed.) UFPE (BCFCH2016-63)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS

**“Capacidade local em Política de Saúde:
uma análise dos municípios brasileiros”**

Maria do Carmo Juliano

Aprovada em 05 de maio de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a. Mariana Batista da Silva (Orientadora)

Prof. Dr. Erinaldo Ferreira do Carmo (Examinador Interno)

Profa. Dr^a. Gabriela da Silva Tarouco (Examinadora Externa)

Ao meu esposo, Antônio, pelo amor e
companheirismo durante todos esses anos.

Às minhas filhas, Catarina e Flávia, pelo sentido que
deram a minha vida.

A Miguelzinho, que trouxe luz para minha casa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ser a minha base de sustentação nos momentos difíceis.

À Professora Dra. Mariana Batista, minha brilhante orientadora, um agradecimento especial pelo apoio, disponibilidade, atenção e valiosas contribuições, sem as quais a realização deste trabalho não teria sido possível.

Ao Professor Enivaldo Rocha, coordenador do Mestrado Profissional em Políticas Públicas, por ter idealizado este projeto voltado para os profissionais.

Ao doutorando André Valente do Couto, um agradecimento especial pela disponibilidade e valiosa contribuição na formatação da base de dados.

Aos professores do Mestrado pela grande contribuição na minha formação.

A Mariana Correia, secretária do MPPp, pela presteza em resolver todas as questões burocráticas.

Aos meus queridos colegas de curso, meus sinceros agradecimentos pelos momentos que dividimos juntos, ao longo desses dois anos.

A Lenita Almeida, por todo suporte oferecido para que o Mestrado pudesse ser realizado.

Às minhas colegas Rosário Ribeiro e Rosalina Fonseca, um agradecimento especial pelo apoio durante a construção deste trabalho.

A todas as pessoas que nos tornam melhores do que somos ao passarem pelas nossas vidas.

A todos, os meus sinceros agradecimentos.

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 nove 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 para a dimensão administrativa, os resultados apontam que quanto maior a proporção de estatutários, médicos e equipes de atenção básica menor a mortalidade infantil. Com o uso da regressão linear múltipla para a dimensão institucional, os resultados apontam que as variáveis Plano, Conselho e reuniões apresentaram o sinal esperado. Os resultados gerais indicam que os municípios com maior capacidade apresentam mortalidade infantil menor.

Palavras-Chave: Capacidade local, Política de Saúde, Mortalidade Infantil.

Abstract

What is the effect of local capacity on infant mortality in Brazilian municipalities? This dissertation 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 nine 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 for the administrative dimension, the results indicate that the higher the proportion of civil servants, doctors and basic care teams the smaller the child mortality. With the use of multiple linear regression for the institutional dimension, the results indicate that the variables Plan, Council, and meetings presented the expected sign. The overall results indicate that municipalities with greater capacity have lower infant mortality.

Key-words: local capacity, health policy, child mortality

Lista de Siglas e Abreviaturas

CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensões

CF de 88 - Constituição federal de 1988

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNS - Conferencia Nacional de Saúde

COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública

COBERTURA - (Cobertura de equipes de Atenção Básica)

CONASENS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde.

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.

EC 29 - Emenda Constitucional n. 29

FISCALIZADOR (Caráter fiscalizador do conselho de saúde)

IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MQO - Mínimos Quadrados Ordinários

MS - Ministério da Saúde

ODM - Objetivo do Desenvolvimento do Milênio

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização Mundial de Saúde

OUIDORIA - (Municípios com serviços de ouvidoria implantada)

PAB - Piso de Atenção Básica

PIB - Produto Interno Bruto

PMS - Plano Municipal de Saúde

PropEst - (Proporção de Estatutários)

PropMed - (Proporção de Médicos)

PropRH - (Proporção de Recursos Humanos)

RC - Rede Cegonha

REUNIÕES - (Quantidade de reuniões realizadas nos últimos 12 meses).

RIPSA - Rede Interagencial de Informação para a Saúde

SIACS - Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde

SPSS - Software Statistical Package of the Social Science versão 21.0

SUS - Sistema Único de saúde

TMI - Taxa de Mortalidade Infantil

Lista de Figuras

Figura 1-Estrutura Institucional e Decisória do SUS.....	22
Figura 2-Hipótese de Trabalho.....	39

Lista de Tabelas

Tabela 1- Estatística descritiva dos municípios brasileiros.....	45
Tabela 2- Estatística Descritiva por Regiões.....	46
Tabela 3- Correlações das variáveis independentes.....	59
Tabela 4-Variáveis dependentes e Dimensão Administrativa.....	63
Tabela 5-Variáveis dependentes e Dimensão Institucional.....	65

Lista de Quadros

Quadro 1 - Linha do Tempo das Políticas, Programas e Ações de combate à mortalidade infantil.....	16
Quadro 2- Distribuição de Responsabilidade entre os Níveis de Governo.....	30
Quadro 3 – Desenho de pesquisa.....	44

Lista de Gráficos

Gráfico 1-Intervalo de confiança a 95% para a média da cobertura por Região.....	49
Gráfico 2 - Intervalo de confiança a 95% para a média da PropEst por Região.....	50
Gráfico 3 -Intervalo de confiança a 95% para a média da PropMed por Região.....	51
Gráfico 4 -Intervalo de confiança a 95% para a média da PropRH por Região.....	52
Gráfico 5 - Intervalo de confiança a 95% para a média de Reuniões por Região.....	53
Gráfico 6-Percentual de municípios com envio de Plano ao CMS por Região.....	54
Gráfico 7-Percentual de municípios com Conselho cadastrado no SIACS por Região.....	55
Gráfico 8-Percentual de municípios com ouvidoria implantada por Região.....	56
Gráfico9-Percentual de municípios com conselho de caráter fiscalizador por Região.....	57
Gráfico 10 - Distribuição das variáveis Dependentes.....	58

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL E O SISTEMA ÚNICO SAÚDE.....	14
3.FEDERALISMO, DESCENTRALIZAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E CAPACIDADE LOCAL.....	26
3.1 FEDERALISMO E DESCENTRALIZAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	26
3.2 GOVERNANÇA E CAPACIDADE LOCAL.....	34
4. METODOLOGIA.....	40
5. RESULTADOS.....	45
6. CONCLUSÕES.....	68
REFERENCIAS.....	71

1. INTRODUÇÃO

O Brasil está organizado em um sistema federativo, reformulado após a Constituição Federal de 1988 (CF de 88), 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. É importante ressaltar que o federalismo brasileiro apresenta uma especificidade, pois, diferente de outros países, constituiu-se num sistema de três níveis (triplo federalismo), ao elevar o município à condição de ente federativo autônomo.

Após a CF de 88, com a descentralização política e administrativa, 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 dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Antes da criação do SUS, que foi instituído após a CF de 88, 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 elevada incidência de doenças infectocontagiosas e uma taxa de mortalidade infantil (TMI), a qual, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1999), em 1970, era em torno 115 óbitos para cada mil nascidos vivos.

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, a partir do processo de redemocratização, a reforma do Estado e a queda do regime militar, houve uma retomada dos movimentos de oposição, dentre os quais destacamos, a luta encampada pelo Movimento da Reforma

Sanitária¹, objetivando a universalização da saúde, iniciado em 1970, que culminou durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (8ªCNS), na elaboração de um relatório, que serviu de base para o capítulo da saúde na CF de 88 e a criação do SUS, que universalizava o direito de acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros.

O SUS, enquanto uma política nacional de saúde, tem como princípios norteadores a universalidade, a equidade e a integralidade e, como diretrizes, a hierarquização e regionalização na oferta de serviços de saúde, com comando único em cada esfera de governo e como mecanismo de controle, a participação popular através dos conselhos de saúde.

Portanto, a partir da CF de 88, com a redefinição do papel dos estados e municípios na gestão das políticas públicas, coube principalmente aos municípios, assumir a gestão de grande parte das políticas de saúde. Esse foi o chamado processo de municipalização de política de saúde. Segundo o Ministério da Saúde (MS) (2009 p.21), “O princípio de 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”.

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.

Tendo isto em mente e partindo do princípio de que com a descentralização os municípios passaram a ter uma grande importância na oferta de serviços de saúde dentro do SUS, principalmente na atenção básica, o presente estudo analisou a capacidade local dos municípios brasileiros em política de saúde, a partir da análise de dois aspectos considerados fundamentais: o administrativo e o institucional. Os indicadores selecionados para cada dimensão serviram de fator explicativo para a variação da

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).

mortalidade infantil, que foi o indicador escolhido para mensurar o desempenho da política de saúde.

Esse indicador foi escolhido, devido ao fato de ser um indicador considerado universal, ou seja, de pactuação obrigatória por todos os municípios e que foi aplicado na análise realizada neste estudo, de acordo com os critérios da nota técnica dos indicadores municipais do rol de Indicadores de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013- 2015. O indicador expressa o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e o desempenho do sistema.

Trata-se de um estudo quantitativo 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. Esses indicadores foram pactuados através do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que tem suas bases no Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011².

Portanto, 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 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 capítulos. O primeiro capítulo aborda a mortalidade infantil no Brasil e o SUS. No capítulo 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. No quarto capítulo, são apresentados os resultados da análise do efeito da capacidade local sobre a mortalidade infantil nos municípios brasileiros. Por último, a conclusão.

² 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.

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

A mortalidade infantil é definida, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), como sendo a morte de crianças menores de um ano e pode ser dividida em dois componentes principais: a mortalidade neonatal e a pós-neonatal. A mortalidade neonatal compreende o período que vai de 0 a 27 dias de vida, sendo subdividida em mortalidade neonatal precoce (de 0 a 6 dias de nascido) e neonatal tardio (do 7º ao 27º dia de nascido) e a mortalidade pós-neonatal que compreende o período que vai do 28º ao 364º dia de nascido.

A TMI é um importante indicador das condições de saúde e vida de uma população (BRASIL, 2010), representando o número de óbitos de menores de um ano por cada mil nascidos vivos. Para Frias e Navarro (2013, p.92), é considerado “um marcador do nível de desenvolvimento social e da garantia aos direitos humanos”. Além de permitir, segundo o MS (2014), 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.

As “altas taxas de mortalidade infantil refletem, em geral, ausência de saneamento básico e de segurança alimentar e nutricional; baixo grau de instrução materna; deficiência de acesso e na qualidade de serviços de saúde oferecidos” (FRIAS e NAVARRO, 2013 p.92). Estes fatores associados às desigualdades sociais e econômicas, a ausência ou a ineficiência de políticas públicas específicas, voltadas para este segmento populacional, a imaturidade imunológica, uma característica dos primeiros meses de vida, podem aumentar consideravelmente a mortalidade infantil.

Destacamos que a existência de diferenças na mortalidade infantil, entre os municípios, pode significar que as políticas e as medidas de prevenção adotadas, para a evitabilidade desses óbitos, não estão sendo implementadas de maneira igualitária. Para os referidos autores, alguns fatores podem ser determinantes da mortalidade infantil, tais como: Fatores socioeconômicos e demográficos, como escolaridade da mãe, renda familiar, ocupação da mãe, tipo de moradia, saneamento básico; fatores relacionados à atenção à saúde, como acesso e qualidade de atenção pré-natal, tipo de parto, assistência ao parto, vacinação, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento; fatores

biológicos, como peso ao nascer, estado nutricional infantil, idade materna, idade gestacional, malformação congênita, dentre outros.

A mortalidade infantil é calculada utilizando-se a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes com menos de 1 ano de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1000$$

Fonte: RIPSA, 2008

Ressaltamos que, segundo Nota técnica dos indicadores municipais do rol de Indicadores de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013- 2015³, 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 TMI é um indicador apresentado apenas para municípios com 100.000 ou mais habitantes. Os valores para os estados e para todo o país são calculados considerando apenas municípios com 100.000 ou mais habitantes, não devendo, então, serem utilizados.

No Brasil, em 1970, segundo dados do IBGE (1999), a TMI girava em torno de 115 óbitos para cada mil nascidos vivos. Ao longo dos anos foram implementadas algumas políticas de combate à mortalidade infantil, tendo como resposta uma redução dessa taxa. Em 1990, a TMI passou para 47,1 óbitos/1000 nascidos vivos, apontando uma grande evolução em relação a 1970. No entanto, nas últimas duas décadas, essa redução foi ainda mais acentuada, chegando atualmente ao patamar de 15,3 óbitos por cada mil nascidos vivos.

É importante ressaltar que o enfrentamento da mortalidade infantil ao longo dos anos vem mostrando resultados positivos, pois, com o declínio apresentado no número de óbitos em menores de um ano, o país se aproxima dos patamares aceitáveis pela OMS, que corresponde, segundo a Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA, 2008), 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

³Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2013/Nota_Tecnica_Indicadores_Municipais.pdf

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 como nacional. No âmbito internacional, em 2000, durante reunião denominada “Cúpula do Milênio”, que reuniu a Organização das Nações Unidas (ONU) e líderes de 191 países signatários, incluindo o Brasil, foram acordados os oito Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), dentre os quais, selecionamos para efeito deste estudo, o 4º ODM (reduzir a mortalidade na infância), com meta pactuada de redução em 75% até 2015, tomando-se como base o ano de 1990.

No âmbito nacional, foram formuladas e implementadas diversas políticas, programas e ações de combate à mortalidade infantil, que são elencadas no quadro abaixo:

Quadro 1 - Linha do Tempo das Políticas, Programas e Ações de combate à mortalidade infantil.

Ano	Política
1975	Programa Nacional de Imunizações (PNI)
1981	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNAIM)
1984	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)
1992	Iniciativa Hospital amigo da Criança
1994	Programa de saúde da família (PSF)
1996	Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (ADI-PI)
2000	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
2004	Pacto pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal
2005	Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil
2006	Pacto pela Vida
2008	Mais Saúde: Direito de todos
2009	Compromisso mais Nordeste e Amazônia Legal pela cidadania
2011	Estratégia Rede Cegonha

Fonte: Elaboração do autor com base em Frias e Navarro (2013).

Dentro dessa linha do tempo, destacamos a estratégia mais recente lançada pelo MS no combate à mortalidade infantil, denominada Rede Cegonha (RC), uma política

pública instituída no âmbito do SUS, através da Portaria GM/MS nº 1459/2011⁴, 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.

Essa Rede tem como princípios norteadores: a defesa dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial e às diferenças regionais; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; e a participação e mobilização social.

Seus objetivos são: fomentar a implementação de um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança de 0 a 24 meses; organizar uma rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

É norteada pelas seguintes diretrizes: garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses, com qualidade e resolutividade; garantia de acesso ao planejamento reprodutivo.

A RC deve ser implementada gradativamente em todo território nacional, respeitando-se os critérios epidemiológicos, tais como, TMI, Razão de Mortalidade Materna e densidade populacional e está organizada a partir de quatro Componentes: (1) Pré-Natal; (2) Parto e Nascimento; (3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; (4) Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde.

Portanto, neste 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. No entanto, para entendermos melhor como esse sistema foi instituído, faremos

⁴ Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011- Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

uma abordagem da saúde antes do SUS e de aspectos gerados nessa área específica após a CF de 88.

A conformação do sistema previdenciário, segundo Escorel e Teixeira (2008), teve início em 1923, com a promulgação da Lei Elói Chaves, que criava as primeiras Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), voltadas para os funcionários de empresas ferroviárias. Posteriormente, em 1933, essas CAPs foram transformadas em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), e agregaram os trabalhadores por categorias profissionais. No primeiro governo Vargas, houve um avanço na configuração das políticas sociais. Segundo Carvalho (2014 p.91), “o ano de 1930 foi um divisor de águas na história do país”, representando um grande avanço nos direitos sociais. Lima, Fonseca e Hochman (2005) assinalaram que essas mudanças institucionais que ocorreram a partir de 1930, moldaram a base do sistema de proteção atual. Argumentam ainda que durante a era getulista foi estabelecida uma separação entre a saúde pública, que era voltada para solucionar problemas da coletividade, e a assistência médica previdenciária, que era de caráter individual.

