

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
PÚBLICA

Fabiene Silva Batista Rosa Guasch

O IMPACTO DAS POLÍTICAS DIRECIONADAS À PRIMEIRA
INFÂNCIA SOBRE O ÍNDICE DE MORTALIDADE INFANTIL NO RIO
GRANDE DO SUL

Santa Maria, RS

2022

Fabiene Silva Batista Rosa Guasch

**O IMPACTO DAS POLÍTICAS DIRECIONADAS À PRIMEIRA INFÂNCIA SOBRE
O ÍNDICE DE MORTALIDADE INFANTIL NO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Administração Pública da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Administração Pública**.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Kalinca Léia Becker

Santa Maria, RS

2022

Guasch, Fabiene Silva Batista Rosa
O IMPACTO DAS POLÍTICAS DIRECIONADAS À PRIMEIRA
INFÂNCIA SOBRE O ÍNDICE DE MORTALIDADE INFANTIL NO RIO
GRANDE DO SUL / Fabiene Silva Batista Rosa Guasch.- 2022.
72 p.; 30 cm

Orientador: Kalinca Léia Becker
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Administração Pública, RS, 2022

1. Mortalidade Infantil 2. Políticas Públicas 3.
Avaliação 4. Programa Primeira Infância Melhor 5. Programa
Criança Feliz I. Becker , Kalinca Léia II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, FABIENE SILVA BATISTA ROSA GUASCH, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Fabiene Silva Batista Rosa Guasch

**O IMPACTO DAS POLÍTICAS DIRECIONADAS À PRIMEIRA INFÂNCIA SOBRE
O ÍNDICE DE MORTALIDADE INFANTIL NO RIO GRANDE DO SUL**

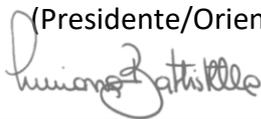
Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Administração Pública da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Administração Pública.**

Aprovada em 22 de março de 2022:



Kalinca Léia Becker, Dra. (UFSM) – Videoconferência

(Presidente/Orientadora)



Luciana Flores Battistella, Dra. (UFSM) - Videoconferência



**Jaqueline Severino da Costa, Dra. (UFLA) –
Videoconferência**

Santa Maria/RS

2022

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho especialmente ao meu querido e amado, eternamente, pai, Adroaldo Veloso Batista Rosa (in memoriam), e a minha querida e amada mãe, Emília Silva Batista Rosa, agradeço a vocês pela educação, proteção, disciplina, cuidado e amor incondicional. Reconheço que vocês são a minha base - a razão do meu ser. Nenhuma conquista seria possível na minha vida, abaixo de Deus, sem os seus ensinamentos! Vocês e a nossa família são o meu alicerce de vida. Obrigada por tê-los como pais!

AGRADECIMENTOS

Agradeço, sobretudo, à Deus, a Ele dedico toda a minha gratidão e sem Ele jamais conseguiria! Agradeço também ao meu esposo Alejandro e a minha filha Giulia pelo apoio, parceria, paciência, cuidado e dedicação a nossa família durante essa minha fase do mestrado. Ainda nesse contexto, quero deixar minha gratidão a querida professora Rita Inês Paetzhold Pauli – UFSM- que teve extrema importância na minha trajetória, com a sua sapiência de me incentivar a fazer a pós-graduação, tendo em vista que sempre que me encontrava nos corredores do departamento de economia, no qual faço a minha segunda graduação, me dizia: “você tem que crescer verticalmente na área acadêmica”. Tenho também gratidão pela oportunidade e dádiva de poder desenvolver esse trabalho com a minha orientadora, professora Kalinca Léia Becker, enalteço o seu apoio, direcionamento e cuidado à dissertação. Obrigada também a professora Luciana Flores Battistella (UFSM) e a professora Jaqueline Severino da Costa – Universidade Federal de Lavras (UFLA)- por participarem desse momento tão especial na minha vida. E a professora Kelmara Mendes Vieira (coordenadora), uma profissional empenhada e dedicada aos alunos e ao curso. Todas vocês são mulheres talentosas e mentes brilhantes, as quais se dedicam à educação e à ciência, fazendo, pois, toda diferença no meio acadêmico. Me sinto lisonjeada de tê-las como mestres. Agradeço também a todo o corpo de docentes e a coordenação do programa de pós-graduação em administração pública da UFSM.

RESUMO

O IMPACTO DAS POLÍTICAS DIRECIONADAS À PRIMEIRA INFÂNCIA SOBRE O ÍNDICE DE MORTALIDADE INFANTIL NO RIO GRANDE DO SUL

AUTORA: Fabiene Silva Batista Rosa Guasch

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Kalinca Léia Becker

A mortalidade infantil é um problema de saúde coletiva agravado pelas disparidades socioeconômicas de um país. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) ressalta que os índices de mortalidade infantil entre os anos de 2000 a 2019 tiveram uma significativa redução no Brasil de acordo com a projeção da população feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013). A variação foi de 29,02 por mil nascidos vivos no ano 2000 para 13,82 no ano de 2015. Esse indicador social retrata a realidade de famílias que vivem em situação de vulnerabilidade socioeconômica e evidencia a necessidade de políticas públicas para o enfrentamento do problema. Nesse contexto, o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) e o Programa Criança Feliz (PCF), um de âmbito estadual e outro de abrangência nacional, visam promover a atenção integral e o cuidado voltado para a primeira infância. Estes programas possuem ações articuladas nas áreas da saúde, da educação, da assistência social, dos direitos humanos e da cultura, tendo como público prioritário: crianças, gestantes e famílias em situação de vulnerabilidade social. Diante do exposto, o estudo buscou analisar o impacto das políticas voltadas para a primeira infância (PIM e PCF) sobre a mortalidade infantil nos municípios do Rio Grande do Sul. Desse modo, os objetivos apresentados nesse trabalho foram: analisar a distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil no território gaúcho, comparando seus valores nos municípios participantes e não participantes do PIM e do PCF; correlacionar a taxa de mortalidade infantil com os gastos com saúde e o PIB *per capita* dos municípios e, por fim, avaliar se a intervenção da política pública do PIM e do PCF contribuiu para a redução da taxa de mortalidade infantil no Rio Grande do Sul. Para isso, foi realizado, primeiramente, a Análise Exploratória de Dados Espaciais (AEDE) a fim de observar a distribuição dessa taxa nos municípios. Após, foi aplicada a metodologia de Diferenças em Diferenças (DD). No que concerne aos resultados, os programas de assistência infantil obtiveram um impacto estimado de -0,266 para o PIM e de -0,612 para o PCF, o que indica que as políticas públicas estão contribuindo para reduzir a taxa de mortalidade no território gaúcho. Assim, os resultados desse estudo podem contribuir para identificar caminhos para o aperfeiçoamento das ações públicas voltadas ao público infantil em famílias de vulnerabilidade.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil. Políticas Públicas. Avaliação. Programa Primeira Infância Melhor. Programa Criança Feliz.

ABSTRACT

THE IMPACT OF POLICIES AIMED AT EARLY CHILDREN ON THE INFANT MORTALITY INDEX IN RIO GRANDE DO SUL

AUTHOR: Fabiene Silva Batista Rosa Guasch

ADVISOR: Prof^a. Dr^a. Kalinca Léia Becker

Infant mortality is a collective health problem exacerbated by the socioeconomic disparities of a country. The World Health Organization (WHO, 2020) points out that infant mortality rates between 2000 and 2019 had a significant reduction in Brazil, according to the population projection made by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE, 2013). The variation was from 29.02 per thousand live births in 2000 to 13.82 in 2015. This social indicator portrays the reality of families living in a situation of socioeconomic vulnerability and highlights the need for public policies to face the problem. In this context, the Better Early Childhood Program (PIM) and the Happy Child Program (PCF), one at the state level and the other nationwide, aim to promote comprehensive care and care focused on early childhood. These programs have articulated actions in the areas of health, education, social assistance, human rights and culture, with a priority audience: children, pregnant women and families in situations of social vulnerability. Given the above, the study sought to analyze the impact of policies aimed at early childhood (PIM and PCF) on infant mortality in the municipalities of Rio Grande do Sul. Thus, the objectives presented in this work were: to analyze the spatial distribution of the infant mortality rate in the territory of Rio Grande do Sul, comparing its values in the participating and non-participating municipalities in the PIM and the PCF; to correlate the infant mortality rate with health expenditures and the GDP per capita of the municipalities and, finally, to assess whether the intervention of the PIM and PCF public policy contributed to the reduction of the infant mortality rate in Rio Grande do Sul. For this, the Exploratory Analysis of Spatial Data (AEDE) was carried out in order to observe the distribution of this rate in the municipalities. Afterwards, the Differences in Differences (DD) methodology was applied. Regarding the results, the child assistance programs had an estimated impact of -0.266 for the PIM and -0.612 for the PCF, which indicates that public policies are contributing to reduce the mortality rate in the territory of Rio Grande do Sul. Thus, the results of this study can help to identify ways to improve public actions aimed at children in vulnerable families.

Keywords: Infant Mortality. Public policy. Evaluation. Better Early Childhood Program. Happy Child Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Matrizes de ponderação espacial	28
Figura 2 - Média de óbitos de crianças de 0 < 4 anos dos municípios participantes do PIM ..	32
Figura 3 - Média de óbitos de 0 < 4 anos dos municípios participantes do PCF	33
Figura 4 - A, B, C, D - Mapa de quantile da taxa de mortalidade infantil entre crianças de 0 < 4 anos de idade para 1.000 habitantes entre os municípios gaúchos	34
Figura 5 - <i>I</i> de Moran local univariado local da taxa de mortalidade infantil de 0 < 4 anos entre os municípios gaúchos.....	36
Figura 6 - Distribuição geográfica do Primeira Infância Melhor – PIM (2003- 2006- 2010-2019)	39
Figura 7 - Distribuição geográfica do Programa Criança Feliz – PCF (2016 – 2019).....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição das variáveis	30
Tabela 2 - Número de municípios por intervalo de óbitos de $0 < 4$ anos	35
Tabela 3 - Número de cidades nos clusters do <i>I</i> de Moran local.....	37
Tabela 4 - Recorte temporal do Primeira Infância Melhor – PIM.....	40
Tabela 5 - Recorte temporal do Programa Criança Feliz – PCF	42
Tabela 6 – Matrizes de contiguidade de Índice de Moran Local para a taxa de mortalidade em menores de cinco anos no Rio Grande do Sul (2000-2006-2010-2019)	43
Tabela 7- Impacto das políticas voltadas para a primeira infância (PIM/PCF) sobre a taxa da mortalidade infantil (TMI) no RS – 2000 a 2019.....	47
Tabela 8 - Síntese dos resultados do impacto dos programas de assistência à criança (PIM/PCF) sobre a taxa de mortalidade infantil (TMI) no RS – 2000 a 2019.....	44
Tabela 9 - Impacto das políticas voltadas para a primeira infância (PIM/PCF) sobre a taxa de mortalidade infantil (TMI) no RS no início do programa Primeira Infância Melhor (PIM) usando a covariada gasto com saúde (2000-2019).....	61
Tabela 10 - Impacto das políticas voltadas para a primeira infância (PIM/PCF) sobre a taxa da mortalidade infantil (TMI) no RS no início do programa Primeira Infância Melhor (PIM) usando as covariadas gasto com saúde e PIB <i>per capita</i> (2000-2019).....	61
Tabela 11 - Impacto das políticas voltadas à primeira infância (PIM) sobre a taxa da mortalidade infantil (TMI) no RS no início do programa Primeira Infância Melhor (PIM) durante o recorte 2000-2019.....	62
Tabela 12 - Impacto da política direcionada à primeira infância (PIM) sobre a taxa da mortalidade infantil (TMI) no RS no início do programa Primeira Infância Melhor (PIM) usando as covariadas gasto com saúde e PIB <i>per capita</i> (2000-2019).....	62
Tabela 13 - Impacto da política voltada à primeira infância (PIM) sobre a taxa da mortalidade infantil (TMI) no RS no início do programa Primeira Infância Melhor (PIM) usando as covariadas PIB <i>per capita</i> , gasto com saúde e PCF (2000-2019).....	63
Tabela 14 - Impacto da política voltada à primeira infância (PIM) sobre a taxa da mortalidade infantil (TMI) no RS no início do programa Primeira Infância Melhor (PIM) usando as covariadas gasto com saúde e PCF (2000-2019).....	64

Tabela 15 - Impacto da política voltada à primeira infância (PCF) sobre a taxa da mortalidade infantil (TMI) no RS no início do programa Criança Feliz (PCF) durante o recorte de 2000 a 2019	64
Tabela 16 - Impacto das políticas voltadas para a primeira infância (PCF) sobre a taxa da mortalidade infantil (TMI) no RS no início do programa Criança Feliz (PCF) usando as covariadas PIB <i>per capita</i> e gasto com saúde (2000-2019)	65
Tabela 17 - Impacto das políticas voltadas para a primeira infância (PCF) sobre a taxa da mortalidade infantil (TMI) no RS no início do programa Criança Feliz (PCF) usando as covariadas PIB <i>per capita</i> , gasto com saúde e PIM (2000-2019)	65
Tabela 18 - Impacto da política voltada para a primeira infância (PCF) sobre a taxa da mortalidade infantil (TMI) no RS no início do programa Criança Feliz (PCF) usando as covariadas gasto com saúde e PIM durante o recorte de 2000-2019.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEDE	Análise Exploratória de Dados Espaciais
DD	Diferença em Diferença
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDI	Índice de Desenvolvimento Infantil
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NCPI	Núcleo Ciência Pela Infância
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCF	Programa Criança Feliz
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIB	Produto Interno Bruto
PIM	Primeira Infância Melhor
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNAISC	Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Criança
PPC	Paridade de Poder de Compra
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SisPIM	Sistema de Informação do Primeira Infância Melhor
SNAS	Secretária Nacional de Assistência Social
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 A CARACTERIZAÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL EM MENORES DE CINCO ANOS DE IDADE E DOS PROGRAMAS DA PRIMEIRA INFÂNCIA NO RIO GRANDE DO SUL	16
1.2 PROBLEMA	17
1.3 OBJETIVOS	20
1.3.1 Objetivo Geral	21
1.3.2 Objetivos Específicos	21
1.4 JUSTIFICATIVA.....	21
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
3. METODOLOGIA	26
3.1 Análise exploratória de dados espacial (AEDE).....	26
3.2 Avaliação de impacto por meio de diferenças em diferenças (DD).....	28
3.2.1 Dados e variáveis	30
3.2.2 Legendas e descrição das variáveis utilizadas	30
4. RESULTADOS	31
4.1 Análise exploratória de dados espaciais.....	31
4.1.2 Análise da distribuição espaço-temporal da taxa de mortalidade infantil em crianças de 0<4 anos para o grupo controle e tratamento no território gaúcho (2000-2006-2016-2019)	33
4.1.3 Mapas de Clusters Lisa para a taxa de mortalidade infantil em crianças de 0 < 4 anos	35
4.1.4 Distribuição Espacial do Programa Primeira Infância Melhor – PIM (2000-2006-2016-2019)	37
4.1.5 Distribuição Espacial do Programa Criança Feliz – PCF (2016-2019)	40
4.1.6 Critério de elegibilidade para a escolha da matriz de contiguidade para o tratamento da variável dependente – I de Moran	42
4.2 Diferenças em diferenças (DD).....	46
5. CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIA	48

APÊNDICE –TABELAS DAS ANÁLISES DAS DIFERENÇAS EM DIFERENÇAS...60

1. INTRODUÇÃO

Os direitos da infância e da juventude estão previstos no Art. 227º da Constituição Federal (1988) e no Art. 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90), com o ideal de proteção integral à criança e ao adolescente, enquanto sujeito de direito com o princípio de prioridade absoluta. Assim, cabe ao Estado o dever de formular políticas públicas e de desenvolver programas e serviços para os cuidados com a primeira infância.

No Brasil, o primeiro estado a implementar uma política pública de caráter transversal voltada ao público infantil foi o Rio do Grande Sul, em 2006¹, com a criação do Programa Infância Melhor (PIM). O programa promove um conjunto de ações destinadas às famílias em situação de extrema pobreza, com filhos na faixa etária de zero a seis anos de idade, objetivando promover o pleno desenvolvimento das habilidades físicas, intelectuais, psicológicas e sociais das crianças- capacitações que são essenciais na infância e que repercutem em todo o ciclo de vida do indivíduo.

Outrossim, essa intervenção influencia o nível de bem-estar desse público-alvo, visando a melhoria da qualidade de vida dessas crianças consoante ao seu contexto social. Dessa forma, essas ações são implementadas por meio de visitas domiciliares semanais, as quais promovem o fortalecimento de vínculos familiares e aprimoram a forma dos pais e/ou dos responsáveis de educar e de cuidar das crianças. O programa também faz a integração com a área da saúde, da educação e da assistência social que, paralelamente, desenvolve práticas específicas para os cuidados com a primeira infância.

Um estudo realizado pelo Centro de Referência Latinoamericano de Educación Preescolar evidenciou que o PIM melhorou os indicadores de socioafetividade, de motricidade, de cognitividade e de linguagem das crianças atendidas pela política (CELEP, 2010). Desse modo, esse programa tem uma relevância social no âmbito estadual, o que, conseqüentemente, favoreceu a ampliação dessa política pública e, aliado a outras instituições internacionais, serviu de inspiração² para a implementação do Programa Criança Feliz (PCF).

Além do PIM, o Programa Criança Feliz tem a sua estruturação alicerçada neste princípio norteador: promover os “Cuidados para o Desenvolvimento da Criança” (CDC)

¹Consolidada a Lei Estadual n.º12.544 em 03 de julho de 2006. Como política estadual de promoção e desenvolvimento à primeira infância.

² Informações disponível em: <http://www.pim.saude.rs.gov.br/site/o-pim/o-que-e/>.

– UNICEF/OPAS³, em consonância com a Base Nacional Curricular Comum (BNCC), na qual estão inseridas as propostas para o ciclo da Educação Infantil. Ademais, “o projeto tem aspectos intersetoriais em virtude das diversas políticas públicas nas áreas de Assistência Social, de Educação, de Saúde, de Cultura e de Direitos Humanos” (MDS-BR, 2017).

Sob essa perspectiva, o PCF é um programa, do governo federal, de cuidados com a primeira infância, instituído pelo Decreto nº 8.869, de 5 de outubro de 2016, e alterado pelo Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018, coordenado pelo Ministério da Cidadania, em parceria com a Secretaria Especial do Desenvolvimento Social (SNPDH), com a finalidade de promover o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância e das suas famílias.

Trata-se de uma ferramenta importante no que tange às especificidades dos seis primeiros anos de vida da criança, tendo em vista que essa é uma fase determinante para o aprimoramento da capacidade cognitiva e da sociabilidade, à princípio, no âmbito infantil, e, por conseguinte, no âmbito do desenvolvimento humano em si. Dessa maneira, o programa dispõe-se a cuidar de gestantes e de crianças de até setenta e dois meses, e de suas famílias, priorizando, assim, as beneficiárias do Programa Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada, além das crianças de até setenta e dois meses afastadas do convívio familiar em razão da aplicação de uma medida de proteção prevista no art. 101, caput, incisos VII e VIII, da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Nesse contexto, a iniciativa aborda a multidimensionalidade da infância marcada por experiências importantes para a aquisição socioafetiva, cognitiva, física e emocional do indivíduo, e propicia o desenvolvimento desse vínculo com o papel protetor da família.

