



PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

4º Relatório Nacional de Acompanhamento



Março 2010



Presidência da República

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

RELATÓRIO NACIONAL DE ACOMPANHAMENTO

**Brasília
Março 2010**

ipea



Presidência da República

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

RELATÓRIO NACIONAL DE ACOMPANHAMENTO

Supervisão

Grupo Técnico para acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
Decreto de 31 de outubro de 2003

Coordenação

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e
Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégicos (SPI/MP)

Março 2010



ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	8
INTRODUÇÃO	10
AS POLÍTICAS SOCIAIS SÃO INSEPARÁVEIS DOS OBJETIVOS DO MILÊNIO	12
OBJETIVO 1: ERRADICAR A EXTREMA POBREZA E A FOME	21
OBJETIVO 2: UNIVERSALIZAR A EDUCAÇÃO PRIMÁRIA	43
OBJETIVO 3: PROMOVER A IGUALDADE ENTRE OS SEXOS E A AUTONOMIA DAS MULHERES	55
OBJETIVO 4: REDUZIR A MORTALIDADE NA INFÂNCIA	71
OBJETIVO 5: MELHORAR A SAÚDE MATERNA	85
OBJETIVO 6: COMBATER O HIV/AIDS, A MALÁRIA E OUTRAS DOENÇAS	97
OBJETIVO 7: GARANTIR A SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL	121
OBJETIVO 8: ESTABELECEER UMA PARCERIA MUNDIAL PARA O DESENVOLVIMENTO	153
CD ODM 2010	182

APRESENTAÇÃO

A reversão provocada pela crise econômica internacional nos números da fome no mundo ilustra suficientemente a gravidade do momento em que vivemos. A especulação financeira desenfreada contaminou inclusive os preços dos alimentos, acrescentando mais de 100 milhões de homens, mulheres e crianças ao contingente de famintos no planeta, que agora, segundo cálculos da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação, ultrapassa um bilhão de pessoas.

A tragédia humanitária acrescenta graves responsabilidades à comunidade internacional. Sobretudo, cabe às nações ricas cumprir suas promessas de ajuda ao desenvolvimento agrícola dos países pobres, sem o que será impossível cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, abraçados por 198 nações há 10 anos.

Há, contudo, um sopro de esperança cuja importância não pode ser minimizada. Como na crise de 1929, o estouro da bolha financeira dos países ricos irradiou efeitos devastadores sobre a economia mundial. Desta vez, no entanto, afetou muito menos aquelas nações que previamente haviam adotado políticas públicas de combate à pobreza e de conquista dos Objetivos do Milênio. No cenário hesitante de um mundo que ainda tropeça nas armadilhas da recessão, essa é mais que uma notícia a se comemorar: é um recomeço

para renovar a agenda do desenvolvimento no Século XXI.

Não se trata de uma promessa de futuro, mas de um caminho em construção. Nele já transitam vários países em desenvolvimento, formando uma nova força no cenário mundial. Na América Latina, por exemplo, existe hoje um conjunto de governos determinados a integrar cada vez mais as agendas do crescimento e da justiça social, com o objetivo de propiciar a seus povos um ciclo de desenvolvimento sem os sobressaltos e desequilíbrios do passado.

O Brasil se destaca nessa nova convergência estratégica. Nossa economia foi uma das últimas atingidas pela crise e uma das primeiras a sair dela. A grande diferença entre a rapidez dessa retomada e a difícil transição observada em cenários anteriores, de contração externa até mais branda, está no papel estrutural assumido pelas políticas sociais na matriz do nosso desenvolvimento.

Quando estourou a bolha especulativa, a sociedade brasileira já havia cumprido e superado com antecedência a meta de redução da pobreza constante do primeiro Objetivo do Milênio. A meta inicial era de, até 2015, reduzir a pobreza à metade do nível de 1990. Em 2005, a meta foi voluntariamente ampliada: a redução deveria atingir um quarto do nível de 1990. E esse resultado foi alcançado em 2007 e superado em 2008.

Sempre soubemos que a fome e suas raízes estruturais teriam que ser combatidas ao mesmo tempo e com igual intensidade. A mobilização da sociedade civil em torno do Programa Fome Zero, em nosso primeiro Governo, conferiu a legitimidade necessária para recolocar a segurança alimentar no topo da agenda do Estado brasileiro. Vencida essa barreira, pudemos unificar e ampliar a abrangência das políticas sociais, dando velocidade e enquadramento estratégico à sua implantação. Hoje, o Bolsa-Família chega a 12,4 milhões de lares humildes.

Num tempo em que o absolutismo dos mercados havia ocupado praticamente todas as prerrogativas do destino humano, o Brasil decidiu que não bastava trocar a perversidade da exclusão pelo círculo vicioso da dependência assistencial. Era necessário regenerar a alavanca do desenvolvimento e fazer da justiça social o principal motor do crescimento sustentável.

Hoje, podemos dizer com orgulho que o aparelho público nacional deixou de ser uma correia de transmissão da desigualdade para se tornar um instrumento afirmativo de direitos, um retificador de injustiças que nenhum automatismo de mercado corrigiria por nós.

E, mais que isso, a rápida superação da crise demonstrou definitivamente que o caminho estava certo: a economia brasi-

leira mostrou-se mais sólida porque o país se tornou mais justo e participativo, com expressiva mobilização social.

A profundidade das transformações implementadas nos últimos anos começou a redesenhar a estrutura da produção e da sociedade. Um gigantesco mercado de massa, secularmente negligenciado, revelou-se o contrapeso decisivo no vazio aberto pela contração econômica mundial. A classe C responde hoje por mais da metade da população e as classes mais baixas reduziram seus contingentes.

As dinâmicas embutidas nesse novo cenário não podem mais ser ignoradas por ninguém. Nem pelos partidos, nem pelas políticas econômicas e menos ainda pelo investimento empresarial. Essa talvez seja a grande contribuição brasileira à consecução das Metas do Milênio. Nossa trajetória vem reafirmar que uma verdadeira política social não é compensação para os equívocos do desenvolvimento. Trata-se, na verdade, de um valioso instrumento indutor, capaz de orientar o curso da economia, democratizar os frutos dos mercados e canalizar as energias da produção para o bem comum, não mais para a especulação.

Luiz Inácio Lula da Silva

Presidente da República

INTRODUÇÃO

Quando, em 2000, a comunidade internacional se comprometeu com a erradicação da extrema pobreza, uma em cada três pessoas no mundo vivia com menos de um dólar por dia. Estimava-se que atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) significaria que, até 2015, mais de 500 milhões de pessoas saíam da extrema pobreza, mais de 300 milhões não passariam mais fome e 30 milhões de crianças deixariam de morrer antes de completar cinco anos. Dez anos depois da assinatura da Declaração do Milênio, os avanços nesse sentido são significativos. Muitos dos indicadores negativos identificados no começo da década anterior experimentaram reduções importantes, entre eles a mortalidade infantil, e mais crianças estão matriculadas nas escolas. Os dados confirmam que muitos países estão no caminho que os possibilitará atingir os ODM até 2015.

Como o final do prazo de 15 anos se aproxima, chegou a hora de determinarmos o ponto onde estamos e quais são os desafios que restam para acelerar o progresso e atingir os objetivos. Os resultados globais demonstram que, apesar dos importantes avanços conquistados, ainda há muito a ser feito. Evidenciam, sobretudo, que no caminho para o desenvolvimento humano não podemos nos contentar com médias nacionais. Hoje, temos a certeza de que o cumprimento dos ODM só será efetivo se fizer chegar o progresso a todos e reduzir as desigualdades entre países, regiões, mulheres e homens, brancos, negros e indígenas, ricos e pobres. O Brasil atingiu excelentes resultados e já

aparece como um líder em muitas áreas. O País se destaca não apenas pelo compromisso em atingir os ODM, mas também pelo seu empenho em apoiar outros países nesse esforço. Em algumas áreas, definiu para si próprio compromissos mais ambiciosos do que os previstos nas Metas do Milênio. Comprometeu-se, por exemplo, a reduzir a um quarto a extrema pobreza, enquanto a meta definida mundialmente é a de redução pela metade do número de pessoas que vivem nessas condições.

Essas metas mais avançadas são tão ambiciosas quanto realistas, para um país onde Governo, setor privado e sociedade civil trabalham juntos em um contexto de amplo diálogo cívico e democrático. O Sistema das Nações Unidas, por meio de seus Fundos, Agências e Programas, parabeniza o Brasil pelo reconhecimento dos ODM como um norteador das políticas públicas, e manifesta sua disposição de continuar contribuindo, dentro do seu mandato, para o aprofundamento dos avanços alcançados, assim como para promover o diálogo sobre esses temas com a sociedade civil brasileira.

Um elemento notável que surge deste Relatório é que o Brasil tem analisado a questão dos ODM pelo prisma da equidade e da universalização dos direitos humanos, dando verdadeiro significado à noção de “Um Brasil para Todos”. Com efeito, o Relatório vai além das médias nacionais. O reconhecimento da diversidade e das disparidades regionais, de gênero e etnorraciais, reflete o compromisso de alcançar todos os brasileiros e brasileiras.

Parte da redução das desigualdades, também identificada neste Relatório, é consequência direta dos programas sociais e de políticas públicas universais de grande envergadura lançados pelo Governo. A forte expansão do Sistema Único de Saúde, através do acesso à Atenção Primária em Saúde, serviu de plataforma para a aceleração de ações orientadas a vários dos ODM. O Bolsa-Família, maior programa de transferência de renda do mundo, permitiu articular iniciativas setoriais e por vezes fragmentadas nas áreas de educação, saúde, combate à fome e desenvolvimento social, entre outras, em um único programa com foco nos grupos sociais mais pobres. A importância desse programa na redução da pobreza e das desigualdades sociais no país tem sido reconhecida nacional e internacionalmente.

No entanto, os avanços são desiguais. O gênero, a raça, a etnia e o local de nascimento de uma criança brasileira ainda determinam, em grande parte, suas oportunidades futuras. Essas desigualdades têm repercussões diretas também na saúde da mulher e na razão da mortalidade materna. Não há dúvidas, então, de que o maior desafio do país nos próximos anos será transformar os ODM em uma realidade efetiva para todos e todas.

Enfrentar esse desafio exige um esforço concertado entre o Governo e a sociedade civil e a consolidação, como objetivos de Estado, da agenda civilizatória e de direitos humanos contida nos ODM. O País dispõe de capacidades, recursos e poder de inovação para fazê-lo. O desenvolvimento de ações direcionadas aos grupos mais vulneráveis e áreas de

maior concentração da pobreza, e que levem em conta a situação específica das mulheres, será determinante para o cumprimento desses objetivos.

Cabe salientar também que a rica experiência brasileira relativa ao cumprimento dos ODM tem sido uma referência importante para a dinâmica da cooperação Sul-Sul, já que os desafios internos do Brasil e as estratégias e instrumentos desenvolvidos para enfrentá-los têm se mostrado altamente relevantes para outros países, em especial da América Latina, África e Ásia.

Saudamos o Brasil por ter adotado os ODMs para todos como política de Estado, assegurando sua continuidade no tempo. As agências das Nações Unidas presentes no Brasil veem com otimismo todos os resultados alcançados, pois eles servem de base para continuar apoiando o País nesse esforço de assegurar que os progressos do desenvolvimento contribuam para realizar os direitos humanos de cada brasileiro e brasileira. Nesse sentido, o sistema ONU no Brasil continua a colocar sua capacidade técnica e sua rede mundial de conhecimento à disposição do País. Estamos trabalhando para apoiar todos os atores que se dedicam, no dia a dia, a essa nobre tarefa. Do êxito desse esforço comum e concertado dependem os mais vulneráveis e as gerações futuras para a realização plena dos seus direitos.

Marie Pierre Poirier

Coordenadora-Residente Interina do
Sistema das Nações Unidas no Brasil

AS POLÍTICAS SOCIAIS SÃO INSEPARÁVEIS DOS OBJETIVOS DO MILÊNIO

Para cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, o Brasil tem se apoiado em um conjunto de políticas sociais estruturadas e de alcance nacional. Embora nenhuma dessas ações tenha sido elaborada especificamente para cumprir os objetivos acordados na Declaração do Milênio, elas têm objetivos em comum, focados na redução da pobreza e das desigualdades e na garantia dos direitos dos cidadãos.

É o caso do conjunto de ações estruturadas para o combate à fome e à pobreza. Somadas a outros fatores, como o crescimento da economia e a geração de empregos, elas já possibilitaram não apenas eliminar pela metade a proporção da população pobre no país – meta constante do primeiro Objetivo do Milênio – como também cumprir a meta mais ousada, assumida voluntariamente em 2005, de reduzir essa proporção para um quarto da população total. Da mesma forma, essas políticas, organizadas sob o Programa Fome Zero em 2003, foram fundamentais para que a fome e a desnutrição em crianças de zero a quatro anos de idade fossem, em termos da média estatística do país, eliminadas já em 2009 – embora esteja claro que esse problema persista em determinados grupos sociais e regiões geográficas e deva continuar a ser foco de políticas específicas.

Entre as principais características das políticas sociais brasileiras está a sua capilaridade, que possibilita alcançar os mais de 5.500 municípios de um país de dimensão continental. Isso só se torna possível graças a um sistema composto por órgãos federais, estaduais e municipais – de escolas e hospitais a agências de bancos públicos – que atuam de forma pactuada e coordenada e com responsabilidades específicas.

É com base em tal rede que 12,4 milhões de famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família conseguem, mensalmente, sacar com cartões magnéticos os valores referentes aos benefícios de transferência de renda em quase 20 mil pontos de pagamento distribuídos entre agências de bancos públicos, casas lotéricas, correspondentes bancários e terminais de caixas eletrônicos. Apenas nos nove primeiros meses de 2009, isso significou cerca de 95 milhões de saques¹.

A operação e o acompanhamento dos programas voltados aos segmentos populacionais de menor renda tomam por base o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, regulamentado em

¹CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. Demonstrativo financeiro do 3º trimestre de 2009. Press-release. Disponível em <http://www.caixa.gov.br/acaixa/relatorios/demonstrativo.asp>

2007. Formado a partir de diferentes bancos de dados, esse cadastro permite saber quem são, onde estão e quais são as necessidades das 24,6 milhões de famílias mais vulneráveis do país. Ali se encontram não apenas nome, endereço e renda dos cidadãos em situação de risco, mas também dados como a frequência escolar das crianças beneficiadas, um dos condicionantes do pagamento. Tais dados são inseridos localmente pelas prefeituras municipais, em coordenação com o Governo Federal. Como resultado, o Cadastro Único constitui um importante mecanismo de identificação dos bolsões de pobreza e de avaliação dos resultados das políticas.

Uma história de luta por direitos

Se o Brasil consegue hoje executar programas da dimensão do Bolsa-Família é porque percorreu uma trajetória de 80 anos que, não sem percalços e retrocessos, capacitou o Estado à prestação de políticas sociais estruturadas e de alto alcance. Trajetória que está intimamente ligada à luta da sociedade brasileira pela democracia e pela criação de novos direitos.

Foi na década de 1930 que o Brasil passou a ter um sistema nacional de políticas sociais propriamente ditas, prestado por uma estrutura estatal e que incluía serviços tais como a educação, a saúde e a previdência. Àquela época, o país vivia seu primeiro ciclo de industrialização, durante o Governo Vargas (1930-1945), assim como via, pela primeira vez, a afirmação dos direitos dos trabalhadores sendo garantidos em lei.

Essas transformações incluíram a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública, em 1930, com o objetivo de coordenar nacionalmente a rede pública de

QUADRO 1

O que são e para que servem

Muito se fala sobre o papel das políticas sociais nas sociedades contemporâneas. Mas o que são as políticas sociais? Em uma definição ampla, um sistema de políticas sociais apresenta-se como uma complexa rede de distribuição e redistribuição de renda efetuadas por meio de ações e programas sociais conduzidos pelo Estado. Seu objetivo é atender a necessidades sociais diversas, em especial a necessidades de cidadãos que, sem o apoio de estruturas públicas, não conseguiriam exercer os seus direitos. A noção de direito, aliás, está estreitamente relacionada a essas políticas – uma política universalizada de atenção à saúde, por exemplo, só existe quando esta é tratada como direito de todos.

A depender do caráter e da natureza das políticas sociais, elas têm potencial não apenas para garantir o acesso a direitos sociais básicos e universais, mas também para melhorar as condições de vida e impulsionar a mobilidade social. É essa a atual realidade brasileira, conquistada graças à conjugação dessas ações com uma política econômica que visa ao desenvolvimento sustentável.

De acordo com definição adotada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), as políticas sociais podem ser de dois tipos, a depender dos objetivos pretendidos: podem servir à proteção ou à promoção social.

No primeiro caso, essas políticas são consolidadas por meio da solidariedade social a grupos em situação de vulnerabilidade. Na prática, um governo promove a proteção social quando estabelece políticas que garantam os direitos dos mais pobres e vulneráveis, como as crianças e os idosos, e também daqueles que estão em situação de risco, como nos casos de invalidez por acidente.

Por outro lado, as políticas sociais que têm como objetivo a promoção se efetivam mediante a adoção de mecanismos que minimizem as desigualdades da alocação de bens e serviços coletivos, que possibilitem a inserção dos indivíduos no mercado e que produzam a igualdade de oportunidades. Aqui estão inseridas, por exemplo, as ações de educação, cultura, desenvolvimento agrário e geração de renda.

A linha entre esses dois tipos de políticas sociais é tênue: algumas vezes, elas cumprem ao mesmo tempo os dois objetivos. Esse é o caso das chamadas infraestruturas sociais, como habitação, urbanismo e saneamento básico, que atendem tanto o propósito da proteção quanto o da promoção.

Abrangência das Políticas Sociais no Brasil¹

Áreas de concentração	Ações	Produtos/Resultados
Saúde	Agentes Comunitários de Saúde	61% da população coberta ² (115,4 milhões de pessoas)
	Equipes de Saúde da Família	51% da população coberta ² (96,1 milhões de pessoas)
	Equipes de Saúde Bucal	48% da população coberta ² (91,3 milhões de pessoas)
	Consultas Médicas	2,5 consultas per capita / ano ³
Educação	Educação Infantil	4,2 milhões de alunos
	Educação Básica (Ensino Fundamental e Ensino Médio)	37,6 milhões de alunos
	Graduação	1,2 milhão de alunos
	Distribuição de livros didáticos	117,5 milhões de livros ⁴
Assistência Social	Programa Bolsa-Família	12,4 milhões de famílias ⁵
	Benefícios de Prestação Continuada	1,6 milhão de pessoas com deficiência; 1,5 milhão de idosos
Previdência Social (Regime Geral – RGPS)	Aposentadorias e Pensões	24 milhões de beneficiários
Emprego e Defesa do Trabalhador	Seguro-desemprego	6,6 milhões de beneficiários
Desenvolvimento Agrário	Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf)	1,7 milhão de contratos de financiamento

¹ INEP/MEC; MPS; Boletim do Servidor/Siape; MTE; MDA. Ano: 2007

² Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Ano: 2009

³ RIPS. IDB (2008)

⁴ Em 2009, de acordo com o MEC, foram adquiridos 103,5 milhões de livros para o Ensino Fundamental, 11,2 milhões para o Ensino Médio e 2,8 milhões para alfabetização de jovens e adultos

⁵ MDS. Ano: 2009

ensino. Em 1934, a educação passou a ser reconhecida como um direito de todos e responsabilidade conjunta do Estado e das famílias. Na mesma década, os direitos previdenciários e de saúde passaram a ser garantidos pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

Mas as estruturas montadas a partir daquela década – especialmente no que se refere à saúde e aos direitos previdenciários – contavam com alcance bastante limitado. Os IAPs prestavam serviços apenas aos membros das categorias que os mantinham e, apesar de alcançarem os trabalhadores formais urbanos, excluía boa parte da população brasileira².

Assim, embora essas medidas tenham sido pioneiras no sentido de garantir os direitos dos trabalhadores, elas contribuíram, por outro lado, para o aumento da desigualdade social no Brasil, em especial entre as populações rural e urbana – sendo que essa última correspondia a apenas 30% dos brasileiros em 1940³. Da mesma forma, as políticas sociais de previdência e de saúde dependiam diretamente da capacidade contributiva dos setores beneficiados.

² CASTRO, J.A.; RIBEIRO, J.A.C. – As políticas sociais e a Constituição de 1988: conquistas e desafios in Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise nº 17. Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: 2009.

³ IBGE, Censo demográfico 1940/2000. Rio de Janeiro: IBGE, 1950/2001. Dados extraídos de: Estatísticas do século XX. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em http://www.ibge.gov.br/series_estatisticas/

Na educação, a situação não era melhor: o analfabetismo atingia mais da metade – 54,5% – da população com idade superior a 15 anos⁴.

Nas décadas de 1960 e 1970, durante o regime militar, as reformas do Estado centralizaram a prestação das políticas sociais. Em 1966, os antigos IAPs foram extintos e substituídos pelo Instituto Nacional de Previdência Social, o INPS, que tornou o sistema previdenciário mais racional e aumentou sua abrangência social e geográfica. Em especial durante o chamado milagre brasileiro (1969-1973), período de aceleração da industrialização e crescimento econômico, a base de contribuintes e beneficiários do sistema aumentou substantivamente. E em 1971, a educação – que já havia sido descentralizada em 1961 – passou a ser obrigatória para crianças de 7 a 14 anos.

As políticas sociais, contudo, ainda contavam com limites para a sua expansão. O sistema previdenciário e de saúde atendia apenas aos cidadãos contribuintes. Seu financiamento também era baseado exclusivamente nas contribuições – e se isso foi positivo durante os anos de crescimento, acabou por colocar o sistema em grave situação após as crises econômicas que ocorreram a partir de 1973 até a década de 1980, com o aumento do desemprego e, por consequência, da arrecadação do sistema. A essas dificuldades estruturais somava-se outra, ainda maior: a falta de democracia, que impedia a participação social e tornava o Estado pouco permeável às demandas dos imensos setores da população que não estavam cobertos pelo sistema de proteção social.

⁴Ibidem.

⁵Dados do período compreendido entre novembro de 2008 e novembro de 2009. Fonte: Ministério da Saúde/Datasus

A redemocratização do Brasil, a partir de 1985, mudou esse quadro. Esse processo foi consolidado na Constituição Federal de 1988, que traz em si as demandas sociais reprimidas por décadas. A Carta Magna afirma, já em seu preâmbulo, a missão de “instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais”.

Com a Constituição, o Estado passou a ser definitivamente obrigado a conduzir um amplo leque de políticas sociais por ele financiadas e voltadas a todos os cidadãos, independentemente de sua capacidade de contribuição. A universalização dos serviços virou regra, e criou-se a base para a construção de uma sociedade mais justa, livre de preconceitos e discriminações.

Para se ter uma ideia dos avanços logrados na afirmação dos direitos sociais, vale ressaltar o exemplo da saúde. Antes fragmentada e inacessível para uma parte significativa da população, passou, com a Constituição, a ser regida pelo princípio da universalização da cobertura e do atendimento. Assim, apesar das resistências políticas e da conjuntura que impunha dificuldades de financiamento, foi criado o Sistema Único de Saúde. Trata-se de um sistema que hoje é capaz de realizar 11,8 milhões de internações por ano, mais de 255 mil cirurgias cardíacas e quase 19 mil transplantes⁵, de acesso universal a todos os cidadãos brasileiros.

O texto constitucional também dispôs que o salário mínimo fosse fixado em lei e nacionalmente unificado – e vinculou a ele o piso dos benefícios previdenciários e assistenciais permanentes. Também equiparou os direitos dos trabalhadores rurais e urbanos, pondo um fim, portanto, às di-

A estratégia de crescimento inclusivo com redistribuição ajudou o Brasil a atravessar sem sobressaltos a crise financeira internacional de 2008.

ferenças que ainda existiam nos planos de benefícios da previdência. A Carta Magna aumentou a dotação obrigatória de recursos federais que devem ser destinados à educação. E reafirmou a relevância da participação social ao prever instrumentos como os conselhos gestores de políticas públicas nos três níveis de governo. Falta, contudo, regulamentar o texto, o que seria feito por meio de legislação complementar que consolidaria as previsões constitucionais. Nesse sentido, o êxito foi par-

cial. Grandes avanços foram conquistados, como a aposentadoria para trabalhadores rurais que, antes bastante restrita, foi disseminada. Da mesma forma, ampliou-se o alcance dos benefícios para idosos e pessoas com deficiência e sem capacidade para o trabalho.

Por outro lado, os benefícios previdenciários sofreram uma dura tentativa de desvinculação do salário mínimo, o que só não ocorreu graças à mobilização social. As bases de financiamento da seguridade social foram distorcidas e a Lei Orgânica de Saúde foi publicada sem boa parte dos artigos relativos ao financiamento.

Além disso, as políticas de redução de gastos públicos e da diminuição das estruturas de Estado – políticas estas adotadas por boa parte dos países em desenvolvimento durante a década de 1990 – fizeram com que a realidade social brasileira não mudasse com a mesma intensidade prevista pela Constituição. Além disso, com as sucessivas crises econômicas e o baixo índice de crescimento da produção, o Brasil não foi capaz de reduzir a desigualdade na velocidade que se esperava em 1988.

A Agenda Social hoje

A atual Agenda Social brasileira, que teve início em 2003, tem no combate à fome e à pobreza a sua prioridade. Mas contou, desde sua introdução, com uma série de outras características que a tornam diferente dos modelos que vinham sendo praticados até então.

Trata-se de uma agenda que concilia as dimensões econômica e social na condução das políticas públicas. Procura unir a reativação da capacidade produtiva brasileira à demo-

QUADRO 3

Os objetivos da saúde e da educação

As iniciativas do Governo Federal têm contribuído de forma decisiva para a melhoria das condições de vida da população brasileira e, conseqüentemente, para o cumprimento da Declaração do Milênio.

Na área da educação, uma dessas ações estratégicas é a ampliação do tempo de permanência das crianças e dos adolescentes nas escolas públicas. A educação integral possibilita a elevação dos níveis de desempenho e rendimento escolares. Além disso, estimula a prática de atividades esportivas e artísticas. Em 2009, foram beneficiados 1,2 milhão de alunos.

No que concerne à qualidade do ensino no País, buscou-se ampliar a colaboração dos entes federados no compartilhamento de responsabilidades e competências para implementação de programas. Os professores têm sido capacitados e valorizados. Por meio de uma parceria entre o Governo Federal e os Estados, estão sendo formados centenas de professores até então sem habilitação específica para o exercício do magistério. Além disso, foi instituído o piso salarial para os docentes, com previsão de apoio federal aos Estados que não têm condições de pagar os novos salários.

Na área da saúde, a redução da mortalidade na infância por doenças infecciosas é resultado, em parte, de programas de saneamento básico, educação (com o aumento da escolaridade das mães) e da ampliação e melhoria da atenção básica, principalmente a partir do Programa Saúde da Família, que também vem contribuindo para a franca redução da desnutrição infantil.

Os indicadores da área de saúde e de educação também são afetados positivamente pelo Bolsa-Família, cujo objetivo principal é combater a fome e a pobreza. O programa garante padrões mínimos de acesso a bens a partir da transferência direta de renda. Mas essa transferência é condicionada à manutenção das crianças e dos adolescentes na escola, ao cumprimento do calendário de vacinação e da agenda pré e pós-natal para gestantes e mães em amamentação.

cratização de oportunidades e à redução de todos os tipos de desigualdades: sociais, regionais, raciais e de gênero, entre outras.

O salário mínimo foi elevado significativamente, aumentando a renda de aposentados, pensionistas e trabalhadores. O orçamento para os programas sociais foi ampliado. A título de ilustração, apenas os recursos destinados às ações do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – responsável pelo programa Bolsa-Família e pelo pagamento dos Benefícios de Prestação Continuada – passaram de R\$ 11,4 bilhões, em 2003, para mais de R\$ 33 bilhões em 2009.

Ações como essas, somadas às políticas de estabilidade macroeconômica e de geração de empregos, contribuíram para a ampliação do mercado interno, que se mostrou especialmente forte durante a crise financeira internacional de 2008-2009. Tal mercado consumidor foi essencial naquele momento, reduzindo em muito os impactos da crise no setor produtivo brasileiro, que também contou com medidas anticíclicas promovidas pelo Governo.

Outra característica da agenda brasileira é ter a participação e o diálogo social como componentes fundamentais. Seja em conferências nacionais ou em conselhos de participação social, amplos setores da sociedade são ouvidos para a elaboração e o acompanhamento de políticas públicas. Nesse sentido, procurou-se ampliar a parceria com os entes federados, a partir do aumento da articulação e da execução compartilhada de políticas com municípios e Estados.

A Agenda Social também inclui a reativação da capacidade estatal de executar suas po-

líticas. Ministérios e secretarias foram criados para gerenciar programas e intensificar a interlocução com importantes segmentos da sociedade civil e com os entes federados. Estruturas de Estado foram fortalecidas e mecanismos de gestão aprimorados.

Atualmente, as principais políticas sociais em andamento são as voltadas ao combate à pobreza e à fome; à universalização e à qualificação da educação; à geração de emprego e renda para os mais pobres; à ampliação e à melhoria dos serviços de saúde; ao combate às desigualdades socioeconômicas e também às provenientes de raça e gênero. São, em resumo, políticas focadas na elevação da qualidade de vida dos brasileiros, especialmente daqueles em situação de vulnerabilidade social.

As ações de combate à pobreza, à fome e às desigualdades sociais, assim como as de geração de oportunidades aos pobres, pressupõem um amplo conjunto de ações e estão, em grande parte, sob a responsabilidade do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, mas perpassam e estão contidas em programas de outros ministérios, como Desenvolvimento Agrário, Educação e Trabalho e Emprego.

Com relação ao eixo educação da Agenda Social brasileira, destacam-se ações que têm potencial para reduzir as desigualdades de oportunidades educacionais. Integram a agenda iniciativas como a formação e a valorização dos professores, a eletrificação de escolas rurais, a implantação de laboratórios de informática nas escolas públicas, a alfabetização de jovens e adultos e a reestruturação e expansão das universidades federais, bem como a oferta de bolsas para alunos de baixa renda cursarem o ensino superior em instituições privadas.

O Brasil está contribuindo para que o mundo atinja as metas para 2015 do primeiro Objetivo de Desenvolvimento do Milênio.

*Os aumentos
do salário
mínimo acima
da inflação têm
sido um dos mais
importantes
fatores de
promoção do
bem-estar nos
últimos anos.*

Por sua vez, a Agenda Social da Saúde organiza-se, essencialmente, pelo reforço à atenção básica, com a ampliação do Programa Saúde da Família e a implantação de programas voltados à saúde bucal. Destacam-se também as ações voltadas ao tratamento da hipertensão e do diabetes, do planejamento familiar e da ampliação do acesso a medicamentos e a serviços especializados, como cardiologia, neurocirurgia e hemodiálise.

Uma das características essenciais das políticas que integram a Agenda Social brasileira é a sua transversalidade, ou seja, o fato de incluírem ações não apenas de um órgão do Governo, mas sim uma série de iniciativas harmônicas e coordenadas entre vários ministérios. Isso pode ser visto de forma bastante clara nas políticas sociais sob responsabilidade das secretarias especiais e ministérios criados a partir de 2003. O Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra a Mulher, por exemplo, é coordenado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, mas articula ações de mais de dez ministérios e secretarias especiais. Já as iniciativas coordenadas pela Secretaria de Promoção da Igualdade Racial voltadas às comunidades quilombolas incluem desde a regularização de terras tradicionalmente ocupadas por esses grupos sociais até ações de saúde e educação. Além disso, a promoção da igualdade racial está incluída na reserva de cotas nas universidades públicas federais e na concessão de bolsas de estudo em instituições privadas de ensino superior. O mesmo ocorre com as ações articuladas pela Secretaria Especial de Direitos Humanos. Elas incluem temas que vão do enfrentamento à homofobia e à violência contra crianças e adolescentes até a ampliação do acesso à documentação civil básica, envolvendo

diversos órgãos governamentais.

No mesmo sentido, o Programa Territórios da Cidadania, coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário, reúne mais de 200 ações de 21 ministérios voltadas a combater a pobreza rural e levar o desenvolvimento sustentável às regiões brasileiras com os piores indicadores sociais. Apenas em 2009, foram apoiados 120 territórios, que receberam investimentos de quase R\$ 20 bilhões. Da mesma forma, as políticas voltadas para promover a sustentabilidade ambiental – desde a preservação da biodiversidade e a redução de emissão de gases causadores do efeito estufa até a melhoria dos assentamentos precários – incluem um conjunto de ações que ultrapassam fronteiras entre ministérios e entes federados. Foi graças a essa atuação conjunta que o Brasil conseguiu reduzir em 2009 o desmatamento na Amazônia ao seu menor nível desde 1988, quando ele começou a ser monitorado. Para tanto, foram aprimorados não só mecanismos conjuntos de fiscalização e repressão, como também as formas alternativas – e sustentáveis – de geração de emprego e renda.

Em resumo, a Agenda Social brasileira – composta por políticas de alcance universal, além de componentes voltados especificamente aos grupos mais vulneráveis – tem possibilitado uma grande transformação social no país. Antigas desigualdades estão sendo reduzidas. E isso vem sendo fundamental para que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio sejam alcançados. Há, contudo, muito a ser feito para que essa trajetória seja mantida – em especial no que se refere a combater desigualdades de distribuição de renda e de percepção de direitos e garantias fundamentais que ainda persistem no

Brasil. Ainda existem desigualdades entre as regiões do Brasil, entre o campo e a cidade, entre mulheres e homens. São essas desigualdades que fazem com que o avanço positivo nas médias nacionais de vários indicadores sociais não reflita, ainda, uma realidade para toda a população.