Arretche (2011) assinala que até o final da década de 80, o Brasil permaneceu com esse sistema dual e seletivo de serviços de atenção à saúde. Segundo a autora, de um lado o MS que foi criado em 1930, como Ministério da Educação e Saúde, desenvolvia ações de saúde preventiva e de serviços de assistência médica gratuito nas unidades de saúde à população em geral, sem a necessidade de contribuição, ou seja, não havia exclusão de nenhum cidadão e, de outro lado, havia o sistema de seguro-saúde, como as CAPs e IAPs, que prestavam assistência a seus segurados. Neste sentido, para Lima, Fonseca e Hochman (2005 p. 41) “em um contexto de reestruturação e consolidação de políticas sociais, a separação correspondeu a um formato diferenciado de reconhecimento de direitos sociais”.

Tal fato, corroborado por Souza (2002) ao argumentar que antes do SUS, o MS desenvolvia ações junto com os estados e municípios, principalmente de caráter preventivo e voltado para a promoção à saúde, dentre as quais, as campanhas de vacinação. Essas ações tinham um caráter universalista e não excluía nenhum cidadão.

A saúde, nesta época, 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 por ter emprego formal, com carteira assinada; e os excluídos, que não tinham direito algum e eram considerados, portanto, “pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que

exerciam atividades informais, ou seja, todos aqueles que não se encontravam habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e pelos institutos previdenciários” (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005, p. 41-42). Essa população só contava com atendimento gratuito, ofertado pelas unidades de saúde dos estados e municípios e as santas casas de misericórdia, sendo considerados como dependentes de ações de caridade.

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 elevada incidência de doenças infectocontagiosas e alta TMI, a qual, segundo o IBGE 1999, em 1970 girava em torno 115 óbitos para cada mil nascidos vivos.

Essa situação perdurou ainda durante todo o regime militar e, mesmo após a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967, que unificou dentro do seu sistema as CAPs e IAPs, criando, a partir daí, “o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que era responsável por gerir a faceta seguro-saúde do novo sistema previdenciário brasileiro, apoiada na rede hospitalar e ambulatorial” (ARRETCHE, 2011, p.198). No entanto, esse sistema de saúde continuava sendo excludente, pois o acesso ao INAMPS era restrito a trabalhadores que contribuía para o instituto.

Nesse período, houve um fortalecimento da medicina curativa, proporcionando a consolidação de um modelo, onde o setor privado passou a ser um prestador direto de serviços e era pago pelo setor público. Para Arretche (2011 p. 200), “a massificação dos serviços de saúde fez-se basicamente a partir do fortalecimento de seu polo seguro-saúde, de base contributiva, assentado sobre medicina curativa e oferta de serviços hospitalares privados”.

Draibe, Castro e Azevedo, (1991:37 apud ARRETCHE, 2011) mostram que a expansão da capacidade instalada, viabilizada por este sistema, entre 1976 e 1986, ocorreu nos seguintes patamares: o número de estabelecimentos de serviços médicos passou de 13.133 para 30.672 (133%), a rede ambulatorial passou de 7.823 para 23.952 estabelecimentos (206%) e a rede hospitalar passou de 5310 hospitais para 6.920 (30%).

Portanto, é importante destacar que a “saúde como direito é resultado de um longo processo de conquistas, respaldado por tratados internacionais e construído com a participação dos governos e cidadãos” (FIGUEIREDO et al, 2013 p 25). Um dos mais importantes tratados internacionais foi o relatório final da Conferência Internacional de Cuidados Primários, realizada no Cazaquistão em 1978, denominado “Declaração de

Alma-Ata”. Essa declaração reforça a ideia de que a atenção primária é o principal caminho para ofertar uma assistência pública mais próxima do cidadão.

Nesse sentido, a partir do processo de redemocratização e a queda do regime militar, houve um fortalecimento no movimento de Reforma Sanitária, iniciado na década de 70, que tinha como bandeiras “a universalização do acesso aos serviços, a descentralização da política federal de atenção à saúde e a hierarquização e unificação das ações” (ARRETCHE, 2011, p. 201).

Como principal marco do movimento sanitarista, destaca-se a 8ª CNS, realizada em 1986, com a participação de mais de quatro mil delegados e cujo relatório final serviu de base para elaboração do capítulo da saúde na CF de 88, que, em seu artigo 196, define a saúde “como um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988) e as bases de conformação do SUS.

Em seu artigo 6º, a CF de 88, reconheceu a saúde como um dos direitos sociais, junto com educação, trabalho, lazer, segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados.

O artigo 194 da CF de 88 conceitua e estabelece os princípios da seguridade social, e compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Silveira, Costa e Oliveira, (2010 p.4) assinalam que:

A Constituição Federal de 1988, conhecida como “Constituição cidadã” teve o grande mérito de propor direitos sociais como direitos universais e inalienáveis do cidadão, rompendo com a lógica da cidadania regulada, onde a lógica de direitos era corporativa, prevalecia às corporações profissionais no atendimento aos direitos, privilegiando os trabalhadores formais, ainda mais certas categorias e excluindo a grande parte dos trabalhadores, que por serem informais (tanto urbanos e, sobretudo rurais) ficaram a margem do acesso aos direitos sociais.

Portanto, a partir da promulgação da CF de 88, a criação do SUS representou uma conquista importante para todos os cidadãos brasileiros, pois a saúde passou a ter um conceito mais amplo, centrado na sua promoção e na prevenção de doenças, em caráter universal e inclusivo. É importante ressaltar que, com a universalidade, o acesso

passa a ser garantido a todos os cidadãos, independente de estar formalmente inserido no mercado de trabalho ou de suas condições socioeconômicas.

O SUS foi regulamentado e consolidado pelas seguintes leis:

Lei nº 8.080, chamada Lei Orgânica de Saúde (LOS), de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para proteção e recuperação da saúde e a organização e serviços de saúde;

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as diferenças intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde;

Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a lei 8.080/90 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter federativa. 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.

As ações e serviços públicos ofertados pelo SUS são orientados pelos princípios e diretrizes previstas no art. 198 da CF de 88 e explicitados pela lei 8.080/90, tais como:

I- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II- Igualdade na assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

III- Integralidade que visa um atendimento ao indivíduo como um todo e não apenas sua condição de doença. Também prevê ações direcionadas também a grupos específicos como indígenas, portadores de deficiências, adolescentes, gestantes, dentre outros.

IV- Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

V- Participação popular visando o controle social, que se dá através dos conselhos de saúde, que devem ser estruturados nos três níveis de governo.

O SUS é uma política nacional instituída em todos os três níveis de governo, portanto, é importante explicitar na conformação das bases do SUS, como foi estruturada a instância decisória nos três níveis de governo:

Figura 1 - Estrutura Institucional e Decisória do SUS

SUS	Gestores	Comissão Inter gestores	Colegiado Participativo
Nacional	Ministério da Saúde	Comissão Tripartite	Conselho nacional
Estadual	Secretaria Estadual de saúde	Comissão Bipartite	Conselho Estadual
Municipal	Secretaria Municipal de Saúde		Conselho Municipal

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Conass (2003).

Para Noronha, Lima e Machado (2008), esse modelo de estrutura decisória pressupõe que exista, uma articulação de atuação entre:

- 1) os gestores do sistema em cada um dos três níveis de governo;
- 2) Todas as instâncias de negociação e decisão que envolve os diferentes níveis de governo, através das Comissões Intergestores Tripartite⁵ e as Comissões Intergestores Bipartite⁶, sendo formada uma em cada estado;
- 3) os conselhos de secretários de Saúde em todos os níveis de atuação;
- 4) os conselhos de Saúde em todos os âmbitos, além da realização periódica de conferências de saúde.

Silva (2010, p.565) argumenta que “O SUS é um dos mais importantes exemplos de coordenação federativa na área de execução de políticas públicas no Brasil”. Nessa perspectiva, “o modelo de descentralização adotado pelo SUS, define os gestores nos três níveis de governo como corresponsáveis nos mecanismos para

⁵ A comissão intergestores tripartite(CIT) foi instituída através da portaria ministerial n.1.180, de 22 de julho de 1991.

⁶ A comissão intergestores Bipartite (CIB) foi instituída pela Norma Operacional Básica de 1993(NOB/93).

negociação, pactuação das políticas adotadas no setor saúde” (FIGUEIREDO et al, 2013 p.38).

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 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 (MS, 2009).

Souza e Costa (2010 p 515-16) em seu artigo sobre o SUS, concluem dizendo que:

O SUS está consolidado no nosso país, mas enfrenta desafios constantemente, dentre os quais, a qualificação da gestão e do controle social, o fortalecimento e a qualificação da Atenção Básica como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde, as dificuldades no acesso às ações e serviços de saúde, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, o reconhecimento da autonomia dos entes federados, entre outros. Esses dilemas conjunturais desafiam os gestores e precisam ser assumidos como responsabilidades para a concretização do SUS que queremos.

É importante ressaltar ainda que além dos desafios enfrentados pelo SUS, apontados pelos autores acima, como a qualificação da gestão e do controle social, a qualificação da Atenção básica como estratégia organizadora das redes de cuidados em saúde, dentre outros, a questão do financiamento é outro grande desafio para consolidação do SUS. Apesar do financiamento do SUS ser de responsabilidade das três esferas do governo, apenas a aprovação da Emenda Constitucional 29⁷ (EC 29), em 2000, foi fixada à vinculação dos recursos orçamentários para o financiamento do SUS da seguinte maneira: os estados seriam obrigados a destinar 12% de seu orçamento e os municípios, 15%, devendo atingir esse valor de aporte financeiro até 2004 e o percentual da União seria de 5% a mais sobre o valor de 1999 e nos anos seguintes esse valor seria corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Em 2007, a Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e

⁷ - Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000 - Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

controle. Os recursos para as ações e serviços de saúde são transferidos fundo a fundo, em cota única e específica para cada bloco de financiamento.

Os blocos de financiamento, definidos na Portaria, são seis:

I - Atenção Básica;

II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

III - Vigilância em Saúde;

IV - Assistência Farmacêutica;

V - Gestão do SUS;

VI – Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

No caso específico desse estudo, o bloco de financiamento de interesse é o da Atenção Básica. O Piso de Atenção Básica (PAB) definido para o município pode ser fixo, com base em um valor per capita ou variável, dependendo da adesão do município aos programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Saúde da Família, dentre outros. (SOUZA, 2002).

Ressaltamos que o processo de pactuação é a maneira através da qual os gestores do SUS, nas três esferas de governo, assumem publicamente compromissos sanitários, com ênfase nas necessidades de saúde da população. Atualmente essa pactuação é realizada através do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que tem suas bases no Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e se constitui em um acordo de colaboração firmado entre entes federativos, com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011).

As definições de competências dentro do SUS de acordo com a Lei 8.080/90 foram assim estabelecidas:

Cabe à União: participar na formulação e na implementação das políticas; definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade; prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios, para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional; elaborar normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde; promover a descentralização para as unidades federadas e para os municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal; acompanhar, controlar

e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais; elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, municípios e Distrito Federal.

Cabe aos Estados: promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde; acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS); prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde.

Cabe aos municípios: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual; celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução; controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde; normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos municípios.

No entanto, para Arretche (2004), em um país com tantas desigualdades no que concerne a sua capacidade fiscal, administrativa e política, a possibilidade de se estabelecerem constitucionalmente competências exclusivas por nível de governo, fica limitada.

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, uma pergunta se faz premente, os municípios brasileiros têm capacidade para implementar políticas públicas com qualidade?

3. FEDERALISMO, DESCENTRALIZAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E CAPACIDADE LOCAL

3.1- Federalismo e Descentralização de Políticas Públicas

O Brasil está organizado em um sistema federativo, reformulado após a Constituição Federal de 1988 (CF de 88), 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. É importante ressaltar que o federalismo brasileiro apresenta uma especificidade, pois, diferente de outros países, constituiu-se num sistema de três níveis (triplo federalismo), ao elevar o município à condição de ente federativo autônomo.

O federalismo brasileiro tem o objetivo de lidar com as especificidades econômicas, sociais e culturais de um grande país. “Além da distribuição do poder político entre a União, os estados e municípios, o federalismo impõe ainda o problema de distribuição do poder tributário e de prerrogativas de implementação de políticas públicas entre os entes de governo” (BATISTA, 2015 p. 2).

É importante ressaltar que em um país tão extenso territorialmente e com tantas desigualdades entre as regiões, o federalismo instituído vem para equalizar essas disparidades regionais, a partir do redirecionamento do papel dos estados e municípios na oferta de serviços sociais (SOUZA, 2001). No entanto, as desigualdades encontradas entre as regiões, podem fazer com que o padrão de resposta seja muito diferente, mesmo que a política implementada seja a mesma, pois depende da capacidade fiscal, administrativa e política de cada município, podendo inclusive agravar essas desigualdades.

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.

Após o processo de redemocratização, a reforma do Estado e a queda da ditadura militar, houve no país uma descentralização política e administrativa, com redefinição do papel dos estados e principalmente dos municípios, na gestão das políticas públicas.

No entanto, o que efetivamente é descentralização? Para Batista (2015), 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, p. 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).

Diante deste contexto, nos perguntamos: o que motivou o processo de descentralização ocorrido no Brasil após a CF de 88? Em parte, o processo foi motivado pela crise fiscal instalada no país nos anos 80 e 90 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. Na abordagem de Silva (2015, p. 1172), esse processo foi motivado pelo consenso de que a descentralização geraria mais democracia, visto que o “autoritarismo dos militares, atomizado pelos péssimos resultados econômicos e pela dilaceração das condições sociais, passou a ser sinônimo de ineficiência”.

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, especificamente, para a área de saúde, uma reorganização da rede de serviços, através da contratualização dos pontos de atenção, dando uma maior racionalidade ao sistema e a criação de novos espaços institucionais de participação da sociedade na gestão da saúde. (OATES, 1999, apud BATISTA, 2015; FIGUEIREDO et al 2013).

No entanto, ressaltamos que apesar da descentralização na implementação de políticas públicas ter assumido uma tendência de municipalização, grande parte dos tributos ainda é arrecadada pelo governo federal e estadual, mantendo-se as diferenças socioeconômicas inter-regionais. Portanto, com o objetivo de equacionar essas desigualdades e estabelecer um padrão mínimo de oferta de serviços públicos,

independentemente da capacidade de arrecadação dos estados e municípios, foi estabelecido um sistema de transferências intergovernamentais. (BATISTA, 2015).

Para Neto (2014), a União continua tendo um papel importante na arrecadação e distribuição total de receitas, passando, a partir do caminho da municipalização, a ter uma relação mais próxima com os governos municipais do que os estaduais para execução de políticas sociais. Isto de alguma forma relega o estado a um segundo plano no processo. Ainda para o autor, essa descentralização de recursos federais para os governos subnacionais, beneficiou principalmente os governos municipais.

Para Lubambo (2002, p.3), “essa recuperação das bases federativas do Estado brasileiro, mediante a qual o governo federal vem delegando grande parte das funções de implementação das políticas sociais, vêm-se imprimindo efeitos no desempenho da gestão pública municipal”. Ainda segundo a autora, 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.

Corroborando com Lubambo, Arretche (2011), assinala que os estados e municípios tornaram-se autônomos a partir do federalismo e sua autoridade é derivada do voto popular, permitindo que os mesmos só assumam a gestão das políticas sociais por iniciativa própria, por adesão a uma política formulada em outro nível de governo ou por imposição constitucional. Isto elevou consideravelmente o poder de barganha dos governos subnacionais.

Nesse sentido, para que a descentralização efetivamente ocorra, sem ser por imposição constitucional, segundo Arretche (1999), é necessário que o governo federal crie estratégias bem-sucedidas de indução para conseguir a adesão dos governos subnacionais. Os governos locais realizam cálculos para definir se devem aderir ou não à determinada política, dependendo das vantagens oferecidas pelo nível de governo que quer transferir essas atribuições.

