



**CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO  
DO DESEMPENHO DA SAÚDE  
MATERNO-INFANTIL E O PAPEL  
DA CAPACIDADE ESTATAL**

**PATHWAYS FOR PROMOTING MATERNAL AND CHILD HEALTH  
PERFORMANCE AND THE ROLE OF STATE CAPACITY**

# CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DO DESEMPENHO DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL E O PAPEL DA CAPACIDADE ESTATAL

## PATHWAYS FOR PROMOTING MATERNAL AND CHILD HEALTH PERFORMANCE AND THE ROLE OF STATE CAPACITY

Débora Gonzaga Martin<sup>1</sup> | Marco Aurélio Marques Ferreira<sup>2</sup>

Welsey de Almeida Mendes<sup>3</sup>

Recebimento: 24/11/2022

Aceite: 17/07/2023

<sup>1</sup> Doutora em Administração (UFV).  
Viçosa – MG, Brasil.  
E-mail: debgonzaga@hotmail.com

<sup>3</sup> Doutor em Administração (UFV).  
Viçosa – MG, Brasil.  
E-mail: wesleyadm@live.com

<sup>2</sup> Doutor em Economia Aplicada (UFV).  
Docente na Universidade Federal de Viçosa.  
Viçosa – MG, Brasil.  
E-mail: marcoaurelio@ufv.br

## RESUMO

A mortalidade materna e infantil é um importante indicador da saúde e revelam as iniquidades sociais de um país, pois se encontram maiores taxas em locais de baixo e médio desenvolvimento socioeconômico. O objetivo desse trabalho, portanto, é analisar como ocorrem as relações da capacidade estatal no desempenho da saúde materno-infantil dos municípios brasileiros. Para atender aos objetivos do trabalho se utilizou da Modelagem de Equações Estruturais. Constatou-se que o desempenho da saúde materno-infantil é dependente das diversas capacidades que o Estado proporciona: capacidade em ofertar ambientes adequados e informações para o controle da sociedade perante as ações públicas; capacidade em ofertar condições sociais e econômicas para a população, nesse caso, gestantes e seus filhos; capacidade em ofertar recursos humanos e físicos da saúde materno-infantil para prevenção e cuidados desse público-alvo. Além disso, se observou que a atenção primária, por meio da Estratégia Saúde da Família é um dos caminhos mais eficientes para a promoção do desempenho da saúde materno-infantil, pois a prevenção suscita em cidadãos mais saudáveis, e por consequência, menos utilização da atenção secundária e terciária, atenções de saúde mais custosas aos cofres públicos.

**Palavras-Chaves:** Capacidade estatal. Saúde materno-infantil; Controle social.

## ABSTRACT

The maternal and infant mortality is an important health indicator and reveals the social inequalities of a country, as higher rates are found in places of low and medium socioeconomic development. The objective of this work, therefore, is to analyze how the relations of state capacity in the performance of maternal and child health in Brazilian municipalities occur. To reach the objectives, Structural Equation Modeling was used. It was found that the performance of maternal and child health is dependent on the various capacities that the State provides: capacity to offer adequate environments and information for social control of public actions; ability to offer social and economic conditions to the population, in this case, pregnant women and their children; ability to offer human and physical resources for maternal and child health for prevention and care for this target audience. In addition, it was observed that primary care, through the *Estratégia Saúde da Família*, is one of the most efficient ways to promote maternal and child health performance, as prevention raises healthier citizens, and consequently, less use of the secondary and tertiary care, the health care more costly to public coffers.

**Keywords:** State capacity. Maternal and child health; Social control.

## INTRODUÇÃO

A saúde materno-infantil tem sido uma preocupação global. A mortalidade materna e infantil é um importante indicador da saúde e revelam as iniquidades sociais de um país, pois se encontram maiores taxas em locais de baixo e médio desenvolvimento socioeconômico (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004).

Há trabalhos que demonstram os diferentes condicionantes do desempenho da saúde materno-infantil: condições socioeconômicas das mães e do município onde ela reside (DIDERICHSEN; EVANS; WHITEHEAD, 2001; COIMBRA et al., 2003; MARTINS; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004; GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009; VIACAVA et al., 2011; VIELLAS et al., 2014); acesso à atenção primária (QUENTAL et al. 2017); recursos humanos da atenção primária (DUARTE; ANDRADE, 2008); recursos físicos (SANINE et al., 2019) acesso à atenção secundária (ANDRADE et al., 2015; MEDEIROS et al., 2019) e a participação e controle social nas políticas de saúde (MARTIN et al., 2018).

A maioria desses condicionantes proveem da capacidade do Estado em ofertar um contexto adequado para implementação das políticas públicas de saúde materno-infantil. A capacidade estatal no estudo se refere a capacidade do Estado em implementar políticas públicas que beneficiem os cidadãos (BESLEY; PERSSON, 2011), isto é, capacidade em ofertar recursos para que as políticas públicas implementadas gerem resultados efetivos (INGRAHAM; JOYCE; DONAHUE, 2003).



Estudos na área de saúde têm sido categóricos na relação entre capacidades estatais e o acesso, o desempenho ou a resolutividade em saúde coletiva. Dentre os quais se destacam Macedo e Ferreira (2021) que demonstraram haver relações entre as diversas capacidades estatais e os resultados da política pública Mais Médicos para o Brasil. Já Ferreira, Lima e Ferreira (2019) constataram que a Capacidade de gerenciamento da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer é um dos principais pontos para o melhor desempenho da política. Do mesmo modo, Pereira et al. (2021) apresentaram a capacidade estatal como um instrumento importante para o gerenciamento de crises de saúde como a causada pela pandemia da Covid-19. Por fim, Mendes e Ferreira (2021) observaram que a capacidade estatal é um importante instrumento para a alocação dos recursos públicos, e por consequência, para melhorias das condições sociais de uma população.

Na área da saúde materno-infantil, as políticas já implantadas pelo Governo Federal incluem: o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal (PQMRP). A mais recente e ainda em voga, a Rede Cegonha. E por fim, a Rede de Acolhimento Materno-Infantil (RAMI), que vem sendo implantada em 2022 em substituição a Rede Cegonha.

Porém, os dados brasileiros referentes à saúde materno-infantil ainda demonstram que as políticas implantadas não têm sido suficientes para melhorar a realidade materno-infantil. Os anos de 2020 e 2021, com a pandemia do Covid-19, vieram para ressaltar ainda mais que a prioridade não tem sido essa, principalmente observada por meio da taxa de mortalidade materna, que alcançou 107 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos, em 2021 (SOUZA; SOUZA; PRACIANO, 2020; SOUZA; AMORIM, 2021; SIM, 2021).