Vencer esses desafios requer que as ações existentes nos mais diversos eixos da Agenda Social brasileira sejam continuadas e constantemente aprimoradas. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio são marcos fundamentais nesse sentido, pois trazem consigo um grande aporte para a avaliação das políticas públicas, para a parceria federativa e para a mobilização social. Guardam, especialmente, uma ideia integrada do desenvolvimento, expressa nas palavras do Subsecretário-Geral para assuntos sociais e econômicos da ONU,

Sha Zukang, na edição global de 2008 do Relatório dos ODM: “Em geral, a maioria das pessoas pobres está presa a um círculo vicioso. Quebrar esse círculo requer um conjunto de ações simultâneas e não é provável que uma intervenção isolada seja suficiente. Os governos deveriam garantir que a redução da pobreza seja incorporada ao centro de todas as políticas, desde a estratégia macroeconômica nacional até a atuação das administrações locais. Deveria ser dada atenção especial à criação de oportunidades adicionais de trabalho decente. O investimento público e as instituições públicas deveriam aceitar o desafio de ter como foco os pobres, especialmente no que se refere aos gastos em educação, saúde e infraestrutura”. Os esforços do Brasil, graças à sua ampla Agenda Social e ao amadurecimento de sua democracia, guardam todas essas características.

Apesar das conquistas, ainda há muito a ser feito: é preciso prosseguir no rumo atual, corrigindo erros e aperfeiçoando ainda mais as políticas econômicas e sociais.

QUADRO 4

Iniciativas da Agenda Social e os ODM correspondentes

Objetivos do Milênio	Eixos temáticos	Principais iniciativas
ODM 1 – Erradicar a extrema pobreza e a fome	Redução da pobreza e inclusão social	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação de benefícios e serviços socioassistenciais • Promoção do desenvolvimento sustentável nas áreas rurais • Geração de oportunidades às famílias pobres
ODM 2 – Universalizar a educação primária	Educação	<ul style="list-style-type: none"> • Universalização do ensino • Qualificação da educação
ODM 3 – Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres	Promoção da igualdade entre os sexos	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
ODM 4 – Reduzir a mortalidade na infância ODM 5 – Melhorar a saúde materna ODM 6 – Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças	Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Universalização do atendimento qualificado • Interiorização dos programas de saúde • Expansão dos programas de prevenção e controle de doenças
ODM 7 – Garantir a sustentabilidade ambiental	Meio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação dos programas de conservação e recuperação dos biomas • Combate aos desmatamentos • Revitalização de bacias hidrográficas em situação de vulnerabilidade e degradação ambiental • Desenvolvimento de fontes alternativas de energia • Expansão dos sistemas de esgotamento sanitário
ODM 8 – Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento	Desenvolvimento mundial	<ul style="list-style-type: none"> • Participação ativa do Brasil na promoção da paz, no combate às desigualdades e nos debates sobre segurança alimentar global e desenvolvimento sustentável



1

**ERRADICAR A
EXTREMA POBREZA
E A FOME**

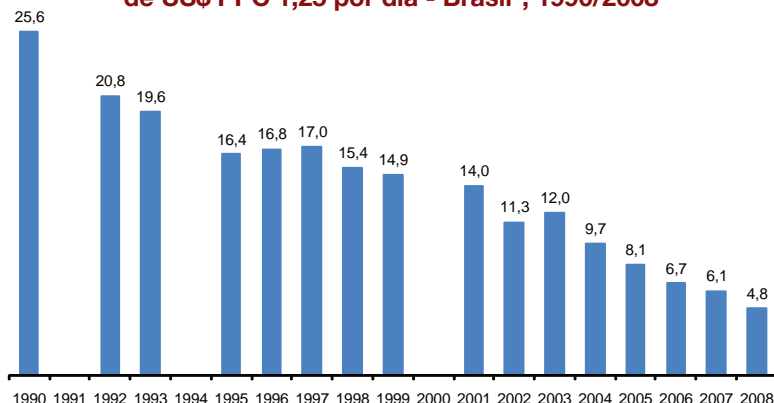


O BRASIL JÁ ALCANÇOU AS METAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS DE REDUÇÃO DA EXTREMA POBREZA E DA FOME

O primeiro e principal Objetivo de Desenvolvimento do Milênio é a erradicação da extrema pobreza e da fome no mundo. Para realizar esse Objetivo, a Cúpula do Milênio estabeleceu duas metas a serem alcançadas até 2015. A primeira é a redução do nível de incidência da pobreza extrema na população mundial à metade do observado em 1990; a segunda é a redução, à metade, da proporção de pessoas que passam fome. A cada meta atribuíram-se indicadores para monitorar o avanço em sua direção.

GRÁFICO 1

Porcentagem da população sobrevivendo com menos de US\$ PPC 1,25 por dia - Brasil*, 1990/2008



*Exclusiva a população rural dos Estados de RO, AC, AM, RR, PA e AP.
Fontes: Renda: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD.
Fatores PPC: Nações Unidas, Divisão de Estatísticas (Banco Mundial, ICP 2005).
Inflação média anual do Brasil e dos EUA: Fundo Monetário Internacional, World Economic Outlook, 2009.

Convém lembrar que as metas de redução à metade da pobreza extrema e da fome não se aplicam aos países individualmente, mas ao mundo. Podem ser atingidas mesmo que alguns países não logrem alcançá-las, desde que outros tenham um desempenho ótimo e as ultrapassem. O Brasil tem tentado fazer mais do que apenas a sua parte para que o mundo atinja o primeiro Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, estabelecendo para si metas mais ambiciosas do que as acordadas pela comunidade internacional.

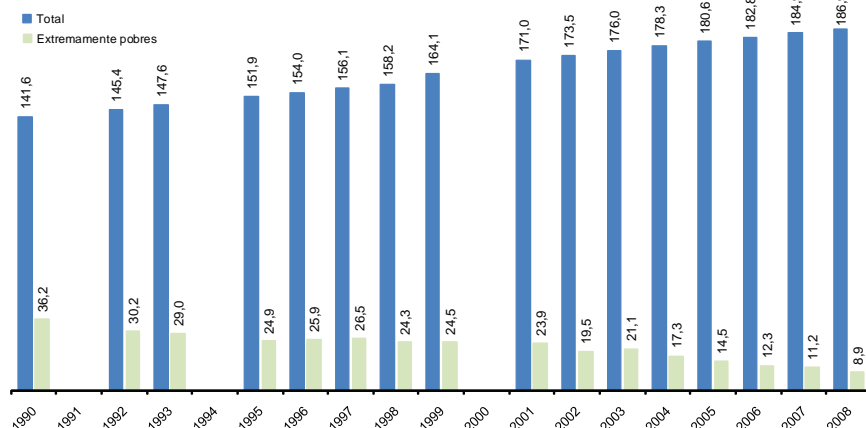
Para a pobreza extrema, a meta brasileira era a de, até 2015, reduzi-la não à metade, mas a um quarto do nível de 1990. As novas estimativas de pobreza extrema (ver Quadro 1) mostram que essa meta foi alcançada em 2007 e superada em 2008 (Gráfico 1).

Em 1990, 25,6% dos brasileiros tinham renda domiciliar *per capita* abaixo da linha de pobreza internacional de US\$ PPC 1,25/dia. A cada quatro brasileiros, um tinha renda diária cujo poder de compra no mercado local era inferior ao poder de compra de US\$ 1,25 nos EUA. A redução da pobreza extrema desde 1990 foi de tal ordem que, em 2008, apenas 4,8% da população eram pobres segundo o critério internacional (um a cada vinte brasileiros). No período, o Brasil logrou reduzir a pobreza a menos de um quinto do nível de 1990, superando a meta que se havia imposto¹.

¹ Mesmo considerando que, de 1990 a 1993, a hiperinflação prejudicou a coleta dos dados sobre a renda da população e sobre preços, reduzindo a precisão da conversão dos valores do período para valores atuais, e provavelmente produzindo certa superestimação dos níveis de pobreza extrema, pode-se considerar que o Brasil atingiu a meta autoestabelecida de reduzi-la a um quarto do nível de 1990. A incidência de pobreza extrema em 2008 era menos de um terço da verificada em 1995, o primeiro ano depois do Plano Real, que promoveu a estabilização macroeconômica.

GRÁFICO 2

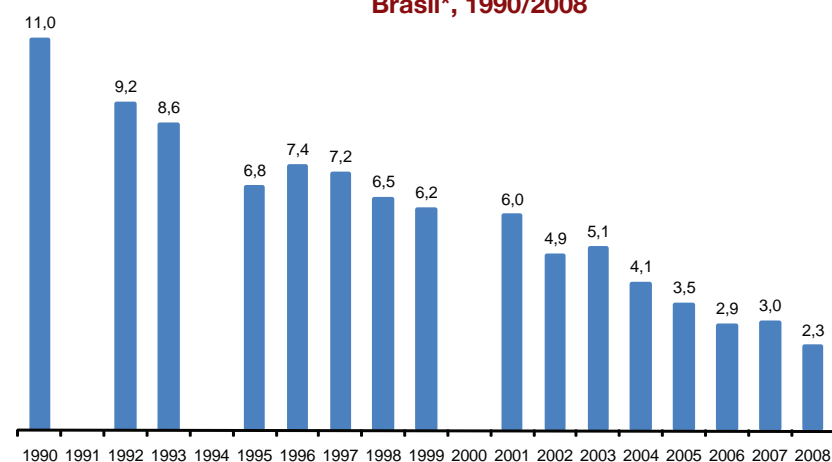
População total e população sobrevivendo com menos de US\$ PPC 1,25 por dia (em milhões) - Brasil*, 1990/2008



* Exclui a população rural dos Estados de RO, AC, AM, RR, PA e AP.
Fontes: Renda: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD. Fatores PPC: Nações Unidas, Divisão de Estatísticas (Banco Mundial, ICP 2005). Inflação média anual do Brasil e dos EUA: Fundo Monetário Internacional, World Economic Outlook, 2009.

GRÁFICO 3

Hiato médio normalizado de pobreza extrema em porcentagem Brasil*, 1990/2008



* Exclui a população rural dos Estados de RO, AC, AM, RR, PA e AP.
Fontes: Renda: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD. Fatores PPC: Nações Unidas, Divisão de Estatísticas (Banco Mundial, ICP 2005). Inflação média anual do Brasil e dos EUA: Fundo Monetário Internacional, World Economic Outlook, 2009.

A redução acentuada da pobreza extrema é mais bem compreendida em sua expressão populacional (Gráfico 2). De 1990 a 2008, enquanto a população brasileira cresceu de 141,6 para 186,9 milhões, a população extremamente pobre decresceu de 36,2 para 8,9 milhões de pessoas. Em 2008, havia um quarto dos pobres existentes em 1990 e pouco mais de um terço dos existentes em 1995. A tendência de redução da pobreza extrema e o alcance da meta nacional se repetem na série histórica do segundo indicador de monitoramento, o hiato médio normalizado de

pobreza extrema (Gráfico 3). Seu valor em 2008 era quase um quinto do observado em 1990 e pouco mais do que um terço do valor de 1995. Esse indicador soma as distâncias das rendas dos pobres à linha de pobreza, medidas em proporção do valor da linha, e divide o resultado pelo total da população. Por conseguinte, pode ser interpretado como o quanto cada brasileiro, inclusive os extremamente pobres, deveria contribuir para erradicar a pobreza, desprezando a existência de custos administrativos e dificuldades para a distribuição dos recursos.

O crescimento econômico acelerado a partir de 2003 foi o principal fator para que o Brasil alcançasse a meta nacional de redução da pobreza.



ERRADICAR A EXTREMA POBREZA E A FOME

Novas estimativas de pobreza extrema

As novas estimativas de pobreza extrema se baseiam na renda domiciliar *per capita*, mas diferem das dos relatórios anteriores devido a mudanças em parte do conjunto de informações usado no cálculo dos indicadores. Até 2008, os indicadores eram referidos na linha de pobreza internacional de US\$ PPC 1,08/dia por pessoa e no fator de paridade do poder de compra – PPC – de 1993. As novas estimativas se baseiam na linha de pobreza internacional de US\$ PPC 1,25/dia por pessoa e no fator PPC de 2005.

A linha de pobreza internacional de US\$ PPC 1/dia por pessoa foi criada no Banco Mundial em 1985, a partir do estudo de 33 linhas de pobreza de diferentes países, considerando o fator PPC disponível à época. Ao tentarem estabelecer uma relação entre as linhas de pobreza e o nível de vida de cada país, analistas notaram que as linhas dos países mais pobres variavam pouco ao redor de US\$ PPC 1/dia por pessoa.

Em 1993, foram produzidos novos fatores PPC e uma nova análise das linhas de pobreza. Concluiu-se que, em face aos novos PPC, a linha de pobreza deveria ser atualizada para US\$ PPC 1,08/dia por pessoa para representar as linhas dos países mais pobres. No âmbito dos ODM, essa linha foi adotada como referência para o estabelecimento da meta de redução da pobreza e para seus indicadores.

Recentemente, usando fatores PPC de 2005 e um conjunto de 88 linhas de pobreza, o Banco Mundial concluiu que para refletir a concepção de pobreza vigente nos países mais pobres, a linha internacional precisaria ser atualizada para US\$ PPC 1,25/dia por pessoa. A nova linha foi adotada pelas Nações Unidas para as estimativas de pobreza global em 2009 e usada no mais recente Relatório Global de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio.

O fator de paridade do poder de compra, PPC, é empregado para converter a unidade monetária dos países para Dólar dos Estados Unidos. Porém, o PPC não é uma taxa de câmbio comum, e sim uma taxa de poder de compra. Expressa quantas unidades monetárias locais são necessárias para comprar em um país o que seria comprado nos Estados Unidos por US\$ 1.

O processo de definição dos PPC é complexo e dependente de uma série de informações sobre preços, consumo e câmbio de vários países, coletadas pelo Banco Mundial. Os PPC são obtidos a partir de análises estatísticas dessas informações. Os mais recentes são de 2005.

A cada rodada da pesquisa são coletadas mais informações, para maior número de países, e de forma mais padronizada. Também são empregados métodos diferentes e mais sofisticados de análise dos dados. Isso faz com que as estatísticas obtidas a partir da aplicação de fatores PPC distintos não sejam comparáveis.

O novo PPC brasileiro foi estimado em 1,57, o que quer dizer que em 2005 seriam necessários R\$ 1,57 para comprar no Brasil o mesmo que se comprava nos Estados Unidos com US\$ 1. A atualização do PPC para os outros anos é feita pela razão entre a inflação média anual no país e a inflação média anual nos Estados Unidos, medidas por índices nacionais de preços ao consumidor.

Se, em um dia de 2008, cada brasileiro tivesse contribuído com US\$ PPC 0,03 ou R\$ 0,05 (isto é, 2,3% da linha de pobreza), teriam sido arrecadados pouco mais de R\$ 9 milhões, que, distribuídos entre os extremamente pobres de forma a receberem exatamente a quantia necessária para elevar sua renda ao nível da linha de pobreza, teriam feito com que, naquele dia, a pobreza extrema fosse erradicada no Brasil.

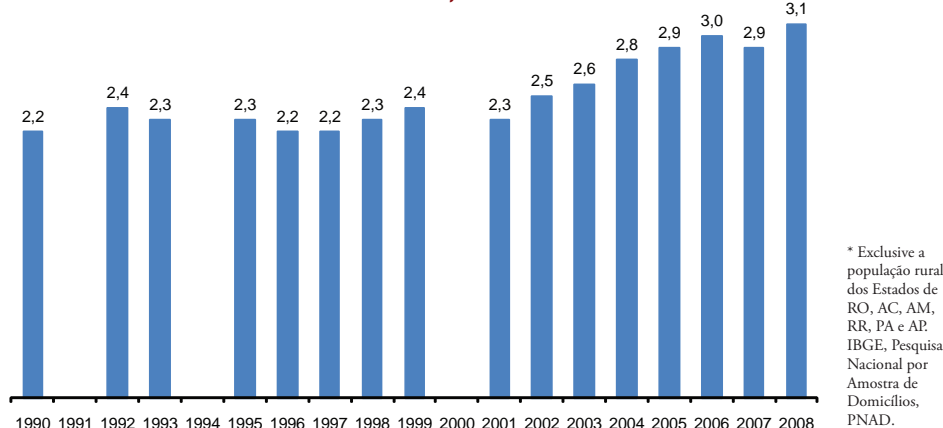
O terceiro indicador oficial da primeira meta do primeiro Objetivo do Milênio não é propriamente um indicador de pobreza, e sim de desigualdade: a fração da renda nacional que cabe aos 20% mais pobres da população (Gráfico 4). É um indicador importante, pois revela se o progresso na redução da pobreza extrema é ocasionado apenas pelo crescimento econômico ou se é ajudado (atrapalhado) pela redução (aumento) da desigualdade.

Essa fração cresce pouco em termos absolutos de 1990 a 2008, passando de 2,2 a 3,1% da renda nacional. O comportamento desse indicador sugere que a maior parte da redução da pobreza extrema foi fruto de aumentos reais da renda, e que ainda existe bastante espaço para combatê-la via redução da desigualdade.

A fração da renda nacional fluindo para os 20% mais pobres é pequena se comparada à parcela recebida pelos 20% mais ricos e à parte que cabe aos 60% entre os extremos (Gráfico 5). De 1990 a 2008, a fração detida pelos mais ricos recuou consideravelmente, de 65,2 para 58,9% da renda. Contudo, a parcela da renda perdida pelos mais ricos passou a fluir principalmente para o estrato intermediário, pouco sobrando para os mais pobres.

GRÁFICO 4

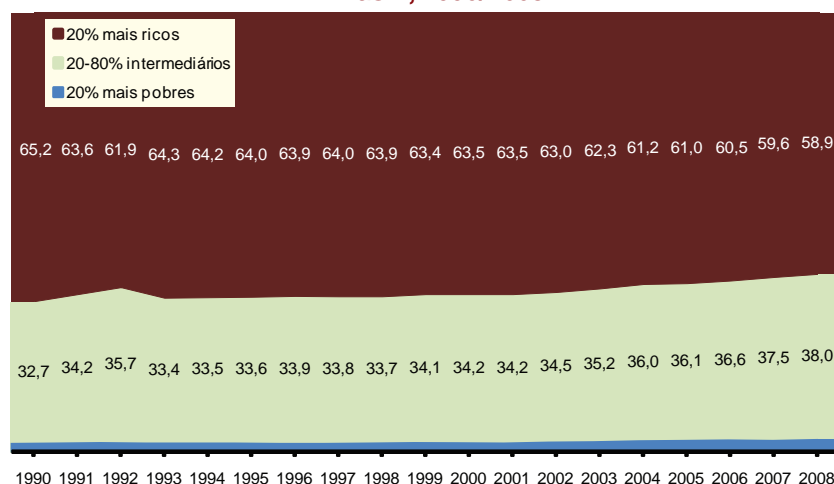
**Porcentagem da renda nacional detida pelos 20% mais pobres
Brasil*, 1990/2008**



A pobreza extrema no Brasil, hoje, é menos de um quinto da de 1990. A desigualdade caiu bastante mas pode cair ainda mais.

GRÁFICO 5

**Porcentagem da renda nacional detida por estratos de renda
Brasil*, 1990/2008**



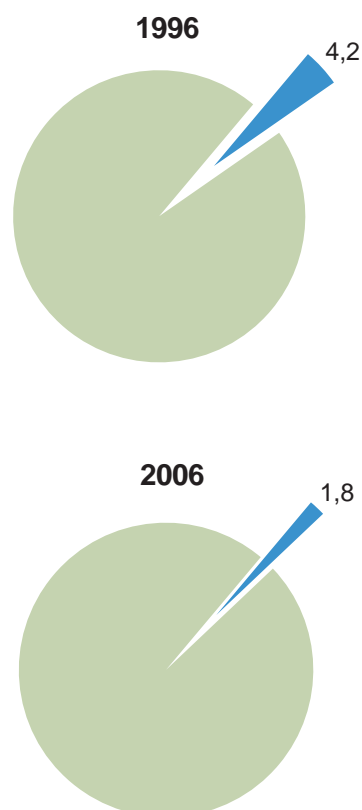
Em conjunto, a evolução dos indicadores da primeira meta mostra que o desempenho do país na redução da pobreza extrema de 1990 a 2008 foi bem maior do que o pactuado na Declaração do Milênio: a meta internacional para 2015 foi superada em 2002 e a meta nacional foi superada em 2008. Se o ritmo da redução se mantiver nos próximos anos, a pobreza extrema será erradicada do Brasil por volta de 2013-2014.

A segunda meta para 2015 do primeiro Objetivo de Desenvolvimento do Milênio é a redução à metade da proporção da população mundial que passa fome. A redução da fome no mundo tem sido uma das principais preocupações a guiar a participação do Brasil nos fóruns internacionais. Consonante, o país adotou como meta a erradicação da fome até 2015. O principal indicador da segunda meta é a porcentagem de crianças de zero a quatro



GRÁFICO 6

**Porcentagem de crianças de zero a quatro anos com peso abaixo do esperado para a idade
Brasil*, 1996 e 2006**



* Exclusive áreas rurais dos Estados da Região Norte.
Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p.226

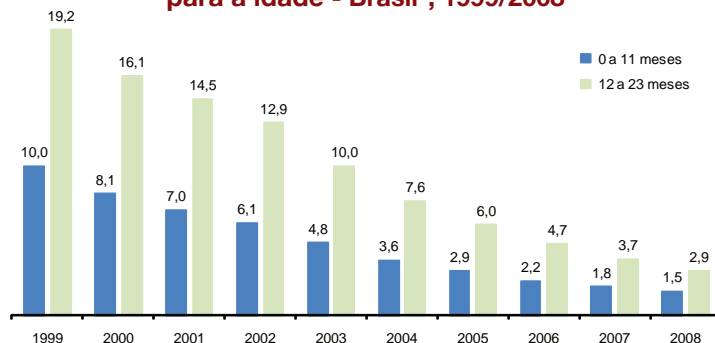
anos com peso abaixo do esperado para sua idade, tendo como referência as curvas de crescimento de crianças saudáveis e bem alimentadas da Organização Mundial da Saúde (divulgadas em 2006).

Em 1996, 4,2% das crianças brasileiras de zero a quatro anos tinham peso bem abaixo do esperado para a sua idade. Em 2006, essa porcentagem havia se reduzido a menos da metade, passando a 1,8% (Gráfico 6). O fato de esse valor estar abaixo dos 2,3% observados na população de referência, isto é, de ser menor do que entre crianças saudáveis e bem alimentadas, indica que hoje, no Brasil, é pequeno o risco de crianças consumirem quantidade insuficiente de calorias e proteínas.

As informações sobre as crianças de menos de dois anos de idade atendidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família também exibem franca redução da desnutrição energético-protéica na infância. Esse é um dado relevante, pois, embora não cubra todas as crianças do país, grande parte daquelas cujo perfil socioeconômico implica maior risco de desnutrição é atendida pela Estratégia.

GRÁFICO 7

Porcentagem de crianças de até 23 meses atendidas pela Estratégia Saúde da Família com peso abaixo do esperado para a idade - Brasil*, 1999/2008



* Somente crianças atendidas pela Estratégia Saúde da Família.
Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Sistema de Informações da Atenção Básica.

Entre as crianças atendidas de até 11 meses de idade, apenas 1,5% foram consideradas desnutridas em 2008. Na faixa etária seguinte, de 12 a 23 meses de idade, 2,9% estavam desnutridas (Gráfico 7). As internações hospitalares de crianças de até 11 meses de idade devidas exclusivamente à desnutrição, deficiências vitamínicas e suas sequelas são eventos raros e caíram de 9,6 por mil, em 1999, para 5,3 por mil em 2008 (Gráfico 8).

Considerando-se a diminuição da porcentagem nacional de crianças abaixo do peso esperado no período 1996-2006, o Brasil

superou a meta internacional de reduzir a fome à metade até 2015. Análises mais detalhadas do estado nutricional das crianças de zero a quatro anos, a partir das informações da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde e de outros levantamentos e registros administrativos, incluindo indicadores adicionais como o da adequação de peso para a altura e da altura para a idade, revelaram estar o Brasil próximo de erradicar a desnutrição na infância e alcançar sua própria meta.

Embora o Brasil tenha tido um desempenho excelente na redução da pobreza extrema e da fome, os indicadores nacionais encobrem desigualdades internas. Entre essas, as mais importantes são as desigualdades entre as regiões do país, entre zonas rurais e urbanas e entre grupos raciais.

A persistente desigualdade racial brasileira se reflete nos indicadores de pobreza, historicamente maiores para os pretos ou pardos. Juntas, as pessoas que se declararam brancas, pretas ou pardas perfazem mais de 99% da população brasileira. Em 1990, havia 22,8 milhões de pessoas pre-

tas ou pardas extremamente pobres, e 12,7 milhões de pessoas brancas nessa situação. Em 2008, esses totais foram reduzidos a 6,0 e 2,5 milhões, respectivamente.

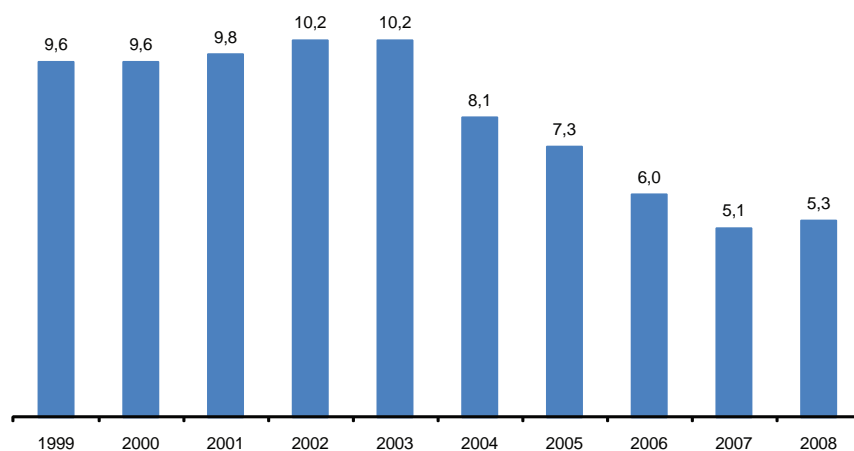
A redução, de 1990 a 2008, da porcentagem de pobres foi de ordem semelhante na população branca e na população preta ou parda, mas o objetivo da igualdade racial requereria uma queda mais acelerada da pobreza extrema entre pretos ou pardos. Embora a diferença tenha se reduzido, em 2008 a porcentagem de pobres pretos ou pardos era ainda mais do que o dobro da porcentagem de pobres brancos (Gráfico 9).

A desigualdade relativa entre a população preta ou parda e a população branca se manteve estável. Em 1990, entre os 10% mais pobres, os pretos ou pardos se apresentavam em porcentagem 1,5 vezes maior do que a sua porcentagem na população total, que era em torno de 44%; por outro lado, a porcentagem de brancos no grupo de 1% mais ricos da população era 1,6 vezes maior do que sua porcentagem na população. Em 2008, a porcentagem de

Os indicadores nacionais encobrem as desigualdades internas entre grupos raciais e regiões.

GRÁFICO 8

Internações hospitalares por desnutrição em cada 1.000 internações de crianças de 0 a 11 meses de idade - Brasil*, 1999/2008



* Somente crianças internadas pelo Sistema Único de Saúde.
Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Sistema de Informações Hospitalares.



GRÁFICO 9

Porcentagem da população sobrevivendo com menos do que US\$ PPC 1,25 por dia segundo a cor - Brasil*, 1990/2008

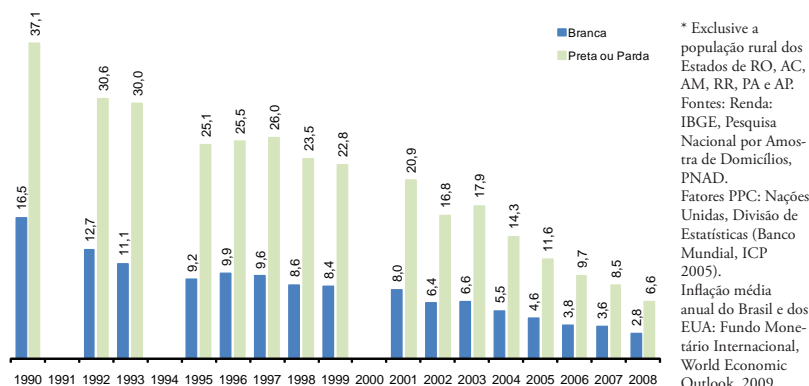


GRÁFICO 10

Porcentagem da população sobrevivendo com menos do que US\$ PPC 1,25 por dia segundo a situação do domicílio Brasil*, 1990/2008

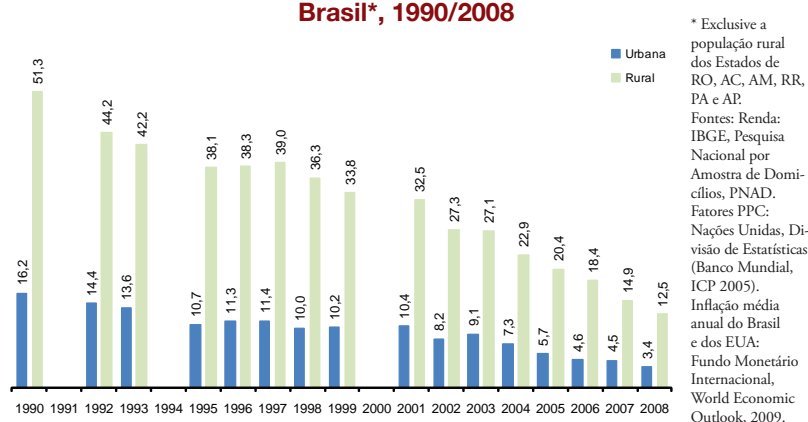
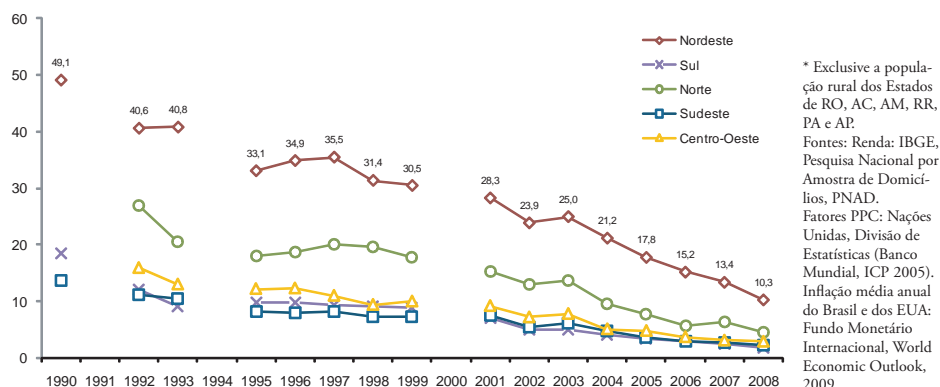


GRÁFICO 11

Porcentagem da população sobrevivendo com menos de US\$ PPC 1,25 por dia - Regiões do Brasil*, 1990/2008



pretos ou pardos entre os 10% mais pobres ainda era 1,4 vezes maior do que sua porcentagem na população total (em torno de 50%); e a porcentagem de brancos no grupo de 1% mais ricos era 1,7 vezes maior do que sua porcentagem na população total.

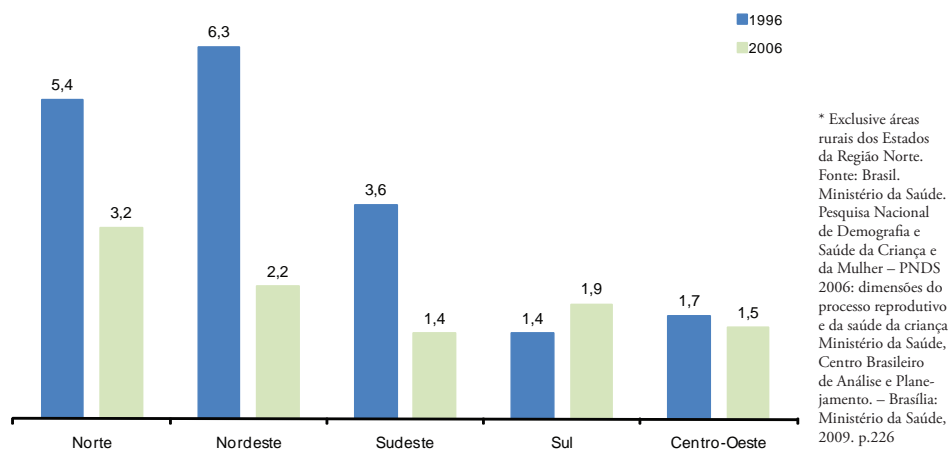
A clivagem entre as zonas rurais e as urbanas no Brasil também é marcante. A porcentagem de pobres nas zonas rurais caiu bastante, de 51,3%, em 1990, para 12,5% em 2008, diminuindo a diferença em relação às zonas urbanas (Gráfico 10). Não obstante, em termos relativos a pobreza rural tem se situado em patamar mais do que três vezes maior do que o da pobreza urbana.

Entre as grandes regiões do país também se observam grandes diferenças. A redução da pobreza extrema nas regiões mais pobres ocorreu em ritmo semelhante ao das regiões mais ricas, mantendo as disparidades. No Nordeste, a porcentagem de pobres em 2008 era mais que cinco vezes maior do que no Sul, e mais que duas vezes maior do que a média nacional. Mas mesmo no Nordeste houve queda acentuada: quase a metade dos nordestinos estava abaixo da linha de pobreza em 1990, contra um décimo em 2008 (Gráfico 11).

Embora a porcentagem de pretos ou pardos vivendo em extrema pobreza permaneça mais alta do que a dos brancos, hoje é apenas um quarto do que era em 1990.