Alguns fatores podem ser atribuídos ao aumento da importância dos municípios na oferta de serviços públicos, como os descritos por Farah (2001 p.130):

- 1) Transferência de atribuições e competências do governo central e da esfera estadual de governo para o governo municipal, com ênfase nas atribuições que dizem respeito à cidadania social;

- 2) Resposta a reivindicações da sociedade civil pela descentralização das políticas sociais, desde o início da década de 1980;

- 3) Ênfase à descentralização na agenda de reforma de diferentes correntes políticas;
- 4) Aumento significativo da participação dos municípios na repartição dos recursos fiscais, desenhada a partir da Constituição de 1988;
- 5) Ênfase à descentralização na agenda de organismos financiadores multilaterais, os quais exercem influência sobre o planejamento das políticas governamentais no país;
- 6) Maior proximidade do governo local com relação às demandas da população, o que assume relevância num quadro democrático;
- 7) Insuficiência das respostas do mercado como alternativa ao “desmonte” do Estado (e de suas políticas) no nível federal e “necessidade”, portanto, de formulação de respostas no nível local.

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).

Existe ainda uma superposição de competências, fazendo com que, ao avaliar que os custos financeiros e políticos da adesão a uma determinada política sejam muito elevados, ocorra uma disputa no sentido de atribuí-la a outro nível de governo. Portanto, essas especificidades não permitem que sejam elaboradas constitucionalmente, competências exclusivas entre os níveis de governo.

Silva (2015) corrobora com o pensamento de Arretche ao assinalar que no âmbito das competências na implementação de políticas públicas, a melhor forma de estimular uma maior coordenação federativa é oferecer incentivos para que os governos subnacionais, atuem de forma cooperativa e não competitiva, evitando-se, assim, uma superposição de competências ou, por outro lado, a criação de espaços vazios, onde nenhum dos entes federativos assumam a gestão dessas políticas.

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, de 1988, a incerteza de que o governo federal arcará com a sua parte no financiamento do sistema (ARRETCHE, 2011).

A distribuição de responsabilidades em termos de políticas públicas entre os três níveis de governo está demonstrada no quadro abaixo:

Quadro 2- Distribuição de Responsabilidade entre os Níveis de Governo

Nível de Governo Responsável	Categoria
Federal	Defesa Relações Exteriores Comércio Internacional Moeda Uso da água Rodovias nacionais Serviço Postal Polícia, federal, fronteira, Regulação do trabalho, comércio interestadual, telecomunicações, transporte interestadual, desenvolvimento urbano, energia, mineração, seguro desemprego, imigração, cidadania e direitos nativos. Segurança social Sistema nacional de estatística Regras gerais para sistema nacional de educação
Federal-Estadual	Saúde Educação Cultura Proteção do meio ambiente e dos recursos naturais Agricultura Distribuição de alimentos Habitação Saneamento Bem estar social Polícia Hidroeletricidade
Estadual	Responsabilidade residual: assuntos não atribuídos ao nível federal ou municipal
Municipal	Transporte público (intramunicipal) Educação básica Saúde preventiva Uso da terra Preservação Histórica e Cultural

Fonte: Batista (2015), com dados da Constituição Federal (2008) e Shah (1990).

Como visto no quadro acima, na distribuição das competências coube aos municípios, que são o foco desse estudo, a responsabilidade pela implementação das políticas de saúde na Atenção Básica.

Neste sentido, de distribuição de competências, o MS (2009, p. 21) enfatiza que o processo de municipalização:

Passa a exigir novas competências locais, pois o princípio de descentralização que norteia o SUS se dá, especialmente, pela transferência

de responsabilidades e recursos para a esfera municipal, estimulando novas competências e capacidades político-institucionais dos gestores locais, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais de caráter regional e macrorregional, permitindo o acesso, a integralidade da atenção e a racionalização de recursos, cabendo aos estados e a União cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização.

Para o CONASS (2003), a diversidade dos municípios em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional de estado, implica em diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde. Isto nos leva a crer que, conseqüentemente implica em diferentes possibilidades de resposta, mesmo que a política implementada seja a mesma.

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 a agenda do governo federal, limitando seu poder de elaborar políticas próprias, por dependerem de verbas federais para implementar 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.

“Condicionar - e garantir a efetividade das - transferências à adesão dos governos locais à agenda do governo federal revelou-se uma estratégia de forte poder de indução sobre as escolhas dos primeiros” (ARRETCHE, 2004, p. 24).

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”. Os Conselhos Nacionais de Saúde são formados por entidades representativas dos usuários; entidades de profissionais de saúde, dentre eles a academia; entidades dos prestadores de serviços; entidades empresariais da área de saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e o MS.

Lubambo (2002, p.2) assinala que “sob o pressuposto de que um Estado descentralizado não pode prescindir de canais de participação, possibilitando que as questões sejam administradas no âmbito da esfera pública”, a CF, de 88 regulamentou a participação popular, permitindo que representações dos segmentos sociais tivessem acesso ao governo e pudessem participar das decisões sobre alguns problemas públicos e também da formulação e implementação de políticas locais. Ainda para a autora, “a abertura de novos canais de comunicação entre a sociedade civil e o poder político local passou a constituir um instrumento fundamental da gestão pública, evidenciando inusitados aspectos da dinâmica política da sociedade civil” (LUBAMBO, 2002, p.2).

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.

Figueiredo et al (2013) ratificam a mesma ideia, ao assinalar que “a descentralização das ações e dos serviços de saúde, [...] visa valorizar a criação de novos espaços institucionais de participação da sociedade na gestão da saúde, ampliando seu poder deliberativo e de controle social”.

É importante ressaltar que para Navarro, (2001), com as mudanças políticas ocorridas nos últimos tempos, os municípios brasileiros, estão promovendo inovações na gestão pública, com o objetivo de aumentar a participação e o monitoramento social sobre os fundos públicos, promovendo maior transparência e instalando mecanismos de responsabilização (governança mais ampla e eficaz).

No entanto, 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. Neste sentido, o foco principal do trabalho é avaliar o efeito da capacidade local sobre a mortalidade infantil. No entanto, para que isto ocorra, inicialmente é necessário entender o que é capacidade local.

3.2 Governança e Capacidade Local

A governança é a maneira pela qual o poder é desenvolvido na administração. Isso implica na capacidade dos governos de executar as seguintes competências: planejar, formular e implementar as políticas públicas (GONÇALVES, 2006).

Para Rondinelli (2006, p.6), o conceito de governança é definido pela Organização das Nações Unidas como “o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do estado”.

A expressão “governance” surge a partir de reflexões conduzidas principalmente pelo Banco Mundial, objetivando identificar as condições que garantem a eficiência 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 apud GONÇALVES, 2006).

Rhodes (1999 apud SMITH 2010 p.620) define governança como redes intergovernamentais com as seguintes características:

- 1) Interdependência entre as organizações. A governança é mais ampla que o governo, abrangendo atores não estatais. Alterar as fronteiras do Estado [significa que] as fronteiras entre os setores públicos, privado e voluntário se tornam inconstantes e opacas;
- 2) Interações continuadas entre os membros da rede, causadas pela necessidade de trocar recursos e de negociar propósitos comuns;
- 3) Interações do tipo jogos, enraizadas na confiança e regulamentadas pelas regras do jogo negociado e acordadas pelos participantes da rede;
- 4) Um grau significativo de autonomia em relação ao Estado. As redes não são responsabilizáveis perante o Estado; são auto-organizadas. Embora o Estado não ocupe uma posição de soberania privilegiada, ele pode orientar as redes indireta e imperfeitamente.

Como visto, o conceito de governança pode ser definido de várias maneiras. No entanto, ficaremos com a definição clássica de Fukuyama (2013), onde governança é a capacidade do governo de fazer e fazer cumprir as regras e para prestar serviços, independente de ser um governo democrático ou não.

Para Neto (2014), 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 taxaço 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.

Para Arretche (2011 p.25-26), “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”.

No entanto, como mensurar a capacidade governativa? Para Fukuyama (2013), existe pouca concordância sobre como mensurar governança e sugere pelo menos quatro tipos de abordagens: medidas processuais, tais como os critérios Weberianos da burocracia moderna, medidas de capacidade, que inclui tanto recursos como grau de profissionalização, medidas de resultado e medidas de autonomia burocrática.

A primeira abordagem é a das medidas processuais. Nessa abordagem, segundo o autor o esforço mais clássico para definir governança em termos de procedimentos foi a famosa caracterização de burocracia moderna, de Max Weber (1978), que engloba 10 critérios, tais como:

- 1)- Os burocratas são livres e sujeitos a autoridade dentro de uma área definida;
- 2)- Os burocratas são organizados em uma hierarquia claramente definida de cargos;
- 3)- Cada cargo tem uma esfera de competência definida;
- 4)-Os cargos são preenchidos por livre relação contratual;
- 5)- Os burocratas são selecionados com base na sua qualificação técnica;
- 6)-os burocratas são remunerados por salários fixos;
- 7)- o cargo é tratado como única ocupação do funcionário;
- 8)- o cargo constitui carreira;
- 9)- há separação entre propriedade e gestão,
- 10)- Os funcionários estão sujeitos a uma rígida disciplina e controle de desempenho.

O autor argumenta ainda que, embora a autonomia burocrática não seja possível nessa definição, algumas destas características são utilizadas para mensurar a qualidade de governança e que o problema com todas as definições processuais de burocracia é que os procedimentos, embora definidos, podem, na verdade, não se correlacionar com os resultados positivos esperados por parte dos governos.

A segunda abordagem apontada pelo autor são as medidas de capacidade, que inclui tanto recursos financeiros como o grau de profissionalização dos burocratas. A medida mais comumente utilizada é a capacidade extrativa, medida em termos de extração fiscal. A capacidade de extração fiscal é medida de duas formas: em primeiro lugar, a sua capacidade de absorção, no entanto gerado para extrair impostos; e segundo, a extração fiscal bem sucedida fornece recursos que permitem ao governo operar em outros domínios. A extração de impostos pode ser medida tanto pelo percentual de impostos para o PIB, quanto pela natureza fiscal, isto é, com base no rendimento ou riqueza ou impostos indiretos.

Limitações da extração fiscal:

- 1) Há uma diferença entre potencial extrativo e a taxa de extração real. Taxas de impostos reais não são ajustadas simplesmente por potencial extrativo, mas por escolhas políticas em relação à taxa e tipos de taxa ideal.
- 2) Um determinado nível de tributação não significa necessariamente a utilização eficiente das receitas fiscais;
- 3) Em muitos países, as receitas do governo são oriundas de recursos de renda e transferências internacionais, em vez de tributação interna.

Além da tributação, outra medida de capacidade geral utilizada é o nível de educação e profissionalização dos funcionários do governo, que segundo o autor, serviria para reduzir os níveis de corrupção.

A terceira abordagem apresentada são as medidas de resultado. Para o autor, bons procedimentos e capacidade forte não são fins em si mesmos, portanto, faz-se necessário para mensurar a qualidade dos governos, estabelecer uma medida de resultados dos serviços ofertados pelo governo, como educação e saúde, por exemplo, para se ter uma ideia do que o governo está produzindo. No entanto, o autor ressalta que essas medidas de resultado 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, nos quais os serviços estão inseridos.

Fukuyama (2013) argumenta, então, que talvez seja melhor deixar a medida de resultado como uma variável dependente, a ser explicada pela qualidade do estado, ao invés de ser considerada uma medida de capacidade. Neste estudo, especificamente, usaremos a mortalidade infantil como medida de resultado.

A quarta e última abordagem diz respeito às medidas de autonomia burocrática. Huntington, (2006 apud FUKUYAMA, 2013), faz da autonomia burocrática um dos seus quatro critérios de institucionalização. Para o autor, sistemas políticos altamente institucionalizados tendem a ter uma burocracia com mais autonomia. Neste sentido, o oposto da autonomia é ter subordinação.

Fukuyama (2013) ainda argumenta que um grau adequado de autonomia burocrática não significa necessariamente que os burocratas devam se isolar da sociedade ou tomar decisões que não estejam de acordo com demandas dos cidadãos, mas, ao contrário, é muito importante que, em contrapartida, exista um *feedback* dos cidadãos, objetivando a melhoria do processo, além de colaborar com setor privado ou organização da sociedade civil na prestação de serviço. Esta autonomia torna os burocratas capazes de fazer julgamentos sobre onde e quando se engajar nessas colaborações. O alto grau de autonomia é o que confere a inovação, experimentação e o risco em uma burocracia.

No entanto, Fukuyama (2013) assinala que a qualidade de governança é o resultado de uma interação entre capacidade e autonomia e que qualquer um independente será inadequado como uma medida de qualidade geral do governo. Nesse aspecto, o poder discricionário dos burocratas pode ser limitado, por mais ou menos regras, a depender do nível de capacidade, ou seja, quanto maior for a capacidade de um burocrata, mais autonomia ele pode ter.

Schneider (2003 apud SILVA, 2015) realizou um estudo comparativo entre 68 países, e concluiu que a autonomia administrativa é a dimensão que mais causa impacto positivo na responsividade dos governos locais em relação às demandas da população. Isto é, a capacidade administrativa, entendida pelo autor como a autonomia para decidir sobre as políticas e os objetivos estatais, é, um fator determinante para a compreensão de performance do governo.

Outro estudo realizado por Guariente (2010) sobre capacidade institucional, concluiu que um aspecto importante que deve ser analisado é o quadro de funcionários públicos, no nosso caso específico, os municipais, por entender que o sucesso de uma política depende da qualidade da burocracia. Na visão de Lipsky (1980 apud WINTER, 2010), os burocratas de nível de rua, pelo seu papel discricionário na prestação de serviços ou na aplicação de regulamentações, são atores essenciais na implementação de políticas públicas. Guariente (2010) aponta ainda que, de maneira

geral, os municípios investigados não possuem uma equipe técnica capacitada para a implementação de ações pertinentes ao que é demandado.

Assim, a qualidade da burocracia é considerada uma *proxy* de avaliação da capacidade geral do estado.

Lubambo (2002, p.7) assinala que:

A discussão sobre capacidade institucional também encontra fundamentos importantes nas ideias de EVANS, 1993 que constata a importância do fortalecimento das instituições e asseguram que independente do padrão de intervenção ou da agenda pública em foco, as demandas para obterem êxito, não poderão exceder o que pode ser fornecido pela capacidade existente. A capacidade a que ele se refere implica no conjunto de organizações capazes de empreender ações públicas descentralizadas e efetivas, ou seja, é o que aqui se nomeia de capacidade institucional.

Portanto, partindo do princípio de que a partir do processo de 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.

A análise aqui proposta orientou-se pelo trabalho realizado por Silva (2015), sobre a capacidade institucional dos estados brasileiros na assistência social. O estudo de Silva (2015) teve por base analítica o modelo de análise integrada proposta por Gomes (2010). O modelo proposto por Gomes (2010) e utilizado por Silva (2015), procura 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, neste estudo especificamente, iremos analisar o desenho institucional do SUS e o papel da liderança política local.