Essa proposta, por sua vez, também contempla a Proteção Social Básica (PSB) e a Proteção Social Especial (PSE) - medidas legais - para as crianças, e suas famílias, que vivem em situação de vulnerabilidade e de risco social, e renova, ainda, os compromissos do Brasil com o objetivo de alcançar o desenvolvimento sustentável⁴ perante o enfrentamento da pobreza.

Ademais, esse dispositivo legal qualificou-se como um avanço em termos de arcabouço jurídico pela Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, pois foi considerado o marco legal da primeira infância, consolidando, portanto, o princípio constitucional de

³ Fundo das Nações Unidas para a Infância/ Organização Pan-Americana de Saúde (UNICEF/OPAS).

⁴ Na agenda 2030 os representantes dos 197 Estados-membros da ONU, em 2015, elencaram 17 objetivos de desenvolvimento para mudar o mundo, dos quais, dentre eles, erradicar a pobreza é o primeiro da lista.

maior interesse da criança e do adolescente na óptica civil da proteção integral, com a absoluta prioridade especificada não só no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, mas também no Código Penal Brasileiro e na consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

O Programa Criança Feliz fortalece a trajetória brasileira de enfrentamento da pobreza com a redução de vulnerabilidades e das desigualdades, e potencializa a integração do acesso à renda, por meio da inclusão em serviços e em programas. Aliando-se a isso esse projeto permite, ainda, a renovação dos compromissos do Brasil com atenção às crianças com deficiência beneficiárias do BPC e as suas famílias, e também às crianças privadas do convívio familiar, acolhidas em serviços público e as suas famílias – que são o público prioritário do Programa (SUAS, p.6, 2017).

As consequências da conjuntura social da pobreza infantil são observáveis no campo acadêmico, por meio de pesquisas científicas e de dados que serão apresentados ao longo desse trabalho, como o estudo do Ministério da Saúde (MS, 2019) que analisou a mortalidade infantil e observou que as taxas de mortalidade, em crianças menores de cinco anos, representam, fidedignamente, o painel sócio-político-cultural da sociedade brasileira, tendo em vista que retratam a qualidade dos serviços de saúde, de saneamento básico e de educação no Brasil.

Martins e Pontes (2020) evidenciam que, caso não haja políticas públicas, em relação às condições quer seja de vida, quer seja do habitat, adequadas as diversas realidades existentes, os impactos dessas diferenças só agravarão a conjuntura da mortalidade infantil.

Além disso, um estudo da neuroeducação sobre o Impacto do Desenvolvimento na Primeira Infância sob a Aprendizagem, realizado pelo Comitê Científico do Núcleo de Ciência pela Infância (NCPI, 2014), expõe, em síntese, a relevância do processo do investimento público para o desenvolvimento da aprendizagem na primeira infância. Em outras palavras, essa pesquisa salienta que proporcionar condições favoráveis para o desenvolvimento infantil em uma população vulnerável, nos seus primeiros anos de vida, é eficiente, pois potencializa consequências futuras no que tange à capacidade cognitiva, e mitiga problemas sociais como a evasão escolar e a criminalidade.

Em seguida, o estudo pontua que a educação é um fator primordial para o aprendizado no seu processo de aquisição, de apropriação e de construção da capacidade de aprender, frisando, portanto, que o ciclo de vida, entre zero a seis anos de idade, é uma fase essencial para o desenvolvimento de estruturas cerebrais e de capacidades fundamentais que permitirão o aprimoramento de habilidades futuras mais complexas.

Assim, evidencia-se a importância de ações públicas direcionadas aos cuidados com a primeira infância, objetivando também corroborar com a disponibilização das condições intelectuais básicas de inserção ideal desses indivíduos no mercado de trabalho.

Portanto, este trabalho vai ao encontro da conjuntura exposta acima por ter como principal objeto de estudo as políticas públicas do Programa Primeira Infância Melhor (PIM) e do Programa Criança Feliz (PCF) que trabalham conjuntamente no estado do Rio Grande do Sul dando ênfase ao cuidado com a primeira infância.

1.1 A CARACTERIZAÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE EM MENORES DE CINCO ANOS DE IDADE E DOS PROGRAMAS DA PRIMEIRA INFÂNCIA NO RIO GRANDE DO SUL: O PIM E O PCF

A taxa de mortalidade em menores de cinco anos de idade estima o risco de morte dos nascidos vivos durante os cinco primeiros anos de vida (RIPSA, 2008). Esse indicador visa contribuir na avaliação da saúde e do nível socioeconômico dessa população, sendo comparado a parâmetros nacionais e internacionais. Isso, por sua vez, auxilia no desenvolvimento do planejamento, da gestão, da avaliação e, se necessário, da implementação de políticas de prevenção ao óbito infantil - como ações de acompanhamento especializado no pré-natal e no parto, e de proteção à saúde das crianças no decorrer da vida, para evitar situações de desnutrição e infecções, e garantir um suporte médico durante o crescimento do indivíduo.

Sob esse prisma, o estado do Rio Grande do Sul tem duas políticas públicas estratégicas - o PIM e o PCF - ambas compartilhando o mesmo propósito: promover o desenvolvimento infantil e o cuidado na atenção à saúde de crianças até cinco anos de idade. O programa Primeira Infância Melhor - PIM, coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde, vem atuando de forma ininterrupta desde 2003, com visitas semanais às gestantes e às crianças menores de cinco anos, tendo como prioridade famílias em situação de vulnerabilidade social com adesão voluntária. Esse programa mostrou resultados positivos no que tange ao desenvolvimento da motricidade infantil e à melhora das habilidades cognitivas, socioafetivas, linguísticas e comunicacionais das crianças, além do aprimoramento do relacionamento familiar, principalmente do vínculo entre a mãe (e/ou cuidadora) com o filho(a).

Mediante essa conjuntura, e com ênfase na promoção dos direitos da infância, o programa serviu para a União como um *benchmarking* para desenvolver e implementar

uma política pública intersetorial de abrangência nacional, conhecida como Programa Criança Feliz (PCF) - marco da primeira infância, instituída em 2016. A adesão ao programa é constituída por meio da pactuação interfederativa com a adesão voluntária dos estados e dos municípios, coordenada pela Secretaria Especial do Desenvolvimento Social, vinculada ao Ministério da Cidadania. Em 2017 houve a integração desses programas no estado, mantendo, porém, a gestão dos programas distinta: o PIM sendo coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde e o PCF sendo coordenado pela Secretaria Estadual de Igualdade, Cidadania, Direitos Humanos e Assistência Social.

Cabe salientar que os dados analisados sobre o PIM são oficiais da sua base SisPIM, cedidos, gentilmente, pela coordenação atual do programa e sua equipe para a realização desse trabalho. Nesse sentido, a variável de resultado é a mortalidade infantil – óbitos por causas evitáveis na faixa etária de $0 < 4$ anos no recorte temporal de 2000 a 2019.

1.2 PROBLEMA

As restrições de renda, associadas à condição de pobreza, afetam diretamente muitas dimensões da vida do indivíduo, como alimentação e saúde. Essa condição, se vivenciada na infância, pode ter proporções ainda maiores, pois afeta o processo de desenvolvimento da criança, com consequências ao longo de todo seu ciclo de vida (ESPINDOLA et al.2017).

Neste contexto, Heckman (2013) salienta que fomentar o desenvolvimento humano na primeira infância é uma ação importante de prevenção que deve ser conduzida pelo governo como uma estratégia de crescimento econômico, isso porque investir nessa fase de vida, entre zero e seis anos, pode contribuir para reduzir a desigualdade - tendo em vista que esse é um período fundamental para a construção de habilidades cognitivas e não cognitivas, as quais, por sua vez, quando não estimuladas, podem afetar as etapas subsequentes da vida adulta, como a inserção do indivíduo no mercado de trabalho.

Segundo Cunha e Heckman (2007), as crianças de famílias em situação de vulnerabilidade social são mais propensas ao risco de permanecer na pobreza e de se envolver na criminalidade.

O panorama da pobreza tem consequências que vão além de condições materiais, tendo em vista que afetam não só o estado psicológico das mães, desencadeando estresse e depressão, mas também, na gestação, o processo cognitivo do bebê e da criança

(BLAIR; RAVER, FERNALD; GOSLINER, VAN ROSSEM; PANNECOUKE, 2016, 2019, 2019).

O estudo de Wendland (2016), no campo da neurociência, enfatiza que problemas como o financeiro, o de habitação, a falta de apoio emocional, a falta de assistência social, os problemas conjugais, além de outras preocupações no período gestacional, causam interações biocomportamentais perinatais ativas entre a mãe e o feto que poderão ser, futuramente, consideradas desafios para o desenvolvimento da criança ao longo da primeira infância, afetando, por conseguinte, a vida do indivíduo.

Conforme o Ministério da Saúde, o Brasil atingiu, em 2019, um número de 41.037 óbitos de crianças com menos de cinco anos por causas relacionadas à pobreza, as quais poderiam ser evitadas, representando 67,2% das mortes infantis no País, concentrando-se, principalmente, nas regiões Sudeste com 36,3% e Nordeste com 31,5% (Saúde Brasil, 2019).

Ainda nessa perspectiva, Gonçalves et al. (2013) expõe que as desigualdades socioeconômicas, a escassez de renda e a falta de condições adequadas de vida são fatores de risco que impedem uma parcela de crianças de completarem um ano de idade, corroborando, assim, com os índices de mortalidade infantil acima da média no país.

Vale destacar que apenas no final do século XX o Estado brasileiro assumiu um papel em relação à garantia dos direitos sociais, sendo isso, hodiernamente, um dever que está previsto no artigo 6º da Constituição Federal (Brasil, 1988). Isso, pois, o País incluiu na narrativa direitos como a educação, a saúde, além de outros, os quais preveem a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados para que, assim, seja cumprido o Estado Democrático de Direito e garantido o bem-estar da sociedade. Sob essa perspectiva, Mendonça (2002) destaca a importância da inclusão de medidas de assistência social na agenda política do Brasil, como uma ação de intervenção do Estado, para que haja o combate à desigualdade e o incentivo à mobilidade social na vida de famílias e de crianças que se encontram em ambientes de risco social, promovendo, então, um processo de desenvolvimento equitativo no país.

Nesse aspecto, desde então, diversas políticas sociais e ações governamentais foram implementadas na intencionalidade de combater a extrema pobreza social no País. Um exemplo disso é o Programa Bolsa Família, criado em 2003, que atende famílias em situação de vulnerabilidade com crianças em fase escolar, o qual, no estado do Rio Grande do Sul, detêm 392.208 beneficiários (Portal da Transparência, 2019). Esse cenário

também pode ser caracterizado pelo Atlas Brasil ⁵(2017), com dados específicos desse público no Rio Grande do Sul, os quais evidenciam que 12,42% da população gaúcha recebe uma renda domiciliar inferior à R\$ 225,00 (a preços de agosto/2010) e 2,94% desse grupo vive em situação de extrema pobreza com renda domiciliar per capita mensal inferior a R\$ 70,00 (a preços de agosto/2010).

Nesse cenário, de acordo com o IBGE (2019), a situação de desigualdade de renda no estado do Rio Grande do Sul, observada pelo índice de Gini, em 2018, configurava-se em 0,485, o que se caracteriza como uma situação de significativa vulnerabilidade social, pois quanto maior esse valor for, mais alto é o nível de desigualdade entre os indivíduos. Outrossim, o Atlas da Vulnerabilidade Social nos Municípios brasileiros (IPEA, 2015), com base nos dados censitários em relação à proporção de pessoas com renda domiciliar per capita igual ou inferior a meio salário mínimo (2010), expõe que havia, no ano de 2000, 34,45% da população gaúcha nessa condição, e, em 2017, essa taxa foi reduzida para 12,48%.

O enfrentamento das causas desse problema social vai ao encontro do que é proposto pela Organização Pan-Americana da Saúde em seu Resumo sobre o Panorama Regional e o Perfil do Brasil:

A nova agenda para o Desenvolvimento Sustentável integra essas três dimensões – chave: a econômica, a social e a ambiental. Suas metas transcendem o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) porque reconheceu de modo explícito que a erradicação da pobreza e das desigualdades, o desenvolvimento econômico inclusivo e a preservação do planeta estão concatenados e são a chave e o bem-estar da população de todo o planeta (OPAS/OMS Brasil, 2017, p.19).

Todo esse contexto contribuiu para que os governos atuassem de forma regionalizada, por meio de agendas políticas com instrumentos de organização de ações locais para o desenvolvimento infantil. Assim, alguns programas voltados para a primeira infância foram sendo desenhados e implementados nos últimos anos, como o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) – que teve início em 1996, apoiado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), a fim de combater o trabalho infantil em carvoarias na região de Três Lagoas /MS, o qual, por conseguinte, foi ampliado para todo o país - e o Programa Brasil Carinhoso (2012), com princípios e diretrizes para o

⁵ O Atlas Brasil é um instrumento que visa democratizar o acesso às informações no âmbito municipal, metropolitano e nacional.

investimento na primeira infância, ambos de âmbito federal, sendo prioridade no contexto político e servindo de base para que os municípios e os estados elaborassem políticas públicas próprias.

Além disso, surgiram políticas públicas, desenvolvidas pela Fundação Carlos Chagas, como a pesquisa de Políticas sociais de atendimentos às crianças e aos adolescentes no Brasil (Passone e Perez, 2010), que contribuiu com um recorte histórico acerca das características administrativas, da participação do estado na elaboração de leis, da reformulação de políticas e do fortalecimento da sociedade civil na atuação de políticas sociais.

Sucessivamente outras ações foram sendo criadas pelos entes federados e pelos seus governos, inspirados pela iniciativa da União, como: o Programa São Paulo Carinhosa, em São Paulo, Mãe Coruja, em Pernambuco, e Primeira Infância Melhor (PIM), no estado do Rio Grande do Sul, todos dando ênfase, sobretudo, na primeira infância e na erradicação da pobreza – obstáculo para o pleno desenvolvimento infantil.

Nessa perspectiva, o Primeira Infância Melhor (PIM) mostrou-se como um plural de políticas públicas de ações transversais para a promoção do desenvolvimento integral da primeira infância, contemplando a família, a gestante e a comunidade, tornando-se lei estadual em 2006. O êxito e a eficiência do Programa Primeira Infância Melhor (PIM) serviu de base para a implementação do Programa Criança Feliz - primeira política pública federal de atuação intersetorial, conhecida como o Marco da Primeira Infância, a qual contempla as crianças e os adolescentes em sua plenitude de direitos – como sujeitos de prioridade absoluta, sendo esses programas o objeto de estudo desse trabalho.

Logo, tendo em vista que essas políticas públicas preveem a importância do investimento na primeira infância para criar o alicerce no ciclo de vida desses indivíduos, as crianças, ao serem acompanhadas nessa fase, poderão ter potencializados os benefícios permanentes no que tange às competências do seu desenvolvimento, associado ao processo de aprendizado, os quais poderão mitigar as adversidades acerca das circunstâncias da pobreza extrema e oportunizar, assim, uma vida adulta próspera e uma sociedade sustentável. Com isso, a centralidade da presente investigação científica consiste em analisar o impacto das políticas direcionadas à primeira infância na conjuntura de vida dos beneficiários.

Diante deste contexto, este estudo busca responder o seguinte questionamento: as políticas direcionadas à primeira infância, PIM e PCF, foram capazes de gerar resultados

no que tange à redução dos índices de mortalidade nos municípios do estado do Rio Grande do Sul?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar o impacto das políticas públicas voltadas para a primeira infância (PIM e PCF) sobre a mortalidade infantil nos municípios do Rio Grande do Sul.

1.3.2 Objetivos Específicos

- a) Analisar a distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil no território gaúcho, comparando seus valores nos municípios participantes e não participantes do PIM e do PCF.
- b) Correlacionar a taxa mortalidade infantil com os gastos com saúde e o PIB *per capita* dos municípios.
- c) Avaliar se a intervenção da política pública do PIM e do PCF contribuiu para a redução da taxa de mortalidade infantil no Rio Grande do Sul.

1.4 JUSTIFICATIVA

A desigualdade de renda é um problema de ordem mundial que suscita diversas consequências econômicas, como a pobreza e o crescimento da criminalidade. Isto, por sua vez, é gerado, principalmente, pela distribuição desigual de capital monetário entre os indivíduos. Nesse cenário, os efeitos remanescentes dessa conjuntura impactaram - e continuam impactando – os indivíduos, a organização do mercado de trabalho e da renda, e a sociedade como um todo.

Nesse contexto, a Organização das Nações Unidas (ONU), com os objetivos do milênio, desenvolveu os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) cuja primeira meta é erradicar a pobreza. Desse modo, essa iniciativa visa acabar, de toda maneira, essa mazela social que assola o mundo.

Dessa forma, para ir ao encontro dos objetivos do milênio, em que o Brasil é um país signatário, é necessário o compromisso internacional visando atender as metas traçadas para o combate ao ciclo intergeracional da pobreza, como também o investimento

em políticas públicas que alcancem resultados mais efetivos no desenvolvimento da primeira infância.

Sob essa perspectiva, essa expressiva desigualdade faz urgir a implementação de políticas efetivas por parte do Estado. Assim, o Brasil vem se articulando por meio de governança e de instrumento jurídico, como com a aprovação da Lei nº 12.435/2011, a qual consolida o Sistema Único da Assistência Social (Suas) e expõe quais são as responsabilidades individuais dos municípios, dos estados e do governo federal na assistência social às crianças, aos adolescentes, aos idosos e aos portadores de deficiência (PNAS-2004).

Nesse contexto, o estado do Rio Grande do Sul contempla estas duas políticas públicas voltadas para o público infantil, especificamente para a primeira infância: o PIM e o PCF, que conjuntamente trabalham as múltiplas lacunas da pobreza infantil com ações realizadas por intermédio de intervenções intersetoriais promovendo o desenvolvimento humano, com a finalidade de se obter uma sociedade equitativa e sustentável futuramente.

Em vista disso, a contribuição científica deste trabalho está alicerçada no objetivo de analisar se a intervenção de tais políticas está impactando a vida das crianças gaúchas de baixo *status* social, na faixa etária de zero a quatro anos de idade, no que tange ao índice de mortalidade nessa população. Assim, essa pesquisa tem seu alinhamento delimitado aos Programas Primeira Infância Melhor (PIM), no estado do Rio Grande do Sul, e Criança Feliz, em âmbito federal, esmerando metodologicamente o desempenho dos programas e dos seus resultados almejados.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Nessa seção são analisados estudos da literatura econômica nos temas da pobreza, da mortalidade e do desenvolvimento infantil.

A pobreza é um fator não só econômico, mas, principalmente, social que atinge todos os países e ocasiona uma severa desigualdade no que tange ao poder aquisitivo das pessoas e a sua condição de vida como a educação, a moradia, o saneamento básico, a alimentação e a saúde (FRANÇA e LANSKY, 2016).