GRÁFICO 12

Porcentagem de crianças de zero a quatro anos com peso abaixo do esperado para a idade - Regiões do Brasil*, 1996 e 2006



As diferenças entre as porcentagens de crianças de zero a quatro anos com peso abaixo do esperado para sua idade em cada região, entretanto, diminuíram tanto em termos absolutos quanto relativos (Gráfico 12). Em 1996, essa porcentagem no Nordeste era mais de quatro vezes maior do que no Sul do país, enquanto em 2006 era apenas 15% maior. Na região Sudeste também houve notável redução.

Ainda que para as regiões Norte, Sul e Centro-Oeste as diferenças observadas na porcentagem de crianças abaixo do peso não sejam estatisticamente significativas por causa do tamanho da amostra, houve convergência entre as regiões de 1996 a 2006.

Entretanto, convém lembrar que dentro das grandes regiões também há desigualdade. As Chamadas Nutricionais, levantamentos feitos com crianças que vão aos postos de saúde por ocasião das campanhas nacionais de vacinação, revelam essas disparidades. Em 2005, a Chamada Nutricional realizada na região semiárida constatou que 5,2% das crianças vacinadas apresentavam peso

abaixo do esperado para a idade. No ano seguinte, novo levantamento constatou que, entre as crianças quilombolas, 5,9% tinham peso inadequado. E, em 2007, a Chamada Nutricional da Região Norte constatou peso abaixo do esperado para a idade em 5,2% das crianças.

Apesar disso, a evolução dos indicadores é positiva. Particularmente no Nordeste, que ainda tem pobreza substantivamente maior do que outras regiões, a redução da porcentagem de crianças com desnutrição energético-protéica quase ao nível das regiões mais desenvolvidas do país é um fato a merecer destaque, indicando que a pobreza na região, para quem a sofre hoje, não é fardo tão pesado quanto foi para os que a sofreram no passado.

Embora, por definição, não faça sentido calcular a pobreza por faixas de renda, a porcentagem de crianças de zero a quatro anos com peso abaixo do esperado para a idade pode ser calculada por quintos da distribuição do poder aquisitivo familiar – um indicador multidimensional

O Nordeste ainda é a região mais pobre do país, mas a desnutrição infantil se reduziu ao nível das regiões mais desenvolvidas.



GRÁFICO 13

Porcentagem de crianças de zero a quatro anos com peso abaixo do esperado para a idade por quintos da distribuição de poder aquisitivo familiar - Brasil*, 1996 e 2006

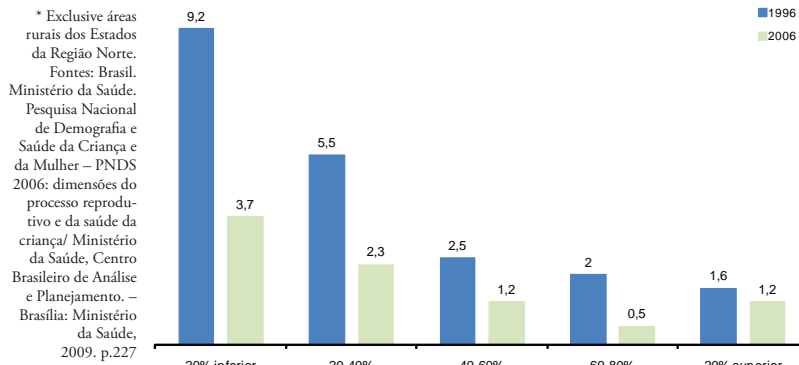
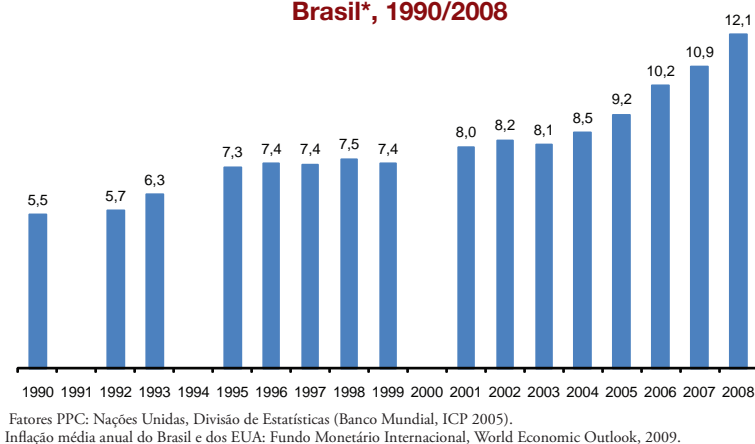


GRÁFICO 14

Renda domiciliar per capita média em US\$ PPC por dia Brasil*, 1990/2008



O progresso no combate à desnutrição infantil foi mais intenso entre as camadas mais pobres da população.

da situação socioeconômica das famílias. Desagregado dessa forma, esse indicador revela a relação entre as duas metas, pois a pobreza pode não ser a única causa da desnutrição, mas certamente é a principal. Foi justamente entre as crianças cujas famílias têm menor poder aquisitivo que a redução da desnutrição foi mais intensa de 1996 a 2006 (Gráfico 13). Embora para as crianças do primeiro quinto o indicador tenha se reduzido a menos da metade de seu valor em 1996, é o único grupo para o qual o valor do indicador ainda está acima

dos 2,3% que são toleráveis mesmo entre crianças saudáveis e bem alimentadas.

Tal informação chama atenção para o conhecido fato de que a fome e a pobreza caminham juntas, e ao se oferecer combate à última, ataca-se também a primeira. O desempenho do Brasil na redução da pobreza extrema e da fome não pode ser atribuído a ações isoladas; deve-se às conjunções de uma constelação de iniciativas e de fatores favoráveis. Entre esses se destacam a estabilidade macroeconômica, o sistema de proteção social delineado pela Constituição de 1988 – acrescido de programas de transferência de renda que foram unificados e expandidos a partir de 2003/4 – e a valorização real do salário mínimo.

Enquanto a criação e a manutenção de um ambiente macroeconômico estável ajudaram na redução da pobreza extrema e da fome, favorecendo o crescimento econômico, os demais fatores o fizeram promovendo a desconcentração da distribuição dos dividendos sociais advindos do aumento do bem-estar. Convém salientar o fato de que a concepção de pobreza extrema empregada pelas Nações Unidas e refletida nos indicadores apresentados é insuficiente para caracterizar os ganhos de bem-estar ocorridos no Brasil, que teria atingido a meta internacional mesmo se a linha de pobreza empregada no monitoramento fosse consideravelmente mais alta.

O crescimento econômico do período 1990-2008 se revela na evolução da renda domiciliar per capita média dos brasileiros em dólares PPC por dia (Gráfico 14), e a desconcentração dessa renda na evolução do Coeficiente de Gini (Gráfico 15). De 1990 a 2008, os dois mecanismos de redução da pobreza funcionaram juntos e o Brasil pro-

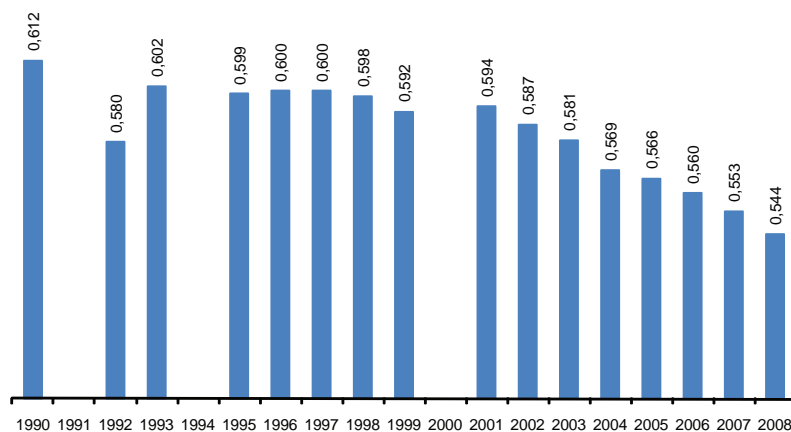
moveu um crescimento mais favorável aos pobres, especialmente a partir de 2003.

Embora seja difícil determinar a contribuição isolada do crescimento e o da redução da desigualdade para a redução da pobreza, pois interagem, é possível simular quanto seria a porcentagem de pobres em 2008 se um ou outro mecanismo não tivesse funcionado, e a renda média, ou a desigualdade, estivesse em 2008 no mesmo nível de 1990. Se não tivesse ocorrido redução da desigualdade, apenas crescimento, a porcentagem de pobres em 2008 seria de 8,9%. Se a renda média tivesse permanecido igual à de 1990, e só tivesse havido a queda da desigualdade, a porcentagem de pobres em 2008 seria de 16,1%. Portanto, ambos os mecanismos foram importantes para a redução da pobreza extrema, mas o crescimento econômico teve impacto maior.

O efeito da combinação de crescimento da renda superior ao da população com re-

GRÁFICO 15

Coeficiente de Gini - Brasil*, 1990/2008

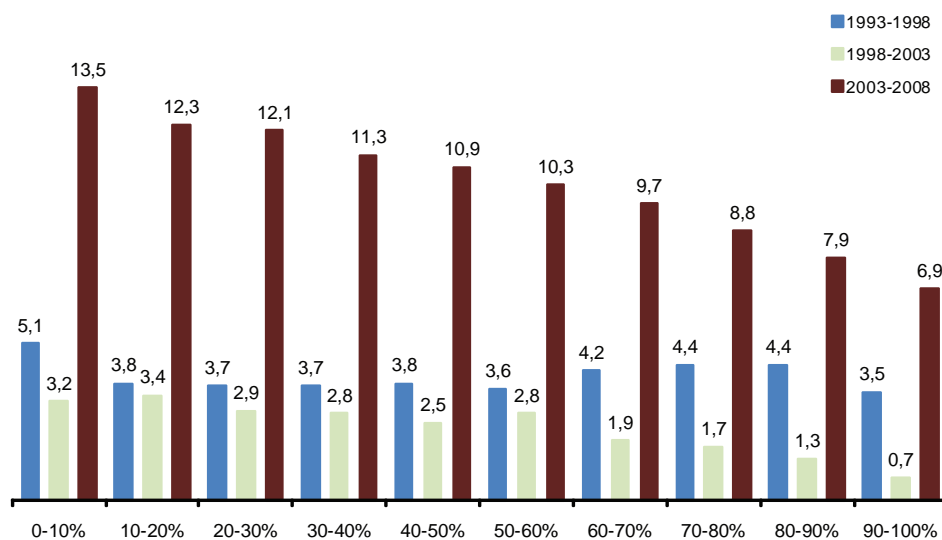


* Exclui-se a população rural dos Estados de RO, AC, AM, RR, PA e AP. IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD.

dução da desigualdade pode ser visto com detalhe no aumento real da renda em dólares PPC por décimos da distribuição nos períodos 1993-1998, 1998-2003, e 2003-2008 (Gráfico 16). Nos períodos 1998-2003 e 2003-2008, o crescimento médio percentual anual é nitidamente maior para os décimos mais pobres. Ainda que a

GRÁFICO 16

Crescimento médio anual da renda domiciliar *per capita* em US\$ PPC por dia segundo décimos de sua distribuição - Brasil*, 1993/2008



* Exclui-se a população rural dos Estados de RO, AC, AM, RR, PA e AP. Fontes: Renda: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD. Fatores PPC: Nações Unidas, Divisão de Estatísticas (Banco Mundial, ICP 2005). Inflação média anual do Brasil e dos EUA: Fundo Monetário Internacional, World Economic Outlook, 2009.



A expansão dos programas de transferência de renda, como o Bolsa-Família, teve papel importante no combate à fome e à pobreza.

queda da desigualdade tenha acelerado no período 2003-2008, delineando diferenças mais intensas de crescimento da renda entre os décimos, a principal mudança foi o nível do crescimento, bem maior do que nos períodos anteriores. Não há dúvida quanto à distinção do período 2003-2008: todas as faixas de renda experimentaram ganhos substanciais. No período 2003-2008, a sociedade brasileira colheu, sob a forma de ganhos de bem-estar, os frutos da aceleração do crescimento da renda e da queda da desigualdade.

O crescimento econômico é sempre bem vindo, mas se ocorre acompanhado por aumento da desigualdade, seu impacto sobre a pobreza pode ser nulo. Para garantir que todos se beneficiem dele, principalmente os pobres, é necessária a intervenção estatal por meio das políticas sociais. Hoje, o Brasil possui um conjunto de políticas que garante mínimos para grande parcela de sua população. Parte desse conjunto é composto por programas de transferências diretas de renda monetária, cujo impacto sobre a pobreza e seus indicadores tem sido demonstrado por avaliações.

Os maiores programas de transferência de renda brasileiros são o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa Bolsa-Família (PBF). O BPC é um programa que assegura o direito, estabelecido pela Constituição de 1988, de idosos e de pessoas com deficiência pobres² a um salário mínimo mensal. O PBF é um programa que faz uma transferência incondicional de renda para as famílias extremamente pobres, e transferências condicionais para famílias pobres ou extremamente pobres³ que tenham em sua composição crianças e jovens de até 18 anos de idade, gestantes e nutrízes. As principais condicionalidades

do PBF são a adoção de hábitos preventivos de saúde, como consultas médicas regulares e vacinação, e a manutenção de um nível mínimo de frequência à escola de 85% do ano letivo, para as crianças no ensino fundamental, e de 75% para jovens no ensino médio.

De 2004 em diante, o BPC e o PBF tiveram forte expansão. O BPC passou de dois milhões de beneficiários para 2,9 milhões em 2008. Em 2009, o número de beneficiários chegou a 3,4 milhões de idosos e pessoas com deficiência. O PBF partiu de 6,5 milhões de famílias e em 2006 já atingia 11 milhões. O número de famílias beneficiadas chegou a 12,4 milhões em 2009. Portanto, O BPC se expandiu mais de 50% e o PBF praticamente dobrou. Tanto o BPC quanto o PBF possuem beneficiários em todo o território nacional, com incidência maior nas regiões mais pobres do país.

Embora seja difícil estimar precisamente o tamanho de algumas das populações elegíveis, pode-se dizer que ambos os programas devem estar próximos da cobertura total de seus respectivos públicos. Apesar da existência de falhas decorrentes da inclusão de beneficiários não elegíveis, que podem gerar superestimação da cobertura efetiva, são programas muito bem focalizados. E a boa focalização os faz aliar a eficiência à eficácia e à efetividade: produzem reduções substantivas na pobreza consumindo relativamente poucos recursos.

É importante ressaltar que a população pobre demarcada pelos critérios de renda que definem a elegibilidade desses dois

² Para o BPC, são pobres as pessoas com deficiência ou idosos cuja renda familiar *per capita* mensal é inferior a um quarto do salário mínimo

³ Para o PBF, são extremamente pobres as famílias cuja renda *per capita* é inferior a R\$ 70,00, e pobres as famílias cuja renda *per capita* vai de R\$ 70,00 a R\$ 140,00 (valores vigentes a partir de 2009).

programas é bem maior do que a população extremamente pobre delimitada pela linha de pobreza internacional. Em 2008, US\$ 1,25 compravam nos Estados Unidos o mesmo que R\$ 2,03 comprariam no Brasil. Portanto, segundo a linha de pobreza internacional, no Brasil os pobres eram as pessoas que tinham renda domiciliar *per capita* mensal inferior a R\$ 61,90, pouco mais do que um sétimo do salário mínimo de R\$ 415,00. É um valor bem inferior a um quarto de salário mínimo, que delimita a renda familiar para o recebimento do BPC, e próximo ao máximo de R\$ 59,00 para aceder ao benefício básico incondicional do PBF em 2008.

O conjunto de políticas sociais brasileiro é composto por muitos outros programas. O BPC e o PBF, porém, são emblemáticos por representarem a sinergia entre a proteção social preconizada pela Constituição de 1988 e os programas sociais do Governo atual. O BPC garante o direito constitucional de idosos e de pessoas com deficiência pobres a uma renda mínima. O PBF busca garantir uma renda mínima às famílias pobres e acrescenta incentivos monetários para mudanças de comportamento das famílias beneficiadas, que, conjugados aos vários outros tipos de serviços oferecidos pelo programa – da alfabetização de adultos e da qualificação profissional e geração de oportu-

A articulação das políticas sociais ajudou as famílias pobres a suprirem outras necessidades, além da renda.

QUADRO 2

Acesso ao sistema financeiro

O Brasil possui um sistema financeiro sofisticado que oferece serviços variados, mas atende apenas à parcela da população capaz de apresentar todas as garantias exigidas pelas instituições financeiras. O principal meio de acesso ao sistema é a abertura de uma conta bancária, e grande parte dos brasileiros não pode fazê-lo por não ter como comprovar renda ou patrimônio suficiente. Quem não pode apresentar garantias tem que recorrer a financeiras ou ao mercado informal de crédito, sujeitando-se a condições de pagamento piores e a juros mais altos do que os da rede bancária.

Contudo, o acesso ao sistema financeiro vem crescendo graças ao Programa de Inclusão Bancária, que criou contas bancárias simplificadas para a população de baixa renda, sem tarifa de manutenção e com um pacote de serviços básicos. Em agosto de 2009, o número de contas simplificadas chegou a 10 milhões.

Os beneficiários titulares do Programa Bolsa-Família estão sendo estimulados a abrir contas bancárias simplificadas na Caixa Econômica Federal, que faz o pagamento das transferências por meio do Programa de Bancarização dos Beneficiários do Bolsa Família. Além do estímulo, parte dos beneficiários recebe capacitação para usar a conta bancária e aproveitar suas vantagens.

Dois e meio milhões de beneficiários do PBF já abriram suas contas. Até dezembro de 2010 esse número

deve chegar a quatro milhões. O conjunto de serviços gratuitos inclui, além da abertura e manutenção da conta, cartão magnético para compras a débito, depósitos e transferências entre contas bancárias e pacote de extratos e saques em terminais automáticos. A inscrição, ou sua regularização, no Cadastro de Pessoas Físicas, obrigatória para a abertura de conta bancária, é realizada gratuitamente.

Há também iniciativas que visam diretamente a ampliar a disponibilidade de crédito para a população de baixa renda e para pequenos empreendedores e empreendimentos, relatadas no CD que acompanha este Relatório. Uma delas é o Programa Nacional de Microcrédito Produtivo Orientado, que apoia instituições autônomas de microcrédito. Essas instituições recebem recursos e concedem o microcrédito para atendimento das necessidades financeiras de indivíduos ou de pequenas empresas.

Esse Programa se beneficia do saber local das instituições. Graças ao contato direto com os empreendedores de sua área de atuação, têm bom conhecimento de suas vantagens e dificuldades, podendo orientá-los a fazer bom uso do empréstimo. O PNMPO possui uma ação específica para estimular o uso do microcrédito e o empreendedorismo entre os beneficiários do PBF. Desde 2005, mais de quatro milhões de operações de microcrédito foram realizadas pela rede de instituições habilitadas.



*Grupos
populacionais
específicos em
regiões remotas
continuam
apresentando
taxas elevadas
de desnutrição
infantil.*

tunidades ao acesso ao sistema financeiro (ver Quadro 2) – podem ajudar seus membros adultos a superar a pobreza hoje, ou ao menos a reduzir o risco de que as famílias de seus filhos sejam pobres amanhã.

Desde sua criação, em 2003, a partir da unificação de vários programas concorrentes e desarticulados de transferência de renda, o PBF tem despertado muita atenção, e aos poucos se transformou em referência obrigatória no debate internacional sobre proteção social. O PBF nasceu como parte da estratégia Fome Zero, e o objetivo primordial das transferências era promover a segurança alimentar e nutricional, além de erradicar a pobreza extrema.

Embora, de acordo com o indicador de adequação do peso para a idade, a fome se encontre erradicada no país, o combate à fome continua (ver Quadro 3). Isso porque a fome, particularmente na infância, é um problema tão sério que não autoriza contentamento com a sua erradicação estatística. Ela significa apenas que a probabilidade de pessoas passarem fome hoje no Brasil é pequena. Porém, a probabilidade é uma quase-certeza, e nesse caso é preciso ter certeza de que a fome não faz mais vítimas entre os brasileiros, o que requer vigilância constante e um conjunto complexo de ações. Além disso, o indicador nacional encobre desigualdades internas: crianças de grupos populacionais específicos, como os quilombolas e os brasileiros do semiárido, ainda apresentam prevalência de desnutrição superior à média nacional. Em áreas remotas e pouco integradas ao restante do país, a desnutrição, infelizmente, ainda é realidade.

Há que se considerar também que resta a fome invisível, aquela que não é prolongada ao ponto de causar sequelas, que faz as

pessoas pularem refeições, a fome de um dia inteiro que só é saciada no dia seguinte. Há a má-nutrição, que advém da incapacidade de as famílias pobres adquirirem todos os alimentos necessários a uma dieta saudável e diversificada, e que gera outros problemas, como a obesidade resultante da alimentação inadequada, baseada quase que exclusivamente em carboidratos.

Nas últimas duas décadas, o aumento da renda das famílias e a expansão dos serviços de saúde contribuíram muito para a redução da desnutrição infantil, conjugados a outros fatores, como a elevação do nível educacional das mães, a melhoria das condições de saneamento e a articulação intersetorial das políticas sociais. As transferências de renda do PBF e do BPC, as aposentadorias para os trabalhadores do campo, as orientações de saúde, a vigilância nutricional e os programas de segurança alimentar e nutricional foram e continuam sendo importantes para combater a fome. Mas, mesmo com todos os avanços, estima-se que ainda serão necessários dez anos de esforços para que efetivamente a desnutrição deixe de ser um problema de saúde pública.

A despeito da relevância dos programas de transferência de renda e das demais políticas sociais, o mais importante fator de promoção do bem-estar nos últimos anos tem sido os aumentos reais da renda dos trabalhadores mais pobres, o que em parte se deve ao salário mínimo. No Brasil, o valor do salário mínimo é revisto anualmente. Levando em consideração as restrições fiscais, no início do ano o Presidente da República estabelece novo valor para o salário mínimo por Medida Provisória, que é discutida no Congresso Nacional e depois convertida em Lei. Esse sistema garante a legitimação política do valor do salário mínimo.

O combate à fome continua

Embora o Brasil já tenha atingido a meta de combate à fome, vigilância constante e ações preventivas ainda são necessárias. Para isso foi criado o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. O SISVAN é um sistema de informação que reúne dados sobre as condições nutricionais da população e seus determinantes. O núcleo do sistema é o acompanhamento das crianças de zero a quatro anos beneficiárias do Programa Bolsa-Família ou atendidas pelos serviços de saúde, diretamente nos estabelecimentos ou pelas equipes da Estratégia Saúde da Família. As informações do SISVAN auxiliam os gestores na condução de outros programas e ações, revelando as áreas que mais necessitam intervenções. Em 2009, o SISVAN agregava dados sobre a situação nutricional de mais de 3,6 milhões de crianças.

Os serviços de saúde são parte importante da estratégia de prevenção da desnutrição na infância. As equipes dos postos de saúde, da Estratégia Saúde da Família, e os Agentes Comunitários de Saúde, recebem treinamento especial para, durante os atendimentos, orientar as famílias sobre hábitos saudáveis de alimentação. As mães recebem informações sobre a importância de manter o aleitamento materno e das doações para os bancos de leite. Além disso, dois Programas de Suplementação Alimentar promovem a distribuição de sulfato ferroso e de vitamina A para crianças e gestantes, prevenindo contra a anemia ferropriva e a hipovitaminose A, duas manifestações frequentes de carência nutricional.

Outra iniciativa importante que cumpre o duplo objetivo de gerar renda para os pequenos produtores da agricultura familiar e de facilitar o acesso dos mais pobres a alimentos de qualidade é o Programa de Aquisição de Alimentos. O Programa compra parte da produção de agricultores familiares e, por meio de

uma rede de 15 mil instituições afiliadas, a distribui a pessoas que sofrem com a insegurança alimentar e nutricional. Entre as instituições que participam do PAA estão creches, escolas, orfanatos, e cozinhas comunitárias. Estima-se que, em 2008, 16,8 milhões de brasileiros receberam alimentos pelo PAA.

Embora o foco da prevenção sejam as crianças de menos de cinco anos, por causa das consequências irreversíveis que as deficiências nutricionais podem acarretar ao seu desenvolvimento, o Governo brasileiro mantém programas para outras faixas etárias. Um dos maiores é o Programa de Alimentação do Trabalhador. Os empregadores que aderem voluntariamente ao PAT passam a oferecer aos seus empregados: refeições no local do trabalho; cesta de alimentos; ou tickets para uso em restaurantes ou em supermercados. Esses benefícios, quando concedidos no âmbito do PAT, não são passíveis de incorporação ao salário e não estão sujeitos aos encargos trabalhistas ou previdenciários. As empresas participantes também fazem jus a descontos no Imposto de Renda. Quatro quintos dos trabalhadores beneficiados recebem até cinco salários mínimos, e estima-se que o PAT atenda cerca de 12 milhões de trabalhadores.

Outros programas que integram a estratégia de combate à fome e promoção da segurança alimentar e nutricional estão relacionados no CD que acompanha este Relatório. Contudo, não se pode esquecer o maior programa de prevenção da fome e da desnutrição em número de beneficiários, que é o da alimentação escolar. O Programa Nacional da Alimentação Escolar financia a compra da merenda recebida pelos estudantes nas escolas. Em 2009, o PNAE foi estendido para o ensino médio, atingindo 46,3 milhões de estudantes da rede pública de educação básica.

Os avanços no combate à extrema pobreza e à fome são fruto da estratégia de crescimento econômico com redução da desigualdade e inclusão social.



A valorização real do salário mínimo beneficia automaticamente a maior parte dos aposentados e pensionistas da previdência social.

Em 2007, o Governo adotou um compromisso de valorização constante, segundo o qual o valor do salário mínimo passa a ser reajustado pela inflação acumulada desde o último reajuste, mais o crescimento real do Produto Interno Bruto. Essa estratégia promove o aumento do poder de compra do salário mínimo e induz uma distribuição menos desigual dos frutos do crescimento econômico. De 1994 a 2008⁴, o salário mínimo brasileiro mais que dobrou, em dólares PPC, passando de US\$ PPC 4,00 a US\$ PPC 8,38 por dia (Gráfico 17). A maior parte do aumento real se dá a partir de 2003.

O aumento do salário mínimo, além do impacto óbvio sobre a renda dos trabalhadores de remuneração mais baixa, afeta por meios diversos toda a economia. Em 2008, 17% dos 108,5 milhões de brasi-

leiros que tinham renda própria recebiam exatamente um salário mínimo mensal.

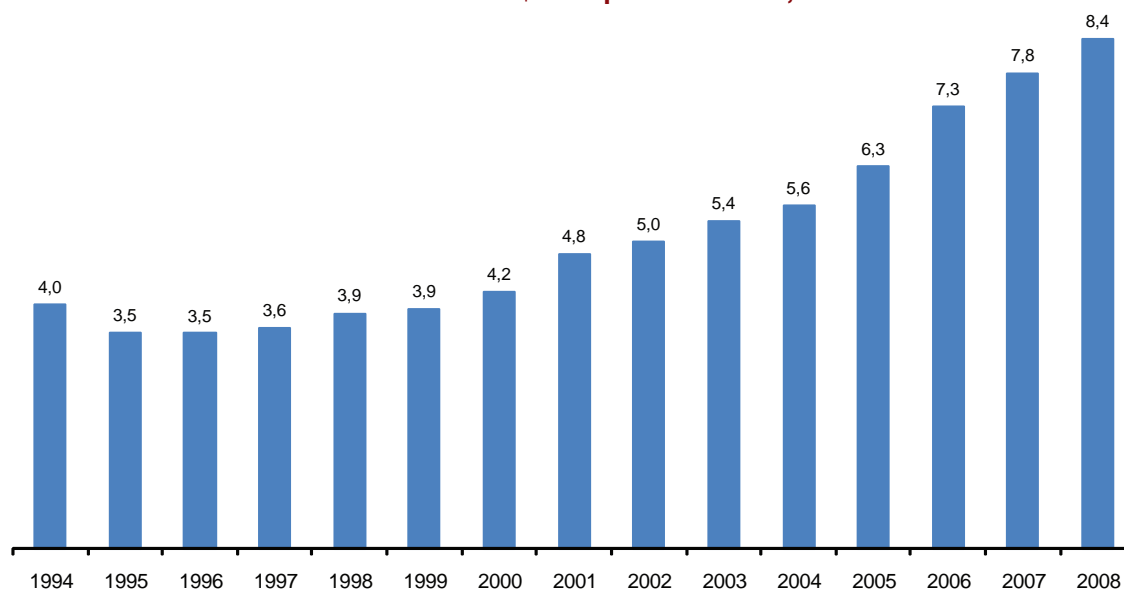
Depois do mercado de trabalho, a previdência social é o principal canalizador dos efeitos do compromisso de valorização real, porque o salário mínimo é a referência do piso dos benefícios previdenciários. Assim, os aumentos contribuem para a diminuição da desigualdade previdenciária, com significativos reflexos sobre a desigualdade total, ao resultarem em reajustes maiores para os benefícios menores. Em setembro de 2008, 14,5 milhões de beneficiários do Regime Geral da Previdência Social recebiam benefícios de até um salário mínimo.

Em 2009, esses beneficiários tiveram seus rendimentos reajustados acima da inflação. Com reajustes reais, a tendência é de que os benefícios de valor maior do que o piso, porém próximo a esse, sejam ultrapassados e passem também a ter seus

⁴O valor nominal determinado para o salário mínimo em 2008 foi de R\$ 415,00. Em 2009 foi reajustado para R\$ 465,00 e em 2010 para R\$ 510,00.

GRÁFICO 17

Salário mínimo em US\$ PPC por dia - Brasil, 1994/2008



Salário mínimo nominal: Ministério do Trabalho e Emprego.
Fatores PPC: Nações Unidas, Divisão de Estatísticas (Banco Mundial, ICP 2005).
Inflação média anual do Brasil e dos EUA: Fundo Monetário Internacional, World Economic Outlook, 2009.

valores determinados pelo salário mínimo. Assim, em outubro de 2009 já havia 18,5 milhões de benefícios de até um salário mínimo (praticamente dois terços de todos os benefícios). A diferença de quatro milhões em relação a setembro de 2008 se deve em parte ao acréscimo de novos beneficiários, mas também ao reajuste do salário mínimo. Se o compromisso de valorização for mantido, a massa de beneficiários da previdência favorecida pelos aumentos do salário mínimo deve crescer nos próximos anos, ampliando o efeito distributivo do compromisso.

Os frutos do sucesso da estratégia de crescimento inclusivo com distribuição de renda adotada pelo Brasil a partir de 2003 não se resumem aos ganhos globais de bem-estar e à evolução das condições de vida dos pobres. A inclusão no mundo do consumo de grandes contingentes populacionais que antes mal tinham capacidade para comprar o estritamente necessário para a sobrevivência expandiu o mercado interno, criando uma demanda cuja satisfação envolveu a expansão da indústria e dos canais comerciais de distribuição da produção. A estratégia, portanto, gera um círculo virtuoso: quanto mais pessoas são incluídas e maior é a demanda por bens de consumo, mais aumenta a demanda por mão de obra, o que possibilita a inclusão de mais pessoas, que aquecem ainda mais a demanda, e assim por diante. Nesse jogo todos ganham, sejam ricos ou pobres, mas os ganhos dos pobres são relativamente maiores.

Em fins de 2008 e princípios de 2009, a crise econômica mundial revelou um novo aspecto positivo da estratégia de crescimento inclusivo com redistribuição. Embora os efeitos da crise se tenham feito sentir, a estratégia fez com que o mercado

interno se tornasse um refúgio contra a intempérie dos mercados externos. Graças aos resultados acumulados e a uma série de medidas fiscais temporárias que ajudaram a segurar o nível de consumo – entre elas a redução de impostos sobre produtos industrializados de setores-chave como o de bens de consumo duráveis – o Brasil sofreu menos com a crise e se recuperou dela mais rapidamente do que outros países, tanto em termos de emprego quanto do Produto Interno Bruto.

O Brasil começa 2010, último ano da primeira década do novo milênio, com as metas internacionais e nacionais para 2015 de redução da pobreza extrema e da fome já superadas. Sua contribuição para o alcance global do primeiro Objetivo do Milênio, portanto, supera a expectativa que poderia ter a comunidade internacional. A sociedade brasileira tem manifestado contentamento por, após cinco séculos de desigualdade e exclusão, ver sinais de que começa a saldar sua dívida social. Porém, ansiosamente clama por mais e melhores resultados.

O País está no rumo certo para fazer de si uma sociedade mais justa e capaz de oferecer condições de vida adequadas para todos os seus membros. Prosseguir nesse rumo e acelerar o passo deve ser o objetivo prioritário para os próximos anos, mantendo o ambiente econômico propício para o desenvolvimento, aperfeiçoando ainda mais suas políticas para a garantia de direitos, a proteção social e a geração de oportunidades, e empreendendo reformas institucionais que contribuam para eliminar as estruturas injustas ainda existentes, herdadas de um passado em que o Estado não promovia ativamente o bem-estar de todos, apenas das elites.

O sucesso não autoriza o relaxamento. As políticas sociais têm tido continuidade e vêm sendo aperfeiçoadas e integradas.