Diante dessa reflexão, temos como propósito explorar a seguinte questão de pesquisa: de que forma as relações da capacidade estatal influenciam os resultados das políticas públicas de saúde materno-infantil? Portanto, o trabalho visa analisar como ocorrem as relações da capacidade estatal no desempenho da saúde materno-infantil dos municípios brasileiros, possibilitando duas contribuições centrais: i) práticas no aperfeiçoamento de políticas públicas e ii) teóricas no aprimoramento dos modelos de análise de políticas públicas de saúde.



O trabalho se diferencia dos demais ao demonstrar os caminhos para a promoção do desempenho da saúde materno-infantil. Nos trabalhos já publicados não se estabelece qual caminho ou ordem esses condicionantes se encontram e como se interagem.

## REFERENCIAL TEÓRICO

### CAPACIDADE ESTATAL E SUA INFLUÊNCIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Ainda se observa uma grande desigualdade de acesso às políticas de saúde materno-infantil nas regiões brasileiras, principalmente Norte e Nordeste, o que acarreta na lenta redução nos indicadores de morbidade e mortalidade materna e infantil no Brasil. Dentre os fatores apontados pela literatura que tem dificultado o alcance de melhores indicadores da saúde materno-infantil estão a má gestão de recursos físicos, humanos e orçamentários (BRASIL, 2011a). Estudos como o de Ruiz-Rodríguez, Wirtz, e Nigenda (2009) identificaram mecanismos de gestão e planejamento como influenciadores no acesso aos serviços de assistência e mortalidade materna, apontando o estado como um ator essencial para administrar os recursos e a prestação de serviços voltados à saúde materno-infantil.

Esses recursos representam elementos que compõem a capacidade estatal, conceituada entendida como a capacidade governamental em administrar e oferecer recursos humanos, físicos, financeiros e informacionais com o objetivo de cumprir as metas governamentais (INGRAHAM; JOYCE; DONAHUE, 2003) e implementar políticas públicas a fim de atender o bem-estar social de seus cidadãos (CUNHA; PEREIRA; GOMIDE, 2017).

O conceito de capacidade estatal é, via de regra, exposto de uma forma multidimensional. Para Grindle (1996) capacidade estatal possui quatro dimensões: Administrativa, Técnica, Institucional e Política. A capacidade administrativa se trata da avaliação da estrutura organizacional com o objetivo de realizar tarefas essenciais para oferta dos serviços públicos. No âmbito da saúde pública materno-infantil, essa dimensão se apresenta na oferta, principalmente, de recursos humanos para atendimento da mãe em período gravídico, parto e pós-parto. Assim, como apoio à saúde do filho durante a gestação, nascimento, e recém-nascido.

A capacidade técnica se refere às habilidades pessoais para formulação e gestão das políticas de saúde materno-infantil, que inclui os diversos atores envolvidos, como os próprios recursos humanos.



Além disso, trata-se também do planejamento municipal, que inclui a capacidade fiscal do município para gerar recursos financeiros para o desenvolvimento e gestão dessas políticas (GRINDLE, 1996).

Já, na terceira dimensão, a capacidade institucional, se definem as regulações econômicas, comportamentais e políticas. No que concerne a saúde materno-infantil, se deve observar a estrutura do Sistema Único de Saúde e como é ofertado seus serviços. Na oferta da saúde materno-infantil o primeiro contato da gestante com a instituição SUS é feito por meio da Atenção Básica, onde inclui visitas de Agentes Comunitários de Saúde, enfermeiros e o médico na casa da gestante. Assim como, a oferta do atendimento pré-natal pelo ginecologista obstétrico e atendimento ao recém-nascido pelo pediatra.

Como observado por Sá e Silva, Lopez e Pires (2010) esta institucionalidade é composta por três sistemas: o representativo; o participativo e os controles da burocracia. O sistema representativo visa levar ao sistema político preferências individuais e coletivas, por meio de representações para a tomada de decisões de políticas públicas. Porém, as políticas públicas estão diretamente relacionadas com quantidades de recursos disponíveis, sejam eles humanos, administrativos, e orçamentários e a liberação desses recursos provém de grande parte da instância maior, o governo federal. O repasse desses recursos até chegar ao ente mais próximo do cidadão pode sofrer influências e benefícios políticos (PIRES; GOMIDE, 2016), e com isso, chegar de diferentes formas em cada município, acarretando em “defasagens” na implementação das políticas públicas e diferentes resultados em cada localidade.

O segundo sistema, o participativo, se refere aos diferentes meios em que os cidadãos e a sociedade civil conseguem dialogar e participar de decisões de políticas públicas. Essas instituições participativas incluem os conselhos gestores municipais, estaduais e federal de saúde, audiências e conferências públicas, além do orçamento participativo (AVRITZER, 2008).

Porém, para que o cidadão consiga participar e cobrar das instâncias governamentais recursos e políticas públicas, é necessário que se tenha pleno acesso às informações públicas, por meio de canais transparentes e dados fornecidos periodicamente. No Brasil, os dados de saúde materno-infantil podem ser consultados por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS ou pela Lei de Acesso à Informação, criada em 2011.

Além do controle social, no terceiro sistema estão os controles da burocracia que incluem os meios de *accountability* horizontal, com controles internos e externos, judicial e parlamentar



(ARANTES et al., 2010).

Por fim, a quarta dimensão, a capacidade política, trata-se da capacidade do governo municipal em estabelecer canais de comunicação entre a sociedade civil e o público da política, para lidar com suas demandas (GRIN et al., 2018). Esses canais são feitos por meio dos conselhos, conferências e consórcios intermunicipais de saúde, no que tange as políticas de saúde materno-infantil.

Entendendo que em um ambiente democrático, o bem comum consiste na disponibilização de instrumentos que permitem a liberdade, a cidadania e o bem-estar, cabe ao poder público a disponibilização de sua capacidade para implementar políticas públicas que propiciam desses elementos.

Parte-se do pressuposto que uma maior capacidade do estado tende a resultar na construção de um ambiente público favorável ao bem comum. Essa capacidade pode ser construída e/ou ampliada a partir dos elementos a ela empregados (recursos materiais, humanos e financeiros), ao ambiente inserido (maior acesso às unidades de promoção econômica, social e ambiental) e às forças políticas (influência de entidades da sociedade, políticas e poderes públicos).

Portanto, nessa pesquisa a capacidade estatal se refere às condições socioeconômicas; às condições que o município oferece para ações de controle social; e aos recursos humanos e físicos que o município possui para implementar e desenvolver as políticas públicas de saúde materno-infantil e ofertar adequadamente seus serviços. Ou seja, refere-se as capacidades municipais que objetivam atingir um bem comum, melhorar o desempenho de políticas públicas e por consequência ofertar melhor saúde e qualidade de vida para os cidadãos do país.

## **CAMINHOS PARA O DESEMPENHO DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

Sabe-se que o desempenho da saúde materna e da saúde infantil são influenciados por diferentes condicionantes. Apesar disso, é necessário analisar como esses condicionantes se comportam entre si, ou seja, qual o sistema construído pelas capacidades estatais para alcançar a promoção da saúde materno-infantil.

