

Saúde Materno-Infantil no Brasil: Desafios e Políticas Públicas

Helena Laneuville¹

¹Instituto Mobilidade e Desenvolvimento Social (Imds).

Resumo. Essa nota técnica acende um sinal de alerta para o estado da saúde infantil, discute a provisão de serviços de atenção primária materno-infantil nas capitais brasileiras e indica caminhos de política pública para sua melhoria. Constatou-se que, em 2022, todas as capitais brasileiras tiveram uma taxa de mortalidade de crianças de até 1 ano maior do que a média dos países da OCDE. Em alguns casos, superando inclusive os índices de países devastados pela guerra. Os problemas de provisão de serviços de saúde primária podem estar por trás desse resultado: cada 1 ponto percentual a mais de cobertura pré-natal adequada nos municípios está associado a uma redução na taxa de mortalidade de crianças até 1 ano de 0.08 a cada mil nascidos vivos. Os problemas vão além da gravidez: a baixa cobertura vacinal da poliomielite sinaliza problemas na vacinação infantil. Nenhuma capital atinge a meta de vacinação de 95%, considerada necessária para prevenir a volta da doença. Em termos de política pública, vemos que a mortalidade infantil pode ser fortemente impactada por políticas que ampliam o acesso à atenção primária e que municípios podem atuar, por exemplo, equipando os postos de atendimento e sistematizando o acompanhamento ao longo da gravidez, puerpério e primeira infância. Além disso, existem formas eficientes de levar pais aos postos de vacinação com lembretes, pequenos incentivos e disseminação de informação.

Introdução

A atenção primária materno-infantil consiste em oferecer cuidado para grávidas, puérperas e crianças em seus primeiros meses de vida. Isso inclui a disseminação de hábitos que contribuem para saúde do bebê (como alimentação adequada e aleitamento materno); a identificação de fatores de risco e formulação de estratégias de prevenção baseadas em evidências epidemiológicas (por exemplo, campanhas de imunização focalizadas em grupos mais vulneráveis) e tratamentos de morbidades (eventualmente envolvendo encaminhamentos para especialistas). A expansão de programas que promovem o acompanhamento de saúde primária para grávidas e bebês pode levar a melhorias concretas em indicadores como mortalidade de fetos e de crianças até um ano. Isso ocorreu, por exemplo, com a expansão do braço materno-infantil do saúde da família (descrita [aqui](#)¹).

¹Página da Plataforma Impacto baseada nos artigos acadêmicos [Bhalotra et al. \(2020\)](#) e [Rocha and Soares \(2010\)](#)

Essa nota técnica tem como foco discutir três temas nas capitais brasileiras. O primeiro é em quais dessas cidades existe motivo de preocupação em relação à saúde até o primeiro ano de vida. Para isso, usamos como indicador central a proporção de óbitos de crianças até 1 ano de idade em relação ao número de nascidos vivos. O segundo é discutir a provisão dos serviços de atenção à saúde primária para mães e bebês no território desses municípios explorando dois aspectos: a cobertura da atenção primária adequada a gestantes e a vacinação infantil, considerada prioritária no SUS para prevenir doenças, e a promoção da saúde pública. O terceiro é debater o que pode ser feito em termos de política pública para melhorar esses indicadores e o escopo de atuação dos municípios. No Brasil, a União, os estados e os municípios são co-responsáveis pela atenção primária à saúde, mas grande parte da operacionalização recai sobre as prefeituras, tornando esse tema central em um contexto de eleições municipais.

Em termos de mortalidade de nascidos vivos de até 1 ano, vemos grandes variações entre as capitais brasileiras, mostrando que há espaço para a melhoria desse indicador em todas as cidades analisadas e também para a redução da elevada desigualdade. Afinal, no ano de 2022 esse indicador variou entre 7,7 mortes para cada mil nascidos vivos em Florianópolis e 18,8 mortes a cada mil nascidos vivos em Macapá (Ver Figura 1). Por um lado, todos esses valores estão abaixo da média mundial de mortalidade de crianças de até 1 ano (27,1 mortes a cada mil nascidos vivos) no mesmo ano de acordo com dados do Banco Mundial. Por outro lado, a taxa de mortalidade em todas as capitais ficou acima da média da OCDE, de 5,5 mortes a cada mil nascimentos.