ODM 1

ERRADICAR A EXTREMA POBREZA E A FOME

META 1

Reduzir pela metade entre 1990 e 2015, a proporção da população com renda inferior a 1 dólar ppc por dia

INDICADORES DAS NAÇÕES UNIDAS

INDICADOR 1

Proporção da população que ganha menos de 1 dólar PPC por dia

INDICADOR 2

Proporção da população abaixo da população da linha nacional de pobreza

INDICADOR 3

Índice de hiato de pobreza - incidência x grau de pobreza

INDICADOR 4

Participação dos 20% mais pobres da população no consumo nacional

INDICADOR 5

Taxa de desemprego na faixa etária entre 15 e 24 anos, por sexo, e total

META 1A

Reduzir a um quarto entre 1990 e 2015, a proporção da população com renda inferior a 1 dólar ppc por dia

INDICADORES BRASILEIROS

INDICADOR A

Participação dos 20% mais ricos da população na renda nacional

INDICADOR B

Distribuição das pessoas entre os 10% mais pobres e o 1% mais ricos, por cor/raça

INDICADOR C

Nº de operações de fiscalização de trabalho escravo, nº de estabelecimentos fiscalizados e nº de trabalhadores libertados

INDICADOR D

Nº de beneficiários e potenciais beneficiários do BPC/RMV

PRINCIPAIS INICIATIVAS DO GOVERNO FEDERAL

1 - ACESSO À ALIMENTAÇÃO

- a. Programa Bolsa Família – PBF
- b. Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE
- c. Distribuição de Cestas de Alimentos para Grupos Populacionais Específicos
- d. Promoção de Hábitos de Vida e de Alimentação Saudáveis
- e. Rede de Equipamentos Públicos e Serviços de Alimentação e Nutrição – Redesan
- f. Programa de Alimentação do Trabalhador – PAT
- g. Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Sisan
- h. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan
- i. Promoção de Aleitamento Materno e de Práticas Alimentares Adequadas na Infância
- j. Programas Nacionais de Suplementação de Vitamina A e Ferro

2 • DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO

- a. Programa Territórios da Cidadania - PTC
- b. Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar – Pronaf
- c. Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar – PAA

3 • GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA

- a. Política de Valorização do Salário Mínimo
- b. Investimentos do Fundo de Amparo ao Trabalhador para Geração de Emprego e Renda
- c. Programa Nacional de Economia Solidária em Desenvolvimento
- d. Inclusão Bancária e Microcrédito
- e. Plano Nacional de Qualificação – PNQ
- f. Programa de Mobilização da Indústria Nacional de Petróleo e Gás Natural – Prominp

4 • CRIANÇA, ADOLESCENTE E JOVEM

- a. Agenda Social Criança e Adolescente
- b. Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI
- c. Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem
- d. Aprendizagem Profissional
- e. Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes
- f. Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte - PPCAAM
- g. ProSinase
- h. Programa Saúde na Escola – PSE

5 • IDOSOS E PESSOAS COM DE DEFICIÊNCIA

- a. Benefício de Prestação Continuada e Renda Mensal Vitalícia
- b. Programa Social de Inclusão das Pessoas com Deficiência
- c. Programa BPC na Escola
- d. Compromisso pelo Envelhecimento Ativo e Saudável

6 • CIDADANIA E INCLUSÃO SOCIAL

- a. Previdência Social
- b. Consolidação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS
- c. Programa de Promoção do Registro Civil de Nascimento
- d. Programa de Erradicação do Trabalho Escravo
- e. Plano Nacional de Trabalho Decente
- f. Programa Mais Cultura
- g. Ações de Promoção da Igualdade Racial
- h. Programa Brasil Quilombola
- i. Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania – Pronaspi
- j. Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente

7 • OS RECURSOS PETROLÍFEROS DO PRÉ-SAL NA REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS DO PAÍS



ODM 1

ERRADICAR A EXTREMA POBREZA E A FOME

META 2

Reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população que sofre de fome

INDICADORES DAS NAÇÕES UNIDAS

INDICADOR 4

Prevalência de crianças (com menos de 5 anos) abaixo do peso

INDICADOR 5

Proporção da população que não atinge o nível mínimo de consumo dietético de calorias

META 2A

Erradicar a fome entre 1990 e 2015

INDICADORES BRASILEIROS

INDICADOR A

Disponibilidade de kcal para consumo da população

INDICADOR B

Prevalência de crianças (com menos de 2 anos de idade) abaixo do peso por regiões

INDICADOR C

Prevalência de adultos (20 anos ou mais de idade) abaixo do peso

INDICADOR D

Prevalência de adultos com sobrepeso ou obesidade

PRINCIPAIS INICIATIVAS DO GOVERNO FEDERAL

1 - ACESSO À ALIMENTAÇÃO

- a. Programa Bolsa Família – PBF
- b. Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE
- c. Distribuição de Cestas de Alimentos para Grupos Populacionais Específicos
- d. Promoção de Hábitos de Vida e de Alimentação Saudáveis
- e. Rede de Equipamentos Públicos e Serviços de Alimentação e Nutrição – Redesan
- f. Programa de Alimentação do Trabalhador – PAT
- g. Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Sisan
- h. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan
- i. Promoção de Aleitamento Materno e de Práticas Alimentares Adequadas na Infância
- j. Programas Nacionais de Suplementação de Vitamina A e Ferro

2 • DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO

- a. Programa Territórios da Cidadania - PTC
- b. Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar – Pronaf
- c. Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar – PAA

3 • GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA

- a. Política de Valorização do Salário Mínimo
- b. Investimentos do Fundo de Amparo ao Trabalhador para Geração de Emprego e Renda
- c. Programa Nacional de Economia Solidária em Desenvolvimento
- d. Inclusão Bancária e Microcrédito
- e. Plano Nacional de Qualificação – PNQ
- f. Programa de Mobilização da Indústria Nacional de Petróleo e Gás Natural – Prominp

4 • CRIANÇA, ADOLESCENTE E JOVEM

- a. Agenda Social Criança e Adolescente
- b. Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI
- c. Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem
- d. Aprendizagem Profissional
- e. Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes
- f. Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte - PPCAAM
- g. ProSinase
- h. Programa Saúde na Escola – PSE

5 • IDOSOS E PESSOAS COM DE DEFICIÊNCIA

- a. Benefício de Prestação Continuada e Renda Mensal Vitalícia
- b. Programa Social de Inclusão das Pessoas com Deficiência
- c. Programa BPC na Escola
- d. Compromisso pelo Envelhecimento Ativo e Saudável

6 • CIDADANIA E INCLUSÃO SOCIAL

- a. Previdência Social
- b. Consolidação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS
- c. Programa de Promoção do Registro Civil de Nascimento
- d. Programa de Erradicação do Trabalho Escravo
- e. Plano Nacional de Trabalho Decente
- f. Programa Mais Cultura
- g. Ações de Promoção da Igualdade Racial
- h. Programa Brasil Quilombola
- i. Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania – Pronaspi
- j. Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente

7 • OS RECURSOS PETROLÍFEROS DO PRÉ-SAL NA REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS DO PAÍS





2

UNIVERSALIZAR A EDUCAÇÃO PRIMÁRIA



O PRINCIPAL DESAFIO É ASSEGURAR A TODOS OS JOVENS BRASILEIROS A CONCLUSÃO DO ENSINO FUNDAMENTAL

A tendência de universalização do acesso à educação obrigatória tem avançado no Brasil. Nos últimos três anos, reduziram-se as diferenças segundo diversos recortes analíticos. No entanto, ainda continua

como principal desafio educacional assegurar a todos os jovens brasileiros a conclusão do ensino fundamental que, até 2009, correspondia à escolarização obrigatória. Para tanto, o Governo brasileiro tem envidado esforços no sentido de ampliar sua atuação no campo da coordenação da política nacional de educação, assim como no desempenho de sua função supletiva, com vistas a complementar recursos e reduzir desigualdades de toda ordem.

Por intermédio do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), instituído em 2007, estabeleceu-se uma estratégia de enfrentamento de problemas que historicamente têm entravado os sistemas de educação no Brasil. Ao abarcar uma visão sistêmica, o PDE reconhece as conexões entre educação básica, educação superior, educação profissional e alfabetização.

TABELA 1

Taxa de escolarização líquida nas faixas etárias de 7 a 14 e de 15 a 17 anos, segundo sexo, cor/raça e localização Brasil e regiões, 1992*, 2005 e 2008

Características Seleccionadas	Fundamental: 7 a 14 anos			Médio: 15 a 17 anos		
	1992	2005	2008	1992	2005	2008
Total	81,4	94,4	94,9	18,2	45,3	50,4
Norte	82,5	93,1	93,6	11,7	30,7	39,7
Nordeste	69,7	92,4	94,3	9,5	30,1	36,4
Sudeste	88,0	95,8	95,7	24,3	57,4	61,9
Sul	86,9	95,9	95,2	23,1	53,6	56,4
Centro-Oeste	85,9	94,7	94,5	17,5	45,9	51,8
Sexo						
Masculino	79,9	94,1	94,9	15,1	40,6	44,4
Feminino	82,7	94,7	94,9	21,3	50,1	56,8
Cor/raça						
Branca	87,5	95,4	95,4	27,1	56,6	61,0
Preta e Parda	75,3	93,6	94,7	9,2	35,6	42,2
Localização						
Rural	66,5	92,3	94,3	5,3	24,7	33,3
Urbana	86,2	95,0	95,1	22,3	50,4	54,3

* Exclusiva a população rural dos Estados de RO, AC, AM, RR, PA e AP.

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD; elaborada por Inep/DTDIE.

O PDE foi criado para assegurar qualidade e condições de permanência na escola a todas as crianças e jovens.

Nesse sentido, as medidas e ações constantes do PDE visam a intervir nos processos educacionais, de modo a melhorar a qualidade do ensino e, consequentemente, seus resultados (proficiência e progressão). Para tanto, faz-se necessário o aperfeiçoamento e reforço do regime de colaboração com os entes federados, entendidos como parceiros no compartilhamento de competências políticas, técnicas e financeiras para a execução dos programas de desenvolvimento da educação.

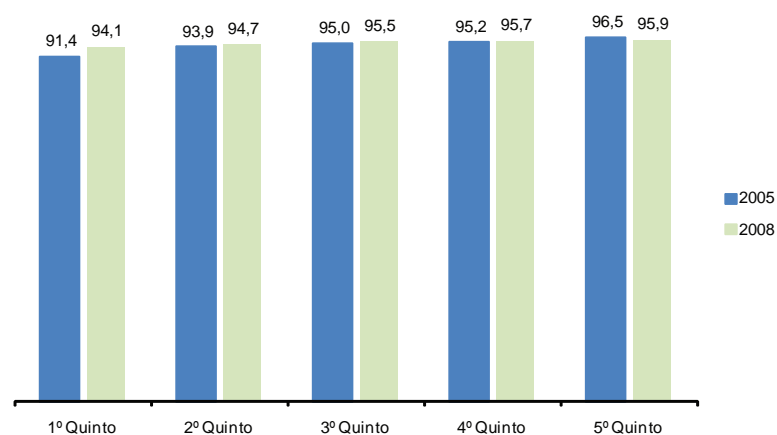
Em relação ao ensino fundamental, o principal avanço observado nos últimos anos diz respeito à redução das desigualdades quanto ao acesso, segundo categorias de análise diversas, conforme pode ser observado pela Tabela 1.

A redução das disparidades regionais fica evidente quando se comparam as taxas de frequência no ensino fundamental entre as grandes regiões brasileiras. Isso pode ser constatado mesmo no curto período de 2005 a 2008, no qual a diferença entre as regiões que registravam o maior e o menor índice caiu de 3,5 pontos percentuais (p.p.) para 2,1 p.p. O índice alcançado nesse último ano se torna ainda mais significativo quando se tem em conta que, em 1992, o diferencial entre as duas regiões era de cerca de 18 p.p.

Avanço significativo também foi registrado em relação à redução das desigualdades raciais. No período 1992-2008, a diferença entre as taxas de frequência ao ensino fundamental entre brancos e pretos/pardos foi reduzida de 12,2 p.p. para menos de 0,7 p.p. Do mesmo modo, deve-se ressaltar que houve grande aproximação das taxas de frequência no ensino fundamental, entre as áreas rural e urbana, em idêntico período. Se,

GRÁFICO 1

Taxa de escolarização líquida na faixa etária de 7 a 14 anos, segundo os quintos de rendimentos domiciliar per capita Brasil, 2005 e 2008



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD; elaborado por Inep/DTDIE.

em 1992, apenas 2/3 das crianças de 7 a 14 anos da área rural frequentavam esse nível de ensino, no último ano desse período correspondiam a mais de 94% do total, ou seja, apenas 0,8 p.p. abaixo da taxa registrada por aquelas que residiam em áreas urbanas.

Em que pese serem mais acentuadas as desigualdades de frequência ao ensino médio, deve-se reconhecer que houve significativa redução das disparidades segundo todas as categorias selecionadas. Sob a ótica regional, verifica-se que a taxa de frequência na região Nordeste correspondia, em 1992, a apenas 39% da taxa registrada no Sudeste. Em 2008, essa proporção havia sido elevada para 59%. Ou seja, crescimento de cerca de 50% dessa proporção.

No entanto, as categorias que registraram maiores reduções das desigualdades foram as de cor/raça e rural/urbana. No primeiro caso, a proporção de pretos e pardos que frequentavam esse nível de ensino corres-



*Agora, o
grande desafio
é universalizar
a conclusão
do ensino
fundamental*

pondia a apenas 1/3 do índice relativo aos estudantes brancos, mas, em 2008, havia sido ampliada para mais de 2/3. Ou seja, aumento de 104%. Por sua vez, a redução da desigualdade entre habitantes das zonas rural e urbana foi ainda maior. Neste caso, a proporção entre jovens de 15 a 17 anos do primeiro e do segundo grupos ampliou-se de 24% para 61%, entre 1992 e 2008, o que corresponde a um incremento de 158%.

Ainda que sob a categoria gênero não tenha sido observado avanço dessa magnitude, a proporção entre as taxas de frequência de homens e mulheres ampliou-se de 71% para 78%, no mesmo período. Cabe ressaltar, no entanto, que em 2005 essa proporção havia atingido 81%, ou seja, índice ligeiramente maior que o registrado em 2008.

As taxas de frequência ao ensino fundamental, segundo os níveis de renda dos estudantes, também apresentaram tendência de equiparação. Se, em 2005, o índice alcançado por aqueles que se situavam entre

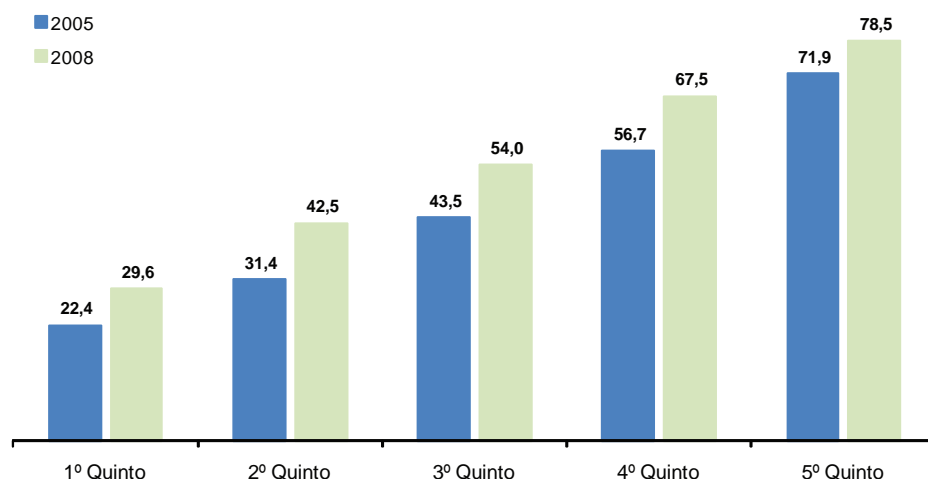
os 20% mais pobres estava 5,1 p.p. abaixo da taxa registrada entre os que se enquadravam no grupo dos 20% mais ricos, em 2008 essa diferença já havia baixado para 1,8 p.p., conforme mostra o Gráfico 1.

Enquanto no ensino fundamental a diferença entre os grupos de maior e de menor renda tornou-se pouco expressiva, no ensino médio ainda se mantém elevada, em que pese o avanço verificado nos últimos anos. De acordo com o Gráfico 2, a taxa de frequência do grupo composto pelos 20% mais pobres correspondia, em 2005, a apenas 31% da taxa correspondente ao último estrato de renda. Em 2008, porém, essa proporção havia se aproximado de 38%.

Conforme pode ser constatado no Gráfico 2, é inequívoca a correlação entre renda e frequência ao ensino médio. Pelo fato de a distorção idade-série ser maior entre os estudantes de baixa renda, parcela considerável destes conclui o ensino fundamental

GRÁFICO 2

Taxa de escolarização líquida na faixa etária de 15 a 17 anos, segundo os quintos de rendimentos domiciliar per capita - Brasil, 2005 e 2008



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD; elaborado por Inep/DTDIE.

na idade adulta, o que dificulta o ingresso e a permanência no ensino médio, tendo em vista sua necessidade de ingressar no mercado de trabalho.

A distorção idade-anos de escolaridade também fica evidenciada quando se constata que 84% dos jovens de 15 a 17 anos frequentavam escola em 2008, mas apenas 50% cursavam o ensino médio. Entre os pertencentes ao primeiro quinto de renda, a taxa de frequência líquida mantinha-se quase 21 p.p. abaixo da média nacional.

Tal como pode ser observado no Gráfico 3, a distorção idade-série cresce ao longo do processo de escolarização, o que faz com que cerca de 40% dos jovens de 16 anos de idade se encontrem em situação de atraso escolar.

A progressão dos alunos pode ser aferida pelo Índice de Adequação Idade-Anos de Escolaridade, que define como adequa-

ção mínima, por exemplo, uma criança de nove anos de idade que tenha completado, pelo menos, uma série do ensino fundamental, e assim sucessivamente, de modo que aos dezesseis anos tenha concluído o ensino fundamental. Desse modo, 71% dos brasileiros da faixa etária de 9 a 16 anos estariam em situação adequada, conforme mostra o Gráfico 4. Em grande medida, esse alto índice de distorção idade-série é devido às desigualdades regionais, que, por sua vez, estão diretamente relacionadas às desigualdades de renda. O índice de adequação idade-anos de escolaridade nas regiões Norte e Nordeste é cerca de 25% menor que o das regiões Sul e Sudeste.

Assegurar a conclusão desse nível de ensino a todos os brasileiros, como grau de escolaridade mínima, constitui um dos principais desafios da educação brasileira. Apesar de ainda estar aquém do desejável, a taxa de conclusão do ensino fundamental teve grande aumento entre 1992 e

A conjugação de esforços entre as três esferas de governo é essencial para que as metas de fluxo e rendimento escolar possam ser atingidas.

GRÁFICO 3

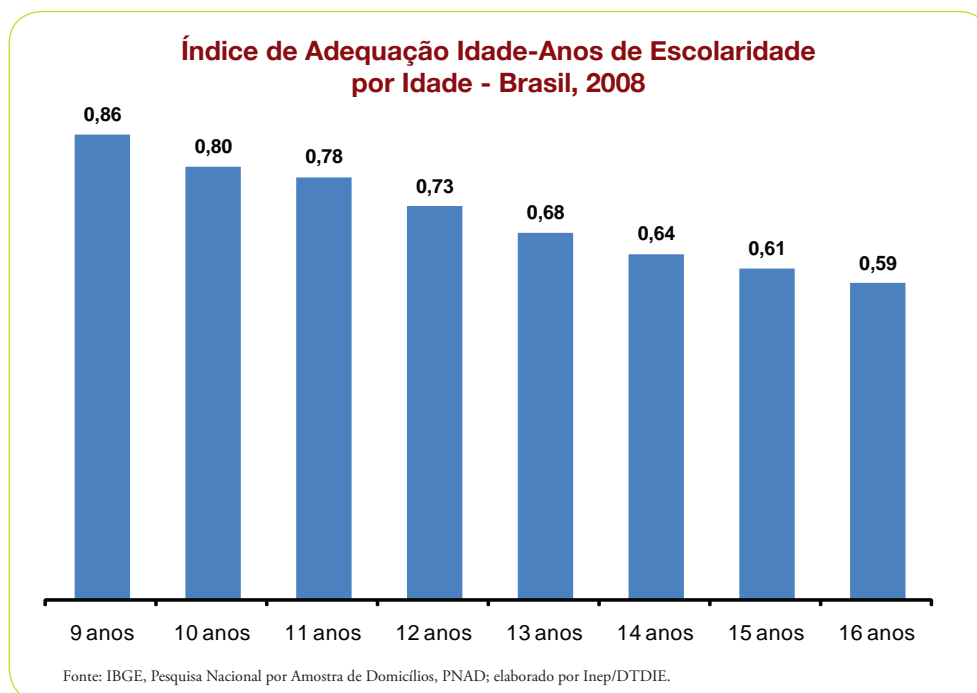
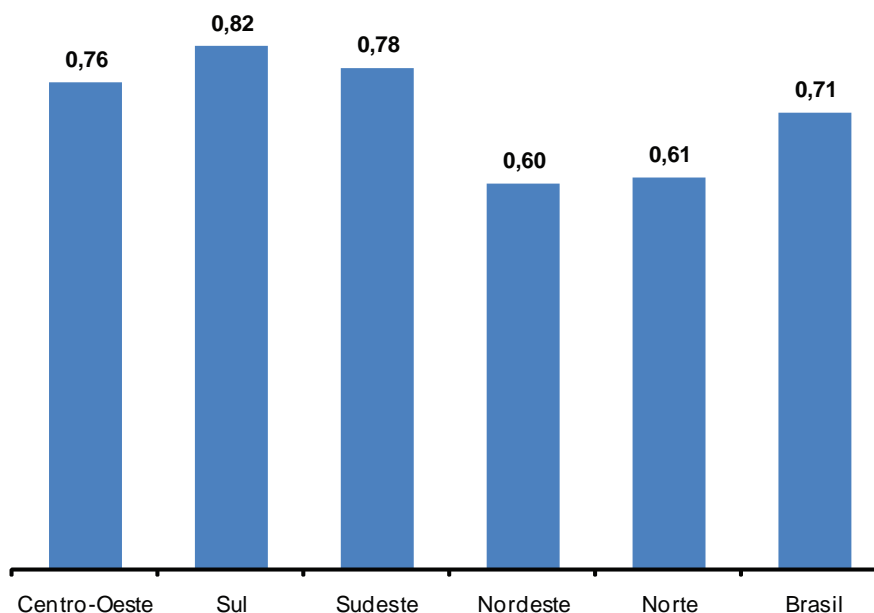


GRÁFICO 4

Índice de Adequação Idade-Anos de Escolaridade da população de 9 a 16 anos de idade - Brasil e regiões, 2008



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD; elaborado por Inep/DTDIE.

2008, tal como mostra a Tabela 2. A despeito desse avanço identificado no período 1992-2005, a tabela também revela que em 2008 houve certo recuo em relação à conclusão das quatro primeiras séries do ensino fundamental.

Outro indicador da efetividade do processo de escolarização consiste na taxa de alfabetização de jovens de 15 a 24 anos. Conforme mostra a Tabela 3, o analfabetismo junto a esse grupo populacional apresentou rápido decréscimo ao longo do período 1992-2005. Deste último ano até 2008, verificou-se pequena redução nas regiões mais ricas do país. Por sua vez,

as regiões Norte e, principalmente, Nordeste registraram maiores quedas nas taxas de analfabetismo. Em relação a 1992, houve redução de 6,4 p.p. Com isso, a diferença entre as regiões com maior e menor taxa de analfabetismo caiu de 5,2 p.p. para 3,3 p.p.

Assim como foi observado em relação à frequência aos ensinos fundamental e médio, reduziram-se as diferenças em relação aos grupos que se encontravam em pior e melhor condição, no que tange ao analfabetismo na faixa de 15 a 24 anos.

Em termos regionais, o Nordeste conti-

A distorção idade-série está relacionada às desigualdades regionais e às desigualdades de renda

nua a apresentar a maior incidência, ainda que tenha sido reduzida a diferença em relação às regiões mais ricas do país. Também é significativa a distância que separa jovens das áreas rural e urbana. Menos expressivas e com tendência de aproximação são as diferenças relacionadas a gênero e cor/raça.

O Plano de Metas Compromisso Todos Pela Educação, instituído pelo Decreto nº 6.094/2007, estabelece uma gama de programas e ações a serem implementados em regime de colaboração com municípios, Distrito Federal e Estados. Tem sido desenvolvido um conjunto de propostas concretas e coordenadas com o objetivo primordial de melhoria da educação básica, que se desdobra em ações que dizem respeito à avaliação, financiamento, planejamento e gestão, formação de profissionais da educação, alfabetização de jovens e adultos, garantias de permanência das crianças com deficiência e/ou necessidades educacionais especiais em classes regulares, traduzidas como inclusão educacional, ampliação dos programas suplementares de atendimento direto aos estudantes da rede pública e ações que visam a ampliar as possibilidades de sua permanência na escola para além da jornada regular.

Ampliar o tempo de permanência das crianças e adolescentes na escola pública brasileira é outra iniciativa de suma importância para elevação do desempenho e rendimento escolar. Nesse sentido, o Programa Mais Educação amplia a oferta de atividades educativas, com vistas à implantação da educação de tempo integral de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade. Trata-se de uma ação que articula o projeto da escola com práticas esportivas, informática, arte, música, teatro e artesanato, entre outros.

No que concerne à formação e valorização dos profissionais de educação, cabe salientar que em 2009 foi instituído o primeiro Plano Nacional de Formação de Professores da Educação Básica, que tem por objetivo formar, nos próximos cinco anos, mais de 400 mil professores que atuam nesse nível de ensino sem a devida habilitação específica. Com a criação do Programa Universidade Aberta do Brasil (UAB), com foco na educação a distância, estabeleceu-se nova e permanente relação entre educação superior e educação básica. Por sua vez, a aprovação de lei que instituiu o piso salarial nacional para professores foi um passo significativo para se assegurar em futuro próximo patamares mínimos de remuneração para a carreira de magistério.

A ampliação da oferta de vagas e a garantia de acesso à quase totalidade da população de 7 a 14 anos foram importantes avanços em direção à universalização do ensino fundamental no Brasil.

TABELA 2

Proporções de pessoas de 11 e 12 anos que tenham concluído a 4ª série do ensino fundamental, e de 18 anos que tenham concluído a 8ª série do ensino fundamental - Brasil, 1992*, 2005 e 2008

	1992	2005	2008
11 anos	29,0	56,7	50,9
12 anos	42,2	75,2	72,3
18 anos	34,0	68,4	75,2

* Exclusiva a população rural dos Estados de RO, AC, AM, RR, PA e AP.
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD; elaborada por Ipea/Disoc.



TABELA 3

**Taxa de alfabetização das pessoas de 15 a 24 anos de idade,
segundo sexo, cor/raça e localização
Brasil e regiões - 1992*, 2005 e 2008**

Características selecionadas	Taxa de alfabetização		
	1992	2005	2008
Total	91,3	97,2	97,8
Norte	94,0	96,8	97,5
Nordeste	80,0	93,7	95,7
Sudeste	96,5	98,9	99,0
Sul	96,8	98,8	99,0
Centro-Oeste	95,4	98,7	98,8
Sexo			
Masculino	89,2	96,2	97,2
Feminino	93,5	98,1	98,5
Cor/raça			
Branca	95,6	98,4	98,7
Preta e Parda	86,8	96,0	97,3
Localização			
Rural	94,8	92,6	94,6
Urbana	78,8	98,1	98,5

* Exclusiva a população rural dos Estados de RO, AC, AM, RR, PA e AP.

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD; elaborada por Inep/DTDIE.

A redução das disparidades regionais fica evidente quando se comparam as taxas de frequência no ensino fundamental entre as grandes regiões brasileiras.

O Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb), instituído pela Lei nº 11.494/2007, ampliou de forma significativa e substancial o comprometimento da União para com a educação básica, mediante aumento do aporte de recursos financeiros sob a modalidade de complementação de repasses para Estados e municípios, além de instituir, pela primeira vez, um fundo para toda a educação básica.

A instituição de um sistema de avaliação que identifica escola a escola, aluno a alu-

no, rede a rede, o desenvolvimento real do aprendizado e assimilação das competências básicas por idade e ano de escolarização, por intermédio da Prova Brasil e do Educacenso, deu origem ao Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), que é um instrumento de gestão e deve ser considerado como mais um subsídio ao diagnóstico da realidade escolar, expresso por uma escala de zero a dez.

O IDEB é calculado por escola, por rede de ensino e para o próprio País. Com sua criação foi possível fixar metas de desenvol-

vimento educacional de médio prazo para cada uma dessas instâncias, com metas intermediárias de curto prazo que possibilitam visualização e acompanhamento da reforma qualitativa dos sistemas educacionais¹. No seu segundo ano de divulgação, o resultado do IDEB teve uma elevação em todas as etapas de ensino no País entre 2005 e 2007, sendo que os resultados de 2007 ultrapassaram, em média, as metas a serem atingidas para 2009.

Ao reconhecer que a elevação da qualidade da educação depende do enfrentamento das iniquidades sociais, o IDEB assume papel fundamental no monitoramento e na implementação da política educacional, na medida em que possibilita identificar redes de ensino, municípios e escolas que mais necessitam de apoio técnico e/ou aporte de recursos financeiros por parte do MEC.

Importante salientar que o MEC acompanha a frequência escolar mensal nominal de quase 16 milhões de crianças e jovens em situação de vulnerabilidade social, de famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família, justamente daqueles mais desfavorecidos quanto às questões de renda.

A partir de 2009, por intermédio da Emenda Constitucional n.º 59, ampliou-se a obrigatoriedade da educação à faixa de 4 a 17 anos de idade. Para fazer jus a essa medida, o novo dispositivo constitucional também ampliou a fonte de financiamento da educação pública brasileira. Tais medidas constituem, de fato, iniciativas concretas em favor da ampliação da permanência de crianças e jovens na escola.

¹Brasil. Ministério da Educação. O Plano de Desenvolvimento da Educação: Razões, Princípios e Programas. Brasília: 2008.

A ampliação da oferta de vagas e a garantia de acesso à quase totalidade da população de 7 a 14 anos consistiram em importantes avanços em direção à universalização do ensino fundamental no Brasil. No entanto, o desafio atual não é menos complexo, na medida em que implica assegurar a todos esses estudantes a conclusão do ensino fundamental e, a partir de 2009, a extensão da obrigatoriedade à faixa etária de 4 a 17, conforme passou a estabelecer a Constituição Federal brasileira.

A viabilização dessa meta não poderá prescindir da melhoria de qualidade do ensino, assim como das condições de permanência dos alunos nas escolas. Nesse sentido, a instituição do Plano de Desenvolvimento da Educação, cujo monitoramento vem sendo realizado por intermédio do IDEB, constitui iniciativa absolutamente necessária. A utilização desse instrumento permitiu identificar que 72% das escolas públicas brasileiras atingiram as metas intermediárias estabelecidas para 2007. Com isso, viabilizam-se o acompanhamento, a avaliação e as necessárias reformulações de programas e ações que integram o referido plano.

A conjugação de esforços entre as três esferas de governo será essencial para que as metas de fluxo e rendimento escolar, estabelecidas por meio do IDEB, possam ser atingidas. Para tanto, as funções supletiva e de coordenação, atribuídas pela Constituição Federal à União, deverão ser intensificadas. Por fim, a meta de assegurar a conclusão do ensino fundamental a todos os jovens brasileiros não poderá prescindir da formulação e implementação de políticas públicas que integrem as dimensões econômicas e sociais, e que considerem a diversidade e complexidade da situação educacional brasileira.



ODM 2

UNIVERSALIZAR A EDUCAÇÃO PRIMÁRIA

META 3

Garantir que, até 2015, todas as crianças, de ambos os sexos, terminem um ciclo completo de ensino.

INDICADORES DAS NAÇÕES UNIDAS

INDICADOR 6

Taxa líquida de matrícula no ensino primário.

INDICADOR 7

Proporção de alunos que iniciam o 1º ano e atingem o 5º.

INDICADOR 8

Taxa de alfabetização na faixa etária de 15 a 24 anos.

META 3A

Garantir que, até 2015, todas as crianças, de todas as regiões do país, independentemente da cor, raça e sexo, concluam o ensino fundamental.

INDICADORES BRASILEIROS

INDICADOR A

Taxa de frequência escolar líquida das pessoas de 7 a 17 anos, por grupos de idade e nível de ensino, segundo sexo e cor/raça – Brasil e grandes regiões.

INDICADOR B

Taxa de frequência líquida das pessoas de 7 a 17 anos de idade, segundo os quintis de rendimento familiar mensal per capita.

INDICADOR C

Proporção de pessoas de 11 e 12 anos que tenham concluído a 4ª série do ensino fundamental e pessoas de 18 anos que concluíram este nível de ensino.

INDICADOR D

Índice de adequação idade-anos de escolaridade, da população de 9 a 16 anos – Brasil e grandes regiões.

INDICADOR E

Taxa de alfabetização das pessoas de 15 a 24 anos de idade, segundo sexo, cor/raça e situação do domicílio – Brasil e grandes regiões.