Primeiramente, observa-se que o controle da sociedade sobre as ações públicas tem se demonstrado efetivo para o bom desempenho das políticas públicas (MARTIN et al., 2018), já que ao aproximar-se o cidadão das ações públicas, soluções mais adequadas a sua realidade poderão



ser levadas em conta. Assim como, uma melhor alocação dos recursos disponíveis (FISCHER, 1992; TORRES, 2004; ARANTES et al., 2007). Dessa forma, o controle social é também um promotor do desempenho da saúde materno-infantil ao aproximar as mães às resoluções das necessidades de oferta de recursos de saúde.

Rodrigues e Siqueira (2003) revelaram que a aumento da participação da sociedade nos Comitês de Estados deu-se devido a consciência de que as taxas de mortalidade materna englobam problemas no qual o controle social é imprescindível para o enfrentamento. Isto é, é preciso que haja um controle da sociedade na qualidade dos serviços de saúde disponíveis às gestantes e seus filhos para que se tenha um adequado desempenho da saúde materno-infantil.

Além disso, a participação dos cidadãos ao auxiliar na distribuição e controle dos recursos públicos, tem como consequência melhoria nas condições sociais de uma determinada população (JUSTICE; MELITSKI; SMITH, 2006). Ambientes democráticos tendem a favorecer o desenvolvimento de um país e de seus cidadãos (SEM; MOTTA; MENDES, 2000).

Do mesmo modo que a participação e o controle social geram melhorias nas condições socioeconômicas de um país, essas condições são os principais aspectos que levam a melhorias nas condições de saúde de uma comunidade. É factível que os fatores socioeconômicos possuam mais influência na saúde de uma população do que os próprios avanços tecnológicos medicinais (DIDERICHSEN; EVANS; WHITEHEAD, 2001; VIACAVAL et al., 2011). Desse modo, observa-se a importância do controle social para melhoria das condições socioeconômicas de uma comunidade. E a melhoria dessas condições revela aumento do nível de saúde da população.

Na área da saúde materno-infantil as condições socioeconômicas que influenciam, por exemplo, na taxa de mortalidade infantil incluem: escolaridade dos pais; situação conjugal materna; trabalho da mãe fora do lar (MARTINS; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004); renda (GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009; TOMASI et al., 2017); idade materna; ausência ou presença de um companheiro (COIMBRA et al., 2003; GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009; VIELLAS et al., 2014).

As condições sociais têm efeitos também sobre a oportunidade individual de se ter acesso aos serviços de saúde, assim como os benefícios decorrentes desse acesso (ESPOSTI et al., 2019). Observa-se que condições sociais relacionados à localidade geográfica, raça e cor têm se



demonstrado fatores para desigualdade na qualidade dessa cobertura. Destacam-se cobertura menos qualificada, por exemplo: na região Norte do país; para mulheres negras ou indígenas; para mulheres que apresentaram gestações anteriores (VIELLAS et al., 2014) e; para crianças de comunidades rurais e quilombolas (MARQUES et al., 2014).

No período de gestação, a mulher passa por processos de mudanças no seu organismo, como modificações metabólicas e físicas; maior demanda nutricional; e transformações hormonais que afetam seu estado emocional. Esses fatores refletem na saúde da mãe e do feto (MELSON; JAFFE; AMLUNG, 2002). O acompanhamento da gestante deve se iniciar o mais breve possível. O primeiro pré-natal deve acontecer no primeiro trimestre da gravidez. Além disso, é necessário, pelo menos seis consultas de pré-natal durante toda a gestação, com acompanhamento por exames laboratoriais e ultrassom (BRASIL, 2006b).

Para auxiliar com todas essas mudanças, a atenção primária é o principal nível de acesso à gestante aos serviços de saúde. Na atenção primária se encontra o pré-natal, onde a gestante recebe acolhimento; educação sobre saúde; orientações de autocuidado e cuidado à saúde do filho; orientações sobre amamentação e orientações nutricionais; incentivo à autonomia e empoderamento materno (BRASIL, 2012; QUENTAL et al., 2017).

É por meio da atenção primária que a gestante recebe os primeiros cuidados e acompanhamento durante toda a gestação, através dos enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF), recursos humanos essenciais para a promoção da saúde materno-infantil (DUARTE; ANDRADE, 2008). Com a chegada da Rede Cegonha, as enfermeiras obstétricas tornaram-se primordiais para amenizar as ações medicalizadas, trazidas pela institucionalização do parto em meados do século XX. As enfermeiras trouxeram consigo um atendimento mais humanizado, com respeito às decisões da mulher e menos chances de violência obstétrica durante o parto (GAMA et al., 2021).

Em conjunto à atenção primária, os recursos da atenção secundária também se agregam à promoção da saúde materno-infantil, e por consequência, na queda de óbitos de mães e crianças (ANDRADE et al., 2015). A Atenção secundária é responsável pelos níveis mais críticos de saúde com relação a atenção primária, é o nível onde se encontra os serviços especializados ambulatoriais e hospitalares. Nesse nível são atendidas as gestantes que necessitam de procedimentos de média