Um padrão semelhante de desigualdade se manifesta na provisão de serviços de saúde, o que explica parte das diferenças na mortalidade infantil. A cobertura do atendimento pré-natal adequado é, em geral, melhor no Sul e no Sudeste, atingindo seu melhor índice em Curitiba, onde 90,1% das mães de nascidos vivos em 2022 foram a pelo menos 7 consultas pré-natais (Ver Figura 2). Por outro lado, apenas 47,1% das mães de nascidos vivos em Rio Branco realizaram 7 consultas pré-natais ou mais em 2022. Em uma regressão com todos os municípios brasileiros com dados disponíveis, mostramos que municípios com melhor cobertura pré-natal adequada também tem menor mortalidade de bebês de até 1 ano. Cada ponto percentual

de aumento da cobertura pré-natal está associado a uma redução de 0,08 mortes de crianças de até 1 ano a cada mil nascidos vivos.

Em relação à vacinação infantil, o indicador utilizado é a cobertura vacinal da poliomielite. Essa vacina é uma das mais antigas do calendário vacinal brasileiro e considerada pelo Ministério da Saúde como um imunizante essencial. Sua baixa cobertura reflete não somente um fator de risco para a volta da doença no Brasil, considerado altíssimo pela OMS, mas também uma proxy para a cobertura de outras vacinas e serviços de atenção à saúde na primeira infância. Em 2022, a cobertura em todas as capitais brasileiras encontrava-se abaixo da média dos municípios brasileiros, indicando que a prefeitura média do Brasil teve melhor resultado que as capitais de estado, onde a cobertura vacinal ficou entre 83,2% em Curitiba e 43,0% em Macapá e João Pessoa (ver Figura 3), muito abaixo dos 95% estabelecidos como meta pela OMS e pelo Ministério da Saúde para gerar imunidade de rebanho.

Por fim, a nota técnica apresenta dois tipos de políticas públicas para melhoria da provisão dos serviços de atenção primária: políticas completas de atenção primária materno-infantil e formas de melhorar a cobertura da imunização. No caso das políticas completas, vemos que o Brasil já possui exemplos bem-sucedidos: em termos nacionais, a expansão da atenção à saúde materno-infantil no contexto do programa Saúde da Família ocasionou uma queda de 36% na mortalidade infantil nos oito primeiros anos de implementação. A nível municipal, a prefeitura de Curitiba implementou em 1999 o programa Mãe Curitibana, que sistematizou os atendimentos em planejamento familiar, cuidados pré-natais e saúde infantil e buscou a melhoria da qualidade desses serviços².

Em termos de políticas de imunização, programas que lembram pais de levar seus filhos aos postos de vacinação e/ou fornecem pequenos incentivos podem ser bastante efetivos. Banerjee et al. (2021) testam diferentes intervenções de incentivo à vacinação em um contexto similar ao nosso: com baixa cobertura vacinal, estrutura adequada para vacinação de crianças e no qual a maioria dos pais concorda que vacinação é importante. A combinação mais efetiva em promover a vacinação gerou um aumento de 44% no número de imunizações e combinou o envio de lembretes de SMS para a visita seguinte, o recrutamento de pessoas dentro dos vilarejos para difundir informações (difusores) e a distribuição pequenos incentivos monetários que cresciam a cada visita. A combinação com melhor custo-benefício, isto é, com o maior número de imunizações por dólar gasto, foi a intervenção com difusores e mensagens de SMS (aumento de 9.1% no número de imunizações por dólar).

²Para uma avaliação completa da qualidade dos serviços prestados nos primeiros anos de implementação do programa a mulheres em sua primeira gravidez, ver Carvalho and Soares (2004).