PRINCIPAIS INICIATIVAS DO GOVERNO FEDERAL

1 – PLANO DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO - PDE

- a. Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação
- b. Plano de Ações Articuladas – PAR
- c. Plano de Desenvolvimento da Escola – PDE-Escola

2 – ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO DA EDUCAÇÃO

3 – AVALIAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO

- a. Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB
- b. Prova Brasil
- c. Provinha Brasil

4 – APOIO AO ALUNO E À ESCOLA

- a. Obrigatoriedade do Ensino dos 4 aos 17 Anos
- b. Acompanhamento da Frequência Escolar de Crianças e Adolescentes em Situação de Vulnerabilidade (Condicionalidade em Educação do Programa Bolsa Família)
- c. Programa do Livro
- d. Programa Transporte Escolar
- e. Programa Dinheiro Direto na Escola – PDDE
- f. Programa Proinfância
- g. Programa Mais Educação
- h. Programa Nacional de Tecnologia Educacional – Proinfo
- i. Salas de Recursos Multifuncionais

5 – ALFABETIZAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS

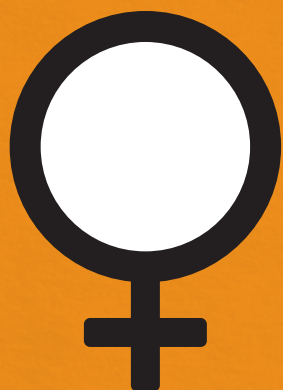
6 – FORMAÇÃO DE PROFESSORES E VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO BÁSICA





3

**PROMOVER A IGUALDADE
ENTRE OS SEXOS E A
AUTONOMIA DAS MULHERES**



INDICADORES CONFIRMAM PERSISTÊNCIA DA DESIGUALDADE DE GÊNERO EM DIVERSAS ÁREAS

TABELA 1

**Razão entre as taxas de frequência à escola de mulheres e homens de 7 a 24 anos, segundo grupos de idade (%)
Brasil e regiões, 1998* e 2008**

Brasil e regiões	7 a 14		15 a 17		18 a 24	
	1998	2008	1998	2008	1998	2008
Brasil	100,6	100,4	101,2	101,6	102,2	110,7
Norte	100,6	99,7	99,2	98,1	109,0	103,1
Nordeste	101,7	100,2	100,7	102,2	101,9	111,7
Sudeste	99,7	100,5	101,0	101,5	97,2	110,0
Sul	100,3	100,4	101,1	104,0	112,6	118,1
Centro-Oeste	101,3	101,2	103,4	100,1	108,4	107,8

* Exclui a população rural dos Estados de RO, AC, AM, RR, PA e AP.
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD.

A meta estabelecida pelas Nações Unidas, de eliminar as disparidades entre os sexos na educação, não se configura, na realidade brasileira, como aspecto central para o alcance do objetivo de promoção da autonomia das mulheres, uma vez que as meninas apresentam, em geral, indicadores mais positivos do que os meninos no campo educacional. Apesar disso, o objetivo de promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres está longe de ser uma realidade. A Tabela 1 mostra que no Brasil as meninas frequentam a escola mais que os meninos em todas as faixas de idade, sendo que a diferença aumenta à medida que se caminha em direção às faixas etárias correspondentes ao nível superior, no qual havia, em 2008, para cada 133 jovens mulheres, 100 rapazes frequentando a faculdade (ver Tabela 2).

TABELA 2

Razão entre homens e mulheres no ensino fundamental, médio e superior (%) - Brasil, 1998* e 2008

Brasil	Ensino fundamental		Ensino médio		Ensino superior	
	1998	2008	1998	2008	1998	2008
Brasil	94,3	93,8	129,0	119,1	128,8	133,2

* Exclui a população rural dos Estados de RO, AC, AM, RR, PA e AP.
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD.

Há mais meninas com idade entre 7 e 14 anos nas escolas, mas há menos meninas que meninos no ensino fundamental. De modo inverso, para cada 100 meninos com 15 a 17 anos frequentando os bancos escolares (idade compatível com a frequência ao ensino médio), há 101,6 meninas; porém, para cada 100 meninos

nesse nível de ensino há 119 meninas. E a mesma tendência se observa no ensino superior. O que se pode concluir desses achados? A comparação entre as tabelas 1 e 2 revela uma informação importante: o gargalo para ascender na escolarização é maior para os meninos e aumenta a cada etapa. Começa no ensino fundamental – nível no qual os meninos parecem permanecer por mais tempo que as meninas – e se prolonga até o ensino superior, onde a presença feminina é 30% mais elevada.

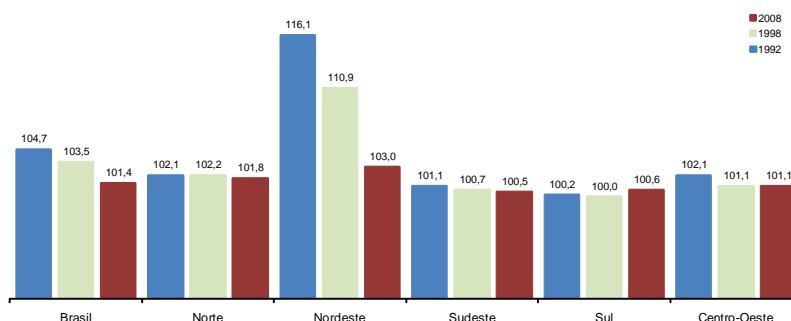
Entretanto, essa vantagem não pode levar à conclusão de que as desigualdades de gênero foram eliminadas das escolas. Além da dificuldade encontrada pelos meninos de permanecerem no sistema escolar, cabe mencionar as importantes diferenças encontradas entre alguns grupos de mulheres. Isto significa dizer que, se a escolarização foi atingida por uma boa parte das meninas e mulheres brasileiras, o mesmo não pode ser dito para outras, especialmente as negras, mas também as moradoras de áreas rurais e as mulheres mais velhas. As negras frequentam menos as escolas, apresentam menores médias de anos de estudo e maior defasagem escolar. As mulheres com 60 anos ou mais de idade ainda apresentam altas taxas de analfabetismo, assim como as residentes nas áreas rurais.

Já a alfabetização para a população mais jovem vem se nivelando. O diferencial entre homens e mulheres vem se reduzindo, como pode ser visto no Gráfico 1. A razão entre mulheres e homens de 15 a 24 anos alfabetizados vem caindo em todo o país, para se aproximar da igualdade.

Às questões apontadas acima, soma-se o fato de que, devido às configurações sociais e valores culturais presentes em nos-

GRÁFICO 1

Razão entre a taxa de alfabetização de mulheres e de homens de 15 a 24 anos de idade (%)
Brasil e regiões, 1992*, 1998* e 2008



* Exclui a população rural dos Estados de RO, AC, AM, RR, PA e AP.
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD.

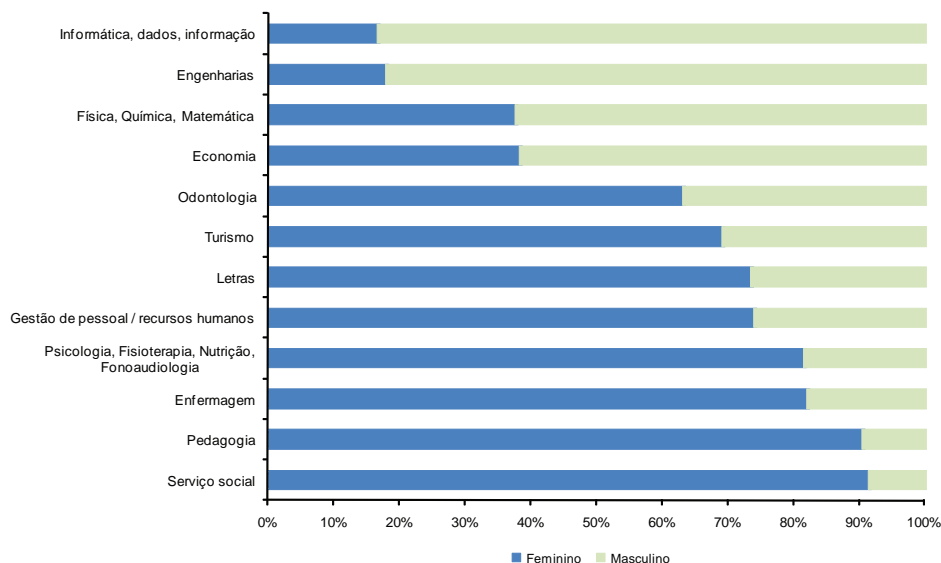
so país, a escola continua reproduzindo os estereótipos de gênero que, em geral, impõem às mulheres uma posição subalternizada. Aliado aos demais elementos de socialização, o ambiente escolar contribui para que haja desde muito cedo uma grande segmentação do conhecimento por sexo. Com isso, moças e rapazes escolhem cursos diferentes, profissões diferentes e, em geral, as jovens acabam por ocupar espaços menos valorizados social e economicamente. Um dos indicadores dessa segmentação é a distribuição por sexo nos cursos superiores.

O exame da proporção de mulheres e homens nos cursos superiores que concentram a maioria das matrículas revela que, apesar de algumas áreas já apresentarem mais equanimidade – como administração e direito, que concentram grande número de estudantes – ainda há áreas marcadamente femininas, como pedagogia, enfermagem e áreas da saúde em geral, e outras marcadamente masculinas, como engenharia e ciências da informação.



GRÁFICO 2

Distribuição percentual de matrículas por sexo em cursos superiores selecionados - Brasil, 2007



Fonte: MEC/Inep, Censo da Educação Superior; elaborado por Ipea/Disoc.

O Gráfico 2 traz os cursos que apresentam as maiores diferenças entre matrículas de mulheres e de homens. Chama atenção que os cursos relacionados ao cuidado, entendido de maneira ampla, e aqueles que formam profissionais voltados para o atendimento ao público, atraem, em geral, muito mais moças que rapazes. As áreas de educação e saúde são especialmente feminizadas. É possível perceber, portanto, que, devido a processos de socialização que interagem e se complementam, delineiam-se segmentados campos do conhecimento.

Interessante notar como essa divisão sexual do conhecimento é reproduzida e, ao mesmo tempo, reforça a tradicional divisão sexual do trabalho experimentada pelas mulheres quando estas conseguem se inserir no mercado de trabalho. É assim que se aprofunda um cenário de segmentação profissional, no qual a qualificação dos trabalhadores em muito contribui para mantê-los restritos a um determinado e tradicional

espaço, no qual se associam as atividades de cuidados e relacionamento interpessoal às mulheres, e as atividades relacionadas à tecnologia e às ciências exatas aos homens.

Apesar desse quadro, percebe-se que as mulheres apresentam, em geral, posições mais vantajosas que os homens no campo educacional. Essas vantagens, no entanto, não se refletem no mercado de trabalho, do qual elas participam menos, no qual recebem menos que os homens e ocupam os postos com menor proteção social.

A taxa de atividade, que contabiliza quem está ocupado ou à procura de ocupação, vem crescendo entre as mulheres, que, cada vez mais escolarizadas e ampliando seu acesso aos espaços públicos, lançam-se no mercado de trabalho. Em 1998, 52,8% das brasileiras eram consideradas economicamente ativas, comparadas a 82% dos homens. Em 2008, essas proporções eram de 57,6% e 80,5%, respectivamente. Ou seja, em 10 anos houve

As meninas frequentam a escola mais que os meninos em todas as faixas de idade. E a diferença é ainda maior no ensino superior.

um leve declínio da taxa de atividade masculina e um aumento de quase 5 pontos percentuais entre as mulheres.

A permanente disparidade se deve, em grande medida, à divisão sexual do trabalho, que ainda impõe às mulheres a atribuição pelo trabalho doméstico não remunerado e dificulta – ou até mesmo impede – sua inserção no mercado de trabalho. Complementarmente, apesar de ser uma atividade de importância crucial para toda a sociedade, o trabalho de cuidado e de reprodução das famílias não é considerado como atividade econômica, nem contabilizado como tal. Mulheres com árduas jornadas de trabalho e importantes responsabilidades são, com isso, consideradas inativas economicamente, sendo que, quando as atividades que realizam são mercantilizadas, passam a contar como trabalho. Ressalte-se que, em 2008, as brasileiras dedicavam, em média, 25,1 horas semanais aos afazeres domésticos – comparadas a cerca de 10 horas dos homens. Na primeira vez em que o dado foi coletado, em 2001, as mulheres dedicavam 30,6 horas semanais, e os homens 11,2 horas. Uma das hipóteses para explicar a redução para ambos os sexos no tempo dedicado aos afazeres domésticos é a da expansão do acesso a bens e serviços que facilitam a consecução dessas tarefas, como acesso a água encanada e saneamento básico, bem como a eletrodomésticos.

Um dos indicadores selecionados pelas Nações Unidas refere-se à proporção de trabalhadoras assalariadas no setor não-agrícola. O objetivo é o de mensurar a magnitude do trabalho feminino não remunerado. No caso brasileiro, em 2008 somente 3% das mulheres ocupadas no setor não-agrícola não tinham rendimento,

sendo que chegava a 77% a proporção de assalariadas¹, proporções que não se alteraram significativamente ao longo dos últimos anos. Isto porque os afazeres domésticos, como dito anteriormente, não são considerados como trabalho não remunerado nas estatísticas oficiais. As mulheres que se dedicam a esse tipo de trabalho são contabilizadas como inativas. Diante disso, o percentual de trabalhadoras que não auferem rendimento não dá a medida de todo o trabalho não remunerado exercido pelas mulheres em nosso País.

Em contraposição, no setor agrícola 28,5% das mulheres ocupadas com 15 anos ou mais não tinham rendimento no ano de 2008. Isto se explica, em grande medida, pela relativa invisibilidade do trabalho feminino no campo, muitas vezes considerado uma extensão das tarefas domésticas e sem papel na produção. A situação é mais comum na agricultura familiar. Entre 1998 e 2008, percebe-se um acréscimo da proporção de trabalhadoras agrícolas com rendimento – de 63 para 71,5% –, mas, apesar dos diferenciais regionais, ainda se trata de um trabalho invisibilizado. Na Região Sul, onde a agricultura familiar é mais difundida, chega a 41,6% a proporção de mulheres ocupadas sem rendimento. Diferenciadas políticas buscam enfrentar essa questão, como linhas de crédito para agricultura familiar voltadas especificamente para mulheres, capacitação de agricultoras, apoio ao comércio, apoio a projetos de extensão rural voltados para mulheres, entre outras. Importantes, também, são as ações que trabalham com a dimensão cultural, buscando visibilizar e valorizar os trabalhos tradicionalmente desenvolvidos pelas mulheres.

¹ Como assalariadas, incluem-se empregadas com carteira assinada, militares, funcionárias públicas estatutárias, empregadas sem carteira assinada e trabalhadoras sem declaração.

As mulheres apresentam, em geral, posições mais vantajosas que os homens no campo educacional. Essas vantagens, no entanto, não se refletem no mercado de trabalho.

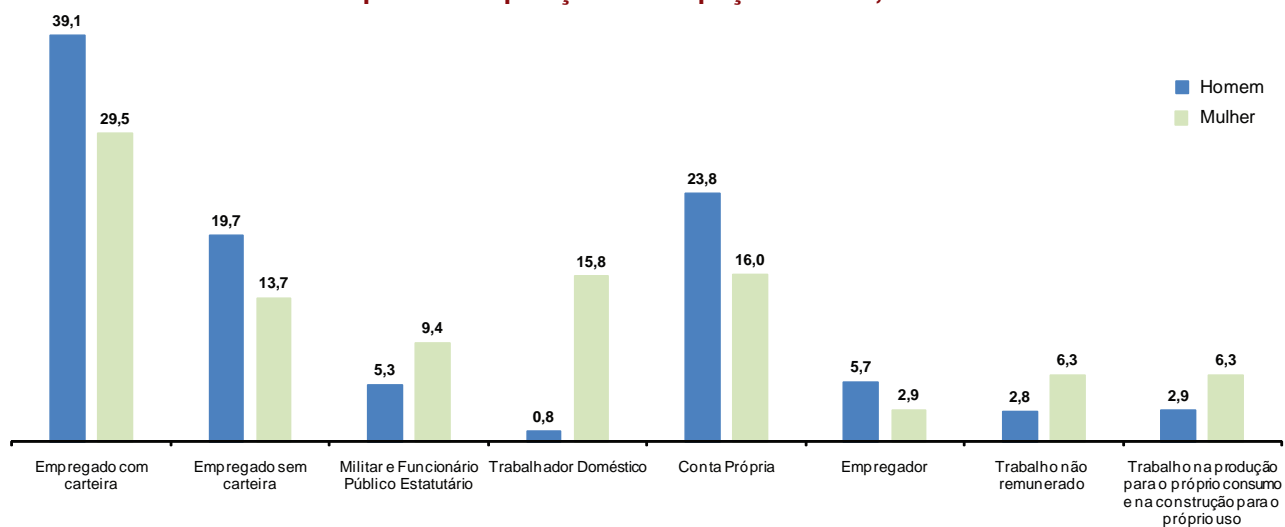


Quando conseguem se inserir no mercado de trabalho, as mulheres ocupam postos mais precarizados, isto é, não somente de menor remuneração, mas também com menores níveis de proteção social. Em 2008, 42% das mulheres ocupadas de 15 anos ou mais estavam em posições consideradas precárias – eram empregadas sem

carteira, trabalhadoras domésticas, trabalhadoras não remuneradas, trabalhadoras na produção para o próprio consumo e na construção para o próprio uso. As mulheres estão mais presentes que os homens em todas essas posições, salvo no emprego sem carteira, como se pode constatar nos gráficos 3 e 4.

GRÁFICO 3

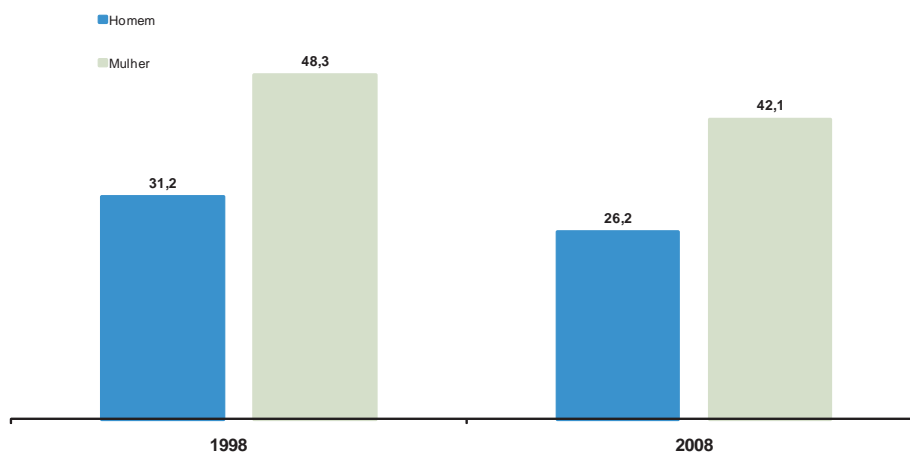
Distribuição percentual da população de 15 anos ou mais ocupada, por sexo e posição na ocupação - Brasil, 2008



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD.

GRÁFICO 4

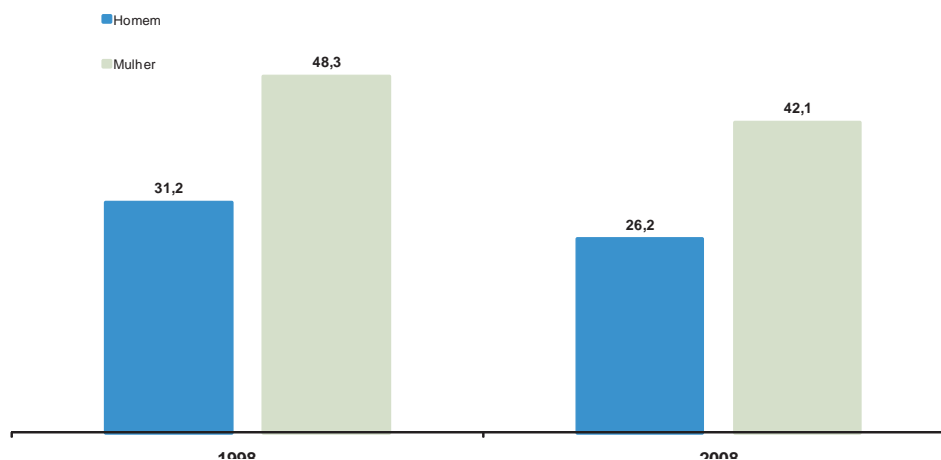
Porcentagem da população ocupada de 15 anos ou mais, em ocupações consideradas precárias⁽¹⁾, por sexo - Brasil, 1998* e 2008



* Exclui a população rural dos Estados de RO, AC, AM, RR, PA e AP.
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD.
(1) Empregados sem carteira, trabalhador doméstico, trabalho não remunerado, trabalho na produção para o próprio consumo e na construção para o próprio uso.

GRÁFICO 5

Porcentagem de trabalhadoras domésticas com carteira de trabalho assinada - Brasil, 1992*, 1998* e 2008



* Exclui a população rural dos Estados de RO, AC, AM, RR, PA e AP.
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD.

Em geral, espaços de poder, prestígio e valor social são majoritariamente ocupados por homens.

O trabalho doméstico é digno de nota por ocupar quase 16% das brasileiras e se configurar como uma ocupação estigmatizada, mal remunerada, desvalorizada socialmente e com muito pouco acesso aos direitos trabalhistas. O trabalho doméstico remunerado – assim como os afazeres domésticos não remunerados – é desempenhado majoritariamente por mulheres e, entre estas, por mulheres negras. Apesar da importância dessa atividade para a economia e para as famílias, apresenta-se como uma das posições mais precarizadas no mercado de trabalho.

O Gráfico 5 apresenta a proporção de trabalhadoras domésticas com carteira de trabalho assinada. Houve um importante aumento nos últimos 15 anos, o que se configura como um avanço, mas, apesar dele, em 2008 apenas um quarto da categoria tinha esse direito assegurado.

Num mercado de trabalho segmentado, a

renda de homens e mulheres ainda apresenta significativos diferenciais. Considerando-se o rendimento-hora – com vistas a excluir o efeito das menores jornadas de trabalho remunerado das trabalhadoras – tem-se que, em 2008, as mulheres ocupadas recebiam 84,1% do que recebiam os ocupados do sexo masculino. Dez anos antes, esse percentual era de 81,9%. Chama atenção o fato de que a distância se amplia entre os mais escolarizados, sendo que as ocupadas com nível superior ou mais (12 anos ou mais de estudo) recebiam somente 65,4% dos homens na mesma situação, o que está relacionado à dificuldade que as mulheres têm de ascender em seus espaços de trabalho e ocupar postos de poder e decisão, cujas remunerações são significativamente superiores. Em todos os casos, na comparação com 1998, percebe-se uma ligeira aproximação entre homens e mulheres, mas é possível deduzir que, caso não sejam tomadas medidas voltadas especificamente para equiparar os rendimentos masculinos



e femininos, será necessário um longo período para que isso ocorra (ver Tabela 3).

Os dados demonstram, ainda, a prevalente distância entre trabalhadores brancos e os de cor preta ou parda. Estes últimos recebiam somente 56,7% do que recebiam os brancos e brancas em 2008. Tal diferencial se deve, em grande medida, à menor escolaridade média da população preta e parda, que, no entanto, não é suficiente para explicar as diferenças de rendimentos. Isto porque, mesmo na comparação entre trabalhadores de mesma escolaridade, tem-se que os pretos e pardos recebem persistentemente menos que os brancos. Nos últimos 10 anos, houve alguma melhora nessa relação – em 1998, os trabalhadores de cor preta ou parda recebiam 48,4% do que recebiam os de cor branca –, mas os dados ainda indicam a persistência de práticas de discriminação.

Quando se interseccionam, portanto, as questões de gênero e raça, tem-se que as trabalhadoras negras são as que apresentam as posições mais precarizadas no

mercado de trabalho, o que se reflete em sua renda. Nas Tabela 4, comparam-se as rendas de acordo com esses grupos populacionais para os anos de 1998 e 2008. Na comparação entre rendimento-hora dos trabalhadores brancos do sexo masculino e rendimento-hora das ocupadas negras, tem-se a relação de maior distância e desigualdade. Em 1998, elas recebiam somente 40% da renda deles; 10 anos depois, recebiam 48%. Isto é, apesar do avanço obtido nos últimos anos, as trabalhadoras negras não chegam a receber sequer a metade do rendimento dos brancos, o que se repete entre os mais escolarizados.

O terceiro campo selecionado pelas Nações Unidas para acompanhar este Objetivo de Desenvolvimento do Milênio refere-se à presença de mulheres em espaços de poder e decisão. Tanto no Congresso Nacional como nos postos eletivos subnacionais e em cargos do Executivo e Judiciário, evidencia-se a perseverante ausência das mulheres.

No caso do Legislativo, ao longo das últi-

TABELA 3

Relação entre rendimento-hora da população ocupada, por sexo e cor/raça, segundo classes de anos de estudo - Brasil, 1998* e 2008

Classes de anos de estudo	Porcentagem do rendimento-hora das mulheres em relação ao dos homens		Porcentagem do rendimento-hora dos pretos e pardos em relação ao dos brancos	
	1998	2008	1998	2008
Total	81,9	84,1	48,4	56,7
Até 4 anos	77,5	83,4	67,4	72,8
De 5 a 8 anos	67,0	72,3	72,9	72,9
De 9 a 11 anos	66,2	70,6	70,0	77,4
12 anos ou mais	59,6	65,4	73,2	68,4

* Exclui-se a população rural dos Estados de RO, AC, AM, RR, PA e AP.
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD.

As trabalhadoras negras são as que apresentam as posições de maior precariedade no mercado de trabalho.

TABELA 4

Relação entre rendimento-hora da população ocupada, por sexo e cor/raça, segundo classes de anos de estudo - Brasil, 1998* e 2008

Razões por sexo e cor/raça (%)	Total		Até 4 anos		De 5 a 8 anos		De 9 a 11 anos		12 Anos ou mais	
	1998	2008	1998	2008	1998	2008	1998	2008	1998	2008
Proporção do rendimento-hora das mulheres em relação ao dos homens	81,9	84,1	77,5	83,4	67,0	72,3	66,2	70,6	59,6	65,4
Proporção do rendimento-hora dos pretos e pardos em relação ao dos brancos	48,4	56,7	67,4	72,8	72,9	72,9	70,0	77,4	73,2	68,4
Proporção do rendimento-hora das mulheres brancas em relação ao homens brancos	78,5	78,9	73,8	78,9	65,8	67,2	65,4	68,5	59,7	64,1
Proporção do rendimento-hora das mulheres pretas e pardas em relação ao homens pretos e pardos	85,6	88,8	81,3	86,7	69,2	78,0	69,4	73,8	59,5	70,7
Proporção do rendimento-hora dos homens pretos e pardos em relação ao homens brancos	46,8	53,9	65,8	70,8	72,5	69,8	69,2	75,4	74,3	66,2
Proporção do rendimento-hora das mulheres pretas e pardas em relação às mulheres brancas	51,1	60,7	72,5	77,8	76,3	80,9	73,4	81,2	74,0	73,0
Proporção do rendimento-hora das mulheres pretas e pardas em relação aos homens brancos	40,1	47,9	53,5	61,3	50,2	54,4	48,0	55,6	44,2	46,8

* Exclui a população rural dos Estados de RO, AC, AM, RR, PA e AP.
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD.

mas eleições esse cenário pouco se transformou. Na Câmara dos Deputados, as mulheres mal alcançam 9% das cadeiras, e no Senado Federal nunca chegaram aos 15%. As proporções se repetem nas esferas subnacionais. Em 2008, ano das últimas eleições locais, somente 9% das prefeituras passaram a ser lideradas por mulheres e 12,5% das cadeiras de assembleias legislativas foram ocupadas por vereadoras. A política formal ainda é um campo eminentemente masculino no Brasil e a alteração desse quadro é um grande desafio para o Estado.

Os dados das tabelas 5 e 6 mostram que, apesar da pouca presença das mulheres no Parlamento nacional, há diferenças entre as regiões. Enquanto somente 5,6% das cadeiras da Câmara dos Deputados re-

servadas para Estados da Região Sul eram ocupadas por mulheres, essa proporção chegou a 20,3% na região Norte.

As análises a respeito ressaltam as dificuldades que as mulheres encontram para se lançar candidatas, para se colocar nos espaços partidários, os limites que a menor presença e os estereótipos de gênero impõem à própria atuação das mulheres parlamentares, a reprodução desses estereótipos pela mídia e as formas como o binômio público-privado e a divisão sexual do trabalho podem explicar a ausência das mulheres do poder – assim como de outros campos da vida social. Para o campo da política institucional, contribui ainda uma legislação de cotas que foi, até recentemente, muito pouco efetiva, pois



TABELA 5

Senadores em exercício Brasil e regiões, 2009

Região	Total de Senadores	Senadoras	% Senadoras
Centro-Oeste	12	3	25,00
Norte	21	3	14,29
Nordeste	27	3	11,11
Sul	9	1	11,11
Sudeste	12	0	0,00
Brasil	81	10	12,35

Fonte: Senado Federal

TABELA 6

Deputados Federais em exercício Brasil e regiões, 2009

Região	Total de Deputados	Deputadas	% Deputadas
Centro-Oeste	40	3	7,50
Norte	64	13	20,31
Nordeste	142	8	5,63
Sul	71	4	5,63
Sudeste	172	16	9,30
Brasil	489	44	9,00

Fonte: Câmara dos Deputados

No Poder Executivo, quanto maior o cargo, menor a possibilidade de ser ocupado por uma mulher.

não determinava a obrigatoriedade do cumprimento das cotas e nem qualquer tipo de sanção em caso de não cumprimento.

Em meio às recentes discussões sobre a revisão da lei eleitoral, algumas conquistas foram alcançadas por meio da promulgação da Lei nº 12.034, de 29 de setembro de 2009, como o preenchimento obrigatório das cotas de candidatos por sexo, a reserva

de parte de recursos do Fundo Partidário para programas de “promoção e difusão da participação política das mulheres” e a reserva de tempo da propaganda partidária gratuita para “promover e difundir a participação política feminina”. São passos que podem se mostrar importantes em direção ao aumento da participação das mulheres na política.

No que diz respeito à presença de mulheres em cargos de confiança no Poder Executivo Federal, os dados indicam que, quanto maior o cargo, menor a possibilidade de ser ocupado por uma mulher. Em outubro de 1999, elas eram somente 13% dos DAS 6 – o mais alto cargo na hierarquia do Executivo Federal, abaixo apenas dos de ministros de Estado. Dez anos depois, alcançam tão somente 20% desses cargos, o que representava 34 servidoras nas posições mais altas da hierarquia da administração pública federal².

No total de cargos, em relação a 1999 percebe-se uma relativa melhora. As mulheres passam de 41% para 43% dos DAS, mas o aumento é mais significativo nos cargos mais altos. Contudo, especialmente tendo em vista a grande presença de mulheres no setor público, não é aceitável que as posições mais privilegiadas ainda sejam majoritariamente ocupadas por homens. Não há ainda, no Poder Executivo, qualquer medida com vistas a reverter este quadro.

No caso do Poder Judiciário, tem-se que, em 2009, dos 80 cargos de ministros de tribunais superiores, somente 14 eram ocupados por mulheres. O Supremo Tribunal Federal, a mais alta instância do Poder Judiciário, nomeou uma ministra

² Cargos de DAS são cargos de Diretoria e Assessoramento Superior, de livre provimento pelo dirigente.

pela primeira vez em 2000 (Ministra Ellen Gracie) e, desde então, somente mais uma mulher foi nomeada (Ministra Carmem Lúcia), mesmo considerando a grande presença de mulheres nas carreiras jurídicas.

Com isso, é possível perceber que ainda há em nossa sociedade muitos espaços a serem alcançados em definitivo pelas mulheres. Em geral, são espaços de poder, prestígio e valor social ainda majoritariamente ocupados por homens. As mulheres são relacionadas ao espaço privado e às atribuições ligadas à reprodução da família, enquanto dos homens se espera muito mais frequentemente a atuação nos espaços públicos.

Ainda que não tratado diretamente pelas metas e indicadores propostos pelas Nações Unidas para este ODM, persiste no Brasil o fenômeno da violência doméstica contra as mulheres. Apesar de não haver dados oficiais sistematizados, é possível estimar a magnitude do problema por meio de pesquisas pontuais realizadas, conforme citado nos relatórios anteriores, e de alguns dados produzidos no âmbito do Governo Federal.

Essa lacuna será preenchida por meio de duas importantes iniciativas. Uma delas é a inclusão de um suplemento sobre vitimização na última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, do IBGE, aplicada em 2009. A segunda iniciativa é a realização de uma pesquisa nacional de vitimização, coordenada pelo Ministério da Justiça, a ser levada a campo em 2010, abrangendo as mais variadas questões e atendendo, pela primeira vez, a uma urgente necessidade por informações acerca das ocorrências que vitimam brasileiros e brasileiras e que, na maior parte das vezes, não chegam a ser registradas nos ór-

gãos policiais. Se esta cifra negra³, como é chamada, parece ser expressiva em grande número de crimes, no caso da violência doméstica tudo indica que é ainda maior. Eis, pois, a importância da realização de pesquisas de vitimização para que a magnitude e as características desse fenômeno sejam mais bem conhecidas pelos gestores públicos.

Atualmente, um indicador levantado é o número de ocorrências registradas nas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (Deams). Além da limitação relacionada ao fato de que nem todas as Deams respondem ao questionário anual, cabe lembrar que o número de Deams existentes no país – 421, em 2009 – é claramente insuficiente para atender todas as mulheres que necessitam do serviço. Constata-se também desigual distribuição territorial das Deams existentes, concentradas na Região Sudeste, onde se localizam cerca de 40% das unidades, especialmente no Estado de São Paulo.

A Tabela 7 mostra o número de ocorrências registradas nas Deams, por tipo, em 2003 e em 2007. Houve, no período, um aumento do número absoluto de ocorrências registradas – que chegaram a quase 500.000 em 2007 – e também da média de ocorrências por Deam, importante para se perceber que o registro de ocorrências aumenta não somente porque novas Deams foram criadas, mas também porque há mais procura às já existentes. Entende-se que o aumento do número de ocorrências não esteja relacionado a uma elevação da violência, mas a outros fato-

³ Cifra negra é o termo utilizado pelos estudiosos de segurança pública para se referir aos crimes ocorridos na sociedade, mas não registrados nos órgãos policiais. Sempre há uma subnotificação dos crimes que acontecem numa localidade, que é maior ou menor a depender de diferentes fatores, como o tipo de crime e a existência de serviços de atendimento à população – seu número, localização, disponibilidade, qualidade de atendimento etc.