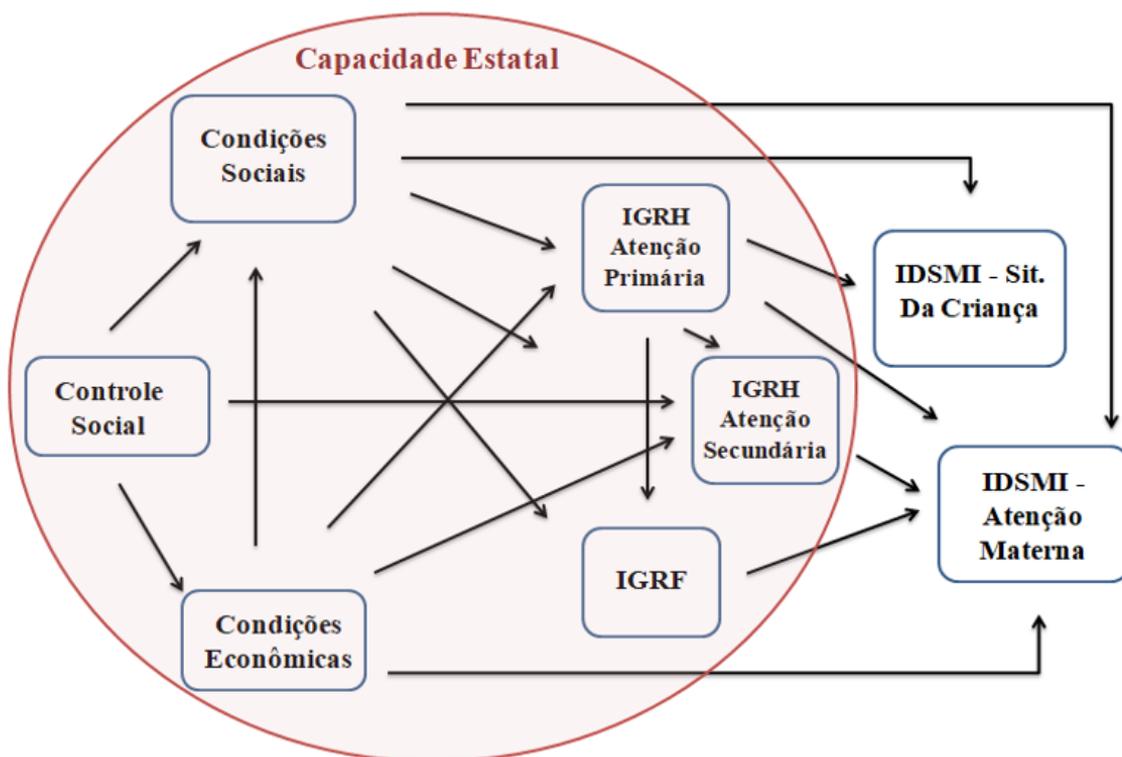


complexidade ou casos de urgência e emergência (MEDEIROS et al., 2019).

Do mesmo modo que os recursos humanos são essenciais ao desempenho da saúde materno-infantil, os recursos físicos adequados são utilizados pelos profissionais da saúde para aperfeiçoar seu trabalho, seja na prevenção, diagnóstico ou tratamento. O acesso da gestante às UBS, às consultas, exames e medicamentos é apresentado como um indicador de qualidade da atenção materno-infantil, já que leva ao acompanhamento prévio e constante da gestante (SANINE et al., 2019), auxiliando em prevenções de morbidades e melhor qualidade de vida das mães e seus filhos.

Considerando os condicionantes da saúde materno-infantil e suas relações expostas anteriormente pela literatura da área, foi possível criar a Figura 1, em que se observam os caminhos dos condicionantes para se alcançar o desempenho da saúde materno e infantil (IDSMI). Esses condicionantes são providos pela capacidade da União, Estados e Municípios – Capacidade Estatal.

**Figura 1** | Caminhos para o desempenho da saúde materno-infantil



Fonte: elaborado pelos autores.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para atender ao objetivo, avaliar o efeito da capacidade estatal (recursos ofertados) no desempenho da saúde materno-infantil dos municípios brasileiros, utilizou-se a Modelagem de Equações Estruturais. A técnica visa testar modelos teóricos que se utilizam de relações causais entre as variáveis, ou seja, analisa estrutura de inter-relações existentes em equações, descrevendo assim relações entre os constructos estudados (HAIR JR et al., 2009).

Para o presente estudo foram analisados oito indicadores, criados a partir de validações de constructos pelo *Alpha de Cronbach*. Para essa etapa, as variáveis foram padronizadas em uma única escala pelo “escore z”. Após, realizou-se uma Análise de Correlação Bivariável para identificar correlações positivas e de moderada a forte entre as variáveis de um mesmo constructo e; por fim, a validação do constructo.

Para o estudo foram utilizados dados secundários dos anos de 2014 a 2018, de diferentes bases, para os municípios brasileiros. Foram utilizados um total de 1458 observações, pois dos 5568 municípios brasileiros, muitos não apresentavam dados acerca dos recursos da saúde materno-infantil, tema principal do trabalho. O conjunto de variáveis que compõe cada indicador pode ser observado na Tabela 1. Utilizou-se o município como unidade de análise, pois é o local onde os cidadãos depositam no dia a dia suas demandas por serviços de saúde materno-infantil.

Para criação dos indicadores realizou-se os seguintes passos: para cada constructo foram feitas reparametrizações, a partir do menor e maior valor observado para cada variável, associados aos municípios brasileiros, por meio da equação

$$V_{ij} = \frac{(V - V_{min})}{(V_{max} - V_{min})}$$

em que  $V_{max}$  e  $V_{min}$  são os valores máximo e mínimo observados. Posteriormente, calcularam-se as médias dos valores de cada constructo e multiplicou-se por 100 para se obter uma porcentagem de comparação.

Para a capacidade estatal foi criado: o Indicador de Gestão de Recursos Físicos (IGRF) representando os recursos físicos disponíveis na saúde materno-infantil; o Indicador de Gestão de Recursos Humanos – Atenção Primária (IGRH – Atenção Primária) e o Indicador de Gestão de



Recursos Humanos – Atenção Secundária (IGRH – Atenção Secundária) representando os recursos humanos utilizados na saúde materno-infantil; o Indicador das Condições Sociais (ICSO) e Indicador das Condições Econômicas (ICEC) representando a capacidade socioeconômica do município e das mães que vivem nele; o Indicador de Percepção do Controle Social (IPCS), representando a capacidade que o município oferece para controle da sociedade nas ações públicas.

Ademais, para representar o desempenho da saúde materno-infantil utilizou-se: o Indicador de Desempenho da Saúde Materno-Infantil – Situação da Criança (IDSMI – Situação da Criança) e o Indicador de Desempenho da Saúde Materno-Infantil – Atenção Materna (IDSMI – Atenção Materna).