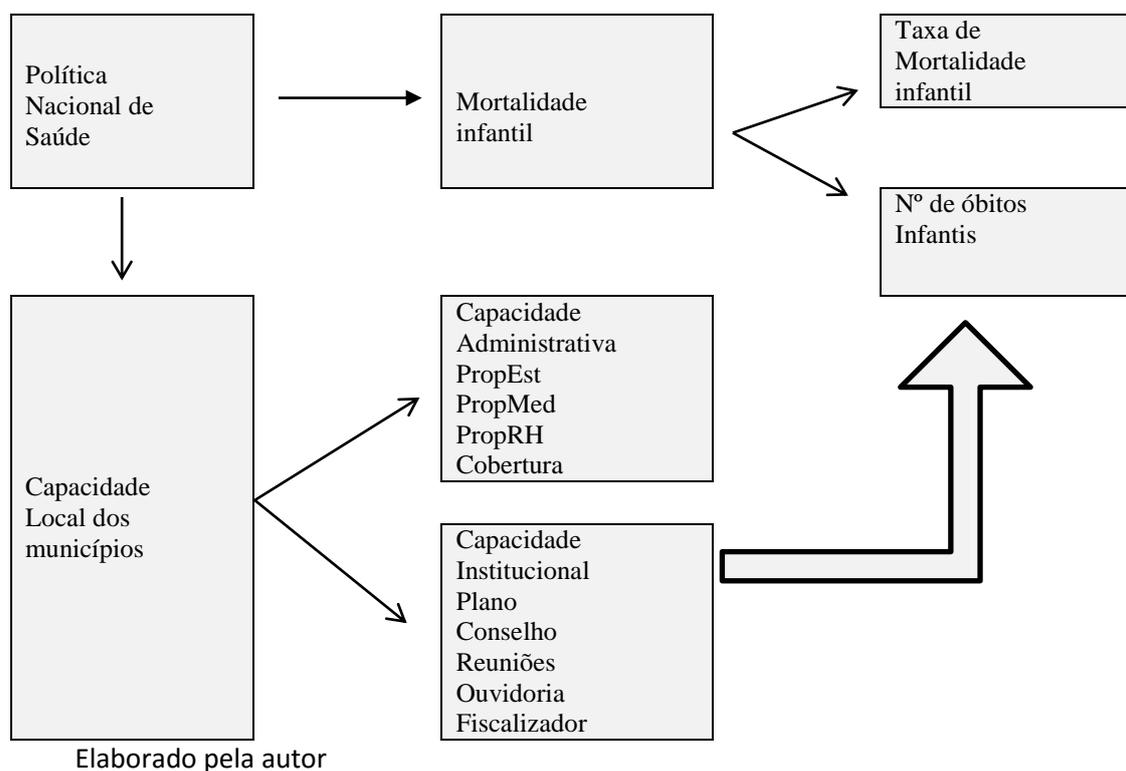
Assim como Silva (2015), também não analisamos o papel da liderança política local, pelo “viés qualitativo exigido para sua compreensão” Silva (2015 p. 1176). Também não analisamos a dimensão fiscal porque não incluímos os dados para esse tipo de análise, além do fato de que, com a aprovação da EC 29, em 2000, os municípios tiveram que, obrigatoriamente destinar 15% do total do seu orçamento para a saúde, sendo esse fator comum a todos.

Considerando a análise aqui proposta, nas duas dimensões serão analisadas as seguintes variáveis: a dimensão Administrativa engloba as variáveis ligadas aos recursos humanos e a garantia de acesso da população a serviços de qualidade, tais

como, proporção de estatutários/ recursos humanos total, proporção de médicos/ população, proporção de recursos humanos total/ população e cobertura de equipes de atenção básica.

A dimensão Institucional engloba as variáveis ligadas a implementação de um novo modelo de gestão, e aos canais de comunicação entre os usuários e o governo, tais como, municípios com envio de Plano Municipal de Saúde aos Conselhos Municipais de Saúde; municípios com Conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS); quantidade de reuniões realizadas nos últimos 12 meses pelos conselhos; Conselhos de Saúde com caráter fiscalizador e municípios com serviços de ouvidoria implantados.

Figura 2- Hipótese de Trabalho



Hipótese: Quanto maior a capacidade local menor a mortalidade infantil. (-)

Partindo do pressuposto de que uma política de saúde formulada no governo federal e implementada no governo municipal necessita de uma capacidade local adequada, para ser melhor implementada, espera-se que a mortalidade infantil seja menor em municípios com maior capacidade.

4. METODOLOGIA

O presente estudo analisa o efeito da capacidade local sobre a mortalidade infantil nos municípios brasileiros. Trata-se de um estudo quantitativo 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 DATASUS⁸ e do banco de dados do Perfil dos Municípios Brasileiros do IBGE⁹, do ano de 2013, para caracterização da capacidade institucional dos municípios brasileiros. Os dados oriundos do estudo serão analisados por meio de estatística descritiva e regressão linear múltipla pelo modelo de Mínimos Quadrados Ordinários (MQO), utilizando-se o *Software Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 21.0.

A estatística descritiva resume a informação em uma coleta de dados e consiste em gráficos, tabelas e resumos numéricos. Seu principal objetivo é reduzir os dados a forma mais simples e de fácil entendimento sem distorcer ou perder muita informação (AGRESTI, 2012).

Hair et al (2009) argumentam que “a análise de regressão múltipla é uma técnica estatística que pode ser usada para analisar a relação entre uma única variável dependente e várias variáveis independentes (preditoras)”. Para os autores, com a regressão é possível estabelecer uma associação entre Y, variável dependente e X_k , conjunto de variáveis independentes (Explicativas).

A correlação entre X e Y pode ser positiva ou negativa em termos de direção ou forte e fraca em termos de magnitude. Ou seja, utilizando-se as variáveis independentes pode-se prever o valor das variáveis dependentes. Em regressões multivariadas, ou seja, com várias variáveis independentes, é possível identificar o efeito de cada variável sobre a variável dependente, mantendo as demais constantes.

Para Hair et al (2009), para que análise possa ser adequadamente realizada pelo MQO, para produzir o Melhor Estimador Linear Não Viesado (MELNV), devem ser obedecidos alguns pressupostos definidos por Lewis- Beck (1980) e Kennedy (2009 apud FIGUEIREDO FILHO et al, 2011): (1) a relação entre a variável dependente e as

⁸Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?pacto/2014/cnv/coapmunbr.def>

⁹Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2014/default.shtm>

variáveis independentes deve ser linear; (2) as variáveis foram medidas adequadamente, ou seja, assume-se que não há erro sistemático de mensuração; (3) a expectativa da média do termo erro é igual a zero; (4) homocedasticidade, ou seja, a variância do termo erro é constante para os diferentes valores da variável independente; (5) ausência de auto correlação, ou seja, os termos de erro são independentes entre si; (6) a variável independente não deve ser correlacionada com o termo de erro; (7) nenhuma variável teoricamente relevante para explicar Y foi deixada de fora do modelo e nenhuma variável irrelevante para explicar Y foi incluída no modelo; (8) as variáveis independentes não apresentam alta correlação, o chamado pressuposto da multicolinearidade; (9) assume-se que o termo de erro tem uma distribuição normal e (10) há uma adequada proporção entre o número de casos e o número do parâmetro estimado.

Variável Dependente

Como variável dependente, analisamos a mortalidade infantil. A análise é referente ao ano de 2013 e compreende uma série histórica entre 2008 e 2013. Os dados referentes ao ano de 2014, ainda não estavam disponíveis no DATASUS durante a elaboração do trabalho. 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 (MS, 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 para o país todo, são calculados considerando apenas municípios com 100.000 ou mais habitantes, não devendo então ser utilizados.

Variáveis Independentes

Como variáveis independentes para mensurar a capacidade institucional 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) e a garantia de acesso da população a serviços de qualidade, 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 a população. 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.

4-Equipes de atenção básica (Cobertura): indicador ligado à diretriz 1 do rol de indicadores municipais pactuados no COAP - Garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da Atenção Básica e atenção especializada. O indicador

foi selecionado considerando a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora dos cuidados locais de saúde e eixo estruturante de programas e projetos; além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde.

Dimensão Institucional

Na dimensão Institucional, utilizamos como medida de capacidade, as variáveis ligadas ao desenho institucional do SUS, especificamente as ligadas a implementação de um novo modelo de gestão (Conselhos de saúde) e aos canais de comunicação entre o governo e a sociedade (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 quantidade de Planos de saúde enviados 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.

3-Quantidades de reuniões realizadas pelos conselhos (Reuniões): indicador selecionado porque permite mensurar o nível de atuação dos conselhos.

4- Municípios com ouvidoria implantada (Ouvidoria) - Indicador ligado a Diretriz 13 do rol de indicadores pactuados no COAP – Qualificação de instrumento de execução direta, com geração de ganho de produtividade e eficiência para o SUS. O indicador foi escolhido porque a ouvidoria no âmbito do monitoramento e da avaliação tem a

finalidade de contribuir com a avaliação do sistema, por meio do envolvimento do usuário, estabelecendo comunicação entre o cidadão e o poder público, de forma a promover encaminhamentos necessários para solução de problemas e efetiva participação da comunidade na gestão do SUS, de acordo com a Constituição Federal de 88, visando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

5 - Conselhos de Saúde com caráter fiscalizador (Fiscalizador) – Dentre os diversos tipos de caráter do conselho, o indicador escolhido foi o caráter fiscalizador para mensurar o nível de atuação do conselho

Como variáveis de Controle utilizamos a população e as regiões. Não utilizamos o PIB, porque os dados para o ano de 2013, ainda não estavam disponíveis.

No quadro abaixo, apresentamos o desenho de pesquisa:

Quadro 3 – Desenho de pesquisa

Variável	Mensuração	Fonte
Variável Dependente		
Mortalidade Infantil	Número de óbitos em < 1 ano para municípios com menos de 100 mil habitantes	DATASUS
	Taxa de mortalidade infantil para Municípios com 100 mil ou mais habitantes	DATASUS
Variáveis Independentes		
Dimensão Administrativa		
PropEst	Numero total de estatutários/recursos humanos	IBGE
PropMed	Número total de Médicos/população	IBGE
PropRH	Número total de recursos humanos/população	IBGE
Cobertura	(Nº de ESF + Nº de ESF equivalente) x 3.000 População no mesmo local e período.	X 100 DATASUS
Dimensão Institucional		
Plano	Atribuído 0 para Não e 1 para Sim	DATASUS
Conselho	Atribuído 0 para Não e 1 para Sim	DATASUS
Reuniões	Quantidade de reuniões realizadas nos últimos 12 meses	IBGE
Ouvidoria	Atribuído 0 para Não e 1 para Sim	
Fiscalizador	Atribuído 0 para Não e 1 para Sim	DATASUS
Variáveis de controle		
População Total		IBGE
Regiões		IBGE

Elaborada pelo autor

5. RESULTADOS

A capacidade local dos municípios brasileiros foi mensurada a partir da análise de duas dimensões: Administrativa e Institucional. Para melhor entendimento, foi realizada uma análise estatística descritiva geral dos municípios brasileiros e uma análise estatística descritiva e comparativa dos municípios agrupados por regiões. Foram analisados os 5.570 municípios brasileiros que estão distribuídos entre as cinco regiões da seguinte maneira: Região Norte (450), Região Nordeste (1794), Região Centro-Oeste (467), Região Sudeste (1668) e Região Sul (1191).

Na dimensão Administrativa foram consideradas as seguintes variáveis: Cobertura; PropRH; PropMed; PropEst. Na dimensão Institucional foram consideradas as seguintes variáveis: Plano; Conselho; Reuniões; Ouvidoria; Fiscalizador. Além das variáveis independentes, foram incluídas as variáveis dependentes (nº de óbitos infantis e taxa de mortalidade infantil) e as variáveis de controle (População e Região).

Tabela 1- Estatística descritiva geral dos municípios brasileiros - ano 2013

Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	%
Cobertura	5570	0	100	88,17	20,01	-
PropEst	5487	0	1	0,57	0,27	-
	83					
PropMed	5543	0	0,01	0,00	0,00	-
	27					
PropRH	5513	0	0,10	0,01	0,00	-
	57	-	-	-	-	-
Reuniões	5570	0	96	11,20	4,65	-
Plano	5274	-	-	-	-	67
	296					-
Conselho	5570	-	-	-	-	70,3
Ouvidoria	5569	-	-	-	-	20,4
	1	-	-	-	-	-
Fiscalizador	5570					77,8

Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados do DATASUS e IBGE

A análise descritiva geral dos municípios apresentou os seguintes resultados:

A variável cobertura foi analisada para os 5.570 municípios, apresentando um mínimo de 0 e um máximo de 100, com média de 88,17 e desvio padrão de 20,01.

A variável PropEst foi analisada para 5.487 municípios, sendo excluídos 83 por não ter informação e apresentou um mínimo de 0 e um máximo de 1, com média de 0,57 e desvio padrão de 0,27.

A variável PropMed foi analisada para 5543, sendo excluídos 27 por não ter informação, apresentando um mínimo de 0 e máximo de 0,01 com média de 0,00 e desvio padrão de 0,00.

A variável PropRH foi analisada para 5.513 municípios, sendo excluídos 27 por não ter informação e apresentou um mínimo de 0 e um máximo de 0,10, com média de 0,01 e desvio padrão de 0,00.

A variável Reuniões foi analisada para todos os 5570 municípios, apresentando um mínimo de 0 e máximo de 96 com uma média de 11,20 e desvio padrão de 4,65.

A variável Plano foi analisada para os 5274 municípios ficando 298 fora da análise por não ter informação e apresentou um percentual de 67%.

A variável Conselho foi analisado para os 5.570 municípios e apresentou um percentual de 70,3%.

A variável Ouvidoria foi analisada para 5569 municípios, ficando 01 município de fora da análise por não ter informação e apresentou um percentual de 20,4%.

A variável Fiscalizador foi analisada para os 5.570 e apresentou um percentual de 77,8%.

Tabela 2- Estatística Descritiva por Regiões – ano 2013

Região		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	%
Norte	Cobertura	450	,00	100,00	73,10	28,69	-
	PropEst	439	,00	1,00	,55	,26	-
	PropMed	448	,00	,00	,00	,00	-
	PropRH	441	,00	,06	,01	,06	-
	Reuniões	450	,00	46	11,28	5,05	-
	População_total	450	1085	1982177	37807,91	125078,28	-
	Plano	415	-	-	-	-	56,6
	Conselho	450	-	-	-	-	64,9
	Ouvidoria	450	-	-	-	-	27,3
	Fiscalizador	447	-	-	-	-	84,1
Nordeste	Cobertura	1794	,00	100,00	92,10	15,36	-
	PropEst	1754	,00	1,00	,57	,23	-
	PropMed	1778	,00	,01	,01	,00	-
	PropRH	1766	,00	,06	,01	,00	-

	Reuniões	1794	0	88	10,86	4,28	-
	População_total	1794	1244	2883682	31100,73	116098,87	-
	Plano	1616	-	-	-	-	62,1
	Conselho	1793	-	-	-	-	64,8
	Ouvidoria	1793	-	-	-	-	18,1
	Fiscalizador	1792	-	-	-	-	83,4
Centro-oeste	Cobertura	467	,00	100,00	87,73	17,97	-
	PropEst	456	,00	1,00	,67	,20	-
	PropMed	465	,00	,00	,00	,00	-
	PropRH	460	,00	,04	,01	,01	-
	Reuniões	467	0	36	11,75	4,83	-
	População_total	467	1024	2789761	32105,33	155120,13	-
	Plano	452	-	-	-	-	59,1
	Conselho	467	-	-	-	-	77,1
	Ouvidoria	467	-	-	-	-	22,1
	Fiscalizador	461	-	-	-	-	83,1
Sudeste	Cobertura	1668	,00	100,00	86,95	20,90	-
	PropEst	1650	,00	1,00	,51	,34	-
	PropMed	1663	,00	,00	,00	,00	-
	PropRH	1657	,00	,10	,01	,01	-
	Reuniões	1668	0	48	11,43	4,07	-
	População_total	1668	825	11821873	50638,83	346888,28	-
	Plano	1648	-	-	-	-	75,1
	Conselho	1668	-	-	-	-	63,4
	Ouvidoria	1668	-	-	-	-	16,5
	Fiscalizador	1668	-	-	-	-	70,1
Sul	Cobertura	1191	,00	100,00	89,83	18,90	-
	PropEst	1188	,00	1,00	,63	,24	-
	PropMed	1189	,00	,01	,00	,00	-
	PropRH	1189	,00	,03	,01	,00	-
	Reuniões	1191	0	96	11,17	5,61	-
	População_total	1191	1278	1848946	24177,80	83389,69	-
	Plano	1143	-	-	-	-	69,4
	Conselho	1191	-	-	-	-	87,7
	Ouvidoria	1191	-	-	-	-	26,0
	Fiscalizador	1191	-	-	-	-	75,5

Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados do DATASUS e IBGE

A análise estatística descritiva das variáveis das dimensões administrativa e institucional, realizada nos 5.570 municípios, no comparativo entre as cinco regiões, mostrou os seguintes resultados:

A variável Cobertura apresentou um mínimo de 0 e máximo de 100 em todas as regiões, apresentando uma média de 73,10 e desvio padrão de 28,86 na Região Norte, de 92,10 e desvio padrão de 15,36 na Região Nordeste, de 87,73 e desvio padrão de 17,97 na Região Centro-Oeste, de 86,95 e desvio padrão de 20,90 na Região Sudeste e de 89,83 com desvio padrão de 18,90 na Região Sul.