Bases de Dados e Evidências

Essa nota técnica utiliza três indicadores do Painel Imds Eleições Municipais (ver painel [aqui](#)) para analisar pontos de atenção de política pública de saúde materno-infantil no âmbito municipal:

1. Taxa de mortalidade infantil, medida pelo número de crianças de 0 a 1 ano mortas para cada 1000 nascidos vivos no município no ano de referência (2022);
2. Percentual de mães de nascidos vivos que realizaram 7 ou mais consultas pré-natais no ano de referência (2022);
3. Percentual de crianças de até 4 anos vacinadas contra a poliomielite no ano de referência (2022).

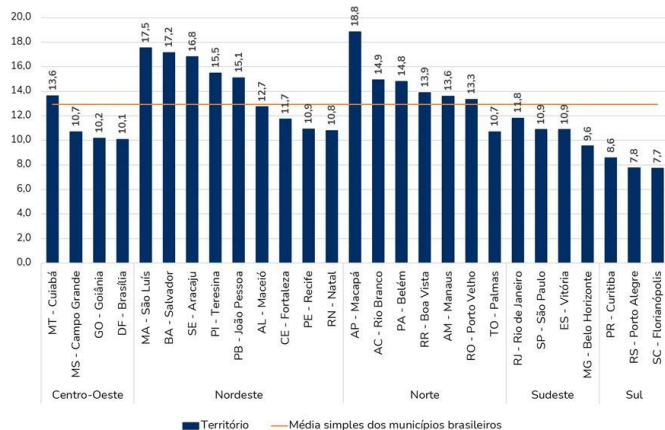
A principal fonte de evidências sobre políticas públicas bem-sucedidas é a Plataforma Impacto (acesso [aqui](#)), que documenta avaliações de impacto de programas que impactam direta ou indiretamente o desenvolvimento de crianças e jovens e a formação de capital humano.

Onde a saúde materno-infantil é uma preocupação?

Um indicador importante de resultado da saúde materno-infantil no território do município, mostrado na Figura 1, é a mortalidade infantil, medida aqui como o número de mortes de crianças até 1 ano para cada mil nascidos vivos em cada capital em 2022. Existe forte variação entre as capitais brasileiras em relação a esse indicador. O município médio do Brasil³ (medido pela linha vermelha), tem mortalidade infantil de 12,9 crianças para cada mil nascidos vivos, com as capitais brasileiras variando entre 7,7 em Florianópolis e 18,8 em Macapá. Segundo dados do Banco Mundial, o indicador de Florianópolis está bastante abaixo da média dos países da América Latina e Caribe (13,5 mortes para cada mil nascidos vivos), porém acima da média dos países da OCDE (5,2 mortes para cada mil nascidos vivos) no mesmo ano. O de Macapá, por sua vez, é melhor do que a média de todos os países do mundo (27,9 mortes para cada mil nascidos vivos), mas pior do que a de lugares como Síria (17,7 mortes para cada mil nascidos vivos) em 2022, quando o país ainda se encontrava devastado pela guerra.

³Calculado com a média aritmética simples dos municípios com dados disponíveis.

Figura 1. Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) por Capitais, 2022



Nota: Imds/Oppen. O indicador representa o número de óbitos de infantes (crianças menores de 1 ano) para cada mil nascidos vivos, no período de referência. Para o cálculo é realizada uma divisão entre o número de óbitos infantis e o total de nascidos vivos, multiplicando o resultado por mil. A linha vermelha representa a média aritmética simples desse indicador em todos os municípios brasileiros para os quais o dado estava disponível, caracterizando a prefeitura média.

Isso indica que existe espaço para melhorar esse indicador em todas as capitais brasileiras. Um caminho direto e potencialmente eficaz é investir em serviços de saúde materno-infantil de qualidade e de fácil acesso para a população. Essa nota técnica discute o estado da provisão local desses serviços e caminhos de política pública para sua melhoria.

Qual o estado da provisão dos serviços de saúde materno-infantil?