O trabalho doméstico, que ocupa quase 16% das brasileiras, é ainda uma atividade estigmatizada, mal remunerada, desvalorizada socialmente e com muito pouco acesso aos direitos trabalhistas.



TABELA 7

Número de ocorrências registradas nas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher - Brasil, 2003 e 2007

Tipo de Ocorrência Registrada	2003			2007		
	Número	%	Média ⁽¹⁾	Nº. Ocor.	%	Média ^(2,3)
Total Brasil	416.927	100	1.437,7	491.407	100	1.688,7
Ameaça	149.856	35,9	516,7	144.078	29,3	495,1
Atentado Violento ao Pudor	3.491	0,8	12,0	3.900	0,8	14,2
Calúnia	15.358	3,7	53,0	9.224	1,9	37,0
Danos	4.103	1,0	14,1	6.044	1,2	24,1
Difamação	10.952	2,6	37,8	13.700	2,8	54,4
Estupro	7.405	1,8	25,5	3.779	0,8	13,9
Injúria	21.462	5,1	74,0	31.945	6,5	120,5
Lesão Corporal	125.393	30,1	432,4	73.376	14,9	285,5
Lesão Corporal Culposa	5.093	1,2	17,6	5.933	1,2	37,6
Maus Tratos	8.075	1,9	27,8	3.532	0,7	14,5
Perturbação da Tranquilidade	10.766	2,6	37,1	11.769	2,4	49,9
Vias de Fato	33.617	8,1	115,9	35.646	7,3	137,6
Outras Ocorrências	21.356	5,1	73,6	148.481	30,2	601,1

Fonte: MJ/Secretaria Nacional de Segurança Pública, Pesquisa Perfil Organizacional das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher; elaborada por Ipea/Disoc.

(1) Representa a quantidade de ocorrências registradas, por tipo ou total, dividida pelo número de Deams que responderam esta questão da pesquisa em cada ano (média aritmética).

(2) Para 2007 foi considerado o N de cada item no cálculo da média aritmética.

(3) A média para os itens de "outras ocorrências" e total "Brasil", em 2007, levou em consideração o N do item com mais respostas (para o ano de 2007).

Persiste no Brasil o fenômeno da violência doméstica contra as mulheres. As ocorrências mais frequentes são a ameaça e a lesão corporal.

res, como disponibilidade dos serviços, campanhas de conscientização acerca dos direitos das mulheres, visibilidade do fenômeno e qualidade do atendimento, entre outros. Foi exatamente devido a esse fato que se registrou uma maior procura pelos serviços nas Deams após a promulgação da Lei Maria da Penha, bastante divulgada pela mídia.

Nas Deams, a ocorrência mais comum contra as mulheres é a ameaça, que respondia por 36% das ocorrências em 2003 e por 29% em 2007. Em seguida, aparece a lesão corporal, com 30% em 2003 e 15% em 2007⁴. Ressalte-se que os dados apresentados constituem somente uma

⁴ Novas categorias foram inseridas em 2007 e agregadas como "outras", o que explica em parte a redução da importância das lesões corporais.

pequena parcela dos casos registrados pelos órgãos policiais, uma vez que em todo o país registram-se ocorrências de violência física, psicológica e sexual contra as mulheres em delegacias comuns, mas não há dados sistematizados sobre esses casos e tampouco há informações disponíveis sobre os agressores e o tipo de relação desses com as vítimas. Essa informação seria de grande importância para a compreensão da violência contra as mulheres, caracterizada precisamente por ser perpetrada na maior parte das vezes por pessoas da convivência e do círculo de confiança das vítimas, e dentro de casa. Maridos, companheiros, namorados e ex-maridos, ex-namorados e ex-companheiros parecem ser os principais autores das ocorrências de violência contra as brasileiras, daí

a especificidade do fenômeno frente ao da violência urbana, por exemplo, do qual os homens são as principais vítimas.

O aumento da procura pelos serviços especializados pôde ser notado também na Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, mantida pelo Governo Federal desde 2006. Os registros dos atendimentos prestados ajudam a complementar o panorama até aqui traçado.

A Tabela 8 apresenta os dados relativos aos atendimentos do Ligue 180. Entre 2006 e 2009, o número de atendimentos aumentou quase 9 vezes, passando de pouco mais de 46 mil, em 2006, para 401 mil, em 2009. Este significativo aumento pode ser explicado pelos investimentos realizados ao longo do último ano em campanhas de conscientização acerca da violência contra as mulheres e de divulgação da Central, além da ampliação do horário de funcionamento e dos postos de atendimento da própria Central, que passaram de 4 para 20.

Dos relatos de violência registrados, a maior parte diz respeito à violência fisi-

ca: 77% dos relatos, em 2006, e 54% em 2009, ano no qual cresceram em importância os relatos de violência psicológica, o que também pode ser atribuído a uma maior divulgação da Lei Maria da Penha e à capacitação das operadoras da Central, que se tornaram mais aptas a identificar esses casos. O crescimento – de 1.669 para 13.547 casos – é revelador, pois permite inferir que muitas mulheres agredidas verbalmente, assediadas psicologicamente, se calavam por não saber que eram vítimas de violência, com seus direitos garantidos.

É possível perceber, portanto, que muitos avanços foram alcançados nos últimos anos no Brasil na direção da igualdade entre os sexos e do aumento da autonomia das mulheres. Persistem importantes problemas, como a desigualdade no âmbito da família, a pouca presença feminina nos espaços de poder e decisão e a violência doméstica, que vitima milhares de brasileiras todos os anos. A atuação governamental vem incorporando a temática e fazendo com que as brasileiras superem os obstáculos e conquistem cada vez mais espaços.

TABELA 8

Número de atendimentos na Central de Atendimento à Mulher, por tipo - Brasil, 2006/2009

Tipo de atendimento	2006 ⁽¹⁾		2007		2008		2009	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Informação	7.035	15,15%	65.707	29,8%	141.704	52,25%	209.910	52,25%
Relatos de violência / denúncia	12.664	27,28%	20.046	9,1%	24.759	9,13%	40.857	10,17%
Serviços	25.201	54,29%	133.170	60,5%	102.146	37,66%	146.962	36,58%
Reclamação	971	2,09%	896	0,4%	1.959	0,72%	2.774	0,69%
Sugestão	552	1,19%	132	0,1%	165	0,06%	420	0,10%
Elogio	não consta		301	0,1%	479	0,18%	806	0,20%
Total	46.423	100,00%	220.252	100,0%	271.212	100,00%	401.729	100,00%

Fonte: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

(1) No ano de 2006 a variável é "denúncia" e, nos demais, "relatos de violência". Os dados de 2006 referem-se somente aos meses de abril a dezembro.



ODM 3

PROMOVER A IGUALDADE ENTRE OS SEXOS E A AUTONOMIA DAS MULHERES

META 4

Eliminar as disparidades entre os sexos no ensino fundamental e médio, se possível até 2005, e em todos os níveis de ensino, o mais tardar até 2015

INDICADORES DAS NAÇÕES UNIDAS

INDICADOR 9

Razão entre meninos e meninas no ensino básico, médio e superior

INDICADOR 10

Razão entre mulheres e homens alfabetizados na faixa etária de 15 a 24 anos

INDICADOR 11

Porcentagem de mulheres assalariadas no setor não-agrícola

INDICADOR 12

Proporção de mulheres exercendo mandatos no Parlamento Nacional

INDICADORES BRASILEIROS

INDICADOR A

Proporção de mulheres ocupadas no setor agrícola sem rendimento, por grandes regiões

INDICADOR B

taxa de defasagem escolar entre os estudantes de 7 a 17 anos de idade, por sexo e cor/raça

INDICADOR C

Taxa de participação por sexo e cor/raça

INDICADOR D

Distribuição da população ocupada por sexo e cor/raça, segundo a posição na ocupação

INDICADOR E

Proporção de trabalhadoras domésticas com carteira de trabalho assinada, por cor/raça

INDICADOR F

Proporção da população ocupada que contribui para a Previdência

Social, por sexo e cor/raça

INDICADOR G

Relação entre o rendimento-hora da população ocupada, por sexo, cor/raça e anos de estudo

INDICADOR H

Proporção de mulheres eleitas senadoras e deputadas federais em relação ao total de eleitos

INDICADOR I

Distribuição dos cargos de DAS, segundo sexo

INDICADOR J

Número de Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher

INDICADOR K

Número de ocorrências de delitos por DEAM

INDICADOR L

Mulheres eleitas para a Câmara dos Deputados e assembleias legislativas, por grandes regiões

PRINCIPAIS INICIATIVAS DO GOVERNO FEDERAL

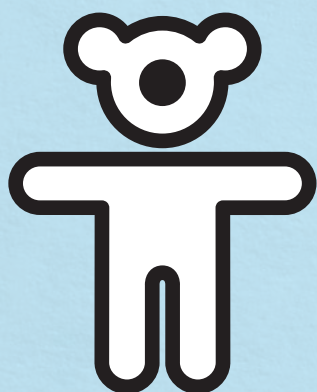
- a. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – PNPM
- b. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres
- c. Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180
- d. Programa Gênero e Diversidade na Escola
- e. Programa Mulher e Ciência
- f. Programa Pró-Equidade de Gênero
- g. Programa Trabalho e Empreendedorismo das Mulheres
- h. Programa Trabalho, Artesanato, Turismo e Autonomia das Mulheres
- i. Programa Mulheres Construindo a Autonomia
- j. Programa Organização Produtiva de Mulheres Rurais
- k. Incentivo à Formalização do Emprego Doméstico
- l. Ampliação da Licença-Maternidade
- m. Campanha Mais Mulheres no Poder
- n. Revisão da Legislação Eleitoral
- o. Observatório Brasil da Igualdade de Gênero
- p. Comitê Técnico de Estudos de Gênero e Uso do Tempo
- q. Programa Nacional de Documentação da Trabalhadora Rural - PNDTR
- r. Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar – Pronaf Mulher
- s. Assistência Técnica e Extensão Rural para Trabalhadoras Rurais
- t. Medidas de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas





4

**REDUZIR A
MORTALIDADE
NA INFÂNCIA**



MORTALIDADE NA INFÂNCIA: BRASIL DEVE CUMPRIR META ANTES DE 2015

A taxa de mortalidade de menores de cinco anos, também referida como taxa de mortalidade na infância, expressa a frequência de óbitos nessa faixa etária, para cada mil nascidos vivos (NV). Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante os cinco primeiros anos de vida.

Em 2008, a taxa de mortalidade na infância no Brasil era 22,8 óbitos por mil NV, com redução consistente em todas as regiões do país nos últimos anos. Desde 1990, ano-base para comparação do avanço dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), até 2008, a redução nacional média foi de 58%, com diferenças regionais: 62% na região Nordeste, 57% na região Sul, 55% na região Sudeste e 53% nas regiões Norte e Centro-Oeste.

Na meta definida para este ODM, a taxa de mortalidade na infância deve ser reduzida para 17,9 óbitos por mil NV até 2015. Estima-se que, se persistir a tendência de redução atual, o Brasil atingirá a meta antes

do prazo. A constatação de que o Brasil está no caminho para alcançar a meta é corroborada por uma avaliação dos ODMs em 68 países prioritários, realizada em 2008. Essa avaliação demonstrou que o Brasil exibe a segunda maior redução da mortalidade na infância entre as nações analisadas, e que é um dos 16 países com condições para atingir a meta proposta ^[1].

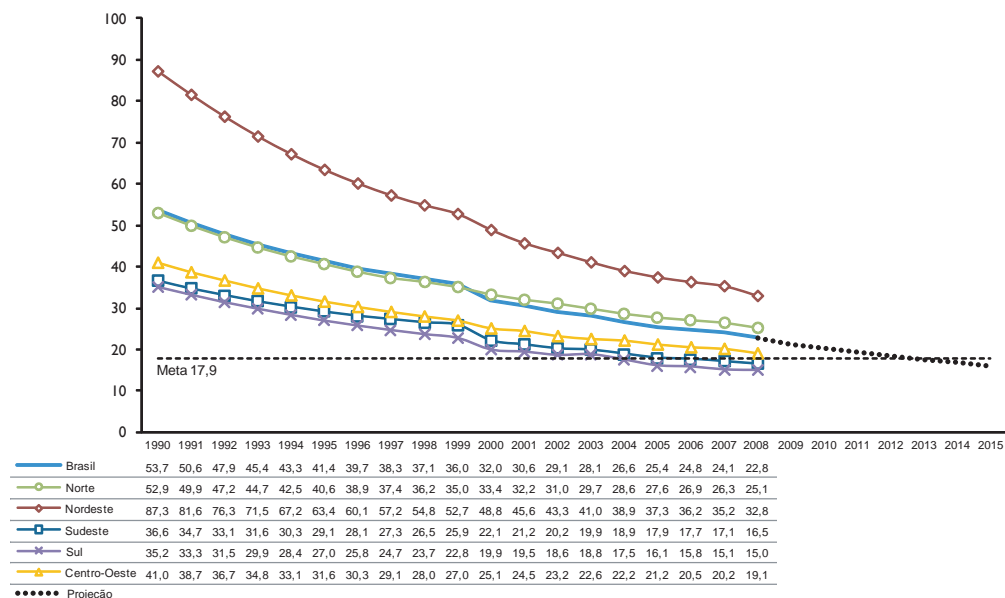
Contudo, persistem diferenças importantes nas taxas de mortalidade na infância entre as regiões. Desde a década de 1990, as regiões com as maiores e menores taxas foram a Nordeste e a Sul, respectivamente. Em 1990, a mortalidade na região Nordeste foi 2,5 vezes maior do que na Sul, com redução para 2,2 vezes em 2008 (Gráfico 1).

A taxa de mortalidade infantil (TMI) expressa a frequência de óbitos de menores de um ano de idade, para cada mil nascidos vivos (NV). Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante seu primeiro ano de vida.

*É necessário
diminuir
ainda mais as
desigualdades
entre as regiões.*

GRÁFICO 1

Evolução da taxa de mortalidade na infância (por mil nascidos vivos) Brasil e regiões, 1990/2008⁽¹⁾ e projeção até 2015 (Brasil)

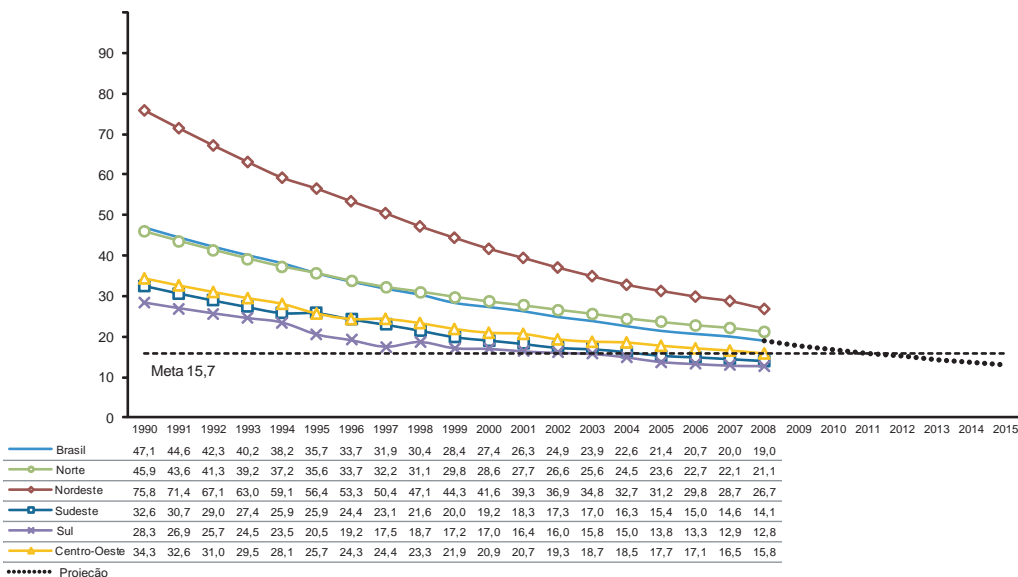


Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS; IBGE.

(1) Os dados de 2008 são preliminares.

GRÁFICO 2

Evolução da taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) Brasil e regiões, 1990/2008⁽¹⁾ e projeção até 2015 (Brasil)



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS; IBGE.

(1) Os dados de 2008 são preliminares.



REDUZIR A MORTALIDADE NA INFÂNCIA

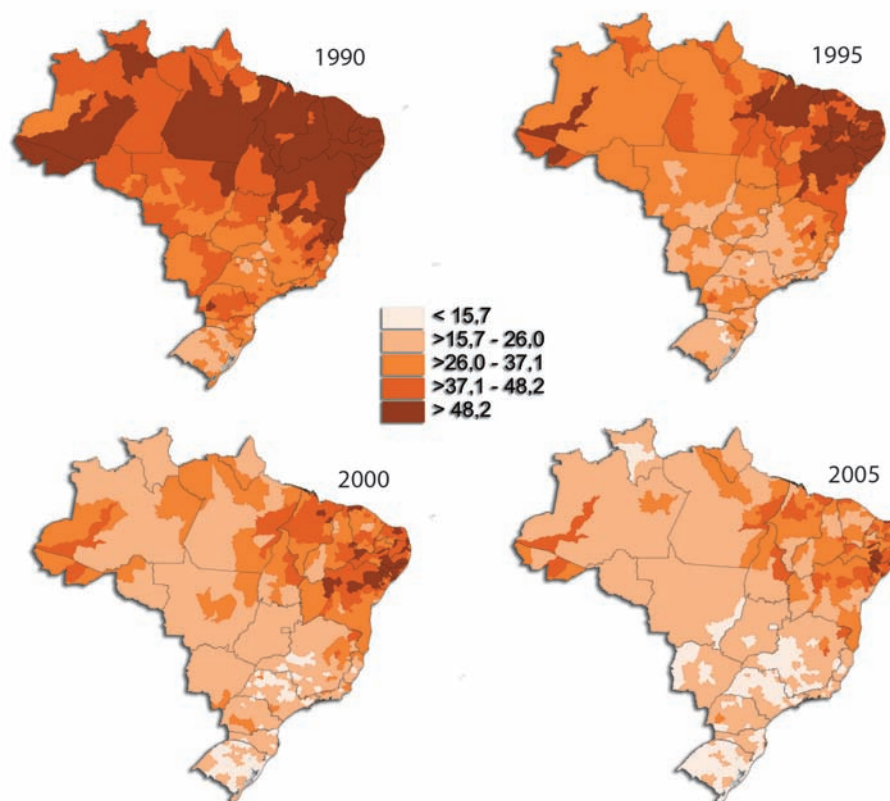
Em 2008, a TMI no Brasil foi de 19,0 óbitos por mil NV. De 1990 a 2008, foi registrada redução de 60%. O maior declínio foi na região Nordeste (65%), seguida pela Sudeste (57%), Sul (55%), Norte (54%) e Centro-Oeste (54%). Mesmo tendo apresentado a maior redução, a região Nordeste continuou com a maior taxa de mortalidade infantil e a Sul com a menor. Contudo, as distâncias entre as taxas dessas duas regiões vêm diminuindo gradativamente: em 1990, a mortalidade na região Nordeste era 2,7 vezes maior que na Sul; em 2008 reduziu-se para 2,1 vezes (Gráfico 2).

Mantendo para a mortalidade infantil a mesma meta de redução da mortalidade na infância, ou seja, uma redução de dois terços entre 1990 e 2015, a meta a ser alcançada é de 15,7 óbitos infantis por mil NV no Brasil.

O padrão de distribuição espacial das taxas de mortalidade infantil nas microrregiões brasileiras desde o ano de 1990 mostra uma redução acentuada por períodos quinquenais, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. No entanto, essas regiões ainda se mantêm com as taxas mais elevadas do país (Gráfico 3).

GRÁFICO 3

Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) por microrregiões - Brasil, 1990, 1995, 2000 e 2005



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS; IBGE.

QUADRO 1

Melhoria na qualidade dos sistemas de informação permite estimativas mais acuradas das taxas de mortalidade infantil e na infância

As informações coletadas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) são cada vez mais confiáveis. Nos últimos anos, essas informações vêm sendo aprimoradas continuamente. Em 2006, os óbitos por causa mal definida se reduziram a menos de 10% do total e, entre os óbitos infantis, a menos de 5%.

Várias ações contribuíram para essa redução: apoio técnico a Estados e municípios, relacionamento de bases de dados de mortalidade e internações hospitalares e a metodologia da “autópsia verbal” para a investigação domiciliar do óbito. ⁽¹⁾

O relacionamento entre a base de dados de óbitos infantis e as bases de internações hospitalares e de procedimentos de alto custo identifica a causa da internação e direciona a investigação da causa de óbito no âmbito dos serviços de saúde.

A autópsia verbal vem sendo aplicada para esclarecimento das causas de óbitos mal definidas, de pessoas que morrem no domicílio. A autópsia verbal consiste em

entrevistas com familiares para o preenchimento de questionários com um conjunto de perguntas padronizadas sobre sinais e sintomas que a pessoa apresentava antes de sua morte. A partir dos questionários, profissionais médicos definem as patologias, condições mórbidas ou circunstâncias que levaram à morte dessa pessoa e preenchem uma declaração de óbito epidemiológica para fins de estatística de saúde.

Para o cálculo da mortalidade infantil, utiliza-se a metodologia recomendada pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), que categoriza os estados segundo o nível de adequação das informações dos sistemas de mortalidade e de nascidos vivos. A taxa de mortalidade infantil utilizada pelo Ministério da Saúde representa uma combinação de dados diretos dos Estados com informações consideradas adequadas (oito Estados) e de dados indiretos dos Estados com informações consideradas inadequadas (19 Estados).

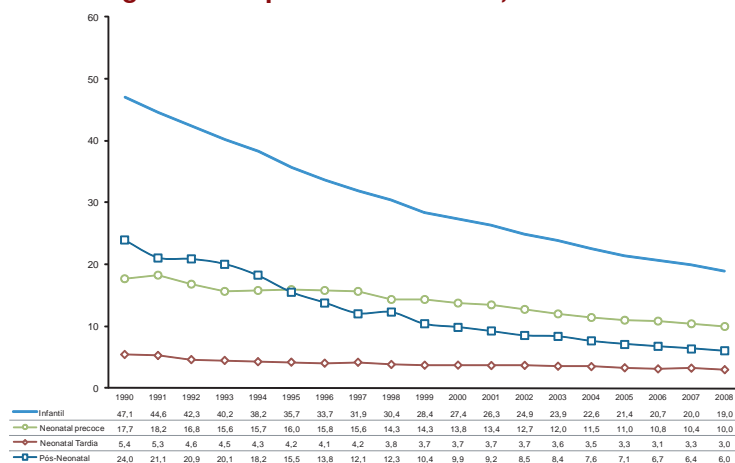
⁽¹⁾ Ministério da Saúde. SVS. DASIS. Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal-definida. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2008

A mortalidade pós-neonatal (de 28 a 364 dias de vida) foi o componente que mais contribuiu para a queda da mortalidade infantil.

A redução da mortalidade infantil ocorreu em seus três componentes: neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardio (7 a 27 dias) e pós-neonatal (28 a 364 dias). De 1990 a 2008, a taxa de mortalidade pós-neonatal foi o componente que apresentou a maior redução, de 24 para 6 óbitos por mil NV, o que representa um decréscimo de 75%; a taxa de mortalidade pós-neonatal reduziu-se de 17,7 para 10,0 óbitos por mil NV, o que corresponde a um decréscimo de 43,5%; e a taxa de mortalidade neonatal tardia diminuiu de 5,4 para 3,0 óbitos por mil NV, o que representa uma redução de 44,4% (Gráfico 4). Consequentemente, a velocidade de decréscimo não foi uni-

GRÁFICO 4

Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) segundo componentes⁽¹⁾ - Brasil, 1990/2008⁽²⁾



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS; IBGE

(1) Neonatal precoce (0 a 6 dias de vida); neonatal tardio (7 a 27 dias de vida); pós-neonatal (28 a 364 dias de vida)

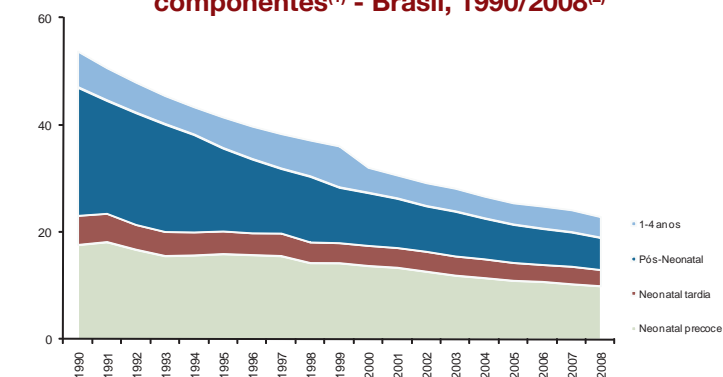
(2) Os dados de 2008 são preliminares.



REDUZIR A MORTALIDADE NA INFÂNCIA

GRÁFICO 5

Evolução da mortalidade na infância e da mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) segundo seus componentes⁽¹⁾ - Brasil, 1990/2008⁽²⁾



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS; IBGE

(1) Neonatal precoce (0 a 6 dias de vida); neonatal tardio (7 a 27 dias de vida); pós-neonatal (28 a 364 dias de vida)
(2) Os dados de 2008 são preliminares.

forme. De 1990 a 2008, a mortalidade no componente neonatal precoce reduziu-se em 3,1% ao ano, no neonatal tardio 3,2% e no pós-neonatal 7,4%.

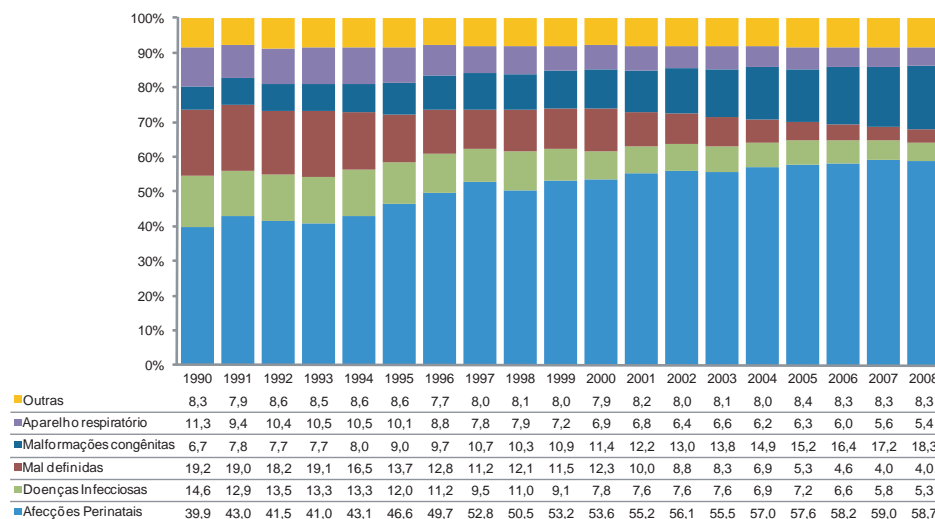
Houve, ao longo do período, uma mudança interna na composição da mortalidade na infância e infantil. Há várias décadas que os óbitos em menores de cinco anos se concentram nos menores de um ano. Por

sua vez, os óbitos em menores de um ano se concentram cada vez mais no período neonatal. Em 1990, a maioria dos óbitos se encontrava no componente pós-neonatal (51%), seguido pelo neonatal precoce (38%) e neonatal tardio (11%). No entanto, em 2008, os óbitos se concentraram no componente neonatal precoce (53%), seguido pelo pós-neonatal (32%) e neonatal tardio (15%) (Gráfico 5).

As afecções perinatais constituem a principal causa de mortalidade de crianças menores de um ano no Brasil. Em 1990, correspondiam a 40% dos óbitos infantis. Em 2008, essa proporção elevou-se para 60%. A mortalidade proporcional por malformações congênicas em menores de um ano aumentou de 6,7%, em 1990, para 18,3%, em 2008. Enquanto isso, a mortalidade proporcional por doenças infecciosas reduziu-se de 14,6% para 5,3% dos óbitos infantis, no mesmo período, o que representa uma diminuição de 64% (Gráfico 6).

GRÁFICO 6

Mortalidade proporcional, porcentagem dos óbitos infantis segundo grupos de causas - Brasil, 1990/2008⁽¹⁾



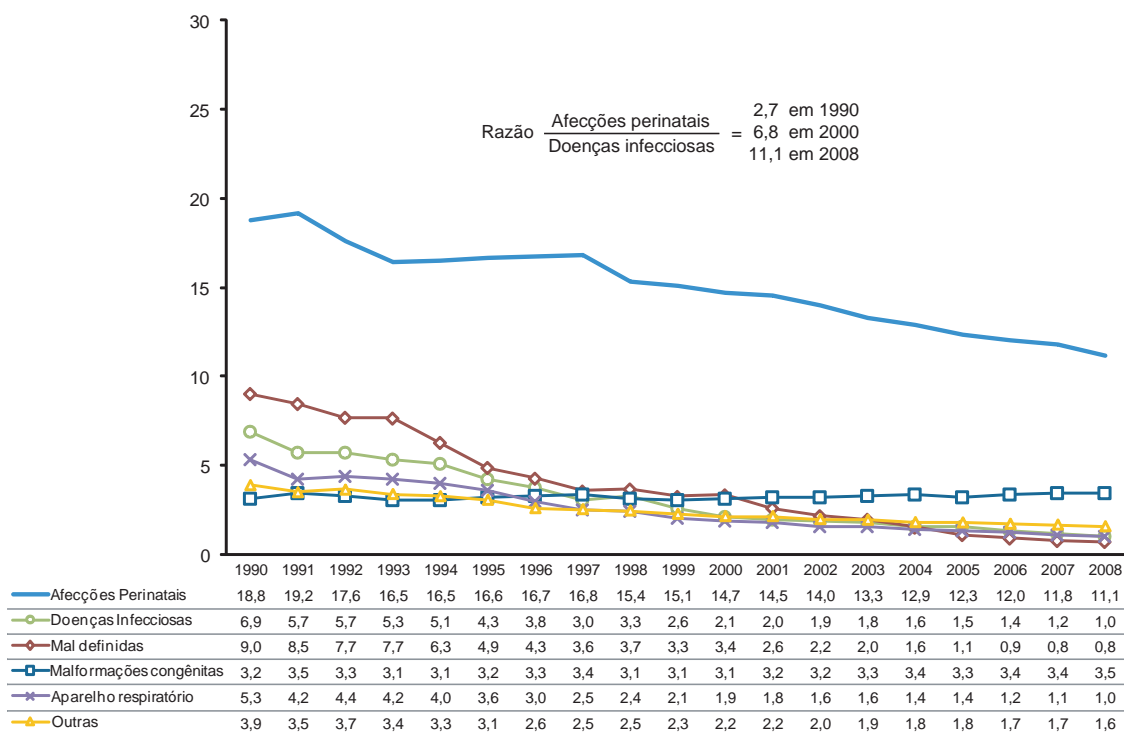
Fonte: SIM - CGIAE/DASIS/SVS/MS.

(1) Os dados de 2008 são preliminares.

A participação das doenças infecciosas no total de óbitos infantis reduziu-se em 64%.

GRÁFICO 7

Evolução da taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) segundo grupos de causas - Brasil, 1990/2008⁽¹⁾



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS; IBGE.
(1) Os dados de 2008 são preliminares.

Essa redução da mortalidade por doenças infecciosas se deve, em larga medida, às melhorias nas condições de saneamento, ao aumento dos anos de estudo das mães, à melhoria da qualidade da atenção, particularmente da atenção básica após a introdução do programa Saúde da Família^[2], e às ações de imunização, de vigilância sanitária e epidemiológica.

Em 1990, o risco de morrer, entre menores de um ano, por afecções perinatais era 2,7 vezes superior àquele por doenças infecciosas; em 2008, essa razão elevou-se para 11,1 vezes (Gráfico 7). As afecções perinatais incluem os transtornos relacionados com a curta duração da gestação, os problemas cardiorrespiratórios do recém-nascido e os

traumatismos de parto, entre outras causas. As altas taxas de mortalidade por essas causas estão associadas ao baixo nível socioeconômico das mães, mas são fortemente influenciadas pelas condições precárias de assistência à mulher durante a gestação e o parto, e aos cuidados oferecidos ao recém-nascido durante e após o parto. Isso mostra a necessidade de intensificar e concentrar ações para acelerar a redução da mortalidade por afecções perinatais.

No componente neonatal precoce (0 a 6 dias), as afecções perinatais constituem a principal causa de morte. Entre 1990 e 2008, o risco de morrer por essas causas diminuiu de 15,4 para 8,1 óbitos por mil NV, o que corresponde a uma redução de



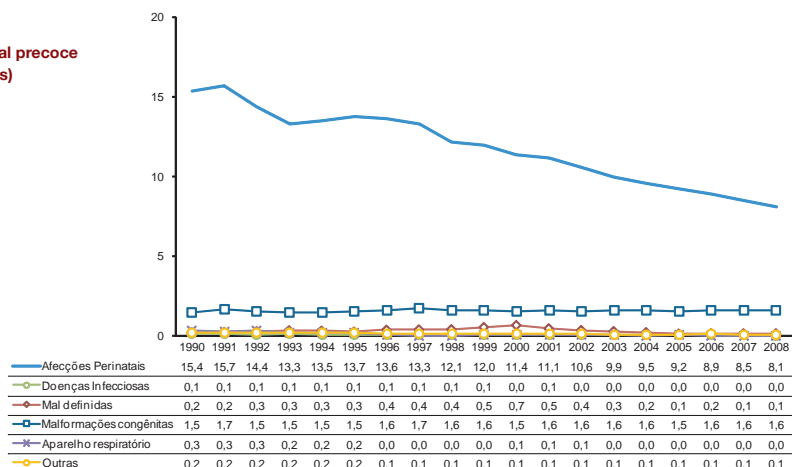
O risco de morrer por afecções perinatais nos primeiros dias de vida diminuiu 47% desde 1990.