Em relação a propEst, a análise considerou 5.487 municípios, sendo excluídos 83 municípios que não tinham nenhum estatutário e apresentou um mínimo de 0,00 e máximo de 1,00 em todos os municípios. A região Norte apresentou uma média de 0,55 e desvio padrão de 0,26, na região Nordeste a média foi de 0,57 e desvio padrão de 0,23, na região Centro-Oeste a média foi de 0,67 e desvio padrão de 0,20, na região Sudeste, a média foi de 0,51 e desvio padrão de 0,34, na região Sul, a média foi de 0,63 e desvio padrão de 0,24.

Na variável PropMed, a análise considerou 5.543 municípios, sendo excluídos 27 municípios que não tinham informação, apresentando um mínimo de 0,00 e máximo de 0,01. A região Norte apresentou uma média de 0,00 e desvio padrão de 0,00, a região Nordeste apresentou uma média de 0,00 e desvio padrão de 0,00, a região Centro-Oeste apresentou uma média de 0,00 e desvio padrão de 0,00, a região Sudeste apresentou uma média de 0,00 e desvio padrão de 0,00 e a região Sul apresentou uma média de 0,00 e desvio padrão de 0,00.

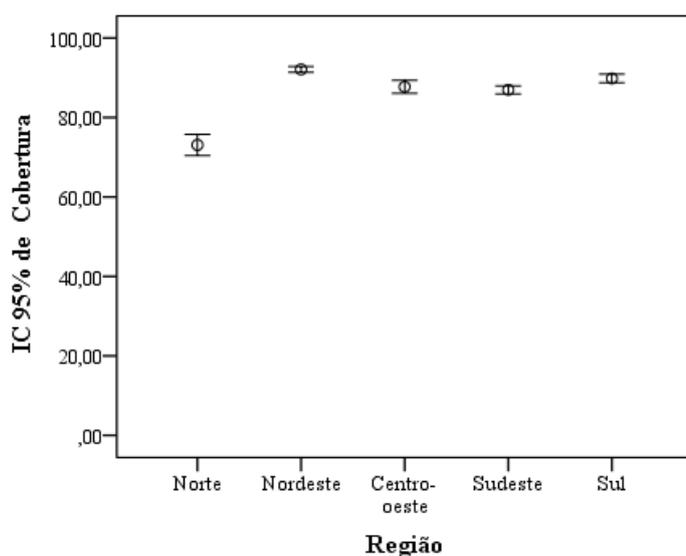
A variável PropRH, foi analisada em 5.513 municípios e apresentou uma variação em relação a população entre 0,00 a 0,10. A região Norte apresentou um mínimo de 0,00 e máximo de 0,06, com média de 0,01 e desvio padrão de 0,00. A região Nordeste apresentou um mínimo de 0,00 e máximo de 0,06 com média de 0,01 e desvio padrão de 0,01. A região Centro-Oeste apresentou um mínimo de 0,00 e máximo de 0,04 com média de 0,01 e desvio padrão de 0,01. A região Sudeste apresentou um mínimo de 0,00 e máximo de 0,10 com uma média de 0,01 e desvio padrão de 0,01 e a região Sul apresentou um mínimo de 0,00 e máximo de 0,03 com uma média de 0,01 e desvio padrão de 0,00.

A variável Reuniões foi analisada nos 5.570 municípios. A região Norte apresentou um mínimo de 0 e máximo de 46 com média de 11,28 e desvio padrão de 5,05. A região Nordeste apresentou um mínimo de 0 e máximo de 88 com média de 10,86 e desvio padrão de 4,28. A região Centro-Oeste apresentou um mínimo de 0 e máximo de 36 com média de 11,75 e desvio padrão de 4,83. A região Sudeste apresentou um mínimo de 0 e máximo de 48 com média de 11,43 e desvio padrão de 4,07 e

a região Sul apresentou um mínimo de 0 e máximo de 96 com média de 11,17 e desvio padrão de 5,61.

A variável de controle População Total apresentou os seguintes resultados: a região norte apresentou uma média de habitantes de 38 milhões, com mínimo em 1085 e máximo de 1 milhão e 982 habitantes com desvio padrão de 125078,28. A região Nordeste apresentou uma média de 116 milhões de habitantes, com mínimo de 1244 e máximo de 31 milhões e desvio padrão de 116098,87. A região Centro-Oeste apresentou uma média de 32 milhões, com mínimo de 1024 e máximo de 278 milhões de habitantes e desvio padrão de 155120,13. A região Sudeste apresentou uma média de 51 milhões, com mínimo de 825 e máximo de 118 milhões de habitantes e desvio padrão de 346888,28 e a região Sul apresentou uma média de 241 milhões com mínimo de 1278 e máximo de 184 milhões e desvio padrão de 83389,69.

Gráfico 1- Intervalo de confiança a 95% para a média da cobertura por Região

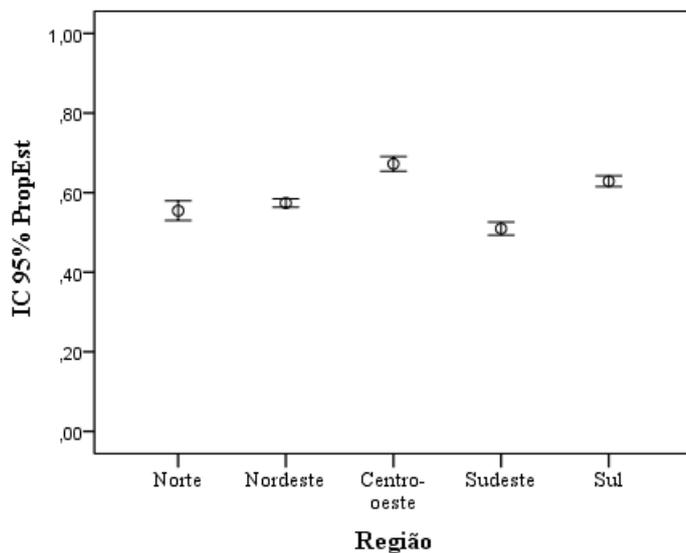


Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados do DATASUS

O gráfico 1 ilustra o IC de 95% da média da cobertura das equipes de atenção básica por regiões do país. No comparativo entre as regiões, observamos que o IC de 95% para a média de cobertura está assim distribuída: Região Norte (70,60;75,96), com média de 73,28; Região Nordeste (91,47;92,90), com média de 92,90; Região Centro-Oeste (86,03;89,35), com média de 89,35; Região Sudeste (85,87;87,90), com média de 87,90 e Região Sul (88,75;90,91), com média de 90,91. Ao observarmos este gráfico, concluímos que as Regiões Norte e Nordeste, apresentam uma diferença média

estatisticamente significativa em comparação com as demais regiões. As Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul não apresentam diferenças médias estatisticamente significantes entre si.

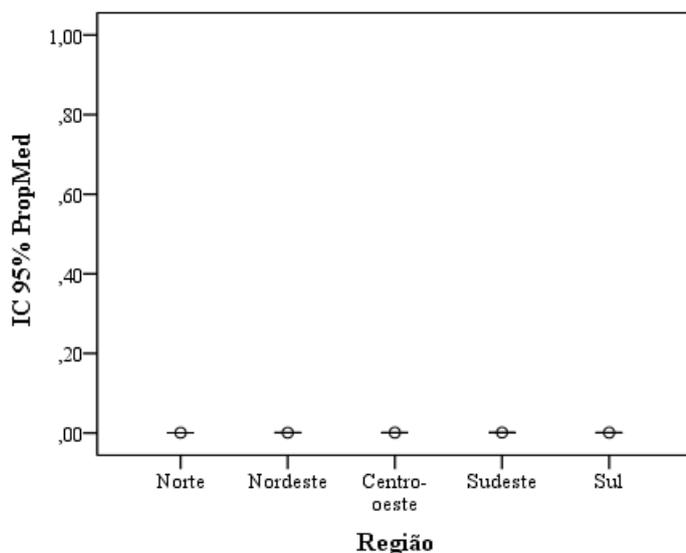
Gráfico 2 - Intervalo de confiança a 95% para a média da PropEst por Região



Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados do IBGE

O gráfico 2 ilustra o 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 observarmos este gráfico, concluímos que as Regiões Centro-Oeste e Sudeste apresentam uma diferença média estatisticamente significativa em comparação com as demais regiões. As Regiões Norte, Nordeste e Sul não apresentam diferenças médias estatisticamente significantes entre si.

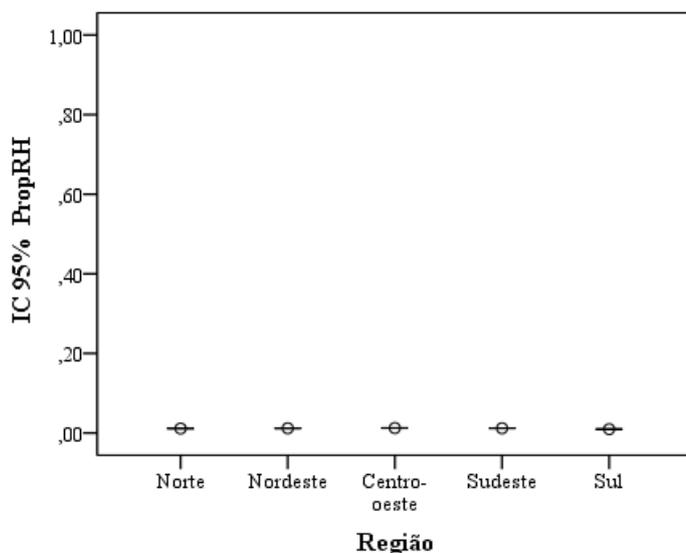
Gráfico 3 - Intervalo de confiança a 95% para a média da PropMed por Região



Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados do IBGE

O gráfico 3 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 apesar da Região Sudeste concentrar a maior proporção de médicos, não existem diferenças médias estatisticamente significantes entre as regiões.

Gráfico 4 - Intervalo de confiança a 95% para a média da PropRH por Região

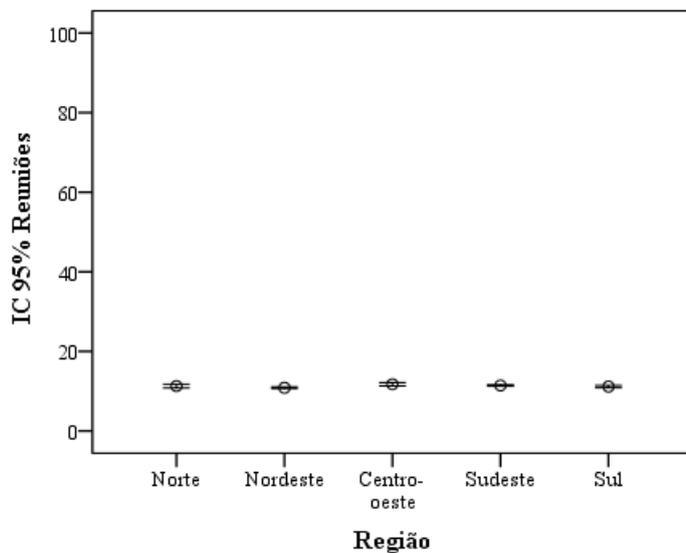


Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados do IBGE

O gráfico 4 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 distribuída: 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 apresentou a menor proporção de recursos humanos/população. As demais regiões não apresentaram diferenças médias estatisticamente significantes entre si.

Gráfico 5 - Intervalo de confiança a 95% para a média das Reuniões por Região



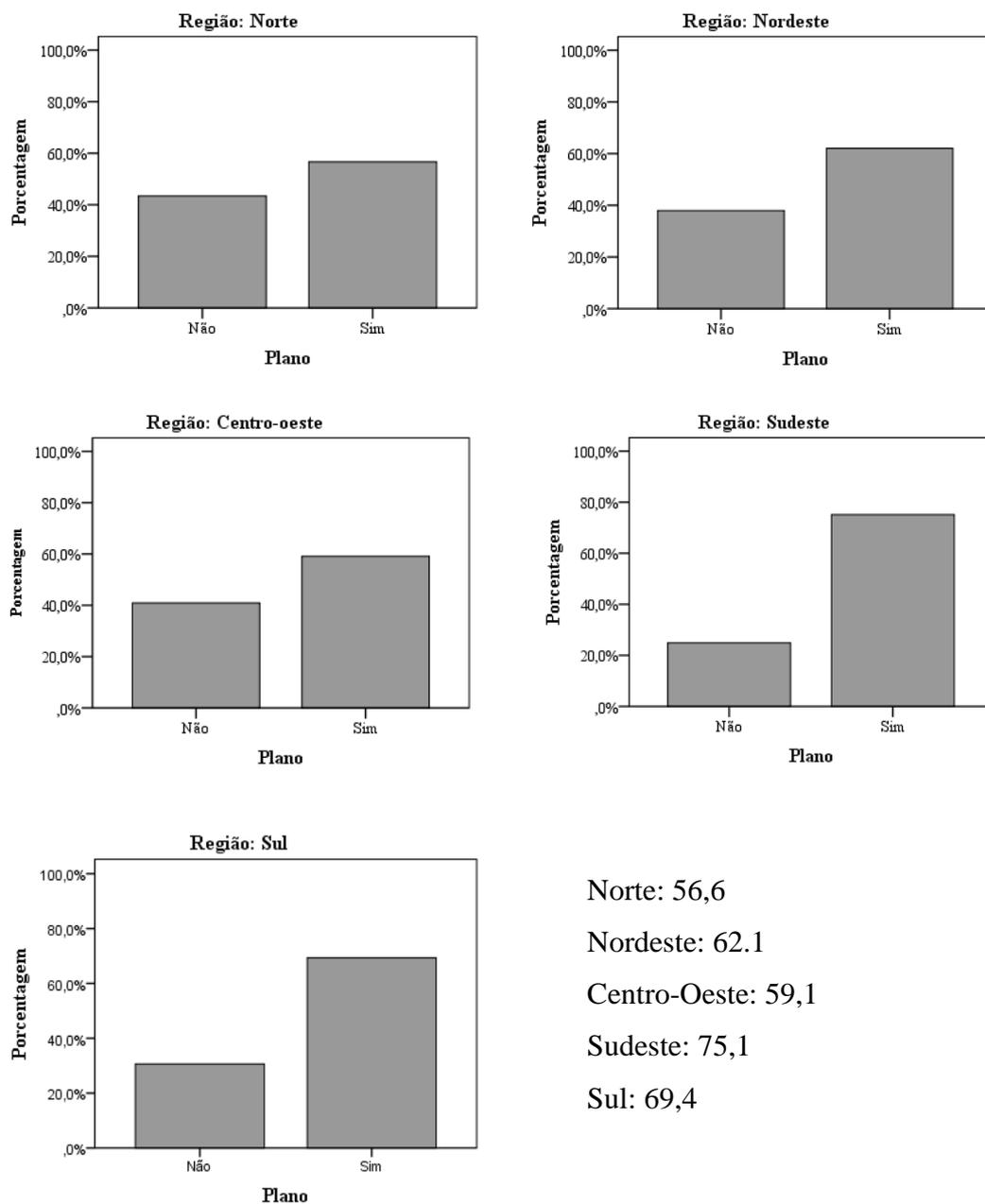
Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados do IBGE

O gráfico 5 ilustra o IC de 95% da média da proporção de Reuniões realizadas nos últimos 12 meses por regiões do país. No comparativo entre as regiões, observamos que o IC de 95% para a média de reuniões está assim distribuída: Região Norte (10,86;11,81), com média de 11,34; Região Nordeste (10,70;11,10), com média de 10,90; Região Centro-Oeste (11,35;12,25), com média de 11,80; Região Sudeste (11,26;11,65), com média de 11,45 e Região Sul (10,85;11,49), com média de 11,17.

Ao observarmos este gráfico, concluímos que não existem diferenças médias estatisticamente significantes entre as regiões.