**Tabela 1** | Indicadores e suas respectivas variáveis

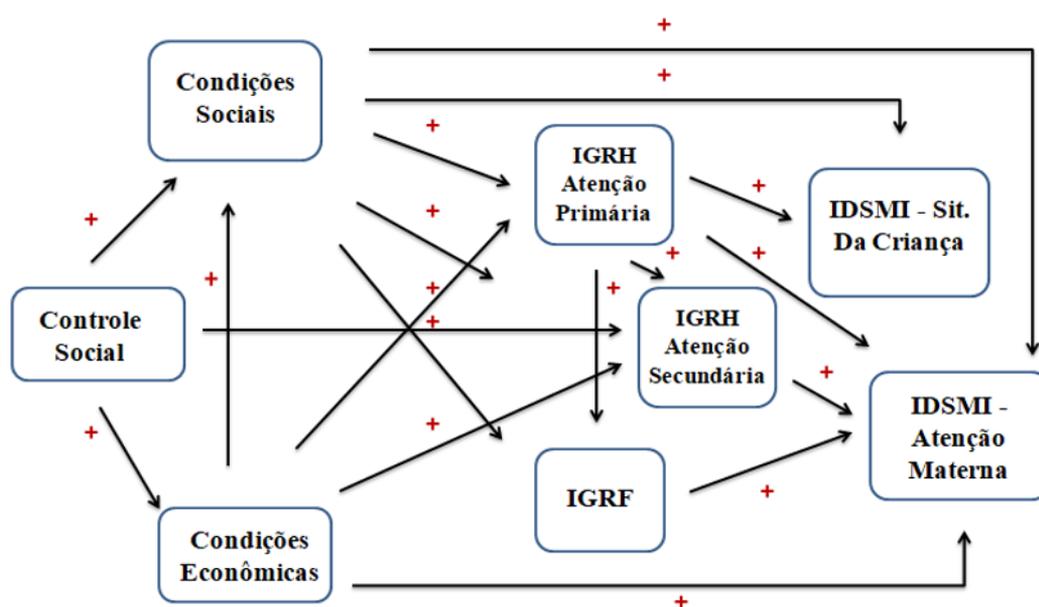
IPCS	IGRF
Acesso a Informação Pública	Quantidade de UBSs
Inclusão Digital	Cobertura Vacinal - BCG
Serviços no Site da Prefeitura	Cobertura Vacinal - Meningococo C
Atendimento a Distância	Cobertura Vacinal - Tríplice Viral D1
Conferências Municipais	Cobertura Vacinal - DTPa gestante
Conselhos municipais	Quantidade de leitos obstétricos
Usuários de Internet Fixa	Quantidade de leitos pediátricos
	Quantidade de equipamentos de Ultrassom
IGRH – Atenção Primária	IGRH – Atenção Secundária
Quantidade de enfermeiros ESF	Quantidade de médicos pediatras
Quantidade de médicos ESF	Quantidade de ginecologista-obstétrico
Taxa Agentes Comunitários da Saúde	
ICSO	ICEC
Escolaridade Materna > 12 anos	Taxa de Não Beneficiários do PBF
Estado Civil da Mãe (casada)	PIB Municipal (Ln Pib)
Mães > 20 anos	Transferência Fundo a Fundo
Taxa de Abastecimento de Água	Receita corrente Per Capita
Mães Brancas	
IDSMI – Atenção Materna	IDSMI – Situação da Criança
Taxa Pré-Natal Inadequado (< 7 consultas)	Taxa Nascidos Vivos com Baixo Peso
Taxa de Partos Não Cesáreos	Taxa Partos Prematuros
Taxa de Mortalidade Infantil	

Fonte: dados da pesquisa.



Por meio do diagrama de caminhos utilizado na Modelagem de Equações Estruturais é possível obter uma visualização melhor do modelo, em que a análise “calcula a força das relações usando somente uma matriz de correlação ou covariância de entrada.” (HAIR JR. et al., 2009, p. 581). A Figura 2 consiste no diagrama de caminhos proposto para ser estimado neste estudo, considerando, neste caso, as relações de cada constructos como hipóteses a testar. Utilizou-se o software STATA para análise.

**Figura 2** | Diagrama de caminhos para o modelo estrutural



Fonte: elaborado pelos autores.

Dessa forma, utilizaram-se como indicadores medidas absolutas de ajustamento, medidas comparativas de ajustamento e medidas de parcimônia. Além disso, analisou-se a capacidade de resposta do modelo pela estatística do  $R^2$ . Para as medidas absolutas de ajustamento, se utilizou o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA). Já para as medidas comparativas de ajustamento, que comparam o modelo proposto ao modelo nulo (*null model*), aplicaram-se os testes de *Tucker-Lewis Index* (TLI) e o *Comparative Fit Index* (CFI). Por fim, realizou-se o teste de raiz quadrada da média dos quadrados dos erros de aproximação (SRMR) para as medidas de parcimônia.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

### DESCRIÇÃO DOS DADOS

Na Tabela 2 apresentam-se as estatísticas descritivas dos indicadores em que se destacam as desigualdades existentes entre os municípios brasileiros com relação aos condicionantes do desempenho da saúde materno-infantil estudados.

**Tabela 2** | Análise descritiva dos indicadores (%) segundo os municípios brasileiros

Indicador	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação
Indicador de Percepção do Controle Social	7,37	81,08	43,37	11,40	26,28
Indicador de Condições Sociais	3,69	91,80	48,65	17,13	35,21
Indicador de Condições Econômicas	7,11	72,26	33,84	10,63	31,41
Indicador de Gestão de Recursos Físicos	4,05	48,70	20,60	5,36	26,04
IGRH – Atenção Primária	0,00	80,78	27,77	11,25	40,51
IGRH – Atenção Secundária	0,00	83,01	12,72	12,73	100,07
IDSMI – Situação da Criança	24,76	100,00	57,73	9,51	16,47
IDSMI – Atenção Materna	4,83	93,26	67,15	11,75	17,49

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto ao coeficiente de variação, pôde-se observar que o maior coeficiente ocorreu no índice IGRH – Atenção Secundária, demonstrando a grande variação de recursos humanos da atenção secundária que ocorre nos municípios. Seguido pelos indicadores IGRH – Atenção Primária, ICSO, ICEC, IPCS, IGRF, IDSMI – Atenção Materna, e por fim, IDSMI – Situação da Criança. Grandes disparidades de recursos em saúde são comumente encontradas em estudos, como o de Fonseca e Ferreira (2009) que investigaram o nível de eficiência na gestão de recursos da saúde pública em microrregiões de Minas Gerais.

Paschoalotto et al. (2022) também demonstram essa diferença ao constatarem que na região Norte, por exemplo, é onde se encontram piores: condições estruturais, desempenho de financiamento, de qualidade e recursos humanos em saúde. Por outro lado, nas regiões Sudeste e Nordeste há maior cobertura e qualidade na saúde.



## O SISTEMA DO DESEMPENHO DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL

A partir da análise da modelagem de equações estruturais, observou-se que os índices de ajustamento do modelo apresentaram confiabilidade, como pode ser observado pela Tabela 3. O modelo estimado apresentou  $R^2$  de 0,374, o que representa que as variáveis e caminhos utilizados possuem um poder explicativo de 37,4% do modelo proposto.

**Tabela 3** | Índices de ajustamento do modelo

Crítérios	Parâmetros Desejáveis	Modelo Sugerido
$\chi^2$	-	128,31
g.l.	-	10
CFI	$\geq 0,800$	0,973
TLI	$\geq 0,900$	0,926
SRMR	$\leq 0,080$	0,039
RMSEA	$\leq 0,090$	0,090

Fonte: dados da pesquisa, e parâmetros com base em Hair Jr. et al. (2009), e Marôco (2010) Acock (2013).

A partir do modelo estimado (Tabela 4), é possível notar os múltiplos aspectos que influenciam direta e indiretamente o desempenho da saúde materno-infantil nos municípios brasileiros, sendo eles: o controle social, as condições sociais, as condições econômicas, os recursos humanos da atenção primária e secundária e os recursos físicos. Observa-se ainda a inter-relação entre seus condicionantes.