GRÁFICO 8

Taxas de mortalidade infantil nos componentes (a) neonatal precoce, (b) neonatal tardio e (c) pós-neonatal, segundo grupos de causas - Brasil, 1990/2008⁽¹⁾

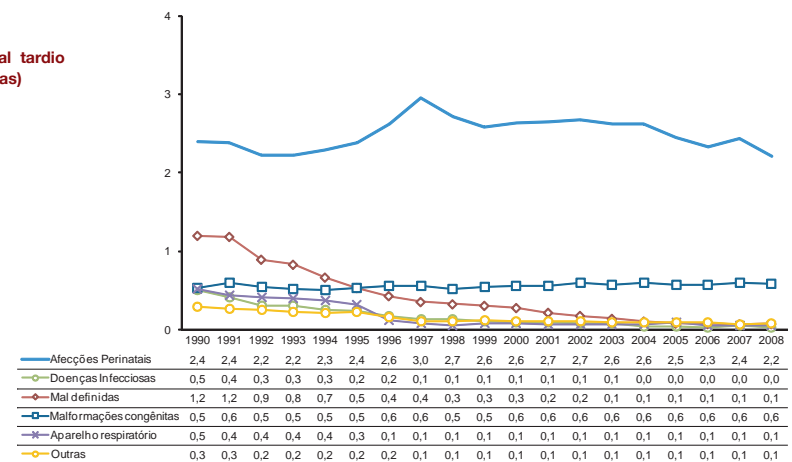
(a)

**Neonatal precoce
(0-6 dias)**



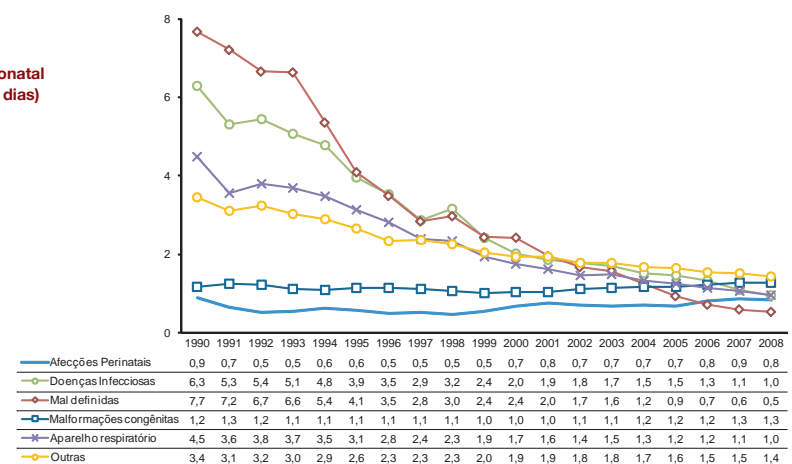
(b)

**Neonatal tardio
(7-27 dias)**



(c)

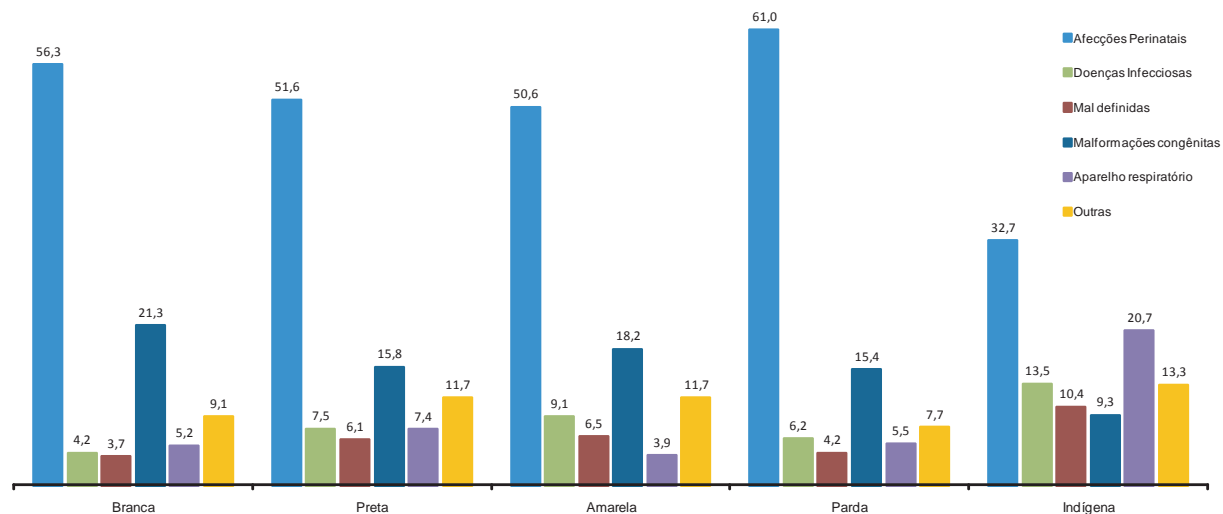
**Pós-neonatal
(28-364 dias)**



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS; IBGE.
(1) Os dados de 2008 são preliminares.

GRÁFICO 9

Mortalidade proporcional, porcentagem de menores de um ano, segundo raça/cor⁽¹⁾ e grupos de causas. Brasil, 2008⁽²⁾



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS.

(1) De todos os óbitos notificados em menores de um ano, 12,8% não possuem informação sobre a raça/cor.

(2) Os dados de 2008 são preliminares.

47%. As malformações congênitas, segunda maior causa de morte no período neonatal, apresentaram taxas constantes no período. As doenças do aparelho respiratório diminuíram 93%, passando de 0,3 para 0,02 óbitos por mil NV. As doenças infecciosas se reduziram em 86% e os óbitos com causas mal definidas, em 28% (Gráfico 8a).

No componente neonatal tardio (7 a 27 dias), os óbitos por afecções perinatais diminuíram de 2,4 para 2,2 por mil NV (redução de 8%). Doenças infecciosas diminuíram 95%, doenças do aparelho respiratório 90% e por causa mal definida 94%. Os óbitos por malformações congênitas apresentaram estabilidade (Gráfico 8b).

No componente pós-neonatal (28 a 364 dias), a mortalidade por doenças infecciosas diminuiu de 6,3 para 1,0 óbito por mil NV (redução de 85%) no período analisado, os óbitos por doenças do aparelho res-

piratório diminuíram 79% e os óbitos por afecções perinatais e malformações congênitas se mantiveram estáveis em todo o período. (Gráfico 8c).

Quando as causas de morte infantil são analisadas segundo os critérios de raça ou cor, observa-se que, para todas as crianças menores de um ano, a principal causa de óbito são as afecções perinatais. Em 2008, entre as causas definidas, as malformações congênitas representam a segunda principal causa para praticamente todas as crianças, exceto para as indígenas, para as quais representa a quarta causa. As crianças indígenas possuem um padrão bem diferenciado de causas de óbito, ainda com grande participação das doenças do aparelho respiratório (21%) e das doenças infecciosas (14%) (Gráfico 9).

A análise da razão entre a mortalidade por afecções perinatais e doenças infecciosas, em 2008, evidencia diferenças en-

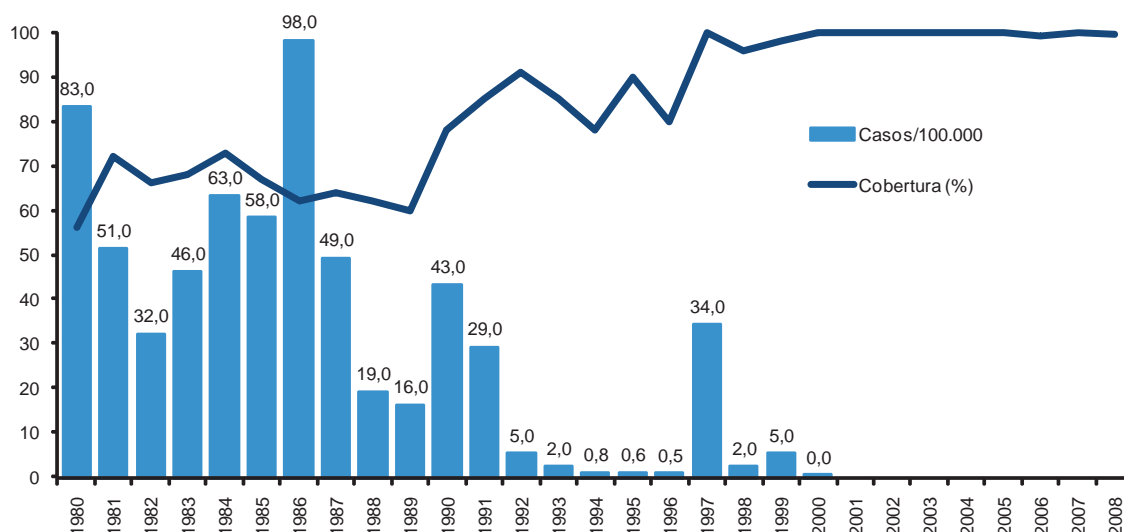
As causas de morte infantil apresentam diferenças importantes segundo a raça/cor das mães.



REDUZIR A MORTALIDADE NA INFÂNCIA

GRÁFICO 10

**Número de casos autóctones de sarampo e cobertura vacinal
contra sarampo entre crianças de um ano de idade⁽¹⁾
Brasil, 1980/2008**



Fonte: COVER/CGPNI/SVS/MS

(1) A partir de 2003, a vacina monovalente contra sarampo foi substituída pela Tríplice Viral (SCR - sarampo, caxumba e rubéola) em crianças de 1 ano.

*Cobertura
vacinal
alcança mais
de 95% das
crianças no
primeiro ano
de vida.*

tre grupos classificados segundo raça/cor. Entre as crianças brancas, a participação das afecções perinatais foi 13 vezes maior do que a das doenças infecciosas; entre as pretas, 7 vezes; entre as asiáticas, 5,6 vezes; entre as pardas, 10 vezes; e entre as indígenas 2,4 vezes. De forma similar, a razão entre as afecções perinatais e as doenças do aparelho respiratório foi 11 vezes entre as crianças brancas, 7 vezes entre as pretas, 13 entre as asiáticas, 11 entre as pardas e 1,6 entre as indígenas. Entre as crianças indígenas, as causas evitáveis de morte continuam sendo muito importantes, o que requer a intensificação dos esforços para modificar essa situação.

Os dados consolidados pelo Programa Nacional de Imunizações mostram coberturas elevadas, acima de 95%, para a maioria das vacinas, em especial para aquelas que

compõem o calendário da criança. Coberturas elevadas são registradas até mesmo para as vacinas recentemente introduzidas, como a vacina oral contra rotavírus humano, ofertada no calendário de vacinação infantil a partir de 2006 ^[3].

É indubitável que a vacinação é uma ação que vem contribuindo para a redução da mortalidade infantil. A cobertura vacinal contra sarampo entre crianças aumentou significativamente, de 78,1%, em 1980, para mais de 95% em 2000 e 99,5% em 2008. Como reflexo desses bons resultados, os últimos óbitos por sarampo foram registrados em 1997 e os últimos casos autóctones da doença, em 2000 (Gráfico 10).

No período de 1980 a 2008, foi registrada redução superior a 90% na incidência e na mortalidade por doenças imunoprevení-

veis entre crianças menores de cinco anos, e especialmente entre menores de um ano, contribuindo assim para a redução da mortalidade infantil. A transmissão da poliomielite e do sarampo foi interrompida no país. Após a exitosa campanha nacional de imunização contra rubéola, realizada em todo o país em 2008, com cobertura acima de 95%, já se coloca a perspectiva da eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita. Entre as demais doenças imunopreveníveis com impacto na redução da mortalidade infantil, destacam-se o tétano neonatal (também com meta de eliminação), a coqueluche, a difteria, a meningite por *Haemophilus influenzae* e a doença diarreica pelo rotavírus.

Duas novas vacinas foram incluídas no calendário básico de vacinação disponível na rede pública: a pneumocócica 10-valente e a antimeningococo C. A primeira protege contra a bactéria pneumococo, causadora de meningites e pneumonias pneumocócicas, sinusite, inflamação no ouvido e bacteremia, entre outras doenças. A segunda imuniza contra a doença meningocócica, que pode se manifestar como inflamação nas membranas que revestem o cérebro (meningite) ou como infecção generalizada (meningococemia). Em 2010, as novas vacinas serão aplicadas em crianças menores de dois anos e, a partir de 2011, farão

parte do calendário básico específico para os menores de um ano. Essas novas vacinas, em especial a pneumocócica, terão impacto importante na redução das mortes na infância associadas às pneumonias.

Em 2009, o Governo Federal lançou um programa para acelerar a redução das desigualdades nas regiões Nordeste e Amazônia Legal, chamado Compromisso Mais Nordeste e Mais Amazônia Legal pela Cidadania, cujo principal objetivo é reduzir em 5% ao ano, em 2009 e 2010, as taxas de mortalidade neonatal e infantil em 256 municípios prioritários. Uma análise dos óbitos evitáveis nesses municípios mostrou que suas principais causas estão relacionadas à falta de atenção adequada ao recém-nascido (31,5%), à gestação (13,2%) e ao parto (10,8%).

A partir do Plano de Ação, espera-se reduzir, também, a mortalidade materna. Esse plano possui seis eixos principais: qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido; educação em saúde; gestão da informação, para melhoria da qualidade das informações sobre nascidos vivos e óbitos infantis; vigilância dos óbitos fetais, infantis e maternos; fortalecimento do controle social, mobilização social e comunicação; e produção de conhecimentos e pesquisas.

Governo intensifica ações em municípios com maior mortalidade infantil.

Referências Bibliográficas

- [1] Countdown Coverage Writing Group, on behalf of the Countdown to 2015 Core Group. *Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: the 2008 report on tracking coverage of interventions*. Lancet; 371:1247-58. 2008
- [2] Macinko J, Guanais FC, Marinho MFS. *Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990–2002*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:13-19, 2006.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2008. 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. O Programa Nacional de Imunizações nos 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil*. Brasília. 2009



ODM 4

REDUZIR A MORTALIDADE NA INFÂNCIA

META 5

Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade

INDICADORES DAS NAÇÕES UNIDAS

INDICADOR 13

Taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos

INDICADOR 14

Taxa de mortalidade infantil

INDICADOR 15

Proporção de crianças de até um ano vacinadas contra o sarampo

INDICADORES BRASILEIROS

INDICADOR A

Mortalidade proporcional entre menores de um ano, segundo grupos de causas, Brasil e grandes regiões

INDICADOR B

Distribuição percentual dos óbitos infantis por grupos de idade (0 a 6 dias; 7 a 27 dias; 28 a 364 dias), por causas selecionadas, por grandes regiões e por cor/raça

PRINCIPAIS INICIATIVAS DO GOVERNO FEDERAL

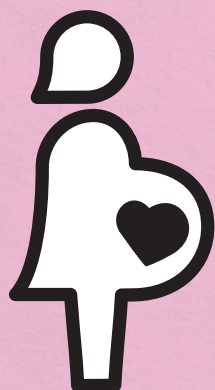
- a. Estratégia Saúde da Família – ESF
- b. Políticas e Ações Voltadas para a Atenção à Saúde da Criança
- c. Vigilância da Mortalidade Infantil e Fetal
- d. Programa Nacional de Imunizações - PNI
- e. Compromisso para Acelerar a Redução das Desigualdades na Região Nordeste e na Amazônia Legal – Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil





5

MELHORAR A SAÚDE MATERNA



A MORTALIDADE MATERNA TEM DIMINUÍDO DESDE 1990

A razão de mortalidade materna (RMM) estima a frequência de óbitos femininos ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos (NV). O número de NV é adotado como uma aproximação do total de mulheres grávidas^[1].

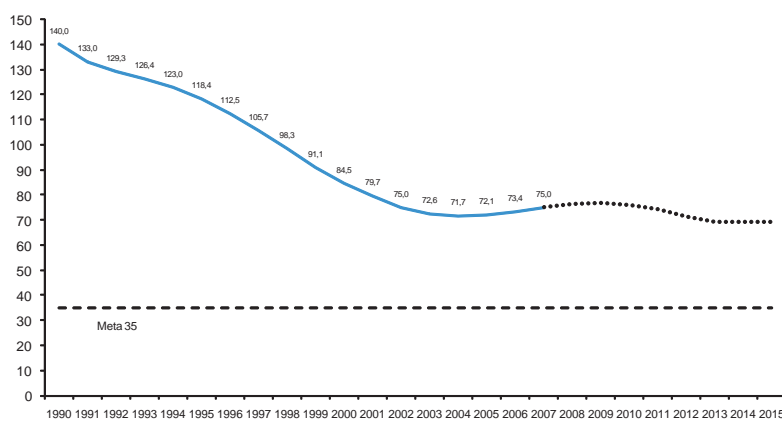
No Brasil, foi registrada redução na mortalidade materna, desde 1990 (Quadro 1). Nesse ano, a RMM corrigida era 140 óbitos por 100 mil NV, enquanto em 2007 declinou para 75 óbitos por 100 mil NV, o que representa uma diminuição de aproxi-

madamente a metade. A melhora na investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos de idade), que permite maior registro dos óbitos maternos, possivelmente contribuiu para a estabilidade da RMM observada nos últimos anos da série (Gráfico 1).

Para atingir a meta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o Brasil deverá apresentar RMM igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil NV até 2015, o que corresponde a uma redução de três quartos em relação ao valor estimado para 1990.

GRÁFICO 1

Razão de mortalidade materna (por 100 mil nascidos vivos) ajustada⁽¹⁾ Brasil, 1990/2007 e projeção até 2015



Fonte: DASI/SVS/MS.
(1) A RMM foi ajustada com uma função polinomial grau 6 com $R^2 = 0,947$.

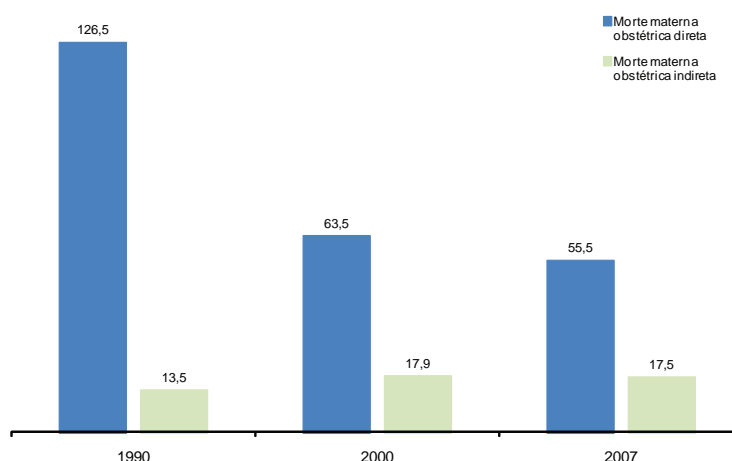
A queda da morte materna se deve fundamentalmente à redução da mortalidade por causas obstétricas diretas.

As mortes maternas podem ser classificadas como obstétricas diretas ou indiretas. As mortes diretas resultam de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério (período de até 42 dias após o parto), decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores. As mortes indiretas decorrem de doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, como problemas circulatórios e respiratórios.

A mortalidade materna por causas diretas diminuiu 56%, de 1990 até 2007, enquanto aquela por causas indiretas aumentou 33%, de 1990 a 2000, e se manteve estável de 2000 a 2007. O aumento verificado entre 1990 e 2000 foi um reflexo da melhoria nas investigações de óbitos suspeitos de serem devidos a causas indiretas. Em 1990, a mortalidade por causas diretas

GRÁFICO 2

Razão de mortalidade materna por causas obstétricas diretas e indiretas (por 100 mil nascidos vivos) Brasil⁽¹⁾, 1990, 2000 e 2007



Fonte: SIM - CGIAE/DASIS/SVS/MS.

(1) Em 2000 e 2007, respectivamente, houve 3 e 1,9 óbitos maternos não especificados por 100 mil NV. Em 1990 não houve detalhamento desta informação.

era 9,4 vezes superior à mortalidade por causas indiretas. Essa relação reduziu-se para 3,5 vezes em 2000, e 3,2 vezes em 2007 (Gráfico 2).

QUADRO 1

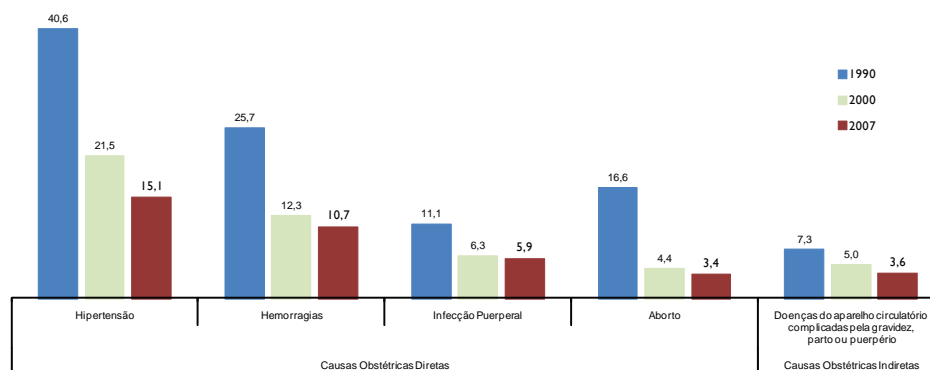
Estudos realizados pelo Ministério da Saúde permitem estimar a razão de mortalidade materna (RMM) desde 1990

No Brasil, as dificuldades para mensurar a mortalidade materna têm sido amplamente documentadas. Imprecisões no registro geram subnotificação de óbitos maternos, o que demanda a adoção de um “fator de correção”. Há duas décadas, o Ministério da Saúde promove a realização de estudos para estimar esse fator, com a aplicação da metodologia RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey) [2, 3 e 4]. Essa metodologia identifica e investiga as causas de todos os óbitos de mulheres em idade reprodutiva, em área e população definidas, usando múltiplas fontes de dados (como entrevistas com membros da família, parteiras, coveiros e profissionais de saúde que atenderam a mulher, bem como levantamento de dados dos registros vitais, prontuários médicos, registros de sepultamento e registros de parteiras tradicionais). A relação entre o número de mortes maternas conhecido por investigação e o número informado em atestados de óbito originais possibilitou a estimação dos valores corrigidos da RMM, que foram utilizados para ajustar os novos valores, desde 1990 até 2007, mediante uma função polinomial grau 6 (Gráfico 1). A projeção realizada de 2008 até 2015 revelou valores entre 69 e 77 óbitos por 100 mil NV, indicando a dificuldade para cumprimento das metas deste ODM e, assim, a necessidade de revisão das estratégias de ação de forma a concentrar esforços nas áreas que apresentam maior mortalidade materna.



GRÁFICO 3

Razão de mortalidade materna por causas específicas de morte materna (por 100 mil nascidos vivos) - Brasil, 1990, 2000 e 2007



Fonte: SIM - CGIAE/DASIS/SVS/MS.

No período de 1990 a 2007, houve redução em todas as principais causas de morte materna. Os óbitos maternos por hipertensão foram reduzidos em 62,8%; por hemorragia, 58,4%; por infecções puerperais, 46,8%; por aborto, 79,5% e por doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e puerpério, 50,7% (Gráfico 3).

Mas é ainda preocupante a proporção de jovens que morrem por causas obstétricas. Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), entre 1990 e 2007 a mortalidade materna na adolescência (de 10 a 19 anos) variou entre 13% a 16% do total de óbitos maternos^[5]. A gravidez na adolescência constitui um grande desafio para os formuladores e gestores de políticas públicas do país.

Iniciativas de ampliação, qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde, associadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher^[6] e ao Pacto Nacional

pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (lançado em 2004), assim como os impactos da regulamentação de ações de Vigilância de Óbitos Maternos^[7], podem estar associadas aos avanços observados na redução das mortes por causas obstétricas diretas. Contudo, as taxas por causas diretas ainda são elevadas e representam um grande desafio para o sistema de saúde. O alcance da meta proposta no âmbito deste ODM dependerá, assim, da implementação mais efetiva das ações de saúde voltadas para a da mortalidade materna no Brasil. Essas ações devem abarcar o planejamento familiar; a atenção ao aborto previsto em lei; a qualificação da atenção pré-natal realizada pelas equipes de saúde da família; o encaminhamento oportuno das gestantes de risco a serviços especializados; a atenção adequada durante o trabalho de parto e no pós-parto e o tratamento de urgências e emergências.

Os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS)^[8] indicam que, entre 1996 e 2006, o porcentual de par-

Acesso ao parto se dá no primeiro serviço procurado.

tos hospitalares passou de 96% para 98%, com variações regionais (92% na região Norte e 99,5% na região Sudeste). Do total de partos, 76% foram realizados por meio do SUS. A grande maioria foi assistida por profissionais formalmente qualificados – médico (89%) ou enfermeira (em 8,3% dos casos).

O acesso à atenção no momento do parto tem melhorado. A PNDS 2006 mostrou que 90% dos nascimentos ocorreram no primeiro serviço procurado, com destaque para a região Sul, onde essa porcentagem foi de 96%.

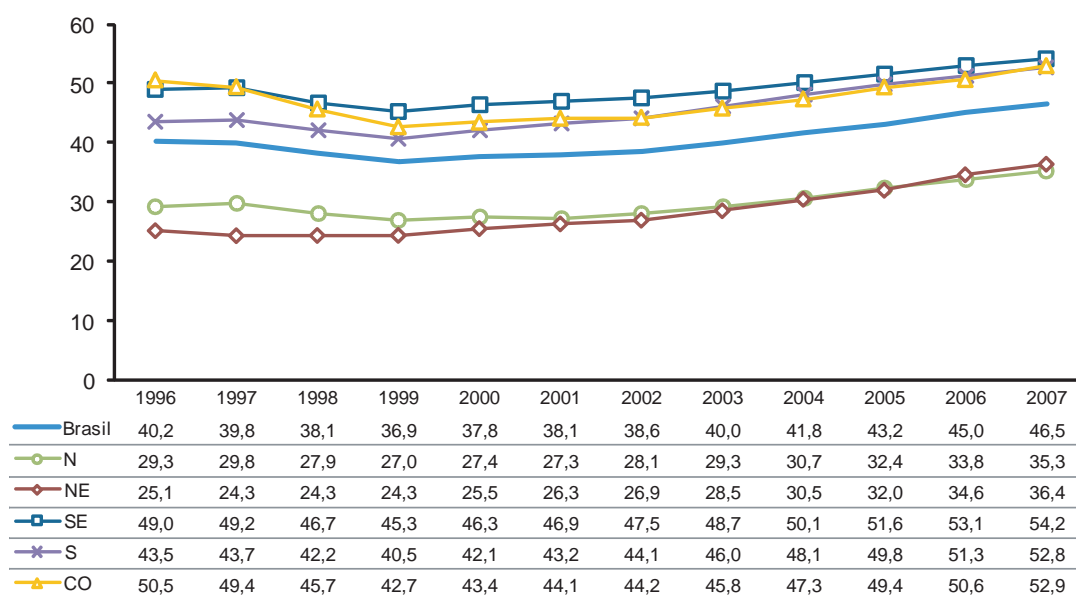
No entanto, a despeito da existência de lei e normas reguladoras ^[9] a assistência ao pré-natal ainda precisa universalizar a prática de definição prévia de local para atendimento hospitalar ao parto, de enca-

minhamento e vinculação à maternidade onde a gestante receberá assistência no âmbito do SUS.

No que concerne aos procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde para garantir uma atenção humanizada ao parto, a PNDS 2006 mostra que 30% das gestantes que realizaram parto normal tiveram acesso a medidas farmacológicas ou não-farmacológicas para o alívio da dor (analgesia ou utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento). Outra medida de humanização – a presença de acompanhante no momento do parto – esteve acessível a 16% do total de parturientes do País; no sistema privado esse percentual alcança 35%, enquanto entre usuárias do SUS é inferior a 10%. A proporção de mulheres que receberam alívio da dor e

GRÁFICO 4

Evolução da porcentagem de partos cesáreos - Brasil e regiões, 1996/2007



Fonte: Sinasc – CGIAE/DASIS/SVS/MS.



O Brasil continua apresentando elevadas taxas de cesarianas.

pueram contar com um acompanhante no parto foi maior para aquelas com maior escolaridade.

O País continua sendo um dos que registram a maior proporção de partos cesáreos. Em relação ao total de partos, as informações provenientes do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) mostram que os percentuais de cesárea aumentaram de 40%, em 1996, para 46,5%, em 2007. O Sudeste é a região com a maior proporção de partos por cesárea, seguido de perto pelas regiões Sul e Centro-Oeste (Gráfico 4).

O parto por cesárea expõe as mulheres e os bebês a mais riscos, que incluem lesões acidentais, reações à anestesia, infecções, nascimentos prematuros e mortes. A re-

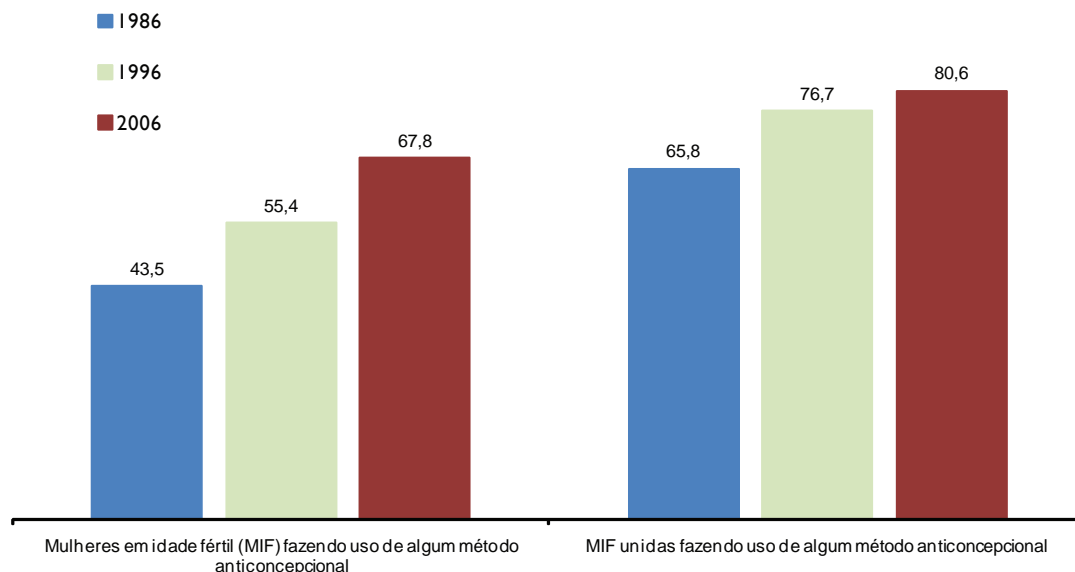
comendação do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS) é que a proporção de cesáreas corresponda a cerca de 15% do total de partos e o procedimento seja realizado apenas quando há risco para a mãe ou para o bebê.

Dados da PNDS 2006, por sua vez, apontam que 44% do total de partos realizados no Brasil foram por cesárea. Este tipo é mais frequente nas regiões Sudeste (52% do total de partos) e Sul (51% do total de partos) e entre mulheres com 12 anos ou mais de estudo (83%).

Entre os partos realizados por meio do SUS, nos cinco anos anteriores à entrevista da PNDS de 2006, o percentual de cesáreas alcançou 34%, mas entre os par-

GRÁFICO 5

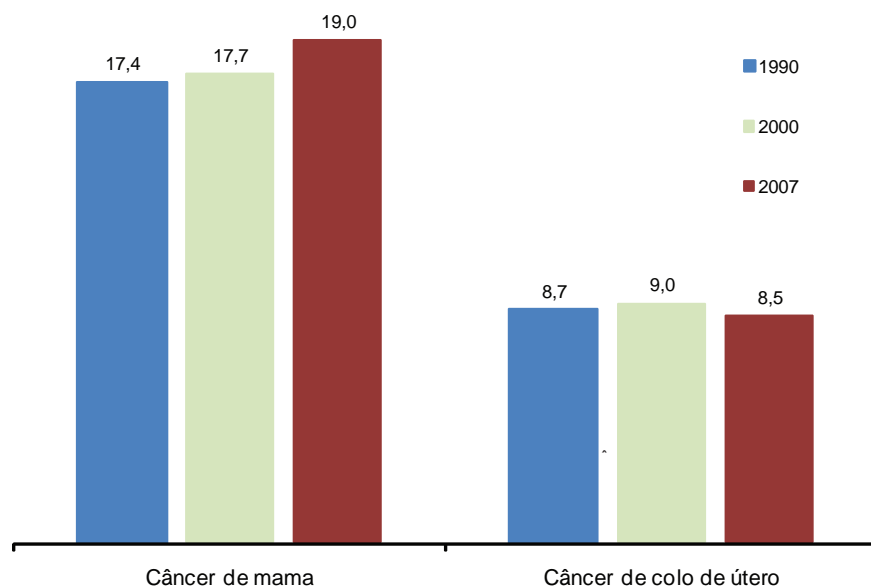
Distribuição percentual de mulheres em idade fértil (MIF) e MIF unidas, usando algum método anticoncepcional - Brasil, 1986⁽¹⁾, 1996⁽²⁾ e 2006⁽²⁾



Fonte: PNSMIPF 1986 [10], PNDS 1996 e PNDS 2006.
(1) População alvo de 15 a 44 anos.
(2) População alvo de 15 a 49 anos.