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

Gráfico 6- Percentual de municípios com envio de Plano ao CMS por região



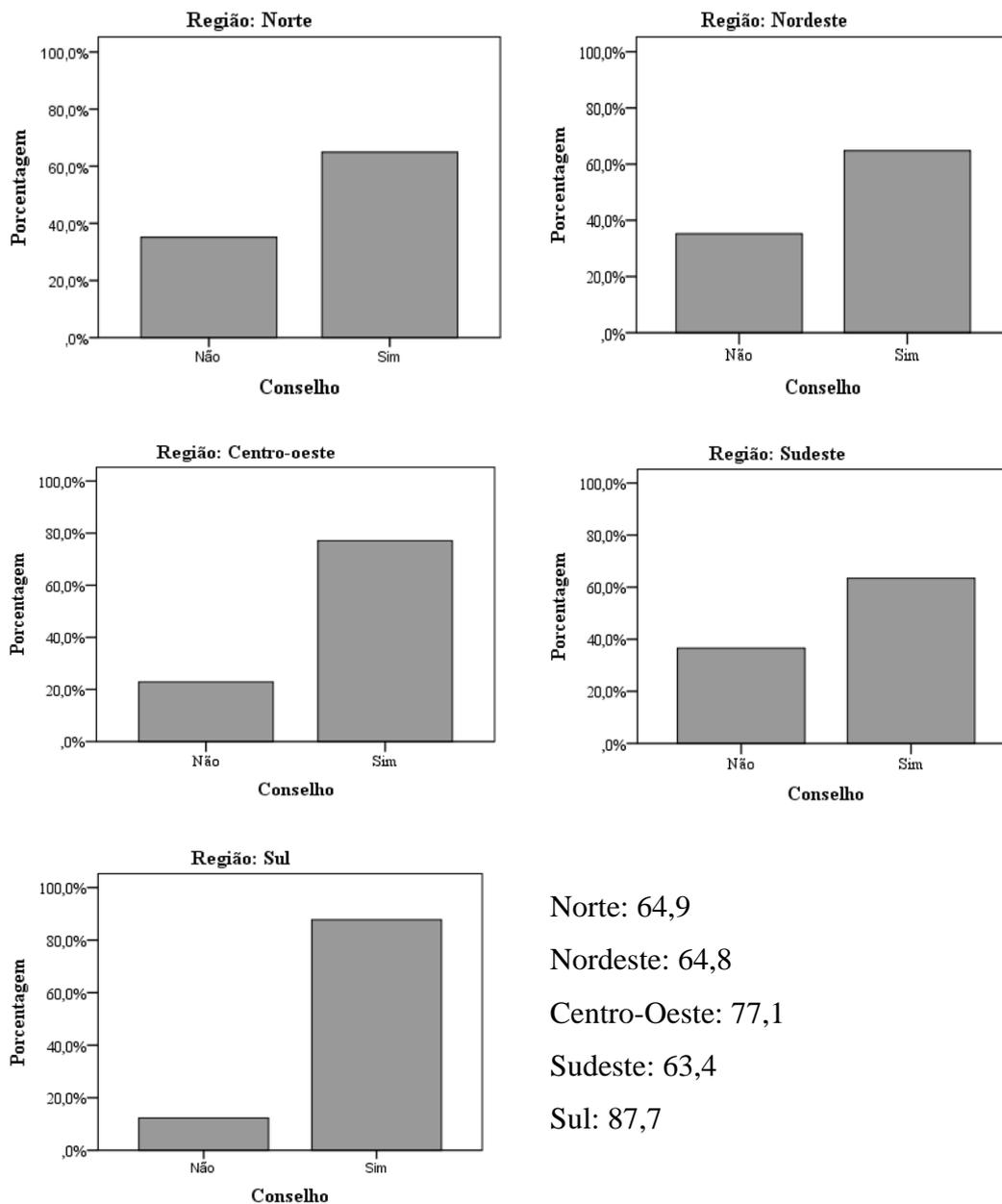
Norte: 56,6
 Nordeste: 62,1
 Centro-Oeste: 59,1
 Sudeste: 75,1
 Sul: 69,4

Fonte: elaboração do autor com base nos dados do DATASUS.

O gráfico 6 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 7- Percentual de municípios com Conselho cadastrado no SIACS por região

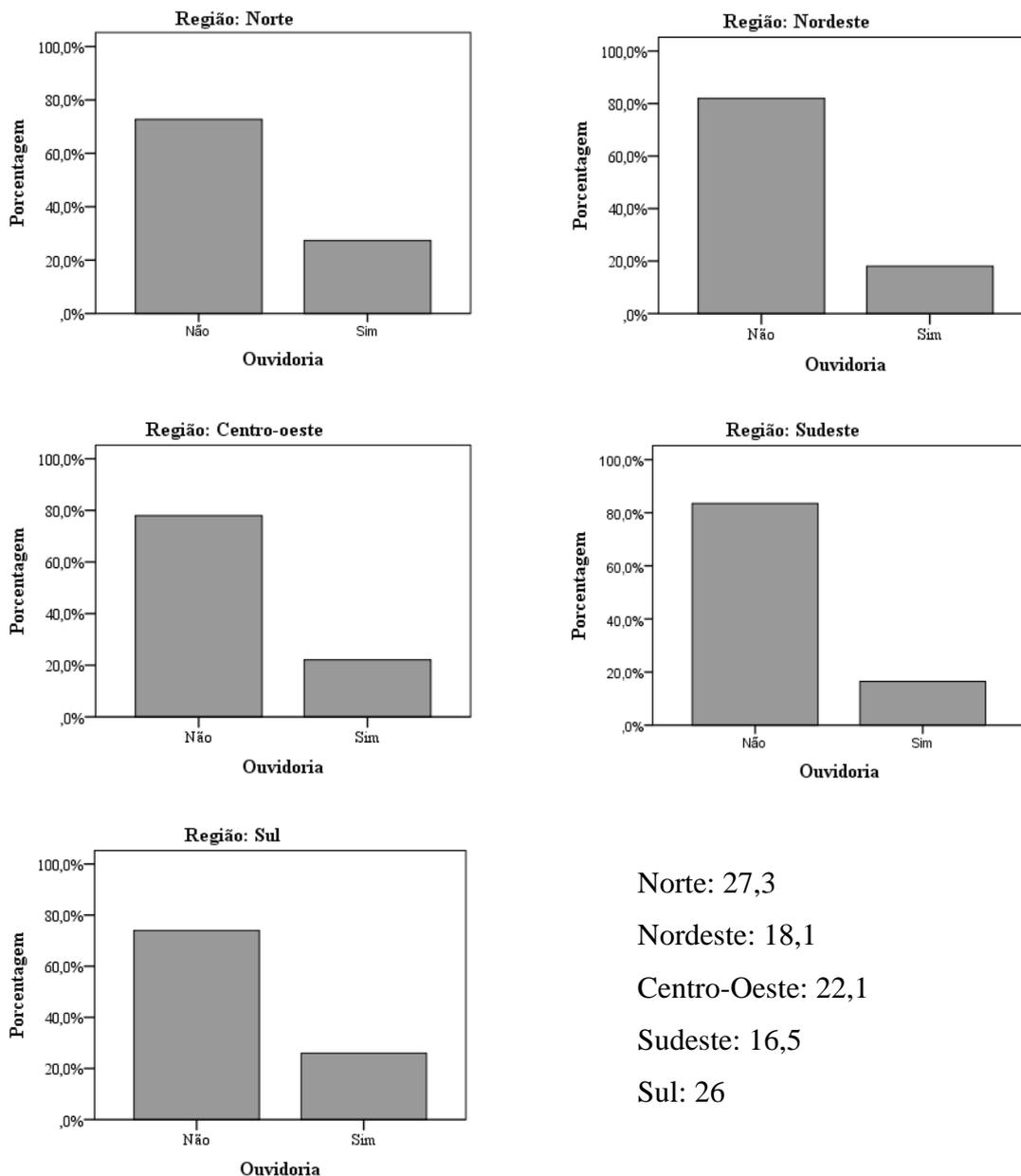


Fonte: elaboração do autor com base nos dados do DATASUS.

O gráfico 7 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%.

Gráfico 8 – Percentual de municípios com Ouvidoria implantada por região

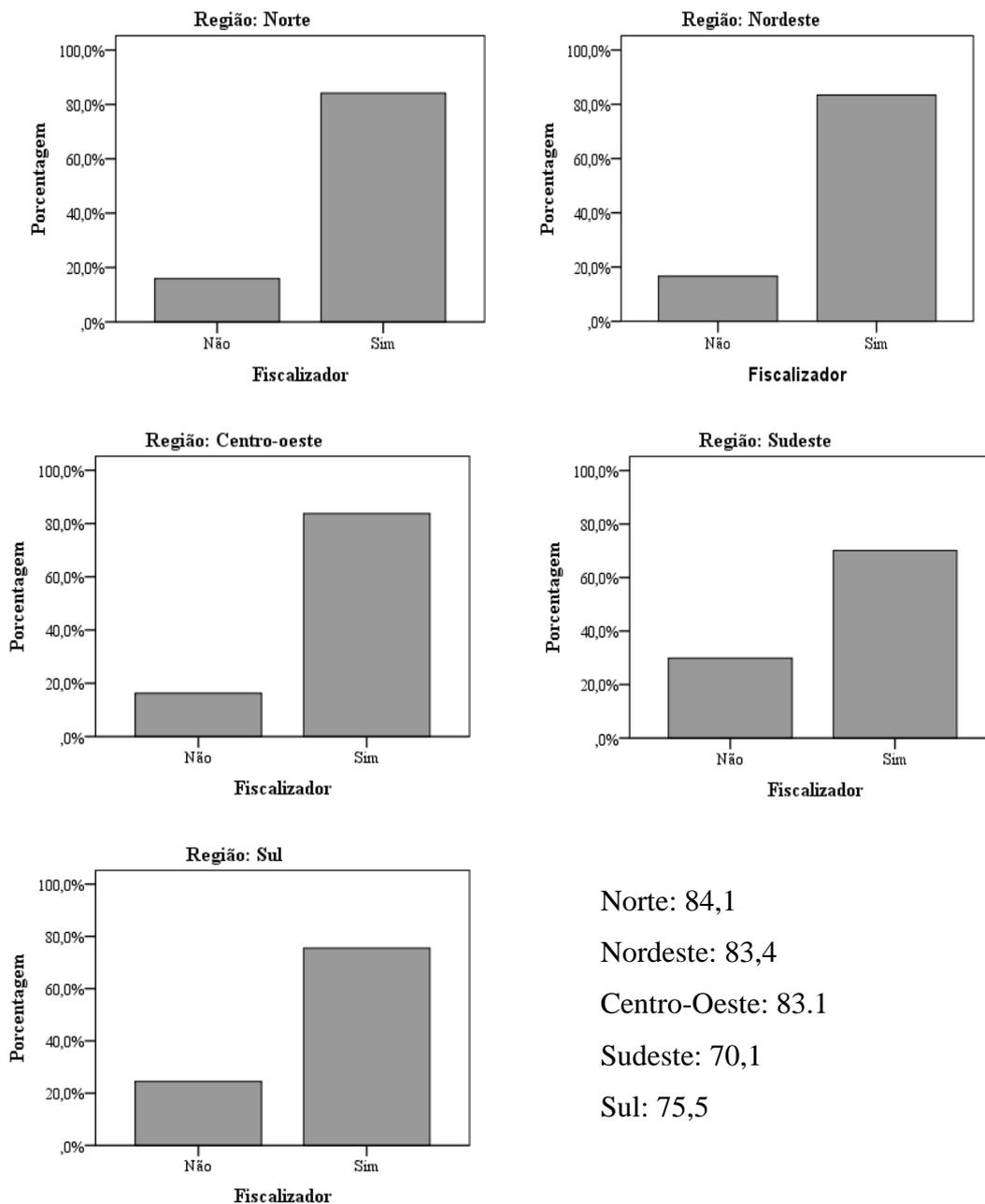


Fonte: elaboração do autor com base nos dados do DATASUS

O gráfico 8 representa o percentual dos municípios brasileiros com serviços de Ouvidoria implantados por região. Observamos que todas as regiões apresentaram um percentual muito baixo de serviços de Ouvidoria implantados. A região que mais tem serviços implantados é Norte com 27,3% , seguida das Regiões Sul com 26%, Centro-

Oeste com 22,1%, Nordeste com 18,1% e a região que menos tem serviços de ouvidoria implantados é a Região Sudeste com 16,5%.

Gráfico 9- Percentual de Municípios com conselhos de caráter Fiscalizador por região.

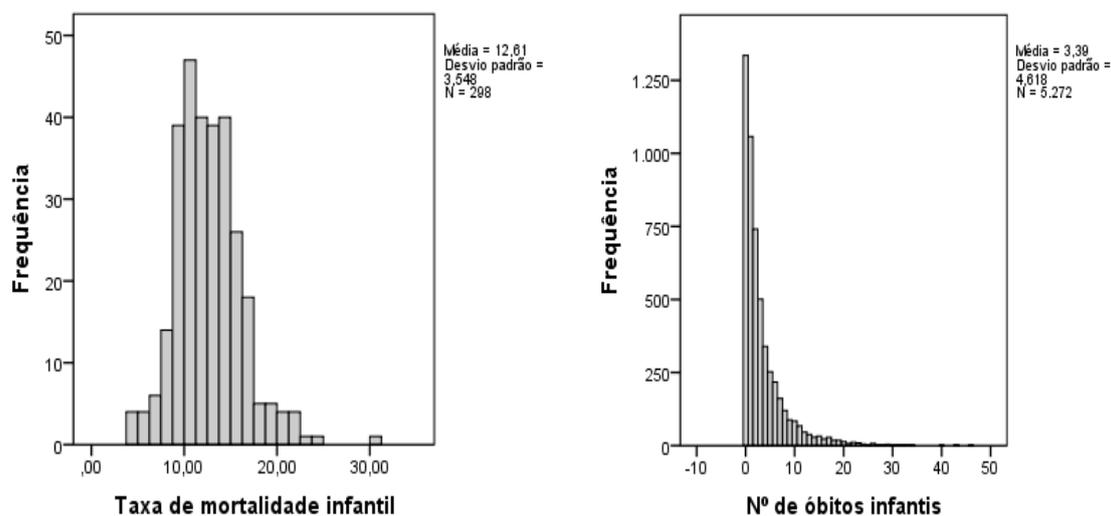


Fonte: elaboração do autor com base nos dados do IBGE

O gráfico 9 representa o caráter dos conselhos de saúde. No comparativo entre as regiões, observamos que a região Norte tem mais Conselhos Fiscalizadores implantados, com um percentual de 84,1%, seguido da Região Nordeste com 83,4%;

Região Centro-oeste, com 83,1%; Região Sul com 75,5%. A região com menor percentual de conselhos fiscalizadores implantados é a região Sudeste, com 70,1%.

Gráfico 10 - Distribuição das variáveis dependentes



Fonte: elaboração do autor com base nos dados do DATASUS

O gráfico 10 apresenta a distribuição das duas especificações da variável dependente, mortalidade infantil (TMI e Nº de óbitos infantis), incluídas na análise. A TMI foi calculada para 298 municípios, como recomenda a Norma técnica do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 e apresentou uma taxa mínima de 4,26 e máxima de 30,28, sendo em média 12,61 e desvio padrão de 3,54. A cidade de Caxias, no Maranhão, apresentou uma TMI de 30,28, ficando muito acima da média encontrada nos municípios analisados. O número de óbitos infantis foi calculado para 5.272 municípios. Observamos um mínimo no número de óbitos de 0 e máximo de 46, sendo, em média, 3,39 óbitos e desvio padrão de 4,61. A cidade de Tabatinga, no Amazonas, apresentou um número de óbitos infantis de 46, ficando muito acima da média registrada para os demais municípios. Segundo o MS (2007), a mortalidade infantil apresentou uma redução acentuada nas últimas décadas, porém continua sendo ainda alta no Norte e Nordeste do Brasil. Ressaltamos que apesar da distribuição no gráfico do número de óbitos não ser linear, preferimos manter a variável desta forma para não perder muitos casos.