**Tabela 4** | Modelo de Equações Estruturais estimado

Indicadores	Coeficiente	Erro padrão robusto	P> z
<b>Indicador de Condições Sociais (ICSO)</b>			
ICEC	1,090	0,031	0,000
IPCS	0,274	0,028	0,000
Constante	-15,967	1,128	0,887
<b>Indicador de Condições Econômicas (ICEC)</b>			
IPCS	0,523	0,020	0,000
Constante	11,154	0,906	0,000
<b>Indicador de Gestão de Recursos Humanos (IGRH) – Atenção Secundária</b>			
ICSO	0,097	0,026	0,000
ICEC	0,334	0,043	0,000
IGRH – Atenção Primária	-0,061	0,021	0,030



IPCS	0,204	0,031	0,000
Constante	-10,508	1,793	0,000
<b>Indicador de Gestão de Recursos Humanos (IGRH) – Atenção Primária</b>			
ICSO	-0,090	0,024	0,000
ICEC	-0,329	0,039	0,000
Constante	43,323	0,901	0,000
<b>Indicador de Gestão de Recursos Físicos</b>			
ICSO	0,087	0,007	0,000
IGRH – Atenção Primária	0,219	0,012	0,000
Constante	10,243	0,615	0,000
<b>Indicador de Desempenho da Saúde Materno-Infantil (IDSMI) – Atenção Materna</b>			
ICSO	0,441	0,019	0,000
ICEC	0,184	0,032	0,000
IGRH – Atenção Secundária	-0,093	0,018	0,000
IGRH – Atenção Primária	0,101	0,022	0,000
IGRF	0,359	0,042	0,000
Constante	30,418	1,191	0,000
<b>Indicador de Desempenho da Saúde Materno-Infantil (IDSMI) - Situação da Criança</b>			
ICSO	-0,078	0,015	0,000
IGRH – Atenção Primária	0,053	0,023	0,024
Constante	60,066	1,195	0,000
var(e.ICSO)	108,581	4,021	
var(e.ICEC)	77,378	2,865	
var(e. IGRH Atenção Secundária)	113,558	4,205	
var(e. IGRH Atenção Primária)	103,363	3,828	
var(e.IGRF)	23,226	0,860	
var(e.IDSMI Atenção Materna)	61,074	2,262	
var(e.IDSMI Situação da Criança)	87,560	3,242	

Fonte: dados da pesquisa.

Os resultados corroboram com uma longa trajetória de trabalhos da literatura internacional que desvela a relação entre o que pobreza, subdesenvolvimento e baixos indicadores de saúde materno ou infantil (BARKER, 1991, RICHTER, 2003; RENO ET. AL. 2018; DAGHER ET.AL. 2022).

No Brasil, as condições econômicas de um município, provindas principalmente de atividades industriais e agrícolas, transferências intergovernamentais e receitas próprias são componentes



indispensáveis para o desenvolvimento humano. Esse desenvolvimento ocorre devido ao aumento de empregos, e por consequência, da renda familiar que passa a possuir melhores condições para investir em educação, saúde e moradia (MENDES et al., 2018). Descobertas semelhantes aos estudos de Ranis, Stewart e Ramirez (2000) e Suri et al. (2011).

Estudos além deste, demonstram um maior desempenho de saúde em municípios de grande porte, com maiores níveis de educação e renda per capita (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017; PASCHOALOTTO et al., 2018; PASCHOALOTTO et al., 2022). Viana et al. (2015) aponta ainda uma concentração no Sul e Sudeste de relações entre as altas condições socioeconômicas locais com a alta oferta de serviços de saúde.

Do mesmo modo, a participação e o controle da sociedade nas ações públicas tendem a melhorar as condições sociais e econômicas das gestantes, ao passo que a participação auxilia na melhor distribuição e controle dos recursos públicos disponíveis (SEM; MOTTA; MENDES, 2000; JUSTICE; MELITSKI; SMITH, 2006), já que dessa forma as gestantes possuem atuação direta nos problemas que as atingem (ALI; PIROG, 2019). Essa descoberta reforça a importância dos conselhos e do engajamento cidadão em alinhamento com a literatura internacional que descreve o controle e a participação como elementos condicionantes do desempenho de saúde (BOIVIN ET. AL, 2014; GEORGE, ET. AL. 2015).

Além de atuar na melhoria de políticas públicas, o controle social pode exercer influências diretas e indiretas na oferta da atenção secundária. A participação social tem se demonstrado importante para o aperfeiçoamento das políticas sociais em geral (NABATCHI, ET. AL. 2012) até as melhorias indiretas em serviços de saúde locais (MATOS, 2011), como destacado na literatura internacional.

O trabalho reforça a literatura ao reconhecer empiricamente que as condições socioeconômicas afetam a equidade alocativa (WOOLF, ET. AL. 2011; MARMOT 2014) impondo oportunidades individuais díspares de acesso aos serviços de saúde, assim como os benefícios decorrentes dele (ESPOSTI et al., 2019). Por consequência, revela a ineficiência do Estado na oferta de recursos humanos e físicos na atenção primária e secundária que alcance de forma igual ou menos assimétrica gestantes e crianças nos diferentes contextos sociais e econômicos do país.

É justo destacar que os municípios que possuem as piores condições socioeconômicas são justamente os locais onde mais se necessitam de recursos humanos da atenção primária, por isso a relação inversa dos indicadores. Por outro lado, gestantes com maiores rendas são as que mais têm acesso



à atenção secundária de obstetras e pediatras no momento do parto reforçando o caráter de inequidade alocativa (GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009).

Conforme exposto por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001) e Viacava et al. (2011) boas condições socioeconômicas de uma população são os principais aspectos que levam a melhoria nas suas condições de saúde. Os fatores socioeconômicos tem tido mais influência na saúde do que os próprios avanços tecnológicos medicinais.

As transferências intergovernamentais, por exemplo, são uma fonte importante para o financiamento de políticas públicas (LU, 2015). Essas transferências, principalmente para municípios de pouca arrecadação, podem ser a chave para a equidade de acesso a saúde (BAIÃO, 2013).

Ademais, os resultados demonstram relações contrárias entre os recursos humanos da atenção primária com a atenção secundária. Conforme Padoveze e Figueiredo (2014, p.1138), a atenção primária é um “elemento integrador do sistema de saúde”. A APS age como meio de prevenção de enfermidades, evitando dessa forma que a população necessite de internações desnecessárias. Sendo assim, quanto mais se investe em recursos humanos da atenção primária, menos se necessita da atenção secundária. Ela permite a ação mais efetiva e uma cobertura de base comunitária e, portanto, mais ampla por parte do Estado corroborando com o aspecto universal do SUS (MACINKO, ET. AL. 2015).

Logo, a primeira se constitui de uma atenção preventiva, que caso esteja adequada, acarreta na diminuição de comorbidades materno-infantil, não necessitando assim, da transferência da gestante para um recurso humano especializado da atenção secundária.