Dessa forma, Diniz (2009) afirmou que a pobreza pode ser interpretada por intermédio de diferentes dimensões, as quais envolvem não só as necessidades básicas, mas também as habilidades dos indivíduos, englobando tanto as suas escolhas em relação ao seu bem-estar, quanto os meios para alcançá-lo. Em consequência disso, nota-se que

esse problema social influencia diretamente não só a vida de milhares de pessoas, mas também o desenvolvimento da sociedade (MONTEIRO; SCHMITZ, 2007).

Em paralelo a isto, o trabalho de Morais et al. (2015) apresenta um panorama sobre a pobreza infantil especificada por regiões que possuem indicadores discrepantes não só entre a saúde e a sobrevivência infantil no Brasil, mas também entre os investimentos governamentais, o qual demonstrou que a desnutrição infantil sofreu um decréscimo no período de 1980 e, de forma mais expressiva, na década de 2000, sendo as crianças mais afetadas as que vivem nas áreas carentes e rurais.

Atualmente, observa-se que as principais causas da pobreza envolvem a educação insuficiente, o desemprego, a escassez de moradia e a saúde precária - fatores que precisam ser essencialmente trabalhados para se obter um progresso social na nação. Desse modo, os pressupostos citados acima são usados na Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) como estrutura de indicadores para a elaboração de pesquisas e de estudos que envolvem as políticas públicas, numa abordagem de agrupamento social subdividida em três categorias: contexto social, *status* social e resposta social que dão ênfase no papel do setor público (OCDE, 2002).

Aliado a esse contexto, a Organização das Nações Unidas (ONU), nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), destaca a erradicação da pobreza como o primeiro objetivo a ser cumprido, mostrando, assim, a relevância desse problema global entre seus países-membros. Os ODS também levam em conta as condições salutaras entre os países signatários, incorporando a mortalidade infantil como um dos indicadores vitais da agenda 2030 (OMS, 2020). Essa medida reflete as condições de vida e de desenvolvimento social, pois refere-se ao segmento mais vulnerável da população, os menores de 5 anos, e está ligada com a qualidade dos serviços básicos de um país (BEZERRA FILHO et al. 2007).

Leal et al. (2007), elencou os principais motivos que contribuem para o aumento dos índices da mortalidade infantil, sendo: carência organizacional da rede de assistência de atenção primária, qualidade no processo de acompanhamento do pré-natal e disparidade na cobertura de atenção segundo a classe econômica e o local de moradia. Assim, as causas da mortalidade infantil compõem um conjunto de fatores relacionados às condições de saúde da gestante, ao serviço de saúde de qualidade, às condições de moradia e ao contexto econômico de cada região (HERNANDEZ et al. 2011).

França et al. (2017) observou que, no período entre 1990 e 2015, no Brasil, houve uma redução significativa na taxa de mortalidade de 191.505, em 1990, para 51.226, em

2015, e destacou que o país alcançou antecipadamente a meta 4⁶ dos ODS. Contudo, explicou que os níveis em 2015, embora tenham tido uma redução, principalmente no que tange aos óbitos infantis por causas evitáveis correlacionadas aos cuidados na gestação, no parto e no nascimento, permaneciam com valores elevados, concluindo, pois, que deve haver um aprimoramento contínuo das políticas públicas intersetoriais para expandir a redução desse índice entre os estados brasileiros.

Tejada et al. (2019) apresentou um paralelismo entre a mortalidade infantil, a crise econômica e o papel protetor dos gastos públicos em saúde entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, analisando quatro indicadores econômicos- PIB *per capita*, inflação, taxa de desemprego e taxa de desconforto econômico ⁷(índice de miséria) - e três taxas de mortalidade - infantil, em menores de cinco anos e neonatal. A análise revelou que as crises econômicas estão associadas com o crescimento da mortalidade infantil, correlacionando, assim, esse padrão ao status econômico dos cidadãos de um país. A redução dessa taxa, pois, depende intrinsecamente de mudanças estruturais que objetivem a melhoria das condições econômicas e da qualidade de vida da população, e o aprimoramento e expansão de políticas públicas que ampliem o alcance dos serviços de saúde (BOING; BOING, 2008, LANSKY et al. 2014, SILVA et al. 2019).

Nessa conjuntura, visando contribuir para a elaboração de políticas públicas voltadas à primeira infância e ao seu monitoramento, a UNICEF, em parceria com o IBGE, no Brasil, desenvolveu o índice de desenvolvimento infantil (IDI), que atrela o conceito de desenvolvimento infantil ao bem-estar dos indivíduos (UNICEF, 2017). Para tanto, desenvolveram a metodologia do Selo UNICEF ⁸Município Aprovado, que na edição 2017-2020 incluía 17 resultados sistêmicos – o que os municípios precisam melhorar- e 12 indicadores de impacto social – o que os municípios precisam realizar referente aos direitos à saúde, à educação, à proteção e à participação social de crianças e de adolescentes. Por meio desse indicador, a UNICEF analisou que todos os municípios, embora não tenham alcançado plenamente todas as metas estipuladas, tiveram conquistas importantes para as crianças e os adolescentes, como a redução da taxa de mortalidade

⁶ Objetivo 4 – Redução da mortalidade infantil. Disponível em <http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>:

⁷ Criado pelo economista Arthur Okun na década de 70 que é calculado somando a taxa de desemprego e a inflação anual.

⁸Selo UNICEF é uma iniciativa da UNICEF para reconhecer, estimular e promover a garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes. Os municípios elegíveis a participarem da edição 2017-2020 estão distribuídos nas regiões do Semiárido, a qual compõe 1.509 municípios nos estados de AL, BA, CE, MG, PB, PE, PI, RN e SE, e da Amazônia Legal, a qual apresenta 805 municípios nos estados de AC, AM, AP, MA, MT, PA, RO, RR, TO, porém apenas 473 já conquistaram o selo.

infantil e de abandono do ensino fundamental, o aumento de medidas de superação da violência, quer seja doméstica, quer seja sexual, e a implementação de ações de combate ao trabalho infantil.

A primeira infância é uma fase importante para o desenvolvimento da criança exigindo, simultaneamente, cuidados desde a gestação até os seis anos de idade – período em que a relação mãe-bebê-criança influencia diretamente no desenvolvimento do indivíduo, impactando, conseqüentemente, todas as suas fases de vida (KLEIN,1997; WINNICOTT, 1997). Ademais, é nesse período que é modulado o vínculo afetivo materno – processo fundamental para a saúde mental e as habilidades conectivas, emocionais, sensoriais, motoras e simbólicas das crianças- o que é essencial na vida do indivíduo no sentido pleno da sua existência (MOURA, et al. 2004).

Nesse sentido, Heckman (2012) salienta que investir no desenvolvimento infantil reduz a desigualdade social e fortalece a economia de forma sustentável, tendo em vista que, posteriormente, essa ação influencia resultados sociais, tanto para os indivíduos na vida adulta, quanto para a sociedade.

O Comitê Científico do Núcleo pela Primeira Infância (NCPI, 2014) ressalta o impacto positivo, a longo prazo, das políticas, voltadas aos cuidados com a saúde e a educação nos primeiros anos da infância, que garantam uma alimentação balanceada, apoio social e condições adequadas de saúde para a mãe e as crianças. Dessa forma, essas iniciativas públicas são capazes de influenciar desde o crescimento do tempo de permanência do indivíduo na escola até a saúde física, mental do adulto e a sua inserção no mercado de trabalho.

Nessa abordagem, a dimensionalidade da problemática é evidenciada por intermédio de diversas pesquisas científicas sistematizadas em distintos campos de atuação. Na área social, por exemplo, o manual de Avaliação Econômica em Projetos Sociais (Fundação Itaú, 2012) enfatiza a importância do monitoramento e do acompanhamento econômico, como instrumento de avaliação de impacto das políticas públicas. Na educação, Borda (2018) observou no seu estudo que a capilaridade do PIM nas escolas públicas do município de Pelotas/RS acarretou uma sensível melhoria no que tange às notas de proficiência em português e em matemática nos alunos do ciclo de alfabetização. Ademais, há também trabalhos que envolvem a área da saúde, como o de Farias (2005), que, em suma, demonstrou não só como a alimentação das crianças menores de cinco anos, no estado de Pernambuco, é pouco variada, com baixo consumo

de frutas e de verduras, mas também como a base da dieta láctea deles incorpora um elevado consumo de açúcar e de gordura.

O Senado Federal (2016) compôs também uma obra baseada em quinze artigos científicos, os quais discorrem sobre os temas da neurociência, da educação e da saúde na primeira infância. Além disso, O Cenário da Infância e adolescência no Brasil (Fundação Abrinq, 2019)⁹ retrata a realidade brasileira sobre o assunto com uma abordagem mais territorial. Há também a Organização Pan – Americana da Saúde, com o resumo do Panorama regional e o perfil do Brasil (2017), o qual possui periodicidade quinquenal, e o Impacto do Desenvolvimento na Primeira Infância sobre a aprendizagem, pelo Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância (NCPI)- uma organização com atuação na ênfase do desenvolvimento infantil que estuda a problemática.

3. METODOLOGIA

Nesta seção são apresentados os procedimentos adotados para analisar o efeito do PIM e do PCF sob a mortalidade infantil no Rio Grande do Sul durante os anos de 2000 a 2019. Primeiramente, são descritas as ferramentas de Análise Exploratória de Dados Espaciais (AEDE) utilizadas, nesse estudo, para analisar a distribuição da taxa mortalidade infantil no território gaúcho e, após, apresenta-se o estimador de diferenças em diferenças utilizado como metodologia de avaliação de impacto.

3.1 Análise exploratória de dados espaciais (AEDE)

A análise exploratória de dados espaciais (AEDE) é um conjunto de técnicas que possibilita avaliar padrões de associação na distribuição de uma ou mais variáveis no espaço.

Na AEDE, a estatística de I de Moran é utilizada para analisar a distribuição da variável conforme o grau de associação espacial presente no conjunto de dados, os quais têm critérios que possam indicar estatisticamente a significância de agrupamento (clusters) e /ou da dispersão espacial (outliers) dessas informações. Nesse estudo são utilizados tanto o I de Moran Global, quanto o I de Moran Local.

O índice I Moran Global é a representação média de associação local (Anselin,1995) – um coeficiente de autocorrelação que mede a interdependência espacial

⁹ Evidencia o contexto brasileiro sobre a criança e os adolescentes em consonância os objetivos da Agenda 2030.

entre todas as áreas dos polígonos/regiões, variando entre -1 e 1. Segundo Almeida (2012), o sinal positivo indica que o conjunto de dados está concentrado em uma determinada área, enquanto o sinal negativo indica uma dissimilaridade entre os valores da variável de estudo em relação a sua vizinhança. Tal índice pode ser formalizado, algebricamente, pela seguinte equação:

$$I = \frac{n}{S_0} \frac{\sum_i \sum_j w_{ij} z_i z_j}{\sum_{i=1}^n z_i^2} \quad (1)$$

Em que no I índice de Moran global (I) univariado o n representa o número de regiões, o z mostra os valores da variável de interesse padronizada, o Wz expressa os valores médios da variável de interesse padronizada nos vizinhos, conforme a uma matriz de ponderação espacial W , de acordo com a região i e a região j , sendo registrado como w_{ij} . Nessa expressão o S_0 é igual à operação $\sum \sum w_{ij}$, que caracteriza o somatório de todos os elementos da matriz de pesos espaciais (Almeida, 2012).

De outra forma, o I de Moran Local é definido por uma certa vizinhança, em função de uma distância, a qual está baseada na projeção dos dados a serem analisados no estudo. Para uma variável y padronizada e analisada na região i , z_j , esse índice é matematicamente denotado por:

$$I_i = z_i \sum_{j=1}^j w_{ij} z_j \quad (2)$$

Onde I_i é o índice de Moran Local univariado, z_i é o valor da observação na região i , $\sum_{j=1}^j w_{ij} z_j$, é o somatório dos elementos da matriz de contiguidade, multiplicado pelo vetor z de n observações. Essa estatística quantifica o grau de associação local no conjunto de modelo amostral de vizinhança preestabelecido que é estatisticamente relevante, chamado de LISA. Sendo assim, subdividido em quatro categorias no polígono: alto-alto (AA), baixo-baixo (BB), alto-baixo (AB) e baixo-alto (BA), definidas em função de uma distância em relação à vizinhança.

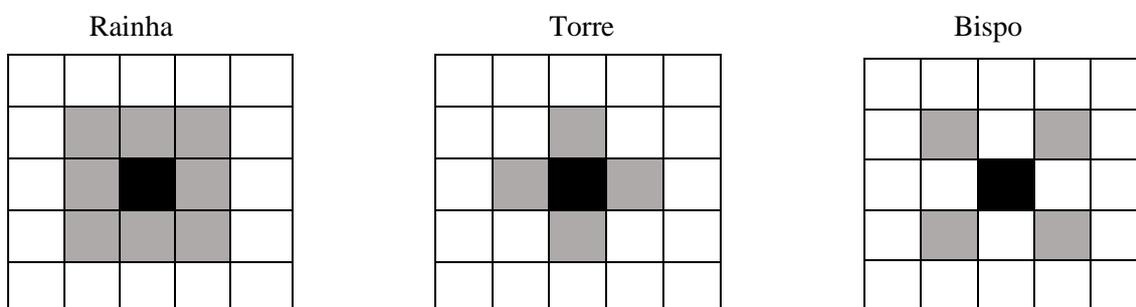
Quanto maior for essa correlação, maior será o grau de concentração dessa unidade observada no quadrante do diagrama de dispersão de Moran (Almeida, 2012). Dessa forma, quando o I de Moran Local for positivo indica que há uma correlação direta entre os valores dos dados, e quando os valores forem negativos significa que há uma correlação inversa na região observada.

Ademais, a matriz de vizinhança é utilizada para estabelecer as fronteiras entre os municípios, objetivando construir um arquivo de peso (contiguidade) para aproximação

da distribuição no conjunto das variáveis, estimando, assim, a associação ou a dispersão por área.

Desse modo, a matriz de contiguidade determina a relação de vizinhança por meio dos pontos em comum nas proximidades das áreas analisadas, ou seja, entre os 497 municípios gaúchos presentes no conjunto de dados. Segundo Almeida (2012, p. 77), a dispersão dos dados e o seu agrupamento são semelhantes aos movimentos realizados pelas peças de um jogo de xadrez. Dessa forma, as representações de tal matriz estão na Figura 1: Rainha (Queen), Torre (Rock) e Bispo (Bishop).

Figura 1- Matrizes de ponderação espacial



Fonte: Elaboração própria, segundo Almeida (2012).

Nesse sentido, a interação expressa nas matrizes de pesos espaciais é binária, construída de acordo com a proximidade de vizinhança geográfica, em que, se as regiões compartilham uma fronteira comum, representa que há uma maior relação espacial (igual a 1), caso contrário, o valor atribuído é zero. Convencionalmente, a Rainha consegue analisar todas as áreas do polígono, enquanto a Torre verifica as áreas verticais e horizontais, e, por fim, o Bispo, as áreas diagonais.

3.2 Avaliação de impacto por meio de diferenças em diferenças (DD)

Para analisar o impacto das políticas públicas direcionadas à primeira infância- o PIM e o PCF- sob o índice de mortalidade infantil nos municípios do Rio Grande do Sul será utilizado o método das diferenças em diferenças (DD) com informações sobre os municípios gaúchos de 2000 até 2019. Essa metodologia permite estimar o efeito médio da intervenção no grupo tratamento (β_{ATT}), sendo expressa por:

$$\beta_{ATT} = E(Y_i^1 - Y_i^0) \quad (3)$$

Em que Y_i representa a taxa média de mortalidade infantil para cada mil crianças na faixa etária de zero a quatro anos de idade no Rio Grande do Sul no momento i , sendo (Y_i^1) o valor encontrado quando os municípios participam do PIM/PCF e (Y_i^0) o valor encontrado quando os municípios não participam da política pública voltada à primeira infância. Por conta da incompatibilidade da observação de (Y_i^1) e de (Y_i^0) no mesmo momento i , na prática, denota-se Y^1 como potencial resultado do grupo que obteve o tratamento e Y^0 como potencial resultado do grupo em que não houve o tratamento.

O método das diferenças-em-diferenças (DD) é uma dupla subtração das médias da variável de resultado entre o grupo tratamento e controle, antes e depois da implementação da política (Angrist e Pischke, 2009). Nesse estudo, os municípios participantes do PIM/PCF compõem o grupo tratamento, enquanto os municípios não participantes da política representam o grupo controle ou contrafactual do grupo tratado. Essas diferenças das médias são verificadas em dois períodos, antes e depois a intervenção, denotando por $T = \{1,0\}$ a participação no programa ou a não participação no programa e por $t = \{1,0\}$, respectivamente, os períodos posterior e anterior à intervenção. Dessa forma, o estimador da função é dado por:

$$\beta_{DD} = \{E[Y | T = 1, t = 1] - E[Y | T = 1, t = 0]\} - \{E[Y | T = 0, t = 1] - E[Y | T = 0, t = 0]\} \quad (4)$$

A diferença temporal ocorrida com o grupo tratamento subtraída pela mesma diferença para o grupo controle denota-se como a variação contrafactual obtida pelo grupo tratamento, para, assim, apresentar o efeito causal da intervenção.

Uma das principais vantagens do método DD é que ele permite controlar as características não observáveis dos municípios que são invariantes no tempo e, dessa forma, lidar com o problema da autoseleção destes ao programa. Já a desvantagem do método está relacionada a não consideração das mudanças temporárias que podem afetar a participação dos municípios no programa.

3.2.1 Dados e variáveis

Os dados utilizados nesse estudo são de fontes secundárias. A variável de resultado - taxa de mortalidade infantil - foi obtida pelo DataSUS. De acordo com a Rede de Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA, 2008), essa taxa é calculada pelo

número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em um determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Nesse trabalho, porém, essa taxa será determinada pelo número de óbitos de indivíduos entre zero e quatro anos idade para cada mil crianças nos municípios gaúchos. Tendo como as variáveis de controle o Produto Interno Bruto dos municípios – PIB *per capita* e os gastos com saúde no Rio Grande do Sul, que foram coletadas por meio da Secretária do Tesouro Nacional (STN) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Além disso, a variável de tratamento identifica os municípios gaúchos participantes e não participantes dos programas PIM/PCF, com informações obtidas pelo Primeira Infância Melhor (PIM) no ano-base de 2019, todas expostas conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Descrição das variáveis

Resultado	Taxa de mortalidade Infantil entre crianças de 0 < 4 anos no período de 2000 até 2019.
Controle	Gasto Municipal com Saúde – período correspondente de 2000 até 2019.
	PIB <i>per capita</i> por município – período correspondente de 2000 até 2019.
Qualitativa	Grupo controle (situação município inativo = 0)
	Grupo tratamento (situação município ativo = 1)

3.2.2 Legendas e descrição das variáveis utilizadas

OBI_1	Óbitos por municípios (0< 4 anos).
POP EST_1	População infantil estimada por municípios (0<4 anos).
PERC_1	Percentual da população (0< 4 anos) por 1.000 habitantes.
GST_SD	Gasto com saúde por municípios - despesa empenhada
GST_ATZ	Gasto com saúde <i>per capita</i> deflacionado ¹⁰
GST_PC SD	Gasto <i>per capita</i> com saúde deflacionado pelo INPC (2000-2019)

¹⁰ Todos os valores monetários utilizados no trabalho foram deflacionado pelo Índice Nacional de Preço ao Consumidor – INPC (2000-2019).