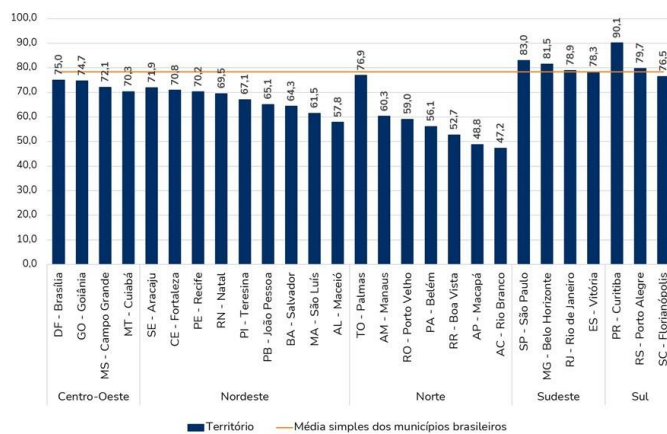
Em termos de resultados da provisão no território do município, medimos a efetividade de dois aspectos importantes da atenção primária: a cobertura da atenção primária adequada a gestantes e da vacinação infantil, medida com a cobertura vacinal da poliomielite.

Visitas Pré-Natais. Idealmente, visitas pré-natais promovem práticas saudáveis, possibilitam a identificação de doenças evoluindo de forma silenciosa (tais como diabetes e hipertensão) e problemas específicos gestação, como má-formação do feto. A identificação das gestações de risco por sua vez torna possível o encaminhamento para atendimento especializado e a prevenção de complicações. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda 8 interações com o sistema de saúde durante a gestação: um primeiro contato quando existe suspeita de gravidez, idealmente até a 12ª semana, e 7 consultas pré-natais periódicas ao longo da gestação (World Health Organization, 2016). Esse indicador foi usado como medida de sucesso

na avaliação do Chile Crece Contigo (ver [aqui](#)⁴) e do Saúde da Família (ver [aqui](#)).

Mostramos, na Figura 2, o número de nascidos vivos no ano de 2022 que tiveram esse acompanhamento. As diferenças regionais são bastante marcantes, com as capitais do Sul e do Sudeste mostrando melhor cobertura. A diferença não é apenas nas capitais: em 2022, a média simples de cobertura pré-natal dos municípios da região sul é mais alta, com 84,13%, seguida pelo sudeste (81,42%), o Nordeste (75,91%), o Centro-Oeste (75,41%) e o Norte (64,03%). Um destaque positivo é a cidade de Curitiba-PR, onde as mães de mais de 90% dos nascidos vivos em 2022 teve pelo menos 7 consultas pré-natais. O Programa Mãe Curitibana Vale a Vida, descrito em mais detalhes na próxima seção, pode explicar esse sucesso. O programa que já existe desde 1999 e torna mais eficiente o sistema de atendimento às grávidas e crianças nas unidades de saúde, bem como introduz melhorias da qualidade dos serviços das unidades.

Figura 2. Nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal (%) - Cobertura pré-natal adequada por Capitais, 2022



Nota: Imds/Oppen. O indicador representa a proporção de nascidos vivos cujas mães receberam sete ou mais consultas de pré-natal no período de gestação, indicando uma cobertura pré-natal considerada adequada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em relação ao total de nascidos vivos, no período de referência. Para o cálculo é realizada uma divisão entre o número de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal e o total de nascidos vivos, multiplicando o resultado por 100. Devido à ausência de dados populacionais para 2023 e 2022, recorremos a estimativas de 2021.

Os municípios com melhor cobertura pré-natal também tendem a ter menor mortalidade infantil. Curitiba, por exemplo, tem a melhor cobertura pré-natal (como mostrado na Figura 2) e a terceira menor taxa de mortalidade infantil do Brasil (ver Figura 2). Podemos ver essa relação com mais clareza na Tabela 1, que mostra a regressão linear de taxa de mortalidade municipal de crianças de até 1 ano (a cada 1000 mil nascidos vivos) em percentual de nascidos vivos cuja mãe recebeu cobertura pré-natal adequada, com

⁴Página da Plataforma Impacto baseada no artigo [Clarke et al. \(2020\)](#).

diferentes controles. Os controles incluem o valor dos gastos do município com saúde por habitante e indicadores de provisão adequada de saneamento no município (percentual de habitantes com esgotamento sanitário no domicílio, acesso a água tratada e serviços de coleta de lixo domiciliar pelo menos uma vez por semana).