Por outro lado, a atenção secundária se apresentou de forma contrária ao IDSMI – Atenção Materna. A Atenção Secundária é utilizada para casos de média e grande complexidade, ou seja, sua influência pode ser inversa ao Desempenho da Saúde Materno-Infantil, já que para um melhor desempenho se depende mais da atenção primária e seus recursos físicos (atenção preventiva do SUS, que concentra o pré-natal da gestante) do que a atenção secundária (atenção especializada).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse trabalho constatou-se que o desempenho da saúde materno-infantil é dependente das diversas capacidades que o Estado proporciona. Dentre elas, a capacidade em ofertar ambientes adequados e informações que permitam o engajamento social e a participação pública; a capacidade de influenciar as condições sociais e econômicas da população e, especificamente, das gestantes e seus filhos por políticas direta e indiretamente orientadas; a capacidade técnico-administrativa responsável pelos recursos humanos e físicos da saúde materno-infantil.

Os resultados evidenciam que o aperfeiçoamento da saúde materno-infantil requer investimentos, principalmente na atenção primária, e correções de assimetrias nas condições e no acesso a saúde. Para que se diminuam as desigualdades de acesso e desempenho da saúde materno-infantil, os investimentos e transferências intergovernamentais devem propor mecanismos de correções alocativas, privilegiando regiões que possuam maior vulnerabilidades socioeconômicas. Fica evidente, pelo trabalho que são esses locais, onde se manifestam as piores condições sociais e econômicas que se demanda o aperfeiçoamento das capacidades de entrega de saúde materno-infantil.

Aperfeiçoar os recursos existentes é essencial e melhora a entrega e os resultados do Estado. Logo, o treinamento e o comprometimento daqueles diretamente envolvidos no pré-natal (enfermeiros, agentes comunitários da saúde e médicos da atenção primária) é um dos instrumentos para melhorias no desempenho da saúde materno-infantil no curto prazo, já que são os principais envolvidos em levar informação de qualidade durante a gestação, o puerpério e a maternidade.

Do mesmo modo, incentivar e criar uma cultura participativa da sociedade brasileira nas ações públicas, especialmente de saúde materno-infantil, tende a melhorar as condições sociais e econômicas das gestantes e seus filhos, à medida que a participação auxilia na melhor distribuição, uso e controle dos recursos públicos já disponíveis.

Recomenda-se para estudos futuros, investigar se a integralização na saúde materno-infantil tem sido alcançada pela nova política RAMI, assim como investigar se houve melhorias de desempenho dessa área de saúde, tomando em consideração suas mudanças com relação à política Rede Cegonha. Além disso, torna-se importante fazer um estudo qualitativo com os municípios *benchmarking* no desempenho da saúde materno-infantil aqui apresentados, observando quais ações têm sido aplicadas



para alcançarem tais resultados. Ademais, trabalhar os dados de saúde materno infantil de forma mais regionalizada, como por exemplo, microrregiões, Estados e conjunto de municípios.

## REFERÊNCIAS

- ACOCK, A. C. **Discovering structural equation modeling using**. College Station: Stata Press Book, 2013.
- ALI, M. U.; PIROG, M. Social Accountability and Institutional Change: The Case of Citizen Oversight of Police. **Public Administration Review**, v. 79, n. 3, p. 411-426, 2019.
- ALBUQUERQUE, M. V. de; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 118-137, 2017.
- ANDRADE, R. D.; SANTOS, J. S.; MAIA, M. A. C.; MELLO, D. F. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 181-186, 2015.
- ARANTES, C. I. S.; MESQUITA, C. C.; MACHADO, M. L. T.; OGATA, M. N. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 16, p. 470-478, 2007.
- ARANTES, R. B. et al. Controles democráticos sobre a administração pública no Brasil: Legislativo, tribunais de contas, Judiciário e Ministério Público. **Burocracia e política no Brasil: desafios para a ordem democrática no século XXI**, 2010.
- AVRITZER, L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião Pública**, v. 14, p. 43-64, 2008.
- BARKER, D. J. P. The fetal and infant origins of inequalities in health in Britain. **Journal of public health medicine**, v. 13, n. 2, p. 64-68, 1991.
- BAIÃO, A. L. **O papel das transferências intergovernamentais na equalização fiscal dos municípios brasileiros**. Dissertação (mestrado) - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2013.
- BESLEY, T.; PERSSON, T. **Pillars of prosperity: the political economics of development clusters**. Princeton University Press, 2011.
- BOIVIN, A. et al. What are the key ingredients for effective public involvement in health care improvement and policy decisions? A randomized trial process evaluation. **The Milbank Quarterly**, v. 92, n. 2, p. 319-350, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual técnico. Brasília, 2006b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_puerperio\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf)>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. 2012.
- COIMBRA, L. C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 456-462, 2003.
- CUNHA, B. Q.; PEREIRA, A. K.; GOMIDE, A. D. Á. State capacity and utilities regulation in Brazil: Exploring bureaucracy. **Utilities Policy**, v. 49, n. 6, p. 116-126, 2017.
- DAGHER, R. K.; LINARES, D. E. A critical review on the complex interplay between social determinants of health and maternal and infant mortality. **Children**, v. 9, n. 3, p. 394, 2022.
- DIDERICHSEN, F.; EVANS, T.; WHITEHEAD, M. **The social basis of Disparities in Health**, 2001. In T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya & M. Wirth (Eds.), *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, p. 13-23. New York: Oxford University Press.
- DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. de. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 17, p. 132-139, 2008.