PIB_PC	Valor monetário original do PIB <i>per capita</i> (2000-2019)
PIB_ATZ	PIB <i>per capita</i> deflacionado pelo INPC (2000-2019)
POP_RES	População residente por município (2000-2019).
PIM_ST	Situação do município ativo com o PIM
PCA_ST	Situação do município ativo o PCA
N_VST	Número de visitantes ativo no PIM
INÍCIO_DO_PIM	Tratamento para os municípios ativos programa (2003-2019)
INÍCIO_DO_PCF	Tratamento para os municípios ativos no programa (2016-2019)
TRAT_PIMPCF	Tratamento para os municípios ativos nos dois programas.
TRATANOPIM	Tratamentos para todos os municípios PIM que têm ou tiveram o programa em algum período do recorte analisado neste estudo (2000-2019).
TRATANOPCF	Tratamentos para todos os municípios PCF que tem ou tiveram o programa em algum período do recorte analisado neste estudo (2000-2019).

4. RESULTADOS

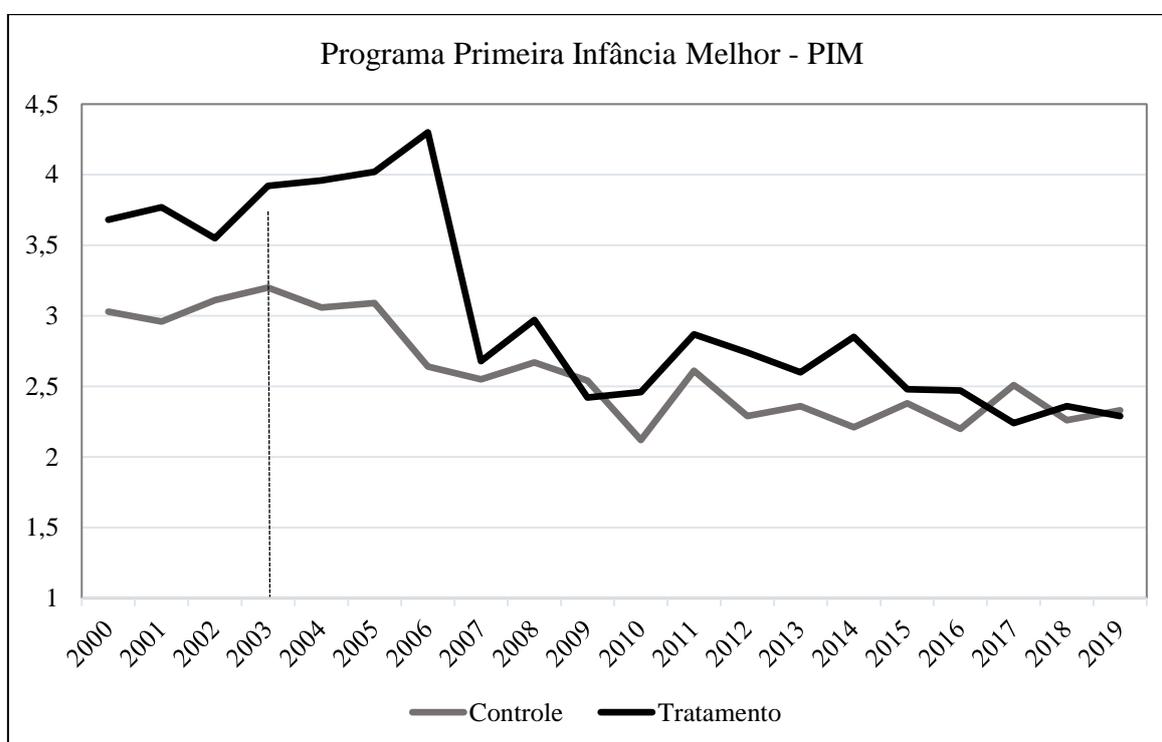
Nessa seção são apresentadas as trajetórias temporais da média da mortalidade de infantil em crianças de zero a quatro anos de idade, comparando com a participação ou não participação nos programas da primeira infância dos municípios do Rio Grande do Sul, no período de 2000 a 2019.

4.1 – Análise exploratória de dados espaciais

Na análise exploratória de dados espaciais, a Figura 2 refere-se ao resultado da análise sobre a trajetória da média de óbitos de crianças de $0 < 4$ anos nos municípios que aderiram ao programa Primeira Infância Melhor – PIM, grupo tratamento, em comparação com os municípios não participantes da política pública estadual – grupo controle. Sobretudo, vale salientar que o início do PIM ocorreu no ano de 2003 e, em 2006, ele foi instituído como uma política pública estadual. Nessa mesma figura, a trajetória entre os dois grupos ao longo dos anos, apresentou, portanto, uma tendência inicialmente de média maior para o grupo tratamento em contrapartida com o grupo

controle, no período pré-tratamento, de 2000 a 2003, e nos anos de 2004, 2006 a 2010, 2012 a 2013, e 2018, o que pode ser compreendido a partir da análise da atuação do programa, tendo em vista que o PIM dá prioridade a territórios cuja população detém um elevado número de crianças de zero a seis anos e de gestantes, e que se apresentam em situação de vulnerabilidade e risco social, com uma alta taxa de mortalidade infantil (SCHNEIDER, 2007; SES, 2017). Após esse período houve uma aproximação das trajetórias dos grupos controle e tratamento, cabe ressaltar, ainda, que no ano de 2014 essas taxas foram iguais para ambos os grupos.

Figura 2 - Média de óbitos de crianças de $0 < 4$ anos dos municípios participantes do PIM



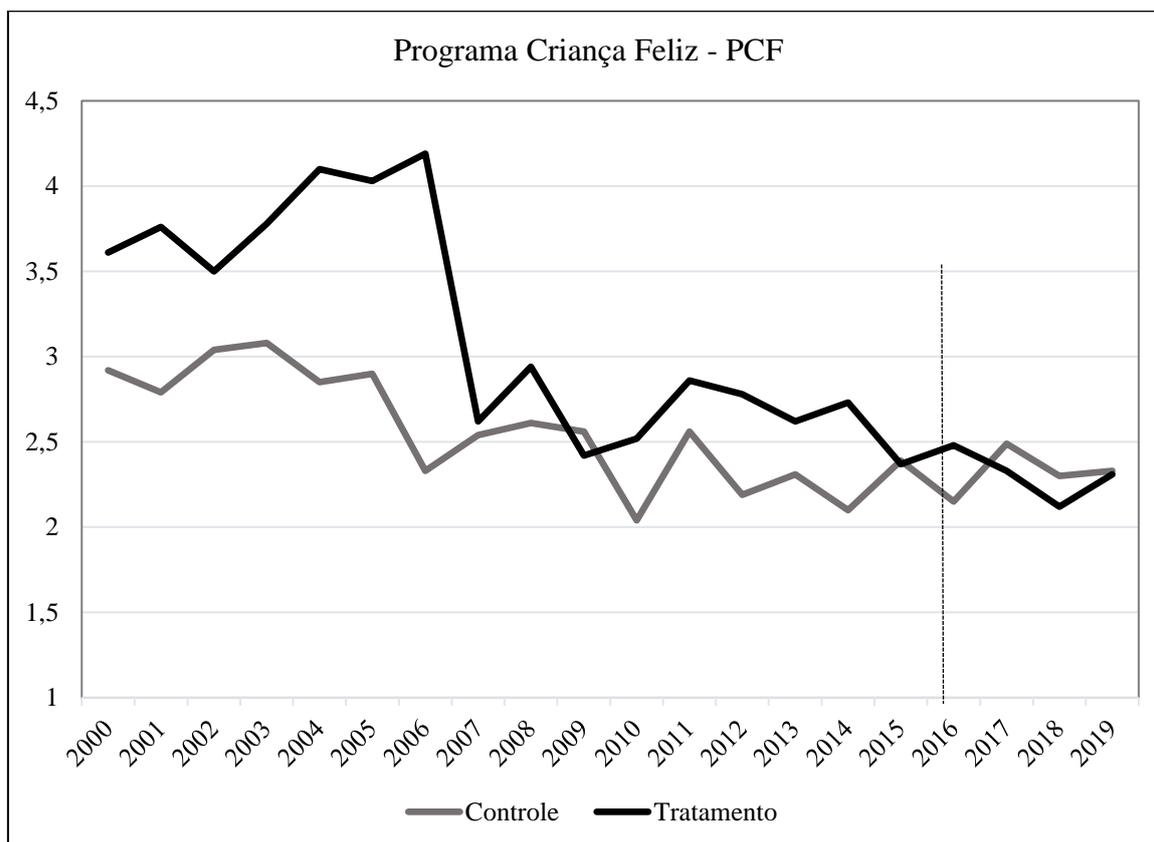
Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados no DataSUS e pelo SisPIM.

Já a figura 3 apresenta a média da trajetória sobre a variável de resultado - óbitos de crianças de $0 < 4$ anos de idade no grupo controle – municípios que não aderiram ao programa e no grupo tratamento - municípios que integram ao Programa Criança Feliz-PCF, instituído no ano de 2016.

Nessa análise, verificou-se uma média mais acentuada no grupo tratamento durante os anos 2000 a 2008, sendo seu maior pico no ano de 2006. Após esse período houve um declínio da média nesse grupo, mas a tendência de alta retornou entre o período de 2010 até 2014, se igualando no mesmo ponto no gráfico com o grupo controle no ano

de 2015, ano anterior a intervenção da política pública. Ainda nesse contexto, observou-se também que a média do grupo controle teve um leve declínio no ano de 2016, ano da instituição do PCF, tornando-se maior do que a média do grupo tratamento entre os anos de 2017 e 2018. Por fim, em 2019, os dois grupos alcançaram valores que estavam num patamar igual.

Figura 3 - Média de óbitos de 0 < 4 anos dos municípios participantes do PCF



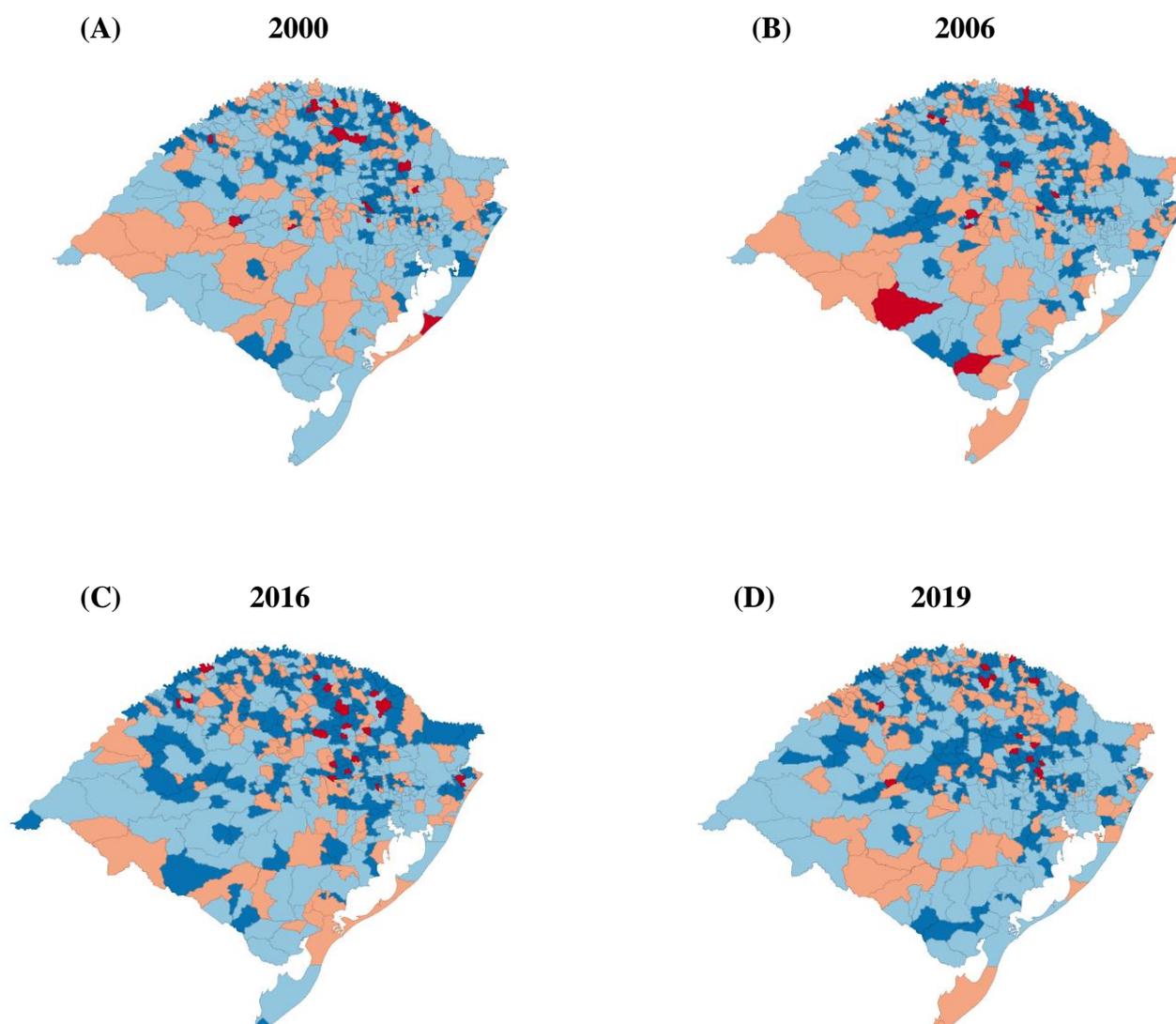
Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados disponíveis no DataSUS e na Secretária Nacional de Assistência Social – SNAS.

4.1.2 Análise da distribuição espaço-temporal da taxa de mortalidade em crianças de 0 < 4 anos para grupo controle e tratamento no território gaúcho (2000-2006-2016-2019)

Para a construção dos mapas de *quantiles* usou-se 4 intervalos, os quais foram ordenados em: 1, [2,5), [6,10] e >10, expostos na figura 3 (A, B, C, D), sobre a taxa de mortalidade infantil em crianças de zero a quatro de idade entre os 497 municípios gaúchos analisados nos períodos de 2000, 2006, 2016 e 2019. Nesse sentido, pode-se verificar, no ano 2000, que 14 municípios ficaram com a taxa de mortalidade acima de 10 para cada 1.000 crianças vivas.

Em seguida, no ano 2006, esse valor da taxa de mortalidade foi encontrado em 12 cidades gaúchas, sendo importante enfatizar que esse foi o ano da implementação da política pública Primeira Infância Melhor-PIM no estado. Dando sequência, no ano de 2016, período em que houve a implementação da política pública do Criança Feliz, verificou-se um crescimento do número de cidades com a taxa de mortalidade infantil maior que 10 óbitos por 1000 crianças, elevando-se de 12 para 19 municípios nesse contexto. Por fim, no ano de 2019, último ano analisado, o percentual de cidades nessa conjuntura se igualou a encontrada no início do recorte, retornando a 14 municípios com a taxa de mortalidade infantil acima de 10 por 1000 crianças vivas, estando esse valor de taxa de mortalidade identificados no mapa pela cor vermelha.

Figura 4 - A, B, C, D - Mapas de *quantiles* da taxa de mortalidade infantil entre crianças de 0<4 anos de idade para 1.000 habitantes entre os municípios gaúchos



Legenda



Fonte: DataSUS (2000-2019), idealizado a partir do software GeoDA 1.18.0

Tabela 2 - Número de municípios por intervalo de óbitos de $0 < 4$ anos

Ano	1	[2, 5]	[6, 10]	> 10
2000	158	215	110	14
2006	205	168	112	12
2016	231	142	105	19
2019	224	149	110	14

Fonte: Elaboração própria, idealizado a partir do software GeoDA 1.18.0

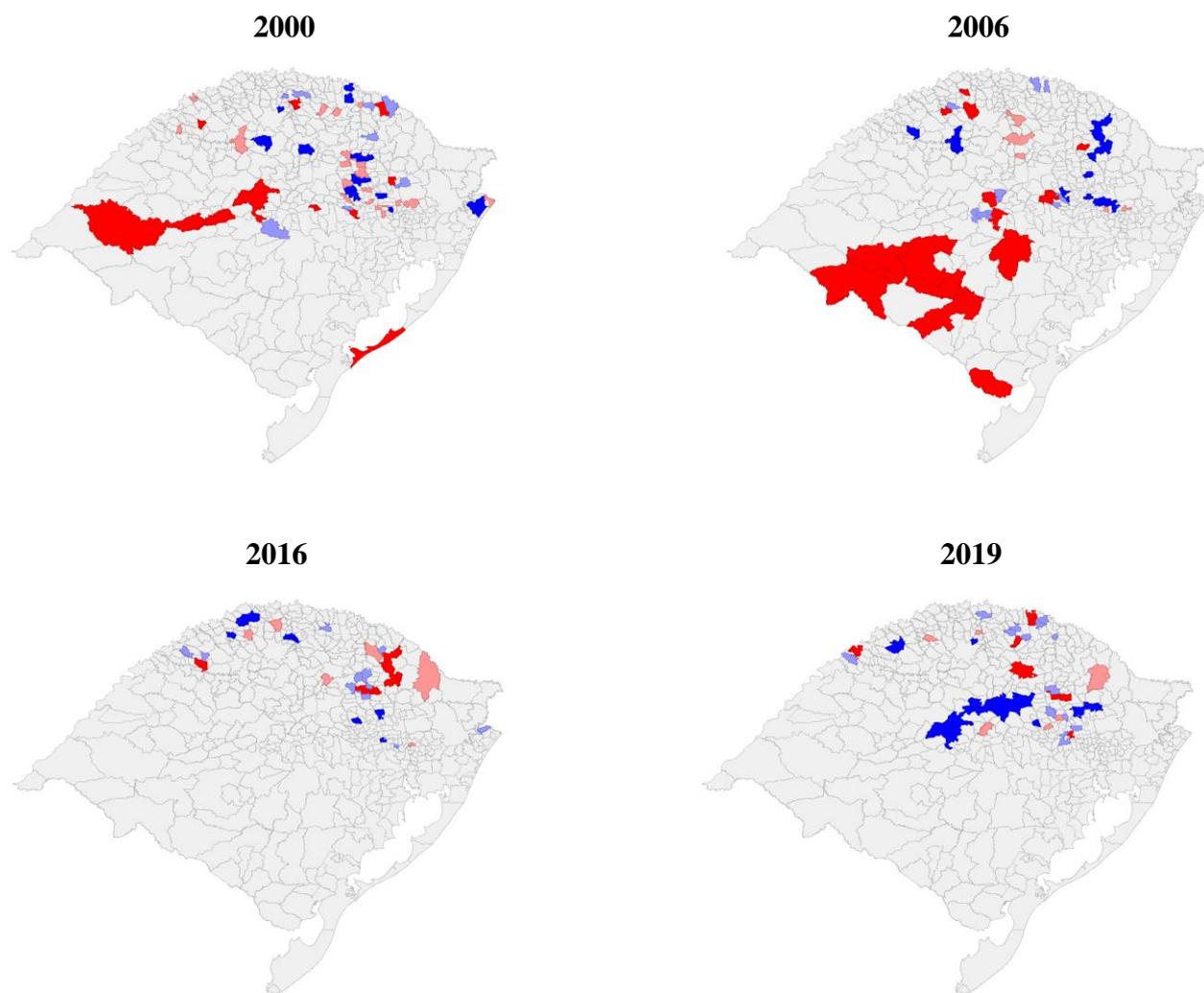
Em relação aos dados apresentados na Tabela 2, evidenciou-se que o estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2000, continha a maior parte de seus municípios, cerca de 43%, com a taxa de mortalidade infantil em crianças de zero a quatro anos de idade dentro do intervalo de 2 a 5 óbitos por mil nascidos vivos. Em contrapartida, em 2006, essa tendência se modificou, tendo em vista que a parcela mais significativa do território gaúcho, aproximadamente 41%, apresentava a taxa de mortalidade igual a 1 em mil nascidos vivos. Para o ano de 2016, essa conjuntura se manteve e teve um crescimento de 5% dentro do grupo que possuía a taxa de mortalidade igual a 1/1000 nascidos vivos, o qual representava no momento 231 cidades (46% do estado), e, em 2019, houve um leve declínio na participação desse grupo, permanecendo, porém, bem expressivo, com 45% do estado. Ainda nesse cenário, é importante mencionar que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020) observou um declínio de 2,8% na tábua de mortalidade projetada entre os anos de 2018-2019 no Brasil, já que esse índice passou de 14,4 crianças que não completavam os cinco anos de idade entre 1000 vivos (2018), para 14,00 por mil (2019).