Tabela 3- Correlação das Variáveis Independentes

Variável	Cobertura	Plano	Conselho	Ouvidoria	PropEst	PropMed	PropRH	Fiscalizador	Reuniões
Cobertura	1	,027*	-,022	-,197**	,016	,146**	,303**	,008	-,161**
Plano	-,027*	1	,065**	,096**	,000	,042**	-,034*	-,023	,050**
Conselho	-,022	,065**	1	,069**	,017	,019	-,043**	,004	,069**
Ouvidoria	-,197**	,096**	,069**	1	,018	-,059**	-,169**	-,010	,164**
PropEst	,016	,000	,017	,018	1	-,046**	,041**	,032*	,013
PropMed	,146**	,042**	,019	-,059**	-,046**	1	,409**	-,016	-,002
PropRH	,303**	,034*	-,043**	-,169**	,041**	,409**	1	,040**	-,080**
Fiscalizador	,008	-,023	,004	-,010	,032*	-,016	,040**	1	,034*
Reuniões	-,161**	,050**	,069**	,164**	,013	-,002	-,080**	,034*	1
População	5570	5274	5570	5569	5487	5543	5513	5555	5570

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

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

Realizamos uma análise de correlação para estimar a medida de relacionamento linear, entre as variáveis selecionadas para o estudo, com o objetivo de criar um Índice de Capacidade Local. O coeficiente de correlação de Pearson (r) varia de -1 a 1. O sinal indica direção positiva ou negativa e o valor sugere a força da relação entre as variáveis. Iremos usar como base para análise, o padrão estabelecido por Dancey e Reidy (2005), com as seguintes especificações para as correlações: r de 0,10 a 0,30 (fraco), r de 0,40 a 0,60 (moderado) e r de 0,70 a 1 (forte).

Observamos, a partir da tabela, que a variável Cobertura apresenta uma relação positiva fraca com a variável Plano, porém é estatisticamente significativa ao nível 0,05; uma relação negativa fraca com a variável Conselho, sendo estatisticamente insignificante; uma relação negativa fraca com a variável Ouvidoria, porém estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação positiva fraca com a variável PropEst, sendo estatisticamente insignificante; uma relação positiva fraca com a variável PropMed, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação positiva moderada com a variável PropRH, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação positiva fraca com a variável Fiscalizador, sendo estatisticamente insignificante e uma relação negativa fraca com a variável Reuniões, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01.

A variável Plano apresenta uma relação negativa fraca com a variável Cobertura, porém é estatisticamente significativa ao nível 0,05; uma relação positiva fraca com a variável Conselho, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação positiva fraca com a variável Ouvidoria, porém estatisticamente significativa ao nível 0,01; Não existe relação entre a variável Plano e a variável PropEst ; uma relação positiva fraca com a variável PropMed, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação negativa fraca com a variável PropRH, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,05; uma relação negativa fraca com a variável Fiscalizador, sendo estatisticamente insignificante e uma relação positiva fraca com a variável Reuniões , sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01.

A variável Conselho apresenta uma relação negativa fraca com a variável Cobertura, sendo estatisticamente insignificante; uma relação positiva fraca com a variável Plano, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação positiva fraca com a variável Ouvidoria, porém estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação positiva fraca com a variável PropEst, sendo estatisticamente insignificante; uma relação positiva fraca com a variável PropMed, sendo estatisticamente insignificante; uma relação negativa fraca com a variável PropRH, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação positiva fraca com a variável Fiscalizador, sendo estatisticamente insignificante e uma relação positiva fraca com a variável Reuniões, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01.

A variável Ouvidoria apresenta uma relação negativa fraca com a variável Cobertura, porém estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação positiva fraca com a variável Plano, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação positiva fraca com a variável Conselho, porém estatisticamente significativa ao nível 0,01; Uma relação positiva fraca com a variável PropEst, sendo estatisticamente insignificante; uma relação negativa fraca com a variável PropMed, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação negativa fraca com a variável PropRH, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação negativa fraca com a variável Fiscalizador, sendo estatisticamente insignificante e uma relação positiva fraca com a variável Reuniões, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01.

A variável PropEst apresenta uma relação positiva fraca com a variável Cobertura, sendo estatisticamente insignificante; Não existe uma relação entre a variável PropEst e a variável Plano; uma relação positiva fraca com a variável Conselho, porém estatisticamente insignificante; Uma relação positiva fraca com a

variável Ouvidoria, sendo estatisticamente insignificante; uma relação negativa fraca com a variável PropMed, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação positiva fraca com a variável PropRH, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação positiva fraca com a variável Fiscalizador, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,05 e uma relação positiva fraca com a variável Reuniões, sendo estatisticamente insignificante.

Observamos que a variável PropMed apresenta uma relação positiva fraca com a variável Cobertura, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação positiva fraca a variável Plano, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação positiva fraca com a variável Conselho, porém estatisticamente insignificante; Uma relação negativa fraca com a variável Ouvidoria, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; Uma relação negativa fraca com a variável PropEst, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação positiva moderada com a variável PropRH, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação negativa fraca com a variável Fiscalizador, sendo estatisticamente insignificante e uma relação negativa fraca com a variável Reuniões, sendo estatisticamente insignificante.

A variável PropRH apresenta uma relação positiva moderada com a variável Cobertura, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação positiva fraca a variável Plano, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,05; uma relação negativa fraca com a variável Conselho, porém estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação negativa fraca com a variável Ouvidoria, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; Uma relação positiva fraca com a variável PropEst, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação positiva moderada com a variável PropMed, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação positiva fraca com a variável Fiscalizador, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01 e uma relação negativa fraca com a variável Reuniões, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01.

A variável Fiscalizador apresenta uma relação positiva fraca com a variável Cobertura, sendo estatisticamente insignificante; uma relação negativa fraca a variável Plano, sendo estatisticamente insignificante ; uma relação positiva fraca com a variável Conselho, sendo estatisticamente insignificante; uma relação negativa fraca com a variável Ouvidoria, sendo estatisticamente insignificante; uma relação positiva fraca com a variável PropEst , sendo estatisticamente significativa ao nível 0,05; uma relação negativa fraca com a variável PropMed ,sendo estatisticamente insignificante; uma

relação positiva fraca com a variável PropRH, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01 e uma relação positiva fraca com a variável Reuniões, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,05.

A variável Reuniões apresenta uma relação negativa fraca com a variável Cobertura, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação positiva fraca a variável Plano, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação positiva fraca com a variável Conselho, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação positiva fraca com a variável Ouvidoria, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01; uma relação positiva fraca com a variável PropEst, sendo estatisticamente insignificante; uma relação negativa fraca com a variável PropMed, sendo estatisticamente insignificante; uma relação negativa fraca com a variável PropRH, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01 e uma relação positiva fraca com a variável Fiscalizador, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,05.

Após realizar a análise das correlações, concluímos que não é possível criar um índice para mensurar a capacidade local porque as variáveis não estão correlacionadas, então, usaremos todas as variáveis individualmente e realizaremos uma análise de regressão linear para explicar qual a contribuição de cada variável independente, na previsão do valor da variável dependente. Essa ausência de correlações fortes também evidencia que não temos problemas de multicolinearidade ao usar as variáveis individualmente nos modelos de regressão.

A regressão linear múltipla foi realizada contemplando as dimensões Administrativa e Institucional e descritas conforme tabelas abaixo:

Tabela 4- Variáveis dependentes e Dimensão administrativa

Variável	Dimensão Administrativa			
	VD = N° de Óbitos Infantis	Regiões	VD =Taxa de mortalidade Infantil	Regiões
Constante	,489*** (,249)	,719*** (,259)	12,949*** (,927)	16,604*** (,968)
Cobertura	-,008** (,002)	-,003 (,002)	-,016 (,012)	-,010 (,011)
PropEst	-,005 (,142)	-,062 (,138)	-,277 (,781)	-,270 (,683)
PropMed	-489,920*** (66,696)	-85,931 (66,519)	-1047,607** (447,311)	363,370 (434,845)
PropRH	44,922*** (8,167)	13,007 (8,054)	237,145*** (88,532)	-96,732 (84,562)
População	,000*** (,000)	,000*** (,000)	4,446E-008 (,000)	-8,736E-008 (,000)
Norte	-	1,588*** (,151)	-	,395 (,758)
Centro-oeste	-	-,294** (,144)	-	-2,898*** (,850)
Sudeste	-	-1,366*** (,096)	-	-3,718*** (,530)
Sul	-	-1,200*** (,106)	-	-5,217*** (,627)
F	1817,350***	1162,315***	1,888*	12,154***
R ²	,637	,669	,015	,256
N	5.179	5.179	291	291

* sig. a 0,10; ** sig. a 0,05, *** sig. a 0,01.

Erro padrão relatado entre parênteses.

A partir da regressão múltipla foram construídos quatro modelos para a Dimensão Administrativa, com as duas especificações da Mortalidade Infantil – n° de óbitos infantis com um n de 5572 e número válido de 5179, pois 93 municípios estavam sem informação e a TMI com um n de 298 e num número válido de 291, pois 07 municípios estavam sem informação. O erro padrão foi relatado entre parênteses.

O primeiro modelo apresenta as variáveis da dimensão administrativa e o segundo modelo apresenta o modelo completo com as variáveis de controle (População e Regiões). Não utilizamos o Produto Interno Bruto(PIB) como variável de controle porque os dados para o ano de 2013, ainda não estavam disponíveis.

Nos quatro modelos, a variável cobertura apresentou o sinal negativo esperado, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,05 apenas para o número de óbitos infantis. Isto quer dizer que quanto maior a cobertura das equipes, menor será o número de óbitos infantis.

Nos quatro modelos, a variável PropEst, apresentou o sinal negativo esperado, porém sem significancia estatística.

Nos três primeiros modelos, a variável PropMed também apresentou o sinal negativo esperado, sendo uma relação forte e estatisticamente significativa ao nível 0,01 para o número de óbitos e ao nível 0,05 para a taxa de mortalidade infantil. Isto é, quanto maior a proporção de médicos, menor a mortalidade infantil. O quarto modelo apresentou uma relação positiva não esperada para esta variável, porém é insignificante estatisticamente.

A variável PropRH, apresentou uma relação positiva e estatisticamente significativa ao nível 0,01 para as duas especificações da mortalidade. Este sinal não é o esperado, pois contraria a expectativa de que quanto maior a proporção de recursos humanos, menor a mortalidade infantil, demandando maior estudo para explicar o motivo. O quarto modelo da variável PropRH apresentou o sinal negativo esperado porém não é estatisticamente insignificante.

A variável de controle População só foi estatisticamente significativa ao nível 0,01 nos dois primeiros modelos.

Com relação à variável de controle Regiões foi realizada uma comparação com a Região Nordeste e encontrados os seguintes resultados: a Região Norte apresentou um número de óbitos infantis e taxa de mortalidade infantil maior que a região Nordeste, enquanto que as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul apresentaram um número de óbitos infantis e taxa de mortalidade infantil menor que o Nordeste.

Em resumo, a regressão múltipla com a dimensão administrativa, mostrou que a variável Cobertura, apesar de ter apresentado o resultado negativo esperado nos quatro modelos, foi estatisticamente significativa apenas para o número de óbitos infantis. A variável PropMed apresentou o sinal negativo esperado para os três primeiros modelos, sendo estatisticamente significativa apenas para o número de óbitos infantis e a TMI. Com o modelo completo, a TMI muda o sinal para positivo, não sendo este o sinal esperado.

Com relação a variável de controle Regiões, destacamos que as Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, apresentaram o sinal negativo esperado nos dois modelos

completos. Isto é, quanto maior a capacidade administrativa, menor a mortalidade infantil.

Tabela 5- Variáveis dependentes e Dimensão Institucional

Variável	Dimensão Institucional			
	VD = Óbitos infantis	Regiões	VD = Taxa de Mortalidade Infantil	Regiões
Constante	,083 (,146)	,780*** (,149)	12,611*** (1,410)	14,572*** (,294)
Plano	-,267*** (,081)	-,018 (,079)	-,342 (,550)	-,581 (,483)
Conselho	-,200*** (,084)	-,118 (,082)	-1,712*** (,709)	-,738 (,631)
Ouvidoria	-,027 (,109)	-,139 (-,011)	2,041** (1,035)	2,089** (,921)
Fiscalizador	,210** (,093)	-,046 (,089)	,889* (,489)	,396 (,442)
Reuniões	-,008 (,009)	-,005 (,009)	-,053* (,028)	-,037 (,025)
População	,000*** (,000)	,000*** (,000)	-3,165E-008 (,000)	-2,499E-008 (,000)
Norte	-	1,292*** (,146)	-	,388 (,753)
Centro-oeste	-	-,392*** (,142)	-	-2,308*** (,846)
Sudeste	-	-1,458*** (,095)	-	-3,333*** (,501)
Sul	-	-1,265*** (,105)	-	-4,633*** (,618)
F	1535,616***	1065,649***	2,852***	10,918***
R ²	,649	,682	,038	,259
N	4975	4975	284	284

* sig. a 0,10; ** sig. a 0,05, *** sig. a 0,01.

Erro padrão relatado entre parênteses.

A partir da regressão múltipla foram construídos quatro modelos para a Dimensão Institucional, com as duas especificações da Mortalidade Infantil – nº de óbitos infantis com um n de 5.572, sendo que 297 municípios não tinham informação, totalizando um número válido de 4975 e a taxa de mortalidade infantil com um n de 298 municípios e num número válido de 291, pois 07 municípios estavam sem informação. O erro padrão foi relatado entre parênteses.

O primeiro modelo apresenta as variáveis da dimensão Institucional e o segundo modelo apresenta o modelo completo com as variáveis de Controle (População e

Regiões). Não utilizamos o Produto Interno Bruto (PIB) como variável de controle porque os dados para o ano de 2013 ainda não estavam disponíveis.

Nos quatro modelos, a variável Plano apresentou o sinal negativo esperado, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01 para o número de óbitos infantis.

Nos quatro modelos, a variável Conselho apresentou o sinal negativo esperado e uma relação forte com a taxa de mortalidade infantil, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,01 e uma relação fraca com número de óbitos infantis, porém, estatisticamente significativa ao nível 0,01.

Nos dois primeiros modelos a variável Ouvidoria apresentou o sinal negativo esperado, porém, sem significância estatística. Nos dois últimos modelos da variável ouvidoria, apresentou um sinal positivo, uma relação forte e estatisticamente significativa ao nível 0,05. No entanto, este não é o sinal esperado.

A variável Fiscalizador, que define no caráter do Conselho, apresentou um sinal negativo para o segundo modelo, porém sem significância estatística. O primeiro modelo apresentou um sinal positivo e estatisticamente significativo ao nível 0,05. O terceiro apresentou um sinal positivo e uma relação forte com taxa de mortalidade infantil e estatisticamente significativo ao nível 0,10. O quarto modelo apresentou também um sinal positivo, porém sem significância estatística. O sinal positivo não é o esperado nesse tipo de relação.

Nos quatro modelos, a variável Reuniões apresentou o sinal negativo esperado, sendo estatisticamente significativa ao nível 0,10 para a taxa de mortalidade infantil.

A variável de Controle População foi estatisticamente significativa ao nível 0,01 para os dois primeiros modelos.

Com relação a variável de Controle Regiões foi realizada uma comparação com a Região Nordeste e encontrados os seguintes resultados: a Região norte apresentou um número de óbitos infantis e taxa de mortalidade infantil maior que a região Nordeste, enquanto que as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul apresentaram um número de óbitos infantis e taxa de mortalidade infantil menor que o nordeste.

Em resumo, a regressão múltipla com a dimensão Institucional, mostrou que a variável Plano, apesar de ter apresentado o sinal negativo esperado nos quatro modelos, foi estatisticamente significativa apenas para o número de óbitos infantis. A variável Conselho, apresentou o sinal negativo esperado para os quatro modelos, sendo estatisticamente significativa apenas para o número de óbitos infantis e a TMI.