O coeficiente referente à cobertura pré-natal adequada permanece significativa e com a mesma magnitude mesmo após a inclusão dos controles para gastos com saúde (coluna 2) e para provisão de serviços de saneamento básico no município (coluna 3). A regressão na coluna (1) mostra que cada 1 ponto percentual de aumento na cobertura pré-natal corresponde a uma redução de 0.08 mortes de crianças de até 1 ano para cada mil nascidos vivos⁵.

Cobertura Vacinal da Poliomielite. Além da atenção à saúde durante a gravidez, é importante ter um acompanhamento da atenção básica nos primeiros anos de vida. A vacina da poliomielite é uma das principais vacinas do calendário nacional de vacinação, oferecidas pelo SUS. Logo, sua cobertura não apenas mostra o alcance de um imunizante importante, mas também é uma proxy para o sucesso da vacinação infantil no território.

Nota-se que a taxa de imunização para poliomielite é muito abaixo do desejado nas capitais brasileiras. A Figura 3 mostra o percentual de crianças até 4 anos vacinadas contra a poliomielite em 2022. Nenhuma capital brasileira atingiu o patamar de 85% das crianças de 0 a 4 anos imunizadas para poliomielite, apesar de a meta do Ministério da Saúde⁶ e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)⁷ ser atingir 95% das crianças nessa faixa etária. Algumas capitais, como Macapá e João Pessoa, não imunizaram sequer 50% das crianças até quatro anos.

Embora o último caso de pólio no Brasil tenha ocorrido em 1989, a baixa cobertura é muito preocupante por dois motivos. O primeiro é que, sendo a vacina de pólio parte do calendário vacinal do SUS há muitos anos, essa vacina serve como uma proxy para o que ocorre com outras vacinas recomendadas na primeira infância. O segundo é

⁵Para exemplificar o que esse resultado significa, suponha que o mesmo número de bebês nasça vivo nos municípios A e B a cada ano: 10 mil. Se, no município A, 5 mil dos 10 mil nascidos vivos no ano t vieram de mães que receberam cobertura pré-natal adequada durante a gravidez (50% dos nascidos vivos) e, no município B, esse número é 6 mil (ou 60% dos nascidos vivos) no mesmo ano, a diferença de cobertura pré-natal entre A e B em t é de 10 pontos percentuais. Usando o coeficiente da cobertura pré-natal da coluna (1) da Tabela 1, esperaríamos que o município B teria, ao final do ano t , 8 mortes a menos de bebês menores de um ano do que o município A. Afinal, um aumento de 10 pontos percentuais estaria associado uma redução da taxa de mortalidade em $10 \times 0,08 = 0,8$ para cada mil nascidos vivos, ou 8 a cada 10 mil nascidos vivos.

⁶Explicitada, por exemplo, [aqui](#).

⁷Braço da Organização Mundial da Saúde (OMS) nas Américas, que deixou essa meta explícita [aqui](#).

Tabela 1. Relação entre Mortalidade Infantil e Cobertura Pré-Natal nos Municípios Brasileiros entre 2013 e 2022

| | (1) | (2) | (3) |
|----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Pré Natal | -0.08*** (0.01) | -0.08*** (0.01) | -0.08*** (0.01) |
| Gastos com Saúde/Hab | | -0.00 (0.00) | -0.00 (0.00) |
| Água Tratada | | | -0.01** (0.01) |
| Esgotamento | | | -0.00 (0.01) |
| Coleta de Lixo | | | -0.02** (0.01) |
| Média 2022 | 12.93 | 12.93 | 12.93 |
| Média 2013-2022 | 12.83 | 12.83 | 12.83 |
| Efeito Fixo Ano | ✓ | ✓ | ✓ |
| Efeito Fixo UF | ✓ | ✓ | ✓ |
| Num. obs. | 56016 | 54833 | 21372 |