4.1.3 – Mapas de Clusters Lisa para a taxa da mortalidade infantil em crianças de $0 < 4$ anos

Na análise dos padrões espaciais – Figura 5, a cor cinza claro retrata a ausência de cluster, logo, em seguida, as cores mais acentuadas representam clusters significativos, as quais permitem obter visualmente uma simples formação de conglomerado de regiões/cidades próximas para a taxa de mortalidade. Ademais, a cor vermelha expressa

o maior nível de concentração, Alto-Alto (AA), a cor azul indica conglomerado Baixo-Baixo (BB), a cor lilás caracteriza Baixo- Alto (BA) e a cor rosa indica Alto-Baixo (AB).

Figura 5 - *I* de Moran local univariado local da taxa de mortalidade infantil de $0 < 4$ anos entre os municípios gaúchos



Legenda

Não significativo
 Alto – Alto
 Baixo-Baixo
 Baixo – Alto
 Alto-Baixo

Fonte: DataSUS (2000 - 2019), idealizado a partir do software GeoDA 1.18.0

Sob o contexto das análises realizadas, notou-se que, no ano de 2000, existia um cluster principal na região oeste do estado, localizado na macrorregião centro-oeste (Alegrete, São Vicente do Sul, São Pedro do Sul). Os demais níveis de significância Alto-Alto (AA), sobre os dados da média de mortalidade infantil em crianças menores de cinco

anos de idade, estão distribuídos aleatoriamente entre as cidades de: Júlio de Castilhos, Silveira Martins, Senador Salgado Filho, Constantina, São José do Ouro, Nova Roma do Sul, Cruzeiro do Sul, Herveiras e São José do Norte.

Além disso, no ano de 2006, houve um agrupamento do tipo Alto-Alto (AA), em relação à média de mortes em crianças de $0 < 4$ anos identificadas, principalmente, em duas macrorregiões, sendo uma ao centro-oeste (Santana do Livramento, Rosário do Sul e São Gabriel) e outra ao sul (Lavras do Sul e Bagé). Além da distribuição de clusters aleatórios nos municípios de: Jaguarão, Cachoeira do Sul, Agudo, Pinhal Grande, Alegria, Miraguaí, Coronel Bicaco, David Canabarro, Boqueirão do Leão e Progresso.

Em relação ao ano de 2016, os dados sobre óbitos de menores de cinco de idade, caracterizados pela magnitude de Alto-Alto (AA), estão distribuídos de maneira aleatória entre os municípios de: Lagoa Vermelha, Casca, Parai, Nova Araça e Guarani das Missões, respectivamente localizados nas microrregiões: norte, serra e missioneira.

No tocante ao ano de 2019, o nível de significância Alto-Alto (AA), em relação à média de óbitos de $0 < 4$ anos, obteve agrupamento de maneira aleatória nos municípios de: Porto Xavier, Aratiba, Jacutinga, Passo Fundo, Serafina Correia, Nova Bassano e Boa Vista do Sul, sendo sucessivamente localizados nas macrorregiões: missioneira, norte e serra.

Ainda nessa conjuntura, a Tabela 3 sintetiza o número de cidades em cada agrupamento pelos anos analisados.

Tabela 3 - Número de cidades nos clusters do *I* de Moran local

Ano	AA	BB	BA	AB	Não Significativo
2000	12	18	8	20	439
2006	15	13	10	5	454
2016	5	9	11	6	466
2019	7	11	14	6	459

Fonte: Elaboração própria, idealizado a partir do software GeoDA 1.18.

Desse modo, a Tabela 3 apresenta o número de municípios com agrupamento de significância estatística Alto-Alto (AA), Alto-Baixo (AB), Baixo-Alto (BA) e Baixo-Baixo (BB) no estado. Assim, a autocorrelação espacial da taxa de mortalidade infantil em crianças de zero a quatro de idade, ao longo desse recorte (2000, 2006, 2016, 2019), mostrou que, em termo de percentual territorial, 2,41% (em 2000), 3% (em 2006), cerca

de 5% (em 2016) e 1,4% (em 2019) dos municípios exibiam valores altos, rodeados por regiões que também mantinham um agrupamento de cidades com autocorrelação espacial do índice analisado.

4.1.4 Distribuição Espacial do Programa Primeira Infância Melhor – PIM

Primordialmente, a implementação do Programa Primeira Infância Melhor – PIM, aconteceu via uma ação de agenda de governo, já que atuava como um programa estratégico social no território gaúcho, por meio da Portaria nº 15/2003 da Secretária Estadual de Saúde – SES, que dispõe que o desenvolvimento integral da criança entre 0 a 6 anos é meta prioritária do plano estadual de governo.

Dessa forma, a consolidação regional do Marco Legal do programa Primeira Infância Melhor – PIM - como política pública estadual ocorreu em 2006. Diante dessa conjuntura, é importante ressaltar que, no âmbito territorial, o estado do Rio Grande do Sul está dividido em 497 municípios, sendo todos elegíveis¹¹ à implantação do PIM mediante a assinatura do termo de adesão ao programa. O único pré-requisito é a compactação do termo de adesão entre os municípios os quais se interessam em participar da política pública.

Desse modo, a Figura 6 apresenta um recorte espacial entre os anos de 2003-2006-2016- 2019 sobre a atuação do PIM entre os municípios gaúchos. Em vista disso, nota-se que, em 2003, a participação do PIM – acentuado no mapa na cor laranja escuro – abrangia inicialmente 47 municípios, os quais se encontravam distribuídos geograficamente de maneira aleatória no estado. Já no ano de 2006, o programa mantinha 222 cidades, com um crescimento de aproximadamente 370% sobre a representatividade de atuação desde a sua implementação em 2003. Ainda assim, no ano 2016 houve a disseminação da política pública e, por conseguinte, a adesão de novos municípios alcançando ao fim 252 municípios. De certo, o auge do PIM sucedeu em 2014, perfazendo 271 cidades, representando uma cobertura territorial de cerca de 55% no estado. Entretanto, nos demais períodos, observou-se que houve uma redução em torno de 11% em 2019 com 242 cidades atuantes no PIM.

Ainda nessa conjuntura, a Tabela 4 expõe, de forma cronológica, concomitantemente os municípios com PIM e os sem PIM desde o seu começo até o final do recorte temporal desse trabalho. Salienta-se que, durante esse intervalo, 312 cidades aderiram ao PIM, com ressalva apenas para três cidades, as quais se habilitaram e

¹¹ De acordo com a Portaria nº578/2013 e a Lei 12.544/2006 alterada na Lei 14.594/2014.

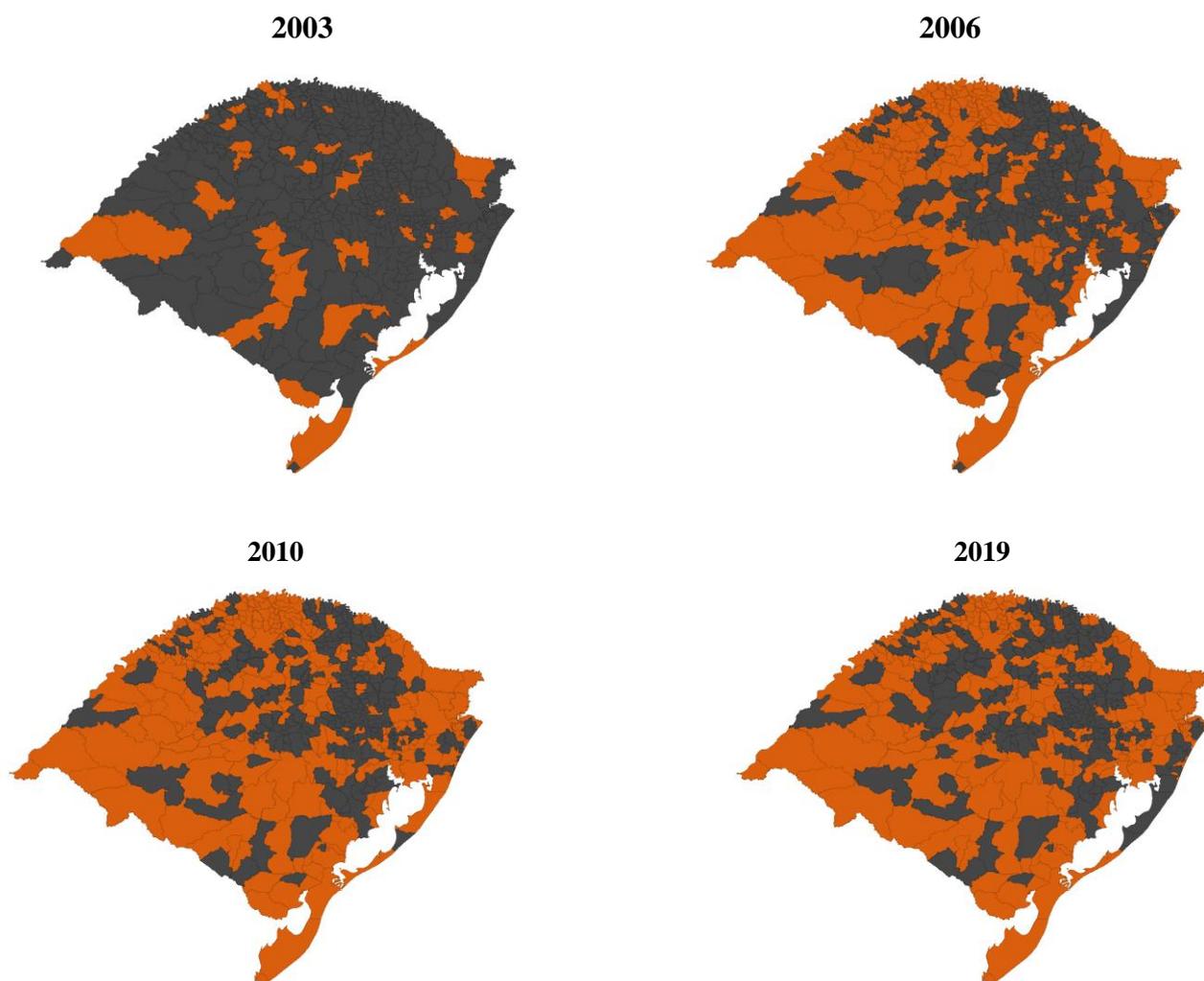
desabilitaram no mesmo ano (2006) que são: Faxinal do Soturno, Ivoti e Vale Real. Sendo assim, para análise dos dados na base do SisPIM – 2021, considerou-se inicialmente 309 municípios ativos- correspondente a participação de 62% dos municípios do Rio Grande do Sul.

Diante da análise da aderência ao programa no decorrer do período, percebe-se, portanto, que houve um declínio da participação regional do PIM no estado (2000-2019) ao longo dos anos. Os motivos desse fenômeno podem estar associados às eleições municipais (2004-2008-2012-2016) – e às trocas do poder executivo que motivam o desinteresse ou a permanência do programa em seus municípios.

Nesse contexto, vale salientar que o PIM prevê em suas normativas situações de suspensão temporária e desabilitação do programa nos entes municipais. Para que essas situações ocorram há dois critérios: o interrompimento momentâneo do programa, com o intuito de reorganizar suas ações locais, sem qualquer repasse financeiro durante esse período, podendo ser essas atividades suspensas por até seis meses; e a desabilitação do PIM que pode ocorrer pela solicitação do(a) prefeito(a) municipal, quando não houver manifestação de interesse pela reativação do programa após suspensão temporária ou mediante parecer técnico do Grupo Técnico Estadual - GTE (SES, 2021, p.43).

Além disso, a instabilidade política e as consequências de sucessivas crises econômicas vivenciadas, no país, na última década também poderiam gerar tal conjuntura. Por sua vez, Wu et al. (2014) argumenta que a controvérsia entre as diferentes esferas de governo leva a políticas públicas contraditórias que são reciprocamente destrutivas. Ademais, SUXBERGER (2015) narra que a fase do processo eleitoral pode ser vislumbrada como um período de sucessíveis ciclos da vida institucional de uma política pública subjacentes à luz dos interesses interligados ao jogo eleitoral. Já Bauman; Bordoni (2016) salientam que o cenário de crise propõe mudanças e alterações nas bases existentes na agenda governamental de um país. De igual forma, vale ressaltar a compreensão exposta por Pereira Filho et al. (2017) de que a circunstância de crise no Brasil é uma situação irrefutável e que é necessário, portanto, se ater a compreensão sobre o cenário da natureza da crise, como também caracterizar o impacto que poderá ser gerado em relação ao desenvolvimento das políticas públicas.

Figura 6 - Distribuição geográfica do Primeira Infância Melhor – PIM (2003- 2006- 2010-2019)



Legenda

Municípios com o PIM
 Municípios sem o PIM

Fonte: SisPIM (2021), ¹²idealizado a partir do software GeoDA 1.18.0

Tabela 4 - Recorte temporal do Primeira Infância Melhor – PIM

Ano	Nº Municípios com PIM	Nº Municípios sem PIM
2003	47	450
2004	100	397
2005	147	350
2006	222	275
2007	224	273
2008	232	265

¹² Cabe ressaltar que o período da coleta ocorreu entre os meses de julho a novembro/21.

2009	238	259
2010	259	238
2011	260	237
2012	260	237
2013	270	227
2014	271	226
2015	259	238
2016	252	245
2017	264	233
2018	253	244
2019	242	255

Fonte: Elaboração própria com base de dados do SisPIM (2021)

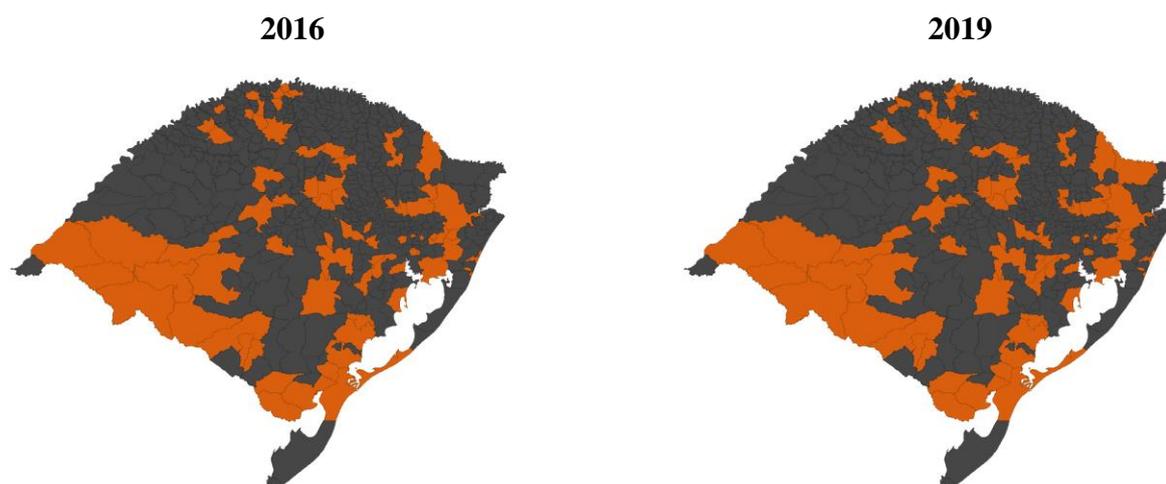
4.1.5 – Distribuição Espacial do Programa Criança Feliz – PCF

Em relação ao Programa Criança Feliz (PCF) - instituído em 2016, é importante pontuar que o critério de elegibilidade exige pré-requisitos para todos os municípios interessados de acordo com os arcabouços jurídicos e administrativos para a operacionalidade da política pública. Sendo assim, as cidades que manifestarem interesse em aderir ao programa, para se tomarem aptas devem atender a este critério prioritário: ter, no mínimo, um Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, além de 140 pessoas do público-alvo inscritas no Cadastro Único (Ministério da Cidadania, 2019, p.8). Dessa forma, apenas 137 municípios gaúchos, aproximadamente 28% do território, cumprem esse critério e estão na lista para adesão ao Programa Criança Feliz – PCF (Rio Grande do Sul, 2018¹³).

Em seguida, na Figura 7, observa-se a distribuição geográfica dos municípios participantes do PCF em 2016 que representava 76 municípios inscritos. A posteriori, em 2019, a cobertura regional já detinha 83 municípios correspondendo aproximadamente 17% do território gaúcho, e representando um crescimento de 9% na adesão de novos municípios participantes entre os recortes analisados.

Figura 7 - Distribuição geográfica do Programa Criança Feliz – PCF (2016 – 2019)

¹³ Conforme o Guia de orientação do Programa Criança Feliz e Primeira Infância Melhor no Rio Grande do Sul em 2018 havia 86 municípios ativos no PCF, mas de acordo com os dados coletados na Secretária Nacional de Assistência Social – SNAS - consta, em 2019, 83 participantes do PCF no estado.



Legenda

Municípios com o PCF Municípios sem o PCF

Fonte: Secretária Nacional de Assistência Social - SNAS (2016 – 2019)

Tabela 5 - Recorte temporal do Programa Criança Feliz – PCF

Ano	Nº Municípios com PCF	Nº Municípios sem PCF
2016 ¹⁴	76	421
2019	83	414

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Secretária de Assistência Social – SNAS, idealizado a partir do software GeoDA 1.18.

4.1.6 Critério de elegibilidade para a escolha da matriz de contiguidade para o tratamento da variável dependente – *I* de Moran

Nota-se que as estatísticas de *I* Moran retratadas na Tabela 6, postuladas para as três matrizes de pesos conjuntamente apresentam resultados em nível de significância positiva para a taxa da mortalidade infantil em menores de 4 anos entre os anos de 2000 e 2006.