Com relação a variável de Controle Regiões, destacamos que as Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, apresentaram o sinal negativo esperado nos dois modelos completos. Isto é, quanto maior a capacidade Institucional, menor a mortalidade infantil.

6. CONCLUSÕES

No modelo de federalismo brasileiro, reformulado após a Constituição Federal de 88, uma grande parcela das políticas sociais foi descentralizada para os governos subnacionais, principalmente para os municípios.

Neste sentido, partindo do pressuposto de que os municípios dispunham de capacidade fiscal, política e administrativa para ofertar, dentro do âmbito do Sistema Único de Saúde, uma política de saúde com qualidade, 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 quatro variáveis ligadas à burocracia e a garantia de acesso da população a serviços de qualidade. Neste caso específico, recursos humanos da área de saúde e cobertura das equipes de atenção básica. Na dimensão institucional, foram analisadas cinco 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. 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).

A análise foi realizada através de estatística descritiva e regressão linear múltipla pelo modelo de Mínimos Quadrados Ordinários (MQO). Não foi criado um índice de capacidade local porque as variáveis escolhidas para o estudo não se correlacionavam.

Na análise geral, observamos que a variável cobertura foi analisada para os 5.570 municípios e apresentou uma média de 88,17; a variável propEst sobre a população foi analisada para 5.487 municípios, sendo excluídos 83 por não apresentar informação e apresentou uma média de 0,57; a variável propMed sobre a população foi analisada para 5.543, sendo excluídos 27 por não ter informação e apresentou uma média de 0,00; a variável propRH sobre a população foi analisada para 5.513 municípios, sendo excluídos 27 por não ter informação e apresentou uma média de 0,01; a variável Reuniões foi analisada para os 5.570 municípios, apresentando uma média de 11,20; a variável plano foi analisada para os 5.274 municípios ficando 298 fora da análise por não ter informação e apresentou um percentual de 67%; a variável conselho foi

analisada para os 5.570 municípios e apresentou um percentual de 70,3%; a variável fiscalizador foi analisada para os 5.570 e apresentou um percentual de 77,8% e a variável ouvidoria foi analisada para 5569 municípios, ficando 01 município de fora da análise por não ter informação e apresentou um percentual de 20,4%.

Na análise descritiva dos municípios agrupados por região apresentou os seguintes resultados: na variável Cobertura apresentou um mínimo de 0 e máximo de 100, a Região Nordeste apresentou a melhor média (92,10) e a Região Norte apresentou a pior média de cobertura (73,10). A variável PropEst sobre a população apresentou um mínimo de 0,00 e um máximo de 1,00. A Região Centro-Oeste apresentou a melhor média (0,67) e a Região Sudeste apresentou a pior média (0,51). A variável PropMed sobre a população apresentou um mínimo de 0,00 e um máximo de 0,01, chamando a atenção o fato de que todas as regiões apresentaram uma média de 0,00. A variável PropRH apresentou um mínimo de 0,00 e um máximo de 0,10. Todas as regiões apresentaram uma média de 0,01. A variável Reuniões apresentou um mínimo de 0 e máximo de 96, sendo a melhor média apresentada pela região Centro-Oeste (11,75) e a pior média da Região Nordeste (10,86).

Em relação à variável Plano, no comparativo entre as regiões, concluímos que a região com maior percentual de envio de Plano foi a Região Sudeste com 75,1% e que menos enviou foi a Região Norte com 56,6%.

Em relação à variável Conselho, no comparativo entre as regiões, concluímos que a Região Sudeste é a que tem menos conselhos cadastrados (63,4%) e a que tem mais conselhos cadastrados é a Região Sul (87,7%).

Em relação à variável Fiscalizador, no comparativo entre as regiões, concluímos que a Região Norte é a que tem mais conselhos fiscalizadores (84,1%) e a que tem menos é a Região Sudeste (70,1%).

Em relação à Variável Ouvidoria, chama a atenção, o fato de que em todas as regiões, o percentual de serviços de ouvidoria implantados foi muito baixo, sendo a Região Norte, a que apresentou maior percentual (27,3%) e a Região Sudeste apresentou o menor percentual de ouvidoria implantados (16,5%). É importante ressaltar que os serviços de ouvidoria têm a finalidade de contribuir com a avaliação do sistema por meio da participação do usuário.

A região Sudeste se destacou por ser a região que tem menor percentual de conselhos cadastrados, ouvidoria implantada, e conselho fiscalizador, no entanto foi a região que mais enviou plano aos conselhos de saúde.

Na regressão múltipla realizada para a dimensão administrativa, podemos concluir que as variáveis cobertura, propMed e PropEst apresentaram o sinal esperado. Isto é, quanto maior a proporção da cobertura, de médico e de estatutários, menor a mortalidade infantil. A variável PropRH apresentou um sinal positivo e estatisticamente significativa ao nível 0,01, para as duas especificações da mortalidade infantil, porém este sinal não é o esperado para a relação, demandando mais estudos para explicar o motivo. A variável de controle População só foi estatisticamente significativa ao nível 0,01 nos dois primeiros modelos.

Com relação à variável de controle região, foi realizada uma comparação com a Região Nordeste e encontrados os seguintes resultados: a Região Norte apresentou um número de óbitos infantis e taxa de mortalidade maior que a região Nordeste, enquanto que as regiões Centro-oeste, Sudeste e Sul apresentaram um número de óbitos infantis e taxa de mortalidade menor que o nordeste.

Na regressão múltipla realizada para a dimensão institucional, concluímos que as variáveis Plano, Conselho e Reuniões apresentaram o sinal negativo esperado nos quatro modelos. A variável Ouvidoria apresentou o sinal negativo esperado apenas nos dois primeiros modelos, porém, sem significância estatística e o sinal positivo que não é o esperado nos outros dois modelos, sendo estatisticamente significativa. A variável fiscalizador apresentou o sinal negativo esperado apenas para o segundo modelo, porém, não é estatisticamente significativa e nos três outros modelos apresentou o sinal positivo que não é o esperado para essa relação, sendo estatisticamente significativa.

A variável de controle População foi estatisticamente significativa ao nível 0,01 para os dois primeiros modelos. Com relação a variável de controle Região, foi realizada uma comparação com a Região Nordeste e encontrados os seguintes resultados: a Região Norte apresentou um número de óbitos infantis e taxa de mortalidade maior que a região Nordeste, enquanto que as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul apresentaram um número de óbitos infantis e taxa de mortalidade menor que o Nordeste.

Neste caso, podemos concluir que as regiões mais desenvolvidas, com um quantitativo maior de recursos humanos, uma melhor capacidade local para ofertar política de saúde, apresentam uma maior capacidade local e conseqüentemente uma menor mortalidade infantil.

REFERENCIAS

AGRESTI, Alan. *Métodos Estatísticos para Ciências Sociais*/ Alan Agresti, Barbara Finlay; tradução: Iori Viali. – 4. ed. – Porto Alegre: Penso, 2012.

ARRETCHE, Marta: *Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: Problemas de Coordenação e autonomia*. São Paulo em Perspectivas 18(2): 17-26. 2004.

ARRETCHE, Marta. *Estado Federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*/ Marta Arretche. – Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000, 3ª edição, agosto de 2011.

ARRETCHE, Marta: *Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um Estado federativo*. Revista Brasileira de Ciências sociais, Vol. 14, n. 40 p.110-141, Junho /99.

BATISTA, Mariana. *Burocracia local e Qualidade da implementação de políticas públicas descentralizadas: Uma análise da gestão de recursos federais pelos municípios brasileiros, 2015*. Revista do Serviço Público. V.66, n.3(2015), disponível em <<http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/issue/view/99/showToc>>. Acesso em: 05/01/2016.

BRASIL. *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.

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

BRASIL. *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. *Emenda Constitucional nº 29 (EC29)*, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm

BRASIL. GM/MS. *Portaria Nº 204, de 29 de janeiro de 2007*. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

BRASIL. *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,1990.

BRASIL. *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, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2007: Uma análise da situação de saúde*/Ministério da Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. 46 p. : il. color. – (Série B. Textos Básico de Saúde) ISBN 978-85-334-1580-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *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 de jun 2011. seção 1, p 109.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica – NOB SUS 01/93*. Portaria n. 545 GM/MS, de 20 de maio de 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Comissão Intergestores Tripartite*. Portaria n. 1.180 de 22 de julho de 1991.

CARVALHO, José Murilo de. 1939- *Cidadania no Brasil: o longo caminho*/ José Murilo de Carvalho. – 18ª ed. - Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

DANCEY, Christine P. *Estatística sem matemática para psicologia*/ Christine P. Dancey, John Reidy; Tradução Lorí Viali.- Porto alegre: Artmed, 2006.

DATASUS. *Indicadores municipais do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e indicadores do ano de 2013*, disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?pacto/2014/cnv/coapmunbr.def> e acessado em 10 de janeiro de 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, Eli. *Governabilidade, Democracia e Reforma do Estado: Os Desafios da Construção de uma Nova Ordem no Brasil dos Anos 90*. In: DADOS – Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro, volume 38, nº 3, 1995. pp. 385-415.

DRAIBE, Sonia. Mirian; CASTRO, Maria Helena Guimarães; AZEREDO, Beatriz. *O sistema de Proteção Social Brasileiro*. Relatório de pesquisa. Projeto “Social Policies for the Urban Poor in Southern Latin América”. Dezembro de 1991, mimeo.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. *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, 2008.

EVANS, Peter (1993). *O Estado como problema e solução*. In Lua Nova n. 28/29. São Paulo. Disponível em www.scielo.br e acessado em 10/02/2016.

FARAH, M. F. S. *Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo*. *Revista de Administração Pública*. v. 35, n. 1, p. 119-144, 2001.

FIELD, Andy. *Descobrendo a estatística usando o SPSS/ Andy Field*; tradução Lorí Viali. – 2.ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009.

FIGUEIREDO et al. *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, 2013.

FIGUEIREDO FILHO, D. B et al. *O que Fazer e o que Não Fazer com a Regressão: pressupostos e aplicações do modelo linear de Mínimos Quadrados Ordinários (MQO)*. *Revista Política Hoje*, Vol. 20, n. 1, 2011.

FIGUEIREDO FILHO, D. B; SILVA JÚNIOR, J.A (2009) *Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r*)*. *Revista Política Hoje*, Vol. 18, n. 1, 2009.

FIOCRUZ. *Definição de Reforma Sanitária, 1998*. Disponível em <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html> e acessado em 20/01/2016.

FRIAS, Paulo Germano de; NAVARRO, Leila Monteiro. *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, 2013.

FUKUYAMA, Francis. *What is governance? Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions*, vol 26, No 3, July 2013 (pp.347- 368).

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

GONÇALVES, Alcindo. *O conceito de governança*, 2006, disponível em http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/conceito_de_governanca.pdf e acessado em 28/01/2016.

GUARIENTE. Reginaldo. Vieira. *Capacidades institucionais de pequenos municípios paulistas: problemas e desafios encontrados na gestão local de cajobi, guaraci e Severínia. Painel apresentado no III Congresso de Gestão Pública*, CONSAD. Brasília , 2010, disponível em <http://consad.org.br/evento/iii-congresso/> e acessado em 29/01/2016.

HAIR, jr., Joseph; ANDERSON, Ralph; TATHAM,Ronald; BLACK, Willian (2009), *Multivariate data analysis*. 17^a Edição. Prentice- Hall.

HUNTINGTON, Samuel. P.2006. *Political order in changing societies*. New Haven, CT: Yale University Press.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. *Séries históricas e estatísticas*, disponível em <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=CD100&t=taxa-mortalidade-infantil> e acessado em 05/02/2016.

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

KENNEDY, Peter (2009), *A Guide to Econometrics*.Boston: MIT Press.

LIMA. Nísia. Trindade; FONSECA Cistina. M. O; HOCHMAN. Gilberto. *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, 2005.

LIPSKY, M. *Sreet-Level Bureaucracy: The Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation, 1980.

LEWIS-BECK, Michael (1980). *Applied Regression: an introduction. Series Quantitative Applications in the Social Sciences*. SAGE University Paper.

LUBAMBO. Cátia. Wanderley. *Conselhos gestores e desempenho da gestão nos municípios: potencialidades e limites*. Fundaj, nº 149, p1-15, set 2002 (Series Trabalhos para discussão), disponível em <http://periodicos.fundaj.gov.br/TPD/article/view/944/665> e acessado em 13/02/2016.

_____. *Nota Técnica dos indicadores municipais. MS (2013)*, disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2013/Nota_Tecnica_Indicadores_Municipais.pdf e acessado em 20 /01/2016.

NAVARRO, Zander. *Desenvolvimento rural no Brasil: os limites do passado e os caminhos do futuro*. ESTUDOS AVANÇADOS 15 (43), 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ea/v15n43/v15n43a09.pdf> e acessado em 15/01/2016.

NETO, Aristides Monteiro. *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, 2014.

NORONHA, José. Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristina Vieira . *O Sistema único de Saúde- SUS*. 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, 2008.

NUNES. Sidemar. Presotto, CORONA. Hilda. Maria. Pagliosa; CAMPOS. Carlos. Alberto. (2004): *Políticas Públicas Descentralizadas Como Estratégia De Gestão E Monitoramento Social: O Caso do Pronaf Infraestrutura*. Anais XVII Congresso da SOBER, julho/2004. Cuiabá MT.

OATES, Wallace. *An Essay on Fiscal Federalism*. *Journal of Economic Literature*. Vol. 37. N.3. 1999.

_____. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*. Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: IPEA, 2010.

OMS - Relação da proporção médico população, disponível em http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/abertura_escolas_medicina/007.htm

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA SAÚDE. *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, 2008.*

RHODES, R. Foreward. IN STOCKER, G. (ed.) *The New Management of British local Government*. Londres: Unwin- Hyman, 1988.

RONDINELLI, D. A. – *Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance*. In: RONDINELLI, D.A. (Editor): *Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance*. New York, Division of Public Administration and Development Management/Department of Economic and Social Affairs/United Nations, 2006.

SCHENEIDER, Aaron. *Who gets what from whom? The impact of decentralization on tax capacity in a pro-poor policy*. IDS Working Paper 179. Brighton: Institute of Development Studies, 2003.

SILVEIRA, Heber. Rocha; COSTA, Renato. Eliseu; OLIVEIRA, Vivian. Sátiro. *A Descentralização de Políticas Públicas no Brasil e o Sistema Único de Assistência Social*. IN: I Conferência Nacional de Políticas Públicas contra a Pobreza e a Desigualdade, 2010, Fortaleza. I Conferência Nacional de Políticas Públicas contra a Pobreza e a Desigualdade, 2010. Disponível em <http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais/Artigos> e acessado em 06/01/2016.

SILVA, Virgílio Afonso da. *Federalismo e Articulação de Competências no Brasil*. In PETERS, B.G. & PIERRE, J (Orgs). *Administração pública : coletânea*. São Paulo: Editora UNESP, 2010.

SILVA, André. Luiz. Nogueira da. *Os estados no Suas: uma análise da capacidade institucional dos governos estaduais na assistência social*, *Rev. Adm. Pública* — Rio de Janeiro 49(5):1167-1192, set./out. 2015.

SMITH, Andy. *Governança de múltiplos níveis: O que é e como pode ser estudada*. In PETERS, B.G. & PIERRE, J (Orgs). *Administração pública : coletânea*. São Paulo: Editora UNESP, 2010.

SOUZA, Celina. *Federalismo e gasto social no Brasil: tensões e tendências*. *Lua Nova*, v. 52, p. 5-28, 2001.

SOUZA, Celina. *Governos e sociedades locais em contextos de desigualdade e de descentralização*. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 431-441, 2002

SOUZA, Georgia. Costa. de Araujo; COSTA, Ines. do Céu. Clara. *O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças*- *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/04.pdf> e acessado em 25/01/16.

SOUZA, Renilson. Rehem. *Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo / Renilson Rehem de Souza*. – 2002. Orientadora: Célia Regina Pierantoni. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

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

WINTER, Soren C. *Perspectivas de implementação: status e reconsideração*. In: PETERS, B. G. & PIERRE, J (Orgs). *Administração Pública: Coletânea*. São Paulo: Editora UNESP, 2010.