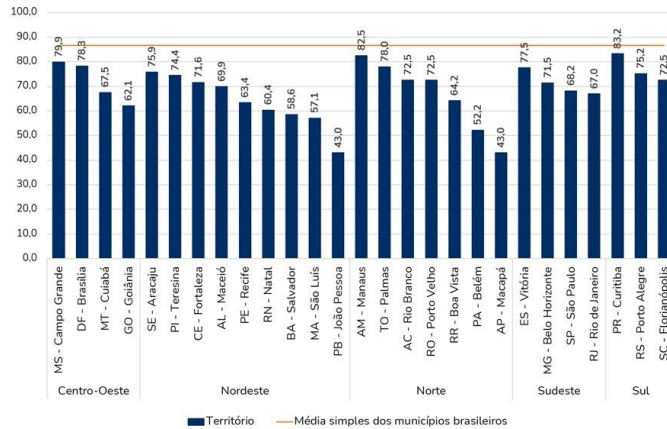
^{***} $p < 0.01$; ^{**} $p < 0.05$; ^{*} $p < 0.1$

Nota: Cada observação corresponde a um município em um ano de referência. Foram incluídos todos os municípios x anos para os quais as variáveis nas regressões estavam disponíveis. Diferenças de tamanho de amostra nas colunas (1), (2) e (3) são por conta da falta de disponibilidade de alguns indicadores para alguns municípios e anos. A variável dependente é o número de óbitos de crianças de até 1 ano para cada mil nascidos vivos a cada ano. Todas as regressões têm efeitos fixos de ano e UF e a variável explicativa Pré-Natal, que indica a proporção de nascidos vivos no ano de referência cujas mães receberam com sete ou mais consultas pré-natais durante a gestação, multiplicada por 100. Na coluna (2), é acrescentado como controle o total de gastos com saúde de cada município dividido pelo número de habitantes. Na coluna (3) são acrescentados controles de acesso a serviços de saneamento básico. São eles: percentual da população com acesso a água tratada, percentual da população com acesso a esgotamento sanitário no domicílio e percentual da população do município com acesso a serviços de coleta de lixo domiciliar ao menos 1 vez por semana.

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do Painel Imds Eleições.

que a poliomielite está voltando no mundo e o Brasil, por conta da baixa cobertura vacinal, foi classificado pela OMS como tendo risco altíssimo de ver o retorno da doença (ver reportagem da CNN de 08/06/2024 sobre o assunto [aqui](#)).

Figura 3. Cobertura vacinal da poliomielite (%) por Capitais, 2022



Nota: Imds/Open. O indicador representa a cobertura vacinal da poliomielite, a qual refere-se à proporção da população elegível (até 4 anos) que recebeu a vacina contra a poliomielite, no período de referência.

Discussão: Caminhos de Política Pública

Nas seções anteriores, mostramos que há capitais brasileiras com alta mortalidade infantil e com uma provisão ruim de serviços de atenção à saúde primária materno-infantil. Em particular, verificamos que há muitos municípios com baixa cobertura de atendimento pré-natal adequado e de vacinação contra poliomielite, um dos principais imunizantes do calendário vacinal brasileiro. Nessa seção, discutimos exemplos de políticas bem-sucedidas que tiveram como foco corrigir esses problemas e as lições que podem ser aproveitadas pelas prefeituras Brasil a fora. Dividimos essas políticas em dois grupos: as políticas completas de atenção primária e políticas voltadas para problemas específicos de saúde primária, tais como programas de vacinação.