¹⁴ Evidencia-se que não houve termos de aceite para novos municípios para o PCF entre o período de 2016 a 2018, conforme os dados coletados pela Secretária Nacional de Assistência Social – SNAS (2016-2019). Cabe salientar ainda que essa foi a última relação encontrada no período da análise. Entretanto, a relação de 2021 já estava disponível, apresentando três municípios a mais que tiveram o termo aceito, porém não foi utilizada nessa análise devido recorte temporal do trabalho ser até 2019.

De modo semelhante, para os demais períodos, apenas a matriz inversa denota a média de valores positivos na taxa de mortalidade infantil em crianças de zero a quatro anos entre o período de 2000, 2006, 2016 e 2019. Isso, por sua vez, significa que houve, mediante a análise do recorte temporal (2000, 2006, 2016, 2019), uma acentuação sobre a média da mortalidade infantil em crianças de zero a quatro anos na distribuição territorial do estado gaúcho.

Tabela 6 – Matrizes de contiguidade do Índice de Moran Local para a taxa de mortalidade em crianças de zero a quatro anos de idade no Rio Grande do Sul (2000-2006-2010-2019)

<i>I de Moran (variável dependente)</i>			
Ano	Rainha (*)	Torre (*)	Distância Inversa (*)
2000	0.017	0.016	0.006
2006	0.028	0.027	0.010
2010	-0.059	-0.059	0.000
2019	-0.003	-0.004	0.005

Fonte: DataSUS (2000-2019), idealizado a partir do software GeoDA 1.18.

Nota-se que as estatísticas de *I* Moran retratadas na Tabela 6, postuladas para as três matrizes de pesos, conjuntamente apresentam resultados em nível de significância positiva para a taxa da mortalidade infantil em crianças de zero a quatro anos de idade entre os anos de 2000 e 2006.

De modo semelhante, para os demais períodos, apenas a matriz inversa denota a média de valores positivos na taxa de mortalidade infantil em crianças de zero a quatro anos de idade entre o período de 2000, 2006, 2016 e 2019. Isso, por sua vez, significa que houve, mediante a análise do recorte temporal (2000, 2006, 2016, 2019), uma acentuação sobre a média da mortalidade infantil em crianças de zero a quatro anos na distribuição territorial do estado gaúcho.

4.2 Diferenças em diferenças (DD)

Primeiramente, a Tabela 7 apresenta os resultados do modelo de diferenças em diferenças para estimar o impacto agregado dos programas PIM e PCF sobre a taxa de mortalidade em crianças de zero a quatro anos de idade no estado do Rio Grande do Sul,

no período de 2000 a 2019, utilizando o ano de 2003 como marco do início do tratamento, quando foi implementado o PIM. O impacto estimado neste contexto indicou que os programas contribuíram para reduzir a taxa de mortalidade infantil dos municípios em 0,543.

Posteriormente, houve uma divisão dos dados em três subgrupos¹⁵: 1- PIM/PCF, 2- PIM e 3- PCF. Em todos os casos, a fim de refinar a análise sobre a taxa de mortalidade infantil (TMI), foi feita uma associação com algumas covariáveis, como: gasto com saúde, PIB *per capita* dos municípios e com os próprios programas de assistência a crianças, que podem estar sobrepostos no mesmo município, gerando contaminação. A síntese dos resultados está evidenciada na Tabela 8, cujas informações completas estão no apêndice desse trabalho¹⁶.

Ainda nesse aspecto, a análise das subamostras constatou que todos os resultados, decorrentes da intervenção das políticas públicas, foram significativos estatisticamente e indicaram a redução sobre a taxa de mortalidade infantil em crianças de zero a quatro anos de idade no território gaúcho, com algumas diferenças na magnitude do efeito. Por exemplo, na Tabela 7 (avaliação exclusiva da variável PIM/PCF) o impacto foi de -0,543; na Tabela 11 (avaliação individual da variável PIM – ver em anexo) o impacto foi de -0,266 e na Tabela 15 (avaliação somente da variável PCF – ver em anexo) o impacto foi de -0,612.

Dessa maneira, ao associar a variável PIM/PCF com o gasto com saúde, o impacto estatisticamente encontrado foi de -0,496 sobre a taxa de mortalidade infantil e, quando conjuntamente medido com o PIB *per capita*, este efeito cai para -0,428 sobre esse índice. Cabe ressaltar, ainda, que as informações se referem ao período de 2000 a 2018, pois o PIB *per capita* municipal do ano de 2019 não estava disponível.

Neste trabalho, os impactos dos programas PIM e PCF também foram analisados individualmente, conforme a Tabela 8. E quando inferida a variável PIM de maneira individual notou-se que houve um impacto de -0,266 na taxa de mortalidade infantil, porém ao correlacionar com outras covariadas (ver tabela síntese 8 e/ou apêndice) houve mudanças nesse impacto. Nesse sentido, ao analisar o PIM associado as covariadas de gasto com saúde e PIB (caso 1); gasto com saúde, PIB e PCF (caso 2); e, por fim, gasto

¹⁵ Número de tabelas relacionada por subgrupo: 1-PIMPCF (tabelas: 7, 9 e 10), 2- PIM (tabelas: 11, 12, 13 e 14), 3 – PCF (tabelas: 15, 16, 17 e 18).

¹⁶ Todas as tabelas com resultados discriminados de cada análise estão integralmente no apêndice desse estudo.

com saúde e PCF (caso 3) foram encontrados os respectivos impactos: - 0,160; -0,063 e -0,043 sobre a taxa da mortalidade da população analisada.

De forma semelhante, ainda nessa conjectura, para examinar a variável tratamento PCF, foi feita uma divisão em quatro aspectos, os quais demonstraram que os impactos sucessivamente encontrados na análise foram de: -0,612 (somente PCF); -0,607 (PCF associado ao gasto com saúde e ao PIB *per capita*); -0,589 (PCF agregado com gasto com saúde, PIB *per capita* e PIM) e -0,587 (PCF correlacionado ao gasto com saúde e ao PIM).

Desse modo, é possível notar a magnitude dos efeitos positivos desses programas e a contribuição direta deles para a redução da taxa de mortalidade infantil em crianças de zero a quatro anos de idade no estado. Naturalmente, o mecanismo de participação e de atuação dos municípios ativos nos programas está mitigando os problemas sociais em seus territórios e desenvolvendo a questão social e os seus indicadores.

Sob esse prisma, o estudo de Ribeiro et al. (2018) apresenta o efeito causal do Programa Primeira Infância Melhor - PIM sobre a mortalidade infantil por diarreia, causas gerais e causas externas. Destaca-se dos resultados obtidos que o mais significativo foi de -0,68 para a mortalidade de causa externa, com significância estatística de 5%, para 1.000 nascidos vivos entre os municípios que participam da política pública a no mínimo 7 anos. Os autores ainda corroboram que o efeito positivo sob esta causa de óbitos está associado à contribuição do programa para a redução das mortes causadas por acidentes e às ações bem-sucedidas na promoção de melhores cuidados no núcleo familiar.

Um outro ponto a se destacar em relação ao refinamento das análises, quando utilizada a covariável gasto com saúde e PIB *per capita*, é em referência ao decaimento progressivo do impacto em todas as situações verificadas (ver apêndice). À princípio, essas circunstâncias são frequentemente observadas em países subdesenvolvidos, conforme as discussões presente na literatura na área da economia em saúde. Alinhado a isso, Williams et al. (2016) destaca que o PIB *per capita*, associado ao gasto com saúde, quase não apresenta nenhuma mudança, quer seja positiva, quer seja negativa, sob os resultados na saúde pública. Igualmente, Byaro (2021) argumenta que na África Subsaariana e nos demais países em desenvolvimento pode haver uma tendência inversa em relação aos gastos com saúde pública e aos seus respectivos resultados.

Em suma, em termos de magnitude, o PCF apresentou um impacto de maior significância estatística em comparação ao PIM no que tange a redução da taxa de mortalidade infantil em crianças de zero a quatro anos de idade. Isto, por sua vez, pode

ser justificado pelo legado da trajetória construída pelo PIM desde 2003, o qual promoveu um alicerce, nas cidades participantes desse programa, em relação aos cuidados com a primeira infância. Por consequência, o PCF, quando instituído no Rio Grande do Sul, mostrou-se como uma forma de contribuir, por meio de uma política pública federal, para a consolidação sobre o cuidado, o desenvolvimento e a proteção a essas crianças conforme os pressupostos sobre o arcabouço legal do Marco da Primeira Infância.

A relevância sobre a temática transcende fronteiras, como salienta Black et al. (2017) em seu estudo que relacionou evidências entre o desenvolvimento da primeira infância, a saúde do adulto e o bem-estar nos países em Desenvolvimento (2007 e 2011). O autor constatou que 219 milhões de crianças, o que correspondente a 39% da população infantil em crianças menores de cinco anos nos países de baixa e média renda, estavam expostas ao risco de não atingir o seu potencial de desenvolvimento, acarretando um déficit médio de 19,8% no seu rendimento anual durante a vida adulta.

Logo, a avaliação de políticas públicas é um mecanismo executado por um processo sistêmico, integrado e institucionalizado, presente no ciclo de uma intervenção governamental que busca promover a eficiência da alocação do recurso, o impacto e a sustentabilidade dessa medida. Ainda nesse aspecto, também é considerado o monitoramento das ações, dos objetivos e das metas almejadas, e, quando necessário, o aprimoramento da política e/ou a sua expansão (TCU, 2014).

Assim, o intuito de monitorar políticas voltadas à primeira infância destaca-se no relatório de avaliação da Controladoria-Geral da União – CGU, o qual mapeou todas as políticas públicas de assistência à criança no país, de acordo com as diretrizes do Marco da Primeira Infância, em diversos Ministérios correlacionados com essa área, e concluiu que existem ações sendo efetuadas entre eles. Entretanto, no seu levantamento foram evidenciadas que as medidas são realizadas de maneira independente e descoordenada, não sendo verificado nenhum planejamento integrado, nem uma gestão intersetorial que as compile e atuem conjuntamente. Nesse sentido, vale salientar também que não foi encontrado, em sua maioria, os subsídios necessários para realizar o acompanhamento dos objetivos traçados e dos ajustes na trajetória do ciclo da política pública. Ademais, a transparência das ações é apresentada de forma precária quanto à intervenção dos resultados e ao controle social da intervenção da política pública (CGU, 2021).

Tabela 7- Impacto das políticas voltadas para a primeira infância (PIM/PCF) sobre a taxa da mortalidade infantil (TMI) no RS – 2000 a 2019

	TMI	Observações
Antes		
Controle (C)	2.611	525
Tratamento (T)	3.272	966
Diferença (T-C)	0.661*** (0.180)	
Depois		
Controle (C)	2.456	2.975
Tratamento (T)	2.575	5.473
Diferença (T-C)	0.118 (0.093)	
Diferenças em Diferenças	-0.543*** (0.202)	

Fonte: Elaborada pela autora mediante base de dados do DataSUS, do Sis-PIM (2000-2019) e da Secretaria Nacional de Assistência Social –SNAS (2016-2019). Nota: ***, **, * denotam significância da diferença de médias ao nível de 1%, 5% e 10%. Erro padrão robusto entre parênteses.

Tabela 8 - Síntese dos resultados do impacto dos programas de assistência à criança (PIM/PCF) sobre a taxa de mortalidade infantil (TMI) no RS – 2000 a 2019

Tratamento	PIMPCF			PIM				PCF			
	Impacto	-0.543*** (0.202)	-0.496** (0.207)	-0.428** (0.209)	-0.266 (0.184)	-0.160 (0.187)	-0.063 (0.197)	-0.043 (0.199)	-0.612*** (0.160)	-0.607*** (0.178)	-0.589*** (0.182)
Covariadas											
G. Saúde		x	x		x	x	x		x	x	x
PIB			x		x	x			x	x	
PIM										x	x
PCF						x	x				
Observações	9.939	9.736	9.239	9.939	9.239	9.239	9.736	9.939	9.239	9.239	9.736

Fonte: elaborada pela autora mediante dados do DataSUS, do SisPIM, do IBGE (2000 – 2019), do Tesouro Nacional Transparente – Finbra (2000- 2012) e do Tesouro Nacional – Siconfi (2013-2019). Nota: *** p<0.01; **p<0.05; *p<0.1. Erro padrão robusto entre parênteses.

5. CONCLUSÃO

Primordialmente, a atenção, os cuidados e o investimento na primeira infância deve acontecer desde o nascimento até os cinco primeiros anos de vida, por meio de ações governamentais implementadas por políticas públicas coadunadas com o compromisso internacional estipulado na Agenda 2030. Desse modo, ao encontro do exposto, vale salientar que o Brasil é um país signatário desse plano global da Organização das Nações Unidas – ONU, que detém 17 objetivos destrinchados em 169 metas, entre as quais está a redução da mortalidade infantil- em terceiro lugar.

Nesse contexto, o PIM e o PCF são programas que atuam com esta finalidade e vêm, aos longos dos anos, apresentando resultados estatisticamente positivos sobre a taxa de mortalidade infantil em crianças de zero a quatro de idade no estado do Rio Grande do Sul. Sob essa óptica, o primeiro objetivo do estudo era analisar a distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil no território gaúcho, comparando seus valores nos municípios participantes e não participantes do PIM e do PCF. Dessa forma, os resultados demonstraram que no período pré- tratamento (2000) havia 215 municípios com índice de mortalidade entre o intervalo de 2 e 5 óbitos e que no pós-tratamento esse contexto mudou já que, em 2019, 224 cidades ficaram com a taxa de mortalidade igual a 1. Já, em relação ao segundo objetivo, foi feita uma correlação da taxa de mortalidade infantil com os gastos com saúde e o PIB *per capita* dos municípios, de modo que, na análise inferida com o PIM e o PCF acrescentadas dessas covariáveis foi obtido os respectivos impactos de -0,160 e de -0,612 sobre a taxa de mortalidade. Ademais, indo ao encontro do terceiro objetivo, a avaliação para verificar se a intervenção das políticas públicas PIM e PCF contribuíram para a redução da taxa de mortalidade infantil no Rio Grande do Sul, revelou que o PIM apresentou o impacto de -0,266 e o PCF de -0,612 na redução da taxa de mortalidade no estado.

Nesse sentido, vale destacar que o PIM, há 19 anos, está trabalhando com êxito no desenvolvimento infantil e, decorrente disso, conquistou reconhecimento internacional sobre o mérito em questão, e o PCF, há 6 anos, está consolidando essa trajetória de sucesso na agenda governamental brasileira. Para ambos os programas de assistência à criança, o impacto foi positivo na redução da mortalidade infantil em crianças de zero a quatro anos de idade, sendo que o PIM apresentou -0,266 e o PCF -0,607 de magnitude sobre a taxa de mortalidade infantil no estado.

Além disso, essas políticas também aprimoraram o acolhimento e o acompanhamento de gestantes e das famílias com crianças de zero a quatro anos de idade que se encontram socialmente vulneráveis. Entretanto, embora os benefícios advindos dessas ações sejam evidentes, algumas lacunas foram observadas, como a fragmentação da política, o pouco combate à subcausa do problema e a nutrição infantil inadequada das famílias beneficiárias, tendo em vista que, em sua maioria, os responsáveis dessas famílias não proveem recursos financeiros para proporcionar uma nutrição adequada para o pleno desenvolvimento infantil em conjunto com as ações articuladas do PIM e do PCF.

Por fim, é recomendável uma estratégia de integração das políticas com a gestão local centralizada em uma só secretaria, com alinhamento unificado do sistema de assistência infantil articulado entre o estado e a União, visando não permitir a sobreposição de recursos públicos aplicados, nem a duplicidade dos serviços para a sociedade, a fim de melhorar o desenvolvimento destas e de buscar a economicidade na causa-alvo da intervenção das políticas públicas em foco. Ainda no intuito de prover uma melhor análise sobre os resultados e uma avaliação do retorno econômico e social, condizente com o delineamento proposto pelos objetivos, para tornar mais transparente a sua finalidade, recomenda-se o debate público das metas e dos recursos mobilizados nessas políticas de assistência infantil. Ademais, é indicado também um monitoramento que permita acompanhar, de forma sistemática, os avanços no intuito de mensurar, por meio de indicadores, os resultados traçados e as metas alcançadas, além dos avanços sociais, aspirando examinar o nível de convergência entre o planejado e o implementado, com divulgação dos dados de forma pública. Além disso, vale relembrar que esses dados são insumos que servem como referência para uma caracterização mais eficiente das famílias beneficiadas e da relação custo-benefício. Isto é, eles servem para avaliar a efetividade sobre o dispêndio dos recursos públicos e do retorno proposto pelas políticas públicas para o seu público-alvo.

Sendo assim, para futuros estudos, sugere-se a continuidade da pesquisa sobre essa temática devido a importância de seu acompanhamento.

REFERÊNCIA

Agência IBGE – Notícias: **Síntese de Indicadores Sociais. Extrema pobreza atinge 13,5 milhões de pessoas e chega ao maior nível em 7 anos.** IBGE,2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/25882-extrema-pobreza-atinge-13-5-milhoes-de-pessoas-e-chega-ao-maior-nivel-em-7-anos>. Acesso em: 05 de julho de 2020.

ALMEIDA, Eduardo. **Econometria espacial aplicada** / Eduardo Almeida. – Campinas, SP: Editora Alínea, 2012.

ANGRIST, Joshua D.; PISCHKE, Jörn-Steffen. **Econometria inofensiva: a companheira de um empirista.** Editora da Universidade de Princeton, 2008.

ANSELIN, L. Interactive techniques and exploratory spatial data analysis. In: LONGLEY, P. A. et al. (Ed.). **Geographical information system: principles, techniques, management and applications.** New York: Wiley, 1998. p. 253-365. ANSELIN, L. Local indicators of spatial association — LISA. *Geographical Analysis*, v. 27, n. 2, p. 93-115, Apr. 1995.

ANSELIN, L. **Local indicators of spatial association — LISA.** *Geographical Analysis*, v. 27, n. 2, p. 93-115, Apr. 1995.

Aspectos dos cuidados das crianças de menos de 4 anos de idade:2015/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2017. 62p. Acima do título: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Inclui bibliografia e glossário.

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Atlas – BR. Outros indicadores de renda, por sexo e cor, calculados com base em registros administrativos - Rio Grande do Sul - 2016 e 2017. Indicadores de Registros Administrativos. <Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/uf/43#sec-vulnerabilidade>>. Acesso em 30 de nov.2020.

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Atlas BR. Renda, pobreza e desigualdade. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/uf/43#sec-renda>>. Acesso em 05 de dez. 2020.

Altas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Atlas BR. População total por sexo, cor e situação de domicílio na UF - Rio Grande do Sul - 2000, 2010, 2013 e 2017. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/uf/43#sec-demografia>. Acesso em 13 de dez.2020.

Bauman, Zygmund. Bordoni, Carlo. **Estado de crise.** Tradução; Renato Aguiar.- 1ª ED. Rio de Janeiro: Zahar. 2016.

Byaro M. Commentary: on the effects of health expenditure on infant mortality in sub-Saharan Africa: evidence from panel data analysis. *Health Econ Rev.* 2021 Mar 27;11(1):11. doi: 10.1186/s13561-021-00310-6. PMID: 33772666; PMCID: PMC8004418.