- ESPOSTI, C. D. D.; SANTOS-NETO, E. T.; OLIVEIRA, A. E.; TRAVASSOS, C.; PINHEIRO, R. S. Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal de uma Região Metropolitana do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1735-1750, maio, 2020.
- FERREIRA, D. M. R.; LIMA, A. A. T. F. C.; FERREIRA, M. A. M. Dimensões estatal, gerencial e individual da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (de Mama): um modelo avaliativo. **Administração Pública e Gestão Social**, p. 1-19, 2019
- FISCHER, T. Poder local: um tema em análise. **Revista de Administração Pública**, v. 26, n. 4, p. 105–113, 1992.
- GAMA, S. G. N. et al. Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil–2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 919-929, 2021.
- GEORGE, A. S. et al. Community participation in health systems research: a systematic review assessing the state of research, the nature of interventions involved and the features of engagement with communities. **PLoS One**, v. 10, n. 10, p. e0141091, 2015.
- GONÇALVES, C. V.; CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R. A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2507-2516, 2009.
- GRIN, E. J.; NASCIMENTO, A. B.; ABRUCIO, F. L.; FERNANDES, A. S. Sobre desconexões e hiatos: uma análise de capacidades estatais e finanças públicas em municípios brasileiros. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 23, n. 76, 2018.
- GRINDLE, M. S. **Challenging the State: crisis and innovation in Latin America and Africa**. Cambridge University Press, 1996.
- HAIR JR, J. F. et al. **Análise Multivariada de Dados**. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- INGRAHAM, P. W.; JOYCE, P. G.; DONAHUE, A. K. **Government performance: Why management matters**. Taylor & Francis, 2003.
- JUSTICE, J. B.; MELITSKI, J.; SMITH, D. L. E-Government as an Instrument of Fiscal Accountability and Responsiveness: Do the Best Practitioners Employ the Best Practices? **The American Review of Public Administration**, v. 36, n. 3, p. 301–322, 2006.
- LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, p. 449-460, 2004.
- LÜ, X. Intergovernmental transfers and local education provision—Evaluating China’s 8-7 National Plan for Poverty Reduction. **China Economic Review**, v. 33, p. 200-211, 2015.
- MACEDO, A. S.; FERREIRA, M. A. M. Arranjo institucional e a capacidade estatal de implementação do Projeto Mais Médicos Brasil (PMMB). **Revista de Sociologia e Política**, v. 28, 2021.
- MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; PHIL, D. Brazil’s family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. **The New England Journal of Medicine**, v. 372, n. 23, p. 2177-81, 2015.
- MARÔCO, J. **Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos software e aplicações**. Pêro Pinheiro: Reportnumber, 2010.
- MARQUES, A. S.; FREITAS, D. A.; LEÃO, C. D. A.; OLIVEIRA, S. K. M.; PEREIRA, M. M.; CALDEIRA, A. P. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 365-371, 2014.
- MARMOT, M.; ALLEN, J. J. Social determinants of health equity. **American journal of public health**, v. 104, n. 4, p. 517-519, 2014.
- MARTIN, D. G. **Influência do controle social no desempenho da saúde pública brasileira**. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, p. 84. 2018.
- MARTINS, E. F.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Determinantes da mortalidade neonatal a partir de uma coorte de nascidos vivos, Montes Claros, Minas Gerais, 1997-1999. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, p. 405-412, 2004.
- MATOS, A. R. A importância da participação cidadã nas políticas de saúde: o caso da reestruturação dos serviços de saúde materno-infantil em Portugal. **Saúde e sociedade**, v. 20, p. 604-616, 2011.



- MEDEIROS, F. F.; SANTOS, I. D. L.; FERRARI, R. A. P.; SERAFIM, D.; MACIEL, S. M.; CARDELLI, A. A. M. Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 72, supl. 3, p. 204-211, 2019.
- MELSON, K. A.; JAFFE, M. S.; AMLUNG, S. **Enfermagem materno-infantil: planos de cuidados**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.
- MENDES, W. A.; FERREIRA, M. A. M.; ABRANTES, L. A.; FARIA, E. R. A influência da capacidade econômica e da formação de receitas públicas no desenvolvimento humano. **Revista de Administração Pública**, v. 52, p. 918-934, 2018.
- MENDES, W. A. ; FERREIRA, M. A. M. A influência da accountability na capacidade estatal, na alocação dos recursos públicos e no desenvolvimento socioeconômico em municípios brasileiros. **Revista Contemporânea de Contabilidade**, v. 18, n. 46, p. 131-147, 2021.
- NABATCHI, T. et al. **Democracy in motion: Evaluating the practice and impact of deliberative civic engagement**. Oxford University Press, 2012.
- PADOVEZE, M. C.; FIGUEIREDO, R. M. O papel da Atenção Primária na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 1137-1144, 2014.
- PASCHOALOTTO, M. A. C.; PASSADOR, J. L.; OLIVEIRA, L. R.; LOPES, J. E. F.; DANTAS, M. K.; PASSADOR, C. S. A regionalização do SUS: proposta de avaliação de desempenho dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 80-93, 2018.
- PASCHOALOTTO, M. A. C.; PASSADOR, J. L.; PASSADOR, C. S.; ENDO, G. Y. Regionalização da saúde no Brasil: desigualdades socioeconômicas e na performance em saúde. **Gestão & Regionalidade**, v. 38, n. 113, 2022.
- PEREIRA, A. M. M. et al. Governança e capacidade estatal frente à COVID-19 na Alemanha e na Espanha: respostas nacionais e sistemas de saúde em perspectiva comparada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4425-4437, 2021.
- PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. DE Á. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. 58, p. 121-143, jun. 2016.
- QUENTAL, L. L. C.; NASCIMENTO, L. C. C. C.; LEAL, L. C.; DAVIM, R. M. B.; CUNHA, I. C. B. C. Práticas educativas com gestantes na atenção primária à saúde. **Rev. Enferm. UFPE on line**, p. 5370-5381, 2017.
- RANIS, G.; STEWART, F.; RAMIREZ, A. Economic growth and human development. **World development**, v. 28, n. 2, p. 197-219, 2000.
- RENO, R.; HYDER, A. The evidence base for social determinants of health as risk factors for infant mortality: a systematic scoping review. **Journal of health care for the poor and underserved**, v. 29, n. 4, p. 1188-1208, 2018.
- RICHTER, L. M. Poverty, underdevelopment and infant mental health. **Journal of paediatrics and child health**, v. 39, n. 4, p. 243-248, 2003.
- RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. A. Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 183-189, 2003.
- RUIZ-RODRÍGUEZ, M.; WIRTZ, V. J.; NIGENDA, G. Organizational elements of health service related to a reduction in maternal mortality: The cases of Chile and Colombia. **Health Policy**, v. 90, n. 2-3, p. 149-155, maio 2009.
- SÁ e SILVA, F. S. E.; LOPEZ, F. G.; PIRES, R. Introdução: a democracia no desenvolvimento e o desenvolvimento da democracia. In: SÁ e SILVA, F. S. E.; LOPEZ, F. G.; PIRES, R. (Org.). **Estado, instituições e democracia: democracia**. Brasília: Ipea, 2010. v. 2, p. 17-46.
- SANINE, P. R.; VENANCIO, S. I.; SILVA, F. L. G.; ARATANI, N.; MOITA, M. L. G.; TANAKA, O. Y. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p.10, 2019.
- SEN, A.; MOTTA, L. T.; MENDES, R. D. **Desenvolvimento como liberdade**. Companhia das Letras, São Paulo, 2000.
- SOUZA, A. S. R.; SOUZA, G. F. A.; PRACIANO, G.A. F. Women's mental health in times of COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, p. 659-661, 2020.
- SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 253-256, 2021.



SURI, T.; BOOZER, M. A.; RANIS, G.; STEWART, F. Paths to success: The relationship between human development and economic growth. **World Development**, v. 39, n. 4, p. 506-522, 2011.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, 2017.

TORRES, M. D. F. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. FGV Editora, 2004.

VIACAVA, F.; LAGUARDIA, J.; UGÀ, M. A. D.; PORTO, S. M. PROADESS: Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento. **Rio de Janeiro: Fiocruz**, 2011.

VIACAVA, F.; PORTO, S. M.; CARVALHO, C. C.; BELLIDO, J. G. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2745-2760, 2019.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. 85–100, ago. 2014.

WOOLF, S. H.; BRAVEMAN, P. Where health disparities begin: the role of social and economic determinants—and why current policies may make matters worse. **Health affairs**, v. 30, n. 10, p. 1852-1859, 2011.