Programas Completos de Atenção Primária. Existem exemplos latino-americanos bem-sucedidos de universalização da atenção primária materno-infantil no âmbito nacional na América Latina, tais como o Chile Crece Contigo [detalhes aqui](#) e o braço materno-infantil do programa Saúde da Família, no Brasil ([detalhes aqui](#)). Em termos locais, prefeituras também podem atuar equipando unidades básicas de saúde, melhorando serviços e otimizando atendimentos. Isso foi feito no âmbito do programa Mãe Curitibana Vale a Vida (mais informações sobre o programa [aqui](#)).

O programa Chile Crece Contigo ([detalhes aqui](#)) é um programa completo de atenção primária universal que se destaca por integrar vários serviços para gestantes e crianças até 5 anos, otimizando o encaminhamento. O programa tem

um braço de atenção primária a gestantes, o Programa de Apoio al Desarrollo Biopsicosocial (PADB). O programa inclui encontros periódicos, com uma meta de, no mínimo, 7 consultas pré-natais de 20 a 40 minutos e distribuição de materiais informativos. Essas consultas são usadas para realização de testes de depressão pré-parto, bem como fatores de risco para encaminhamento para as equipes de saúde e proteção social. Após o nascimento do bebê, o programa prevê a distribuição nos centros de saúde locais de kits que incluem berço, cobertores, porta bebês, brinquedos, roupas, produtos de higiene e leite em pó fortificado. Além dos aspectos de saúde, o programa tem um braço de assistência social voltado para as famílias 60% mais vulneráveis, que inclui visitas domiciliares de 1h desde o primeiro pré-natal com assistentes sociais e técnicos ligados à saúde orientados por um plano individualizado elaborado pelas equipes de saúde pública. Seguindo esse plano, os pais podem ser encaminhados para programas educacionais de mercado de trabalho conforme suas necessidades. O programa alcançou 70% de cobertura das gestações e partos do país 3 anos após sua implementação. Isso veio acompanhado de um aumento da cobertura dos serviços ligados ao programa, e melhorias sensíveis para os bebês atingidos, com redução de 16% na mortalidade fetal nos 3 anos subsequentes à implementação, redução de 3,7% na taxa de bebês nascidos abaixo do peso.

No Brasil, a expansão dos serviços de cuidado materno-infantil do programa Saúde da Família ([ver aqui](#)) trouxe melhorias substanciais para a saúde de mães e bebês. O programa foi criado em 1994 e, em 2002, atingia 70% dos municípios brasileiros. As equipes do Saúde da Família incluem um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um grupo de agentes comunitários de saúde. Cada equipe é responsável por cerca de 1000 famílias (ou 3500 pessoas) nas unidades básicas de saúde e por meio de visitas domiciliares mensais dos agentes comunitários de saúde. O braço de saúde materno-infantil inclui cuidados pré-natais e pós-parto. Ao interagir com as famílias, as equipes ensinam práticas de higiene, previnem potenciais riscos à saúde das crianças nos domicílios e identificam precocemente sinais de doenças mais complexas, encaminhando as famílias para os hospitais. Além disso, a partir de 2002 as equipes passaram a contar com os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), incluindo psicólogos e psicoterapeutas, acionados em caso de necessidade. Algumas equipes incluem outros profissionais, como dentistas. A adesão dos municípios ao programa causou um aumento de 16% no número de mulheres que realizaram mais de 7 consultas pré-natais e uma redução na mortalidade infantil (até 1 ano) de 36% até o 8º ano da implementação. Além disso, a mortalidade materna nos municípios contemplados também caiu, em média, 25% nos oito anos subsequentes ao ingresso no programa.

Municípios podem tomar iniciativas importantes de equipar as unidades básicas de saúde para a saúde materno-infantil, incentivando a realização de pré-natal e encaminhando gestantes de risco para cuidado especializado. Um programa municipal de sucesso nesse sentido é o Mãe Curitibana Vale a Vida (detalhes [aqui](#)), que é uma extensão do Mãe Curitibana. Em linhas gerais, o programa tem 3 componentes: planejamento familiar, cuidados no pré-natal, parto e puerpério e saúde infantil. Além de equipar as unidades básicas para realização dos exames importantes, o programa tem um sistema eletrônico de fácil utilização para a realização de consultas. Nos casos em que problemas são detectados, existe um sistema de compartilhamento de informações no sistema municipal a respeito de gestações de risco para que a gestante possa mais facilmente buscar ajuda em toda a rede. Além disso, as grávidas são indicadas para um programa de planejamento familiar, para vacinação da criança, entre outros programas. Quando o bebê nasce, são identificados aqueles que têm risco relacionado à saúde, que são acompanhados, por exemplo, por visitas domiciliares.