BLAIR, Clancy; RAVER, C. Cybele. Poverty, stress, and brain development: New directions for prevention and intervention. **Academic pediatrics**, v. 16, n. 3, p. S30-S36, 2016.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília/DF: Senado Federal.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Manual de gestão municipal do Programa Criança Feliz [recurso eletrônico] / Edição Ministério da Cidadania. Secretaria Especial de Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Promoção e Desenvolvimento Humano. - Brasília: Ministério da Cidadania, 2019.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Casa Civil, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 de jul. 1990. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>. Acesso em: 05.03.2020.

BRASIL. Decreto nº 8.869, de 5 outubro 2016. Diário Oficial da União, p.10, 17 de setemb.2019, seção 1 Brasília/DF. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/decreto/Decreto%208.869%20-%2005.10.2016.pdf. Acesso em 09 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. Participação no SUAS no Programa Criança Feliz. Brasília, DF: 2017.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretária Especial de Desenvolvimento Social. Criança Feliz é política pioneira no atendimento a princípios do Marco Legal da Primeira Infância. Brasília, DF: 2019. Disponível em: <<http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/novembro/crianca-feliz-e-politica-pioneira-no-atendimento-a-principios-do-marco-legal-da-primeira-infancia> > Acesso em 25 abr. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Criança Feliz: guia para visita domiciliar. – 2ª versão. -- Brasília, DF: MDS, Secretaria Nacional de Promoção do Desenvolvimento Humano, 2017.

BRASIL. Portaria nº 1.742, de 16 de setembro de 2019. Diário Oficial da União, Brasília, DF, edição: 180, 16 de setembro 2019. Seção I, p.10. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.742-de-16-de-setembro-de-2019-216556306>> Acesso em 26 de abr. 2020

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Plano Brasil Sem Miséria. Disponível em:<http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil_sem_miseria/caderno_brasil_sem_miseria.pdf>. Acesso em 20 de Ago.2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Assistência Social. As informações sobre a Assistência Social estão sendo atualizadas na página da Secretaria Especial do Desenvolvimento Social no novo portal do Ministério da Cidadania desde o dia 18/12/2019. < Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/gestao-do-suas/sistemas-de-informacao-da-rede-suas>>. Acesso em: 21 de nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Bolsa Família. Disponível em: <<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia>>. Acesso em: 20 de Ago. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.722, de 3 de Outubro de 2012. Conversão da Medida Provisória nº 570, de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12722.htm>. Acesso em: 22 de Ago. de 2020.

BRASIL. Ministério de Estado do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria nº 376, de 16 de outubro de 2008. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/_doc/portarias/2008/Portaria_GM_MDS_376_16-10-08-1.pdf>. Acesso em: 26 de Ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos. Dados preliminares. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pevita10uf.def>>. Acesso em 28 de nov. 2020.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social. Bolsa Família e Cadastro Único no seu Estado. Ministério da Cidadania - Secretaria Nacional de Renda e Cidadania. Disponível em: <<https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/bolsafamilia/relatorio-resumido-estadual.html#>>. Acesso em: 29 de nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde – DATASUS. População Residente – Estudo de estimativa populacional por municípios, idade e sexo de 2000-2020. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?popsvs/cnv/popbr.def>. Acesso em: 19 de fev.2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde – DATASUS. Óbitos por causas evitáveis em de 5 a 74 anos – Faixa Etária: de 5 a 9 anos. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evitb10rs.def>>. Acesso em: 06 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Saúde Brasil 2019 uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em:

<[Phttp://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)>. Acesso em: 15 de mar. 2021.

BRASIL. Brasil e os ODM – ODM Brasil. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>>. Acesso em: 20 de mar. De 2021.

BRASIL. Portaria n.2.496, de 17 de setembro de 2018. Dispõe sobre o financiamento federal das ações do Programa Criança Feliz / Primeira Infância no SUAS, no âmbito do sistema Único de Assistência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 out.2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/41227841. Acesso em: 03 de nov. de 2021.

BRAZIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL; COMBATE À FOME; BRAZIL. SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Política nacional de assistência social, PNAS-2004: Norma Operacional Básica NOB-SUAS**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

BRASIL. **Manual de gestão municipal do Programa Criança Feliz** [recurso eletrônico] / Edição Ministério da Cidadania. Secretaria Especial de Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Promoção e Desenvolvimento Humano. - Brasília: Ministério da Cidadania, 2019. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/crianca_feliz/Manual%20do%20Gestor.pdf>. Acesso: 22 de dez. 2021.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Referencial para avaliação de governos em políticas públicas**/Tribunal de Contas da União. – Brasília: TCU, 2014.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. **Relatório de Avaliação. Ministério da Cidadania; Ministério da Educação; Ministério da Justiça e Segurança Pública; Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; Ministério da Saúde e Ministério do Turismo**. Exercício 2020/ Controladoria-Geral da União. – Brasília: TGU, 2021. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/13234.pdf>. > Acesso em: 13 de Jan. 2022.

BARR, Marcia. Neurociências e Educação na Primeira Infância: progressos e obstáculos. **Brasília: Senado Federal/Comissão de Valorização da Primeira Infância e Cultura da Paz**, 2016.

BEZERRA FILHO, José Gomes et al. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará, Brasil, no período 2000-2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1173-1185, 2007.

BICHER, R. M.; HADDAD, A. E.; LOTTA, G. S.; HOYLER, T.; CANATO, P.; MARQUES, E. C. L. A Primeira Infância na Cidade de São Paulo: O Caso da Implementação da São Paulo Carinhosa no Glicério. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 24, n. 77, p. 1-23, 2019.

BOING, Antonio Fernando; BOING, Alexandra Crispim. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período 2000-2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 447-455, 2008.

BOOKINGS. Arthur Okun da Brookings Institution – pai do “Índice de miséria”. Disponível em: <https://www.brookings.edu/opinions/the-brookings-institutions-arthur-okun-father-of-the-misery-index/>. Acesso em: 11 de maio de 2021.

BLACK, Maureen M. et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. **The Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 77-90, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5884058/>. Acesso em: 22 de mar. de 2022.

Mercados, E.; BORBA, Mariane Furtado. Efeitos do Programa Primeira Infância Melhor Sobre a Proficiência em Matemática e Português de alunos do ciclo de alfabetização.

CUNHA, Flavio; Heckman, James. The Technology of skill formation. Nber working paper series. Working paper 12840. Disponível em: <http://www.nber.org/paper/w12840>. Acesso em 05 de dez. 2020. Cambridge, Ma 02138. January 2007.

CARDOSO JÚNIOR, José Celso. **Monitoramento estratégico de políticas públicas: requisitos tecnopolíticos, proposta metodológica e implicações práticas para a alta administração pública brasileira**. Texto para Discussão, 2015.

CARNEIRO, P. M.; HECKMAN, J. J. Human capital policy. IZA Discussion Paper, London: Institute for the Study of Labour, n. 821, 2003.

CENTRO de Referencia Latinoamericano para Educação Preescolar – CELEP. Informe Final de Evaluación al Programa Primeira Infancia Mejor. Centro de Referencia Latinoamericano de la Educación Preescolar/ Secretária Estadual de Salud de Rio Grande del Sur. Junio/Diciembre del 2010. Disponível em: <http://www.pim.saude.rs.gov.br/site/wp-content/uploads/2014/07/PIM-Celep-Informe.pdf> Acesso em: 25 de abr. 2020

CINTRA, João Pedro S.; MATHIAS, Renato. Cenário da Infância e Adolescência no Brasil 2019. *São Paulo: Fundação Abrinq*, 2019.

COMITÊ Científico do Núcleo Ciência Pela Infância (2014). Estudo nº 1: O Impacto do Desenvolvimento na Primeira Infância sobre a Aprendizagem. Disponível em <http://www.ncpi.org.br>. Acesso em: 04 de abril.2020.

DE MACÊDO, Vilma Costa. Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde. 2016.

DINIZ, M. B.; DINIZ, M. M. Um indicador comparativo de pobreza multidimensional a partir dos objetivos do desenvolvimento do milênio. *Economia Aplicada*, Ribeirão Preto, SP, v. 13, n. 3, p. 399-423, 2009.

ESPÍNDOLA, Ernesto et al. Medición multidimensional de la pobreza infantil: una revisión de sus principales componentes teóricos, metodológicos y estadísticos. 2017.

FARIAS, Junior G. Osório MM. Padrão Alimentar de crianças menores de cinco anos. Ver. Nutrição. 2005.18 (6): 793-02.

FERNALD, Lia CH; GOSLINER, Wendi. Alternatives to SNAP: global approaches to addressing childhood poverty and food insecurity. **American Journal of Public Health**, v. 109, n. 12, p. 1668-1677, 2019.

Fundação ABRINQ. Observatório da Criança e do Adolescente. **Sobrevivência infantil e na infância**. Disponível em: < <https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/sobrevivencia-infantil-infancia/619-taxa-de-mortalidade-na-infancia-para-cada-mil-nascidos-vivos?filters=1,233>>. Acesso em: 04 de abr. 2020.

FRANÇA, Elisabeth; LANSKY, Sônia. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. **Anais**, p. 1-29, 2016.

FRANÇA, Elisabeth Barboza et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 20, p. 46-60, 2017.

GERTLER, Paul J., et al. **Impact evaluation in practice**. The World Bank, 2016.

Gonçalves AC, Costa MDCN, Paim JS, Silva LMVD, Braga JU, Barreto M. Social inequalities in neonatal mortality and living condition. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(3):682-91

JUANIHA, ALCIDO MANUEL; LIMA FILHO, Saulo Silva; PEIXE, Blênio Cezar Severo. Accountability em relação ao gasto público com saúde: comparação entre países da América Latina e da África Subsaariana. In: **Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC**. 2019.

HECKMAN, J. James. **Investir no Desenvolvimento na Primeira Infância: Reduzir déficits, fortalecer a economia**. Disponível em: <<https://heckmanequation.org/resource/investir-no-desenvolvimento-na-primeira-infancia-reduzir-deficits-fortalecer-a-economia/>>. Acesso em: 24 de Ago. 2020.

HECKMAN JJ. Policies to foster human capital. *Research Economics*. 2000;54(1):3–56. doi:10.1006/reec.1999.0225.

HECKMAN, James. Heckman the economics of human potential. **James Heckman muda a equação para a prosperidade americana**. Disponível em: <https://heckmanequation.org/resource/james-heckman-muda-a-equacao-para-a-prosperidade-americana/>>. Acesso em: 03 de dez. 2020.

HERNANDEZ, Alessandra Rivero et al. Análise de tendências das taxas de mortalidade infantil e de seus fatores de risco na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, no período de 1996 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2188-2196, 2011.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Tabela 6695 – Indicador 3.2.1 – Taxa de mortalidade em menores de 5 anos. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/6695>>. Acesso em: 22 de nov. 2020.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. IBGE Brasil. Rio Grande do Sul. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/pesquisa/45/92875?ano=2019>>. Acesso em: 28 de mar. de 2022.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual. Disponível em <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6733>. Acesso em: 28 de nov. 2020.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Brasil em Síntese. População – Taxa de mortalidade infantil. Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos – Brasil – 2000 a 2015. IBGE, 2013. Disponível em: <<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>>. Acesso em: 27 de mar. 2021.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Produto Interno Bruto dos Municípios. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 15 de maio de 2021.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Índice Nacional de Preços ao Consumidor–INPC. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/precos-e-custos/9258-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor.html?=&t=series-historicas>>. Acesso em 08 de jun. 2021.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Tábua completa de mortalidade para o Brasil-2019: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2019.pdf>. Acesso em: 02 de abr. 2022.

IPEA. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada** – 2019. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/ods/ods1.html>>. Acesso em: 05 de jun. de 2020.

IPEA. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros. Brasília, 2015. Brasília, 2015. Disponível em: <http://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/planilha>. Acesso em: 22 de nov. 2020.

KLEIN, M. A Psicanálise de Crianças. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1997.

HECKMAN, JJ, Cunha F, Lochner L, Masterov D. **Interpretando as evidências sobre a formação de habilidades do ciclo de vida**. In: Hanushek E, Welch F, editores. Manual de Economia da Educação. Holanda do Norte: Amsterdã; 2006.

LANSKY, Sônia et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S192-S207, 2014.

LEAL, Maria do Carmo et al. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 12, 2017.

_____. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Presidência da República. **Casa Civil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 de mar.2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm>. Acesso em: 05 de maio de 2020.

_____. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Presidência da República. **Casa Civil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 de jul. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112435.htm>. Acesso em: 03 de fev. 2020.

O Ciclo de vida humano [recurso eletrônico]: **Uma perspectiva psicodinâmica**/Organizadores, Cláudio Laks Elzirk, Ana Margareth S. Bassols. – 2.ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed,2013.

ONU Brasil. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 22 de mai. 2020.

ONU News – Perspectiva global Reportagens Humanas. **Ban afirma que “erradicar a pobreza significa acabar com a humilhação”**. Organização das Nações Unidas. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2016/10/1566341-ban-afirma-que-erradicar-pobreza-significa-acabar-com->>. Acesso em: 04 de julho de 2020.

OCDE. **Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico**. OCDE Better Life Index. País – Brasil – Saúde. Disponível em: <<http://www.oecdbetterlifeindex.org/pt/quesitos/health-pt/>>. Acesso em: 22 de nov. de 2020.

OCDE. **Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico**. OCDE Society at a Glance – OECD SOCIETY AT A GLANCE - OECD Social Indicators. 2002. Disponível em: <<https://www.oecd.org/social/soc/1875531.pdf>>. Acesso em: 12 de mar.2021.

OMS. Estatística da saúde mundial 2020. Um resumo visual. **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE**. Disponível em <<https://www.who.int/data/gho/whs-2020-visual-summary>>. Acesso em: 05 de mar.2021.

OTTONELLI, J., Marin, S. R., Porsse, M., & Glasenapp, S. (2011). **A importância das medidas multidimensionais de pobreza para a administração pública: um exercício em Palmeira das Missões (RS)**. *Revista De Administração Pública*, 45(3), 837 a 859.

MACANA, CORREA. ESMERALDA; COSTA DA. DONATO. MATHUES. JULIO.; MATTOS DE. JOSÉ. ELY. **Fatores associados à pobreza da primeira infância no Brasil e Rio Grande do Sul**. In: Anais do XIX de Economia da Região Sul, 2016, Brasil. Disponível em: < <https://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/10495>>. Acesso em: 29 de nov.2020

Manual de gestão municipal do Programa Criança Feliz [recurso eletrônico] / Edição Ministério da Cidadania. **Secretaria Especial de Desenvolvimento Social**. Secretaria Nacional de Promoção e Desenvolvimento Humano. - Brasília: Ministério da Cidadania, 2019.

MAURIEL, A. P. O. (2010). **Pobreza, seguridade e assistência social: desafios da política social brasileira**. *Katálysis*, 13(2), 173-180.

MARTINS, Paulo Cezar Rodrigues; PONTES, Elenir Rose Jardim Cury. **Mortalidade infantil por causas evitáveis em municípios de fronteira e não fronteira**. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 28, n. 2, p. 201-210, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2020005002206&script=sci_arttext. Acesso em: 04 de mar. 2021.

MENDONÇA, M. H. M. **O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas**. *Cad. de Saúde Pública* [on-line] v. 18, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 113-120.

Ministério da Cidadania. **Criança Feliz**. O Programa. Brasília/DF. Disponível em: <<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/crianca-feliz>> Acesso em: 14 de maio de 2020.

Ministério da Cidadania. **Secretaria Especial do Desenvolvimento Social**. Brasília/DF. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e> > Acesso em: 05 de jul. de 2020.

Ministério da Cidadania. **Secretaria Especial do Desenvolvimento Social**. Brasília/DF. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/o-que-e>>. Acesso em: 06 de jul. de 2020.

Ministério da Cidadania. Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI). Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/servicos-e-programas-1/acao-estrategica-do-programa-de-erradicacao-do-trabalho-infantil>. Acesso em: 10 de maio de 2021.

MONTEIRO, Renata Alves; SCHMITZ, Bethsáida de Abreu Soares. Infant mortality in the Federal District, Brazil: time trend and socioeconomic inequalities. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, p. 767-774, 2007.

MORAIS, Souza de, Luzia, Rosane; CARVALHO, Massote, Alysson; MAGALHÃES, Castro de, Lívia; PINTO, Ferreira, Avelino, Priscila. **Primeira Infância e Pobreza no Brasil: Uma análise integrada a partir de indicadores em saúde, educação e desenvolvimento social**. Revista de Políticas Públicas. São Luís, v.19, n.1, p. 303-314, Jan./Jun. 2015.

MOURA, Maria Lucia Seidl de et al. Conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 9, n. 3, p. 421-429, 2004.

SIMÕES, André; ATHIAS, Leonardo; BOTELHO, Luanda (Ed.). **Panorama nacional e internacional da produção de indicadores sociais: grupos populacionais específicos e uso do tempo**. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018.

SCHNEIDER, Alessandra; RAMIRES, Vega Regina. Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública. 2007. Disponível em: <<https://www.pim.saude.rs.gov.br/site/wp-content/uploads/2014/11/LivroPIMUmaInovacaoEmPoliticaPublica.pdf>>. Acesso em: 23 de abr. 2022.

PEREZ, José Roberto Rus; PASSONE, ERIC FERDINANDO. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cadernos de pesquisa**, v. 40, n. 140, p. 649-673, 2010.

PEREIRA Filho, Benedito Cerezzo; FREITAS, Sérgio Henriques Zandoná; COELHO, Saulo de Oliveira Pinto. **XXVI ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI BRASÍLIA-DF**. 2017.

Portal da Transparência. **Recursos transferidos para o Rio Grande do Sul e municípios**. Benefícios ao cidadão por localidade. Disponível em: <<http://www.portaldatransparencia.gov.br/localidades/rs-rio-grande-do-sul?ano=2019>>. Acesso em: 28 de nov.2020.

Plano Nacional pela Primeira Infância – PPNI. **Um Brasil para as crianças**. Rede Nacional Primeira Infância. Brasília, 20 de dezembro de 2010. Disponível em: <<http://www.primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf>> Acesso em: 10 de maio 2020.

Plataforma Agenda 2030. Objetivos de desenvolvimento sustentável. 17 objetivos para transformar nosso mundo. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br/os_ods/> Acesso em: 01 de jun. de 2020.

Primeira Infância Melhor. **PIM e Criança Feliz situação dos municípios no Rio Grande do Sul**. Disponível em <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/site/perguntas-e-respostas-sobre-o-programa-crianca-feliz-pim-no-rs/municipios-pim-e-cf-1/>>. Acesso em: 09 de Julho.2021.

Primeira Infância Melhor. **Ministério lança Nota Técnica para a para a Integração de programas do RS**. Disponível em: <https://www.pim.saude.rs.gov.br/site/ministerio-lanca-nota-tecnica-para-integracao-de-programas-do-rs>. Acesso em: 01 de ago. de 2021.

Secretária Estadual de Saúde. **O PIM. O que é.** Disponível em: <http://www.pim.saude.rs.gov.br/site/o-pim/o-que-e/>. Acesso em: 16 de mar. 2021.

SUXBERGER, Antonio Henrique Graciano. Políticas públicas e processo eleitoral: reflexão a partir da democracia como projeto político. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 5, n. 2, p. 252-263, 2015.

Peixoto, B., Pinto, C. C. D. X., Lima, L., FOGUEL, M. N., BARROS, R. P., & MENEZES FILHO, N. (2012). *Avaliação econômica de projetos sociais*. Fundação Itaú Social.

Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: OPAS; 2008.

Rede SUAS. **Programa Criança Feliz/Primeira Infância no SUAS**. Secretária de Assistência Social – SNAS. Secretária Nacional de Promoção do Desenvolvimento Humano –SNPDN. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/termoaceite/crianca_feliz_2016/relatorio_mun.php . Acesso em: 06 de jul. 2020.

Revista de informações e debates do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea. Desafios do desenvolvimento .2011. Ano 8. Edição 67 – 20/09/11. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2579:catid=28&Itemid=23. Acesso em: 06 de jul. de 2020

Secretária Estadual de Saúde/RS. **Primeira Infância Melhor – PIM**. Ministério lança Nota Técnica para Integração de programas do Rs. Porto Alegre/2018. Disponível em: <http://www.pim.saude.rs.gov.br/site/ministerio-lanca-nota-tecnica-para-integracao-de-programas-do-rs/>. Acesso em: 25 abr.2020.

Secretária Estadual de Saúde (SES). **Ministério lança nota técnica para a integração do programas do RS**. Porto Alegre/2018. Disponível em: <http://www.pim.saude.rs.gov.br/site/wp-content/uploads/2018/01/NOTA-T%C3%89CNICA-N%C2%BA-30-MDS.pdf>> Acesso em: 06 maio de 2020.

Secretária de Avaliação e Gestão da Informação SAGI. **Cidadania Data Explorer**. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/vis/data3/data-explorer.php>>. Acesso em: 28 de Jul. de 2021.

RIBEIRO, Felipe Garcia et al. Uma avaliação empírica do Programa Primeira Infância Melhor no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Diário Oficial. Lei nº 12.544, de 03 de julho de 2006. **Institui o Programa Primeira Infância Melhor – PIM**. Diário Oficial. Porto Alegre: CORAG, 2006. Nº 125. Disponível em: http://www.pim.saude.rs.gov.br/pim_a/legislacao/LeiDoPIM-12544Pagina1.pdf>. Acesso em: 02 de mar. De 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Portaria n. 578/2013. Anexo 2 – Portaria nº 578/2013. **Nota Técnica PIM nº01, de 14 de agosto de 2012.** Secretária de Saúde, Porto Alegre, RS, 14 de ago. de 2013. Disponível em: <<https://www.pim.saude.rs.gov.br/site/wp-content/uploads/2013/12/Portaria-N-5782013.pdf>>. Acesso em: 03 de nov. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Lei nº14.594, de 28 de agosto de 2014. **Introduz modificações na Lei nº 12.544, de 3 de julho de 2006, que institui o Programa Primeira Infância – PIM.** Disponível em: <<https://leisestaduais.com.br/rs/lei-ordinaria-n-14594-2014-rio-grande-do-sul-introduz-modificacoes-na-lei-n-12544-de-3-de-julho-de-2006-que-institui-o-programa-primeira-infancia-melhor-pim>>. Acesso em: 03 de nov. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Primeira Infância Melhor** - Portaria nº 15/2003. Secretaria da Saúde. Disponível em: <https://www.pim.saude.rs.gov.br/site/portaria-no-152003/>. Acesso em: 20 de dez. 2021

RIO GRANDE DO SUL. **Guia de Orientação Programa Criança Feliz e Primeira Infância Melhor no Rio Grande do Sul.** Primeira Infância Melhor – PIM. Porto Alegre, Ago. de 2018. Disponível em: <https://www.pim.saude.rs.gov.br/site/guia-pim-pcf-dezembro-2018/>. Acesso em: 21 de dez. de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão da Primeira Infância. Primeira Infância Melhor. **Cadernos do Primeira Infância Melhor: adesão, implantação e implementação / organizado por Carolina de Vasconcellos Drugg...**[et al.] – Porto Alegre: ESP/RS, 2021. Disponível em: <https://www.pim.saude.rs.gov.br/site/wp-content/uploads/2021/07/Caderno-1-Adesao.pdf> . Acesso em: 30 de dez. 2021

SILVA, Valéria Andrade et al. Desigualdades socioeconômicas: uma análise sobre os determinantes da taxa de mortalidade infantil nos municípios brasileiros. **Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos**, v. 13, n. 1, p. 73-97, 2019.

Tavares AI. Infant mortality in Europe, socio-economic determinants based on aggregate data. *Applied Economics Letters* 2017; 24(21):1588-1596.

Tesouro Nacional. Siconfi – **Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro.** Disponível em: <<https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/index.jsf;jsessionid=Z1jeMmJDUY0482ocnrHNvo-T.node1>>. Acesso em: 22 de maio de 2021.

Tesouro Nacional Transparente. **FINBRA–Dados Contábeis dos Municípios- 1989 a 2012.** Disponível em: <<https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/finbra-dados-contabeis-dos-municipios-1989-a-2012/2012/26>>. Acesso em: 01 de ago. 2021.

KURUVILLA, Shyama et al. Fatores de sucesso para reduzir a mortalidade materna e infantil. **Boletim da Organização Mundial da Saúde**, v. 92, p. 533-544, 2014.

TEJADA, Cesar Augusto Oviedo et al. Economic crises, child mortality and the protective role of public health expenditure. **Ciencia & saude coletiva**, v. 24, p. 4395-4404, 2019.

VAN ROSSEM, Ronan; PANNECOUCKE, Isabelle. Poverty and a child's height development during early childhood: A double disadvantage? A study of the 2006–2009 birth cohorts in Flanders. **PloS one**, v. 14, n. 1, p. e0209170, 2019.

VERCH, Karine. *Primeira Infância Melhor. Transformando a atenção aos primeiros anos de vida na América Latina: desafios e conquistas de uma política pública no sul do Brasil* / Karine Verch; editores, Florencia López-Boo, Deiby Mayaris Cubides Mateus.

WENDLAND, Jaqueline. **Impacto da depressão, ansiedade e estresse durante a gravidez no feto e no recém-nascidos: interações biocomportamentais perinatais entre a mãe e a criança, 2016**. In: *Neurociência e Educação na primeira infância: progressos e obstáculos*/Marcia Alvaro Barr. – Brasília: Senado Federal: Comissão de Valorização da Primeira Infância e de Cultura da Paz, 2016, 15 capítulos, páginas 23 á 31.

WINNICOTT, W. *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: editora Artes Medicas, 1997.

Wu, X.; Ramesh, M.; Howlett, M.; Fritzen, S. **Guia de políticas públicas: gerenciando processos**. 2014. Tradução de Ricardo Avelar de Souza. Brasília; Enap, 2014.

Williams C, Gilbert BJ, Zeltner T, Watkins J, Atun R, Maruthappu M. **Effects of economic crises on population health outcomes in Latin America, 1981-2010: an ecological study**. *BMJ Open*. 2016 Jan 6;6(1):e007546. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007546. PMID: 26739715; PMCID: PMC4716201.

UNICEF. Bem-estar e privações múltiplas na infância e na adolescência no Brasil – 2018. Brasília(DF): Escritório da Representação do UNICEF no Brasil; 2018. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/2061/file/Bem-estar-e-privacoes-multiplas-na-infancia-e-na-adolescencia-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 19 de set. 2020.

UNICEF. Relatório Anual do UNICEF no Brasil. Janeiro de 2017. Disponível em < https://www.unicef.org/brazil/sites/unicef.org.brazil/files/2019-03/UNI36_RA2016_0.pdf>. Acesso em: 13 de mar. De 2021.

UNICEF. Selo Unicef edição 2017 – 2020. Disponível em: <http://www.selounicef.org.br/>. Acesso em: 21 de mar. 2021.

APÊNDICE - TABELAS DAS ANÁLISES DAS DIFERENÇAS EM DIFERENÇAS

Tabela 9 - Impacto das políticas voltadas para a primeira infância (PIM/PCF) sobre a taxa de mortalidade infantil (TMI) no RS no início do programa Primeira Infância Melhor (PIM) usando a covariada gasto com saúde (2000-2019)

Covariada		
Gasto com saúde	0.015 (0.029)	
	TMI	Observações
Antes		
Controle (C)	2.494	503
Tratamento (T)	3.097	947
Diferença (T-C)	0.603*** (0.186)	
Depois		
Controle (C)	2.235	2909
Tratamento (T)	2.342	5377
Diferença (T-C)	0.107 (0.094)	
Diferenças em Diferenças	-0.496** (0.207)	

Fonte: Elaborada pela autora mediante base de dados do DataSUS, do Sis-PIM, da Secretária Nacional de Assistência Social – SNAS (2016-2019), do IBGE (2000-2019), do Tesouro Nacional Transparente – Finbra (2000-2012) e do Tesouro Nacional – Siconfi (2013- 2019). Nota: ***, **, * denotam significância da diferença de médias ao nível de 1%, 5% e 10%. Erro padrão robusto entre parênteses.

Tabela 10 - Impacto das políticas voltadas para a primeira infância (PIM/PCF) sobre a taxa da mortalidade infantil (TMI) no RS no início do programa Primeira Infância Melhor (PIM) usando as covariadas gasto com saúde e PIB *per capita* (2000-2019)

Covariadas		
PIB <i>per capita</i>	-0.457 (0.079)	
Gasto com saúde	0.086 (0.032)	
	TMI	Observações
Antes		
Controle (C)	6.130	499
Tratamento (T)	6.600	947
Diferença (T-C)	0.470** (0.187)	
Depois		
Controle (C)	5.889	2737

Tratamento (T)	5.931	5056
Diferença (T-C)	0.042 (0.100)	
Diferenças em Diferenças	- 0.428** (0.209)	

Fonte: Elaborada pela autora mediante base de dados do DataSUS, do Sis-PIM, da Secretária Nacional de Assistência Social – SNAS (2016-2019), do IBGE (2000-2019), do Tesouro Nacional Transparente – Finbra (2000-2012) e do Tesouro Nacional – Siconfi (2013- 2019). Nota: ***, **, * denotam significância da diferença de médias ao nível de 1%, 5% e 10%. Erro padrão robusto entre parênteses.

Tabela 11 - Impacto das políticas voltadas à primeira infância (PIM) sobre a taxa da mortalidade infantil (TMI) no RS no início do programa Primeira Infância Melhor (PIM) durante o recorte 2000-2019

	TMI	Observações
Antes		
Controle (C)	2.921	1242
Tratamento (T)	3.628	249
Diferença (T-C)	0.707*** (0.155)	
Depois		
Controle (C)	2.459	7037
Tratamento (T)	2.900	1411
Diferença (T-C)	0.441*** (0.099)	
Diferenças em Diferenças	- 0.266 (0.184)	

Fonte: Elaborada pela autora mediante base de dados do DataSUS, do Sis-PIM, da Secretária Nacional de Assistência Social – SNAS (2016-2019), do IBGE (2000-2019), do Tesouro Nacional Transparente – Finbra (2000-2012) e do Tesouro Nacional – Siconfi (2013- 2019). Nota: ***, **, * denotam significância da diferença de médias ao nível de 1%, 5% e 10%. Erro padrão robusto entre parênteses.

Tabela 12 - Impacto da política direcionada à primeira infância (PIM) sobre a taxa da mortalidade infantil (TMI) no RS no início do programa Primeira Infância Melhor (PIM) usando as covariadas gasto com saúde e PIB *per capita* (2000-2019)

Covariadas		
PIB <i>per capita</i>	-0.434 (0.076)	
Gasto com saúde	0.031 (0.031)	
	TMI	Observações
Antes		
Controle (C)	6.922	1198

Tratamento (T)	7.482	248
Diferença (T-C)	0.560*** (0.156)	
Depois		
Controle (C)	6.456	6487
Tratamento (T)	6.856	1306
Diferença (T-C)	0.400*** (0.104)	
<hr/>		
Diferenças em Diferenças	-0.160 (0.187)	

Fonte: Elaborada pela autora mediante base de dados do DataSUS, do Sis-PIM, da Secretária Nacional de Assistência Social – SNAS (2016-2019), do IBGE (2000-2019), do Tesouro Nacional Transparente – Finbra (2000-2012) e do Tesouro Nacional – Siconfi (2013- 2019). Nota: ***, **, * denotam significância da diferença de médias ao nível de 1%, 5% e 10%. Erro padrão robusto entre parênteses.

Tabela 13 - Impacto da política voltada à primeira infância (PIM) sobre a taxa da mortalidade infantil (TMI) no RS no início do programa Primeira Infância Melhor (PIM) usando as covariadas PIB *per capita*, gasto com saúde e PCF (2000-2019)

Covariadas		
PIB <i>per capita</i>	-0.422 (0.075)	
Gasto com saúde	0.029 (0.031)	
PCF	-0.558 (0.142)	
	TMI	Observações
Antes		
Controle (C)	6.826	1198
Tratamento (T)	7.389	248
Diferença (T-C)	0.563*** (0.156)	
Depois		
Controle (C)	6.358	6487
Tratamento (T)	6.858	1306
Diferença (T-C)	0.500*** (0.121)	
<hr/>		
Diferenças em Diferenças	-0.063 (0.197)	

Fonte: Elaborada pela autora mediante base de dados do DataSUS, do Sis-PIM, da Secretária Nacional de Assistência Social – SNAS (2016-2019), do IBGE (2000-2019), do Tesouro Nacional Transparente – Finbra (2000-2012) e do Tesouro Nacional – Siconfi (2013- 2019). Nota: ***, **, * denotam significância da diferença de médias ao nível de 1%, 5% e 10%. Erro padrão robusto entre parênteses.

Tabela 14 - Impacto da política voltada à primeira infância (PIM) sobre a taxa da mortalidade infantil (TMI) no RS no início do programa Primeira Infância Melhor (PIM) usando as covariadas gasto com saúde e PCF (2000-2019)

Covariadas		
	TMI	Observações
Gasto com saúde	-0.029 (0.030)	
PCF	-0.667 (0.135)	
Antes		
Controle (C)	3.430	1202
Tratamento (T)	4.088	248
Diferença (T-C)	0.659*** (0.159)	
Depois		
Controle (C)	2.909	6897
Tratamento (T)	3.526	1389
Diferença (T-C)	0.616*** (0.122)	
Diferenças em Diferenças	-0.043 (0.199)	

Fonte: Elaborada pela autora mediante base de dados do DataSUS, do Sis-PIM, da Secretária Nacional de Assistência Social – SNAS (2016-2019), do IBGE (2000-2019), do Tesouro Nacional Transparente – Finbra (2000-2012) e do Tesouro Nacional – Siconfi (2013- 2019). Nota: ***, **, * denotam significância da diferença de médias ao nível de 1%, 5% e 10%. Erro padrão robusto entre parênteses.

Tabela 15 - Impacto da política voltada à primeira infância (PCF) sobre a taxa da mortalidade infantil (TMI) no RS no início do programa Criança Feliz (PCF) durante o recorte de 2000 a 2019

	TMI	Observações
Antes		
Controle (C)	2.580	6624
Tratamento (T)	3.183	1328
Diferença (T-C)	0.603*** (0.105)	
Depois		
Controle (C)	2.324	1655
Tratamento (T)	2.316	332
Diferença (T-C)	-0.009 (0.120)	
	-0.612***	

Diferenças em
Diferenças (0.160)

Fonte: Elaborada pela autora mediante base de dados do DataSUS, do Sis-PIM, da Secretária Nacional de Assistência Social – SNAS (2016-2019), do IBGE (2000-2019), do Tesouro Nacional Transparente – Finbra (2000-2012) e do Tesouro Nacional – Siconfi (2013- 2019). Nota: ***, **, * denotam significância da diferença de médias ao nível de 1%, 5% e 10%. Erro padrão robusto entre parênteses.

Tabela 16 - Impacto das políticas voltadas para a primeira infância (PCF) sobre a taxa da mortalidade infantil (TMI) no RS no início do programa Criança Feliz (PCF) usando as covariadas PIB *per capita* e gasto com saúde (2000-2019)

Covariadas		
PIB <i>per capita</i>	-0.433 (0.075)	
Gasto com saúde	-0.008 (0.031)	
	TMI	Observações
Antes		
Controle (C)	7.126	6452
Tratamento (T)	7.694	1306
Diferença (T-C)	0.568*** (0.106)	
Depois		
Controle (C)	6.992	1233
Tratamento (T)	6.953	248
Diferença (T-C)	-0.039 (0.141)	
Diferenças em	-0.607***	
Diferenças	(0.178)	

Fonte: Elaborada pela autora mediante base de dados do DataSUS, do Sis-PIM, da Secretária Nacional de Assistência Social – SNAS (2016-2019), do IBGE (2000-2019), do Tesouro Nacional Transparente – Finbra (2000-2012) e do Tesouro Nacional – Siconfi (2013- 2019). Nota: ***, **, * denotam significância da diferença de médias ao nível de 1%, 5% e 10%. Erro padrão robusto entre parênteses.

Tabela 17 - Impacto das políticas voltadas para a primeira infância (PCF) sobre a taxa da mortalidade infantil (TMI) no RS no início do programa Criança Feliz (PCF) usando as covariadas PIB *per capita*, gasto com saúde e PIM (2000-2019)

Covariadas		
PIB <i>per capita</i>	-0.436 (0.075)	
Gasto com saúde	-0.001 (0.031)	
PIM	-0.075 (0.078)	
	TMI	Observações

Antes		
Controle (C)	7.078	6452
Tratamento (T)	7.655	1306
Diferença (T-C)	0.577*** (0.104)	
Depois		
Controle (C)	6.953	1233
Tratamento (T)	6.941	248
Diferença (T-C)	-0.012 (0.145)	
<hr/>		
Diferenças em Diferenças	-0.589*** (0.182)	

Fonte: Elaborada pela autora mediante base de dados do DataSUS, do Sis-PIM, da Secretária Nacional de Assistência Social – SNAS (2016-2019), do IBGE (2000-2019), do Tesouro Nacional Transparente – Finbra (2000-2012) e do Tesouro Nacional – Siconfi (2013- 2019). Nota: ***, **, * denotam significância da diferença de médias ao nível de 1%, 5% e 10%. Erro padrão robusto entre parênteses.

Tabela 18 - Impacto da política voltada para a primeira infância (PCF) sobre a taxa da mortalidade infantil (TMI) no RS no início do programa Criança Feliz (PCF) usando as covariadas gasto com saúde e PIM durante o recorte de 2000-2019

Covariadas		
Gasto com saúde	-0.052 (0.029)	
PIM	0.049 (0.076)	
	TMI	Observações
<hr/>		
Antes		
Controle (C)	3.396	6456
Tratamento (T)	4.052	1306
Diferença (T-C)	0.656*** (0.105)	
Depois		
Controle (C)	3.164	1643
Tratamento (T)	3.233	331
Diferença (T-C)	0.069 (0.124)	
<hr/>		
Diferenças em Diferenças	-0.587*** (0.166)	

Fonte: Elaborada pela autora mediante base de dados do DataSUS, do Sis-PIM, da Secretária Nacional de Assistência Social – SNAS (2016-2019), do IBGE (2000-2019), do Tesouro Nacional Transparente – Finbra (2000-2012) e do Tesouro Nacional – Siconfi (2013- 2019). Nota: ***, **, * denotam significância da diferença de médias ao nível de 1%, 5% e 10%. Erro padrão robusto entre parênteses.