Políticas para Questões Específicas. Em adição às políticas mais amplas de ampliação da cobertura da saúde primária como um todo, existem ações que podem ser tomadas para resolver problemas específicos, tais como a baixa imunização. O Brasil já teve uma taxa de vacinação infantil bastante alta, cumprindo a meta de 95% de crianças vacinadas em 2015. No entanto, essa não é a realidade hoje nas capitais brasileiras. Antes de se cogitar o convencimento de pessoas contrárias à vacina, é possível aumentar as taxas de vacinação com lembretes aos pais, desde que isso seja feito de forma eficiente.

Em um experimento no estado indiano de Hayana, [Banerjee et al. \(2021\)](#) testaram várias combinações de políticas voltadas para incentivar a imunização. Esse contexto é interessante porque se parece com o brasileiro: existe estrutura de imunização e a maioria dos pais (cerca de 90%) concorda que imunizações são benéficas. No entanto, a taxa de crianças de 12 a 23 meses com o esquema de imunização completo é relativamente baixo, tendo caído de 62% entre 2007 e 2008 para 52.1% entre 2012 e 2013. Eles testam combinações de 3 tipos de políticas, em variados níveis de intensidade: lembretes de SMS para a próxima data de vacinação, pequenos incentivos monetários para cada visita e seleção de pessoas dentro dos vilarejos (difusores) para disseminar informações sobre vacinação. Eles encontram que os difusores de informação dentro do vilarejo não são efetivos per se, mas magnificam os efeitos das outras políticas. A combinação mais efetiva foi o envio de lembretes de SMS para a visita seguinte, difusores nos municípios e pequenos incentivos monetários que cresciam a cada visita (aumento de 44% no número de imunizações). A combinação mais efetiva em termos de dólar por vacinação

foi a combinação de difusores com mensagens de SMS (aumento de 9.1% no número de imunizações por dólar).

Lições que Ficam. Os dados mostram um cenário de alta mortalidade infantil e níveis alarmantes de sub-provisão de dois serviços importantes: a cobertura pré-natal adequada e a vacinação contra a poliomielite. Mostram também, que existem experiências com soluções factíveis – tanto em termos de melhorias da atenção pré-natal, quanto em relação a estímulos efetivos à vacinação. Como as prefeituras são, em grande medida, responsáveis pela operacionalização da atenção primária, medidas neste sentido estão em seu escopo de atuação. Isso torna a saúde de gestantes e crianças um ponto de atenção importante no contexto de eleições municipais.

Referências Bibliográficas

- Banerjee, A., Chandrasekhar, A. G., Dalpath, S., Duflo, E., Floretta, J., Jackson, M. O., and Kannan, H. (2021). Selecting the most effective nudge: Evidence from a large-scale experiment on immunization. *National Bureau of Economic Research*.
- Bhalotra, S., Rocha, R., and Soares, R. R. (2020). Can Universalization of Health Work? Evidence from Health Systems Restructuring and Expansion in Brazil. *IEPS Working Paper*.
- Carvalho, D. S. D. and Soares, R. R. (2004). Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cadernos de Saúde Pública*, 20:S220-S230.
- Clarke, D., Méndez, G. C., and Sepúlveda, D. (2020). Growing Together: Assessing Equity and Efficiency in a Prenatal Health Program. *Journal of Population Economics*, 33:883-956.
- Rocha, R. and Soares, R. (2010). Evaluating the Impact of Community-Based Health Interventions: Evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Economics*, 19(S1):126-158.
- World Health Organization (2016). Who recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Technical report, World Health Organization.