GRÁFICO 6

Taxa de mortalidade por câncer de mama e de colo útero entre mulheres de 30 a 69 anos (por 100 mil mulheres) - Brasil, 1990, 2000 e 2007



Fonte: SIM – CGIAE/DASIS/SVS/MS.

tos realizados no sistema privado ou por convênios médicos, esse percentual sobe para 81%.

No período de 1996 a 2007, a porcentagem de mulheres grávidas que não tinham realizado nenhuma consulta de pré-natal apresentou uma queda considerável, de 6,3% para 1,9%, segundo o Sinasc. No mesmo período, o percentual de mulheres grávidas que tiveram pelo menos quatro consultas aumentou, de menos de 60% para 89%. Em 2006, segundo a PNDS, a primeira consulta de pré-natal ocorreu no primeiro trimestre em 83% das gestações. Essa proporção foi menor na região Norte (74%) e maior na região Sul (87%).

Apesar dos avanços em termos de cobertura do pré-natal e captação precoce das gestantes, há evidências de que a qualidade da

atenção deve ser melhorada: a incidência de sífilis congênita, o fato de as síndromes hipertensivas se manterem como a primeira causa de morte materna e a presença da mortalidade por causas perinatais como o componente mais expressivo das mortes no primeiro ano de vida.

Segundo a PNDS 2006, o conhecimento de métodos anticoncepcionais é praticamente universal, observando-se um aumento gradual do número de métodos conhecidos, sendo os modernos mais disseminados do que os tradicionais, desde o início da década de 1980. Esta PNDS^[8] mostra que o número médio de métodos conhecidos está em torno de dez. A camisinha masculina e a pílula são os métodos mais citados, mostrando grande diferença em comparação com os resultados encontrados em 1986, quando a pílula e a ester-

Uso de métodos anticoncepcionais: redução significativa no percentual de laqueaduras e um aumento dos demais métodos modernos.



Nos últimos anos, o risco de morrer por câncer de mama cresceu discretamente, enquanto houve estabilidade do risco de morrer por câncer de colo uterino.

lização feminina se apresentavam como os métodos mais conhecidos. Um grande aumento na prevalência de uso dos métodos anticoncepcionais foi verificado no período de 1986 a 2006 (Gráfico 5).

O uso de métodos contraceptivos, segundo o tipo de método, por mulheres em idade fértil no período de 1986 a 2006 sofreu uma mudança profunda de padrão. Em 1986, os principais métodos contraceptivos utilizados por mulheres em idade fértil unidas eram laqueadura tubária (27%) e pílula (25%). Em 1996, observou-se um aumento da prevalência da esterilização para 40% e diminuição do uso da pílula para 20%. A PNDS 2006 mostra que 29% das mulheres em idade fértil unidas estavam esterilizadas, 25% utilizavam pílulas, 12% recorriam à camisinha masculina, 5% tinham compa-

neiro vasectomizado, 4% faziam uso de anticoncepcionais injetáveis, 2% utilizavam dispositivo intrauterino (DIU) e apenas 3% utilizavam métodos tradicionais.

Em 2007, entre as mulheres brasileiras de 30 a 69 anos, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias representaram 56% do total de óbitos. Na faixa etária considerada, as neoplasias de mama, de pulmão e de colo de útero foram as causas de óbitos por neoplasias mais frequentes. No período de 1990 a 2007, a taxa de mortalidade por câncer de mama elevou-se de 17,4 para 19,0 por 100 mil mulheres de 30 a 69 anos, o que representa um aumento de 9,2%, enquanto a taxa de mortalidade por câncer de útero manteve-se estável, entre 8,7 e 8,5 óbitos por 100 mil mulheres na mesma faixa etária (Gráfico 6).

TABELA 1

Resumo dos avanços do Brasil segundo os indicadores do ODM 5, Brasil, 1996 e 2006 ^[11,12]

Indicadores		1996	2006
5.2	Porcentagem de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados ⁽¹⁾	83	99
5.3	Porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos que usam métodos contraceptivos ⁽²⁾	55	68
5.4	Taxa de nascimentos entre adolescentes ^(3, 4)	86	83
5.5	Cobertura de atendimento pré-natal (pelo menos uma consulta)	86	99
5.6	Cobertura de atendimento pré-natal (pelo menos quatro consultas)	76	90

(1) Porcentagem dos partos realizados em ambiente hospitalar ou outro estabelecimento de saúde – Sinasc/CGIAE/DASIS/SVS

(2) Algum método contraceptivo (modernos e tradicionais).

(3) Taxa específica de fecundidade por idade (em 1996, de cada 1000 mulheres de 15-19 anos de idade, 86 tiveram filhos; essa taxa refere-se ao período de 0-3 anos anterior à pesquisa).

(4) A taxa específica de fecundidade por idade em 2006 também se refere ao período de 0-3 anos anterior à pesquisa.

Pesquisas mostram avanço na atenção à saúde da mulher

O Brasil alcançou coberturas praticamente universais de pré-natal com pelo menos uma visita e parto assistido, assim como uma alta prevalência de uso dos métodos anticoncepcionais. Isso ocorreu concomitantemente a uma mudança profunda no padrão de uso, observando-se uma redução significativa no percentual de mulheres laqueadas e um aumento dos demais métodos modernos disponíveis, marcadamente daqueles utilizados pelo homem. Observa-se também uma expansão dos serviços de atenção à mulher em situação de violência, abrangendo todas as regiões do país.

Em 1997, 2002 e 2007, a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde realizou levantamentos junto às coordenações de saúde da mulher, setores de vigilância epidemiológica e de informação e comitês de morte materna dos Estados, obtendo informações a respeito das experiências de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil. Esses levantamentos apontaram que, entre 1989 e 1990, as experiências de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil reportadas pelos gestores estaduais estavam restritas a seis municípios. Em 2007, abrangiam mais de 2.400 municípios.

A implementação simultânea de políticas públicas que qualificam a atenção e melhoram a informação de óbitos pode estar contribuindo para a estabilidade da mortalidade materna nos últimos anos, uma vez que vem proporcionando o registro de um contingente de óbitos maternos que não eram notificados e também pela investigação dos óbitos com causas mal definidas que passam a ser computados como óbitos maternos. Contudo, mesmo com esses avanços, ainda há necessidade de aprimorar a investigação e aumentar a cobertura do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Um exemplo das iniciativas em curso é a pesquisa de busca ativa de óbitos e nascimentos e a implantação do módulo de investigação de mortes maternas no aplicativo do SIM.

Assim como as pesquisas nacionais demonstram, estão colocados os desafios de consolidar os avanços apresentados na organização dos serviços de atenção à mulher, acelerando a qualificação das ações ofertadas e de manter o diálogo com os diferentes atores, ampliando o leque de ações de saúde da mulher, de forma a caminhar cada vez mais no sentido de garantir os seus direitos sexuais e reprodutivos.

Referências Bibliográficas

- [1] Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª Edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. p. 120.
- [2] Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Materno-infantil. Manual dos Comitês de Morte Materna – 1ª. Edição. Brasília, 1994.
- [3] Ministério da Saúde. Tanaka D'Andretta, Ana Cristina e Mitsuiki, Lia. Estudo da Magnitude da Mortalidade Materna em 15 Cidades Brasileiras. São Paulo, 1999.
- [4] Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos com Ênfase em Mortalidade Materna – Relatório Final. Brasília, 2006.
- [5] Ministério da Saúde. SIM/CGIAE/DASIS/SVS. Nota Técnica Mortalidade Materna no Brasil.
- [6] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- [7] Ministério da Saúde. Portaria nº 1.119, de 05 de junho de 2008 - Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos.
- [8] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006. Relatório. Brasília/DF, 2008.
- [9] Brasil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS.
- [10] BEMFAM. Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar no Brasil, PNSMIPI, 1986. Rio de Janeiro, 1987.
- [11] BEMFAM. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, PNDS 1996. Adolescentes brasileiros: saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro, 1997.
- [12] Ministério da Saúde. CEBRAP. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, PNDS 2006. Brasília, 2008.



ODM 5

MELHORAR A SAÚDE MATERNA

META 6

Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a razão de mortalidade materna

INDICADORES DAS NAÇÕES UNIDAS

INDICADOR 16

Razão de mortalidade materna

INDICADOR 17

Proporção de partos assistidos por profissional de saúde qualificado (utilizado como *proxy* a proporção de partos hospitalares e profissionais)

META 6A

Promover, na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), cobertura universal por ações de saúde sexual e reprodutiva até 2015

META 6B

Até 2015, ter detido o crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero, invertendo a tendência atual

INDICADORES BRASILEIROS

INDICADOR A

Proporção de óbitos maternos segundo grupo de causas

INDICADOR B

Proporção de cobertura por consultas de pré-natal

INDICADOR C

Número de internações por aborto no SUS, por grandes regiões

INDICADOR D

Taxa de mortalidade de mulheres de 30 a 69 anos, segundo tipos selecionados de neoplasias

INDICADOR E

Taxa de mortalidade de mulheres de 30 a 69 anos por causas selecionadas

PRINCIPAIS INICIATIVAS DO GOVERNO FEDERAL

- a . Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM
- b . Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal
- c . Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos
- d. Compromisso para Acelerar a Redução das Desigualdades na Região Nordeste e na Amazônia Legal – Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil
- e. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU





6

**COMBATER O HIV/AIDS,
A MALÁRIA E
OUTRAS DOENÇAS**



ACESSO GRATUITO AO TRATAMENTO AUMENTA A SOBREVIVÊNCIA DOS PACIENTES COM HIV/AIDS

Estima-se que 630 mil pessoas vivam com HIV/AIDS no País ^[1]. A taxa de prevalência da infecção na população geral, de 15 a 49 anos, é de 0,61%, sendo 0,41% entre as mulheres e 0,82% entre os homens, mantendo-se estável desde 2000.

Desde a identificação do primeiro caso, em 1980, até junho de 2009, foram notificados 544.846 casos de AIDS no Brasil, dos quais, 65,4% entre homens e 34,6%

entre mulheres. As taxas de incidência foram crescentes até 2000 e estão estabilizadas desde então, embora em patamares elevados, comparados a padrões internacionais. Em 2007, a taxa de incidência observada foi 17,9 casos para cada 100 mil habitantes.

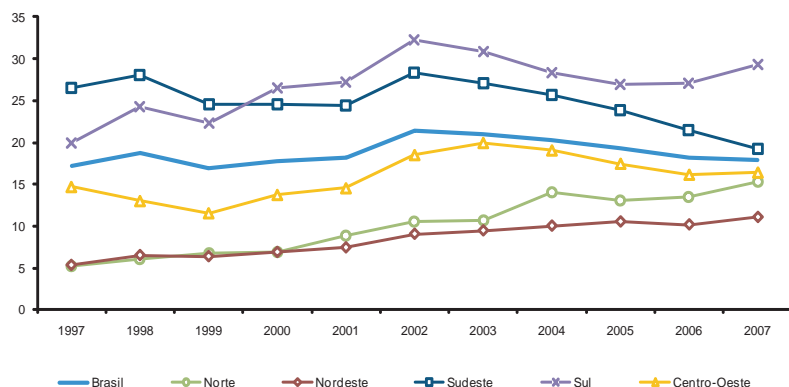
No período de 2002 a 2009, foram identificados, em média, 35 mil casos de AIDS por ano. Dos casos acumulados até junho de 2009, 59,3% estão concentrados na região Sudeste. A região Sul concentra 19,2% dos casos; a Nordeste, 11,9%; a Centro-Oeste, 5,7% e a Norte, 3,9%.

Em relação à taxa de incidência por região do País, observa-se, a partir de 2002, decréscimo na Sudeste, estabilização na Centro-Oeste e crescimento nas demais regiões (Gráfico 1).

A incidência de casos de AIDS em crianças menores de cinco anos de idade, no período de 1997 a 2007, reduziu-se em 41,7%, no Brasil. O declínio persistente da taxa decorre das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV (de mãe para filho, durante a gestação, parto ou amamentação) adotadas no País.

GRÁFICO 1

Taxa de incidência de AIDS⁽¹⁾ (por 100 mil habitantes), segundo região de residência e ano de diagnóstico Brasil e regiões⁽²⁾, 1997/2007



Fontes: MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais.

População: MS/SE/DATASUS em <www.datasus.gov.br>, acessado em 20/10/2009.

(1) Casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais/Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SISCEL/SICLOM) até 30/06/2009 e SIM de 2000 a 2008.

(2) Dados preliminares para os últimos cinco anos.

Nessa mesma faixa etária, o coeficiente de mortalidade também apresentou declínio de aproximadamente 70%. Em 1997, o coeficiente de mortalidade era 2,0 por 100 mil habitantes, enquanto, em 2007, declinou para 0,6.

A taxa de incidência de AIDS em menores de cinco anos vem sendo utilizada como aproximação (*proxy*) à taxa de transmissão vertical do HIV, uma vez que essa categoria de exposição representa a principal forma de transmissão nessa faixa etária.

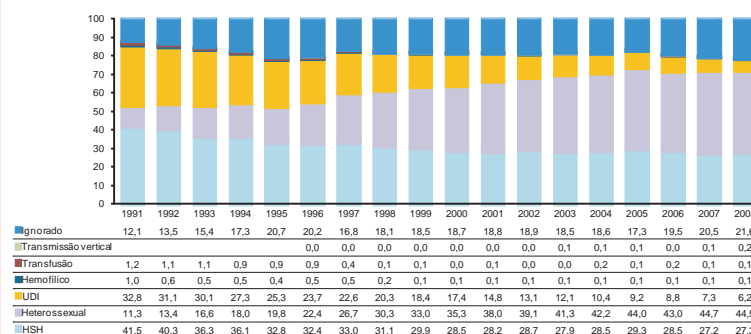
O Brasil vem desenvolvendo ações para a redução da transmissão vertical desde o início da epidemia e, em 2007, lançou o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Pactuou com estados e municípios metas para redução escalonada e regionalizada das taxas de transmissão mãe-filho do HIV e da sífilis até 2011. Com esse plano, pretende-se aumentar a cobertura da testagem para o HIV e sífilis no pré-natal. O aumento da cobertura do tratamento de gestantes com sífilis e seus parceiros e a ampliação das ações de prevenção visam a atingir a meta de eliminação definida pela Organização Pan-americana da Saúde e adotada pelo Ministério da Saúde que, no caso da sífilis congênita, é de até um caso por mil nascidos vivos a cada ano.

A taxa de incidência entre homens de todas as idades, em 2007, foi de 22 casos por 100 mil habitantes. Entre as mulheres, foi de 13,9 casos por 100 mil habitantes. Tanto entre homens quanto entre mulheres, as maiores taxas de incidência encontram-se na faixa etária de 25 a 49 anos e observa-se uma tendência de crescimento nos últimos dez anos, em indivíduos de ambos os sexos, a partir de 40 anos de idade. Entre os

A redução da incidência em crianças menores de cinco anos de idade demonstra melhoria no controle da transmissão vertical.

GRÁFICO 2

Distribuição porcentual de casos de AIDS⁽¹⁾ em homens de 13 anos e mais de idade, segundo categoria de exposição Brasil⁽²⁾, 1991/2008



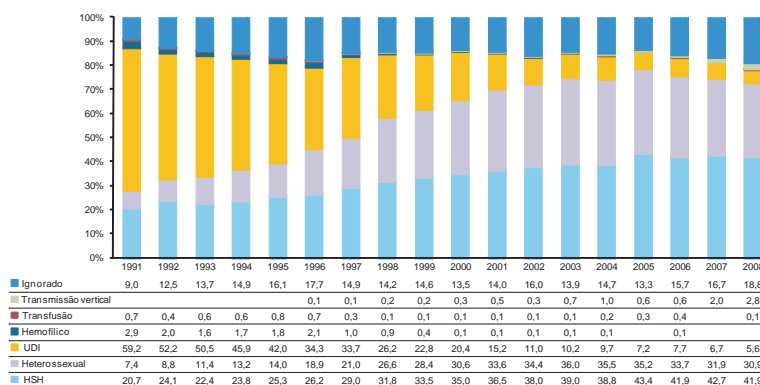
Fonte: MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais.

(1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2009.

(2) Dados preliminares para os últimos cinco anos.

GRÁFICO 3

Distribuição porcentual de casos de AIDS⁽¹⁾ entre homens de 13 a 24 anos de idade, segundo categoria de exposição - Brasil⁽²⁾, 1991 a 2008



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais.

(1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2009.

(2) Dados preliminares para os últimos cinco anos.

As maiores taxas de incidência da AIDS, em ambos os sexos, estão na faixa etária de 25 a 49 anos.

jovens na faixa etária de 13 a 19 anos, as taxas de incidência de AIDS têm se mantido constantes, em ambos os sexos, e entre os jovens de 20 a 24, as taxas estão em declínio.

Segundo categoria de exposição, observa-se uma tendência de estabilização no grupo de homens que fazem sexo com homens (HSH), em quase todas as faixas etárias, a partir do ano 2000 (Gráfico 2). Entretanto, observam-se variações na faixa de 13 a 24 anos com aumento da proporção de casos de AIDS, passando de 35%, em 2000, para 43%, em 2007 (Gráfico 3).

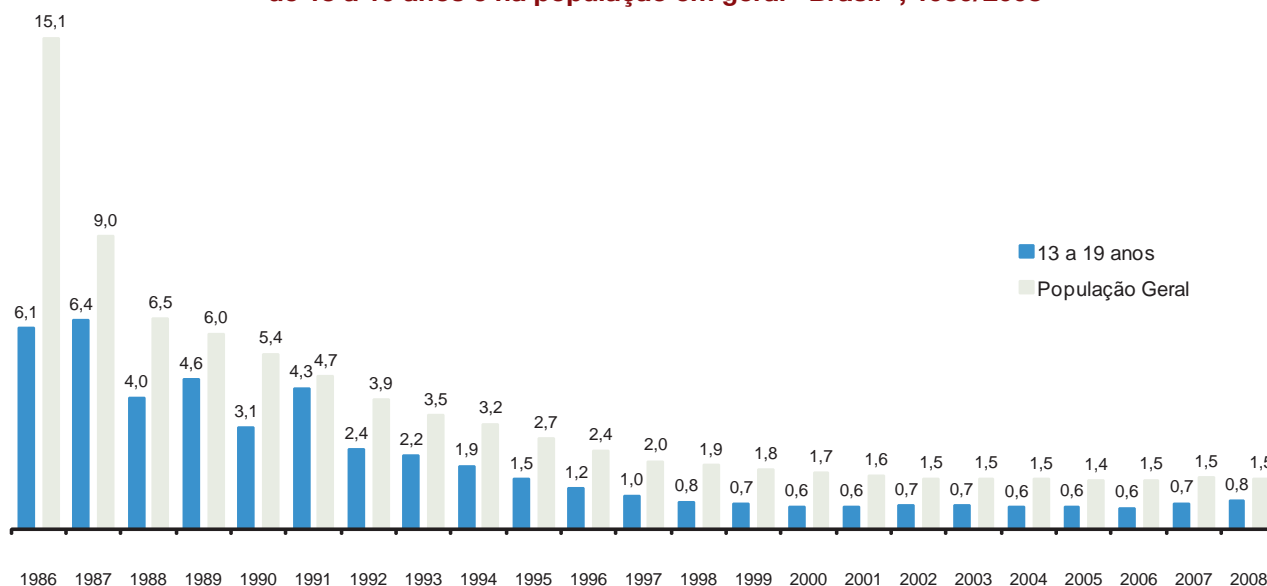
A transmissão por drogas injetáveis apresentou declínio acentuado, tanto entre homens quanto entre mulheres, devido à política de redução de danos adotada no

País. Entre homens, a proporção de casos de AIDS por essa modalidade de transmissão reduziu-se de 22,6%, em 1997, para 7,4%, em 2007. Entre as mulheres, a queda foi de 10,2% para 2,6%, no mesmo período. Na região Sul, entretanto, a participação dessa categoria de exposição ainda se mantém em patamar elevado (4,2% dos casos entre mulheres e 14,4% dos casos entre homens, em 2007).

A razão de sexos (razão entre o número de casos entre homens e o número de casos entre mulheres) no Brasil diminuiu consideravelmente desde o início da epidemia até os dias atuais: em 1986, a razão era de 15 casos de AIDS entre homens para cada caso entre mulheres e, a partir de 2002, estabilizou-se em 15 casos entre homens para cada 10 casos entre mulheres.

GRÁFICO 4

Razão entre os sexos (homens/mulheres) dos casos de AIDS⁽¹⁾ na população de 13 a 19 anos e na população em geral - Brasil⁽²⁾, 1986/2008



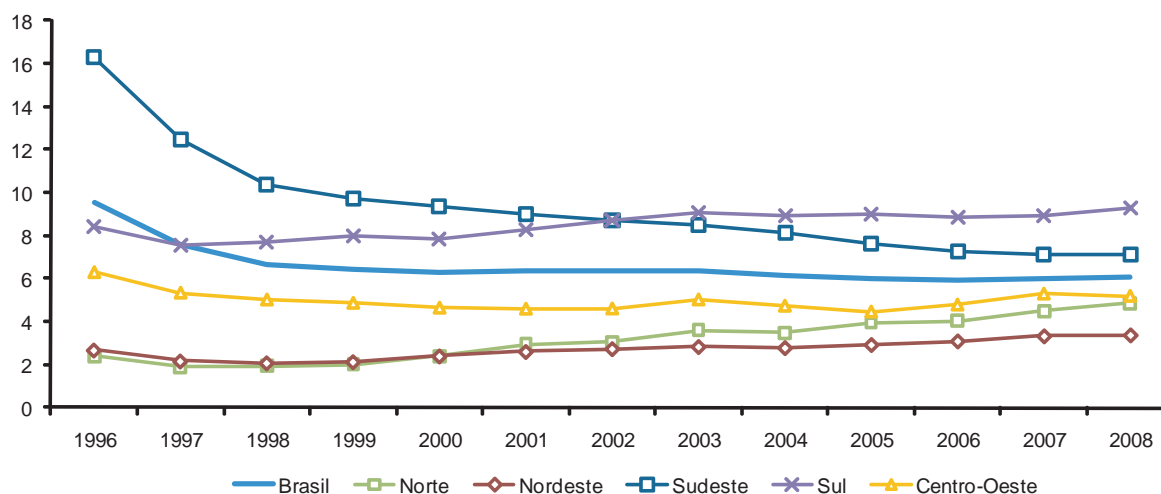
Fonte: MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais

(1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2009 e SIM de 2000 a 2008.

(2) Dados preliminares para os últimos cinco anos.

GRÁFICO 5

Coefficiente de mortalidade por AIDS (por 100 mil habitantes) padronizado por idade⁽¹⁾ - Brasil e regiões, 1996/2008⁽²⁾



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

(1) Utilização do método direto usando como base a população brasileira.

População: MS/SE/DATASUS em <www.datasus.gov.br>, acessado em 20/10/2009.

(2) Os dados de 2008 são preliminares.

Na faixa etária de 13 a 19 anos, entretanto, o número de casos de AIDS é maior entre as mulheres. Essa inversão é observada desde 1998, quando a razão era de 8 casos entre homens para cada 10 casos entre mulheres (Gráfico 4).

A universalização do acesso gratuito à terapia antirretroviral (TARV) na rede pública de saúde, implantada pelo Governo Federal em 1996, levou ao aumento na sobrevivência, à melhoria na qualidade de vida dos pacientes com HIV/AIDS e a uma grande redução no número de hospitalizações, que diminuiu em 82% no período de 1997 a 2007. Na última década, foram registrados, em média, 11 mil óbitos por ano. O coeficiente de mortalidade está estabilizado em cerca de 6,0 óbitos por 100 mil habitantes. A análise por região de-

monstra que o coeficiente de mortalidade diminuiu na Sudeste, apresentou tendência de estabilização na Centro-Oeste e aumentou nas regiões Sul, Norte e Nordeste. Este aumento da mortalidade pode ser explicado por um diagnóstico ainda tardio, sobretudo nas regiões Nordeste e Norte, e diferenças no padrão da epidemia, particularmente na região Sul (Gráfico 5).

A sobrevivência dos pacientes com AIDS diagnosticados de 1982 a 1989 era de 5,1 meses, ou seja, 50% morriam em menos de seis meses após o diagnóstico da AIDS. Entretanto, com a introdução da TARV, houve um aumento considerável na sobrevivência dos pacientes: em estudo realizado com pessoas diagnosticadas em 1995 e 1996, a mediana de sobrevivência (tempo em que 50% dos pacientes estão vivos) pas-



*Aumenta a
testagem para
detecção do HIV
e o conhecimento
sobre as formas
de transmissão,
mas cai o uso de
preservativos.*

sou para 58 meses ^[1]. Estudo recente com pacientes diagnosticados em 1998 e 1999 revelou que a mediana de sobrevida aumentou para mais de 108 meses. Adicionalmente, em 2008, observou-se que a aderência ao tratamento é superior a 80% e 65,3% dos pacientes declararam como bom ou excelente o seu estado de saúde ^[2].

Entre crianças, a sobrevida após o diagnóstico aumentou de forma acentuada: antes de 1988, uma criança com AIDS apresentava cerca de 25% de chance de estar viva após cinco anos do diagnóstico. Entre as crianças diagnosticadas no período de 1999 e 2002, essa proporção elevou-se para 86%.

A análise comparativa entre a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira (PCAP) realizada em 2008, com a população de 15 a 64 anos, e, em 2004, com a população de 15 a 54 anos, mostrou um aumento na testagem para detecção do HIV: em 2004, cerca de 28% da população sexualmente ativa declararam ter realizado o teste em algum momento da vida e, em 2008, esse percentual aumentou para 38,4%. Da mesma forma, estudos realizados periodicamente no País entre mulheres parturientes demonstram aumento na cobertura da testagem para o HIV durante a gestação: a proporção de gestantes que realizaram o teste de HIV e conheciam o resultado passou de 52%, em 2002, para 62%, em 2004, mantendo-se nesse patamar em 2006.

Com relação aos preservativos, em 2008 aproximadamente 97% dos indivíduos entre 15 e 64 anos afirmaram que o seu uso é a melhor forma de prevenir a infecção pelo HIV. Essa proporção é semelhante à observada em 2004. Todavia, observou-se

diminuição de 4,4% no uso de preservativos na análise comparativa entre os quatro anos da pesquisa, com exceção para o uso regular com qualquer parceiro.

Na PCAP de 2008, verificou-se maior uso de preservativo entre os homens do que entre as mulheres; entre homens que fazem sexo com homens (HSH) quando comparados com os heterossexuais e entre os mais jovens que entre as pessoas com maior idade.

Observou-se também que: os solteiros usam três vezes mais preservativos do que aqueles que vivem com companheiros; os que têm mais parceiros casuais usam mais preservativo; quem já adquiriu o preservativo de forma gratuita usa-o duas vezes mais do que aqueles que nunca o adquiriram e quase metade da população faz uso consistente do preservativo em relações casuais.

A tendência de diminuição do uso de preservativos entre jovens já havia sido observada a partir das informações provenientes da pesquisa realizada em 2007 com conscritos das Forças Armadas (jovens de 17 a 20 anos que se apresentam para a seleção do serviço militar). A comparação entre os estudos com conscritos de 2002 e 2007 constatou que, em 2002, 57% dos jovens haviam relatado uso regular de preservativo com parceiros casuais nos doze meses anteriores à pesquisa e, em 2007, esse percentual caiu para 52,7%. A mesma tendência foi observada em relação ao uso regular de preservativo com qualquer

[1] MARINS JR, JAMAL LF, CHEN SY, et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*. 2003;17:1675-1682.

[2] GUIBU IA, BARROS MBA, CORDEIRO MRD, et al. Estudo de Sobrevida de Pacientes de AIDS no Brasil, 1998 a 1999 – Fase I - Regiões Sul e Sudeste. In: Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS DST, ano V, no 1, 2008.

parceiro: queda de 48,3% para 42,6%, no período supracitado.

O Brasil amplia esforços na luta contra a epidemia e investe no desenvolvimento de ações para a promoção da saúde, a prevenção da infecção e a assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS. Com esse objetivo estão sendo desenvolvidos: (i) o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST, que foi elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres; (ii) o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), que é uma parceria entre os ministérios da Saúde e da Educação e conta com apoio da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); e (iii) o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST entre Gays, HSH e Travestis, que foi pactuado

com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Mantida a tendência de redução dos casos de tuberculose

O Brasil ocupa a 18ª posição entre os 22 países responsáveis por 80% dos casos de tuberculose no mundo e concentra 35% dos casos notificados na região das Américas. Anualmente, são registrados, em média, 85 mil casos de tuberculose (casos novos e reingressos).

Desde 2004, a taxa de incidência da tuberculose está diminuindo no Brasil, após um aumento entre os anos de 2000 a 2003 (Tabela 1). Em 2008, a taxa foi de 37 casos por 100 mil habitantes. Atualmente, são detectados 78% dos casos estimados de tuberculose no Brasil. Apesar da tendência de queda da incidência da doença, a pro-

TABELA 1

Número de casos novos, porcentagem de casos pulmonares e bacilíferos em relação ao total de casos e taxa de incidência de tuberculose (por 100 mil habitantes), segundo a forma da doença - Brasil, 2000/2008

Ano	Nº de Casos			Proporção		Taxa de Incidência (por 100 mil hab.)		
	Casos novos	Casos novos pulmonares	Casos novos pulmonares bacilíferos	Pulmonares / Total	Bacilíferos / Total	Casos novos	Casos novos pulmonares	Casos novos pulmonares bacilíferos
2000	69.887	60.293	37.495	83,3	53,7	41,2	35,5	22,1
2001	73.791	63.330	39.450	85,8	53,4	42,8	36,7	22,8
2002	77.490	66.249	41.410	85,4	53,4	44,3	37,9	23,7
2003	78.603	67.207	42.040	85,5	53,4	44,4	38	23,7
2004	77.694	66.425	41.467	85,5	53,3	43,8	37	23,1
2005	76.480	65.687	41.744	85,8	54,5	41,5	35,6	22,6
2006	72.598	62.311	40.485	85,8	55,7	38,8	33,6	21,6
2007	72.117	61.803	39.046	85,7	54,1	38	32,6	20,6
2008	70.646	60.490	37.818	85,6	53,5	37,2	31,9	19,9

Fonte: SINAN-TB/ SVS/ MS.



porção de pacientes com tuberculose pulmonar bacilífera, forma mais contagiosa, permanece constante e acima de 50%.

Em 2008, a maioria dos casos novos de tuberculose foi registrada nas regiões Sudeste (45,2%) e Nordeste (28,4%) do País. Essas regiões concentram o maior número de casos há oito anos, porém as maiores taxas de incidência, ou seja, número de casos novos por 100 mil habitantes, ocorrem nas regiões Norte e Sudeste. Dentre as capitais, Porto Alegre, Recife, Manaus, Rio de Janeiro e Belém apresentam incidências maiores que 80 casos novos por 100 mil habitantes.

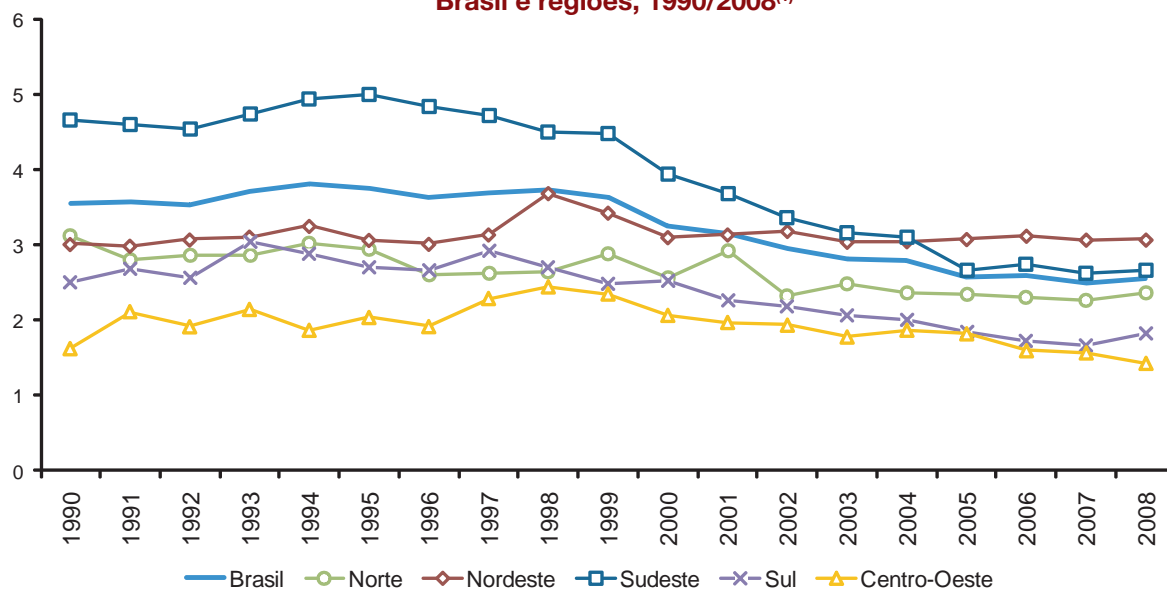
Entre os fatores que contribuem para a disseminação da tuberculose destaca-se o uso incorreto de medicamentos, a alta capacidade infectante da doença e a ocorrência de grandes aglomerações nos centros urbanos, associadas às precárias condições sanitárias.

O percentual de cura dos casos de todas as formas de tuberculose diagnosticados em 2007 foi de 72%. Um dos principais obstáculos para o alcance de um maior percentual de cura é o abandono do tratamento: em 2007, 8% dos pacientes desistiram. Outro problema é a associação da tuberculose com o HIV/AIDS. Aproximadamente 9% dos casos novos de tuberculose são registrados entre pessoas HIV positivas e, assim como nos anos anteriores, foi baixa a proporção de cura (48,5%) nesse grupo de pacientes. Do mesmo modo, ainda é insatisfatória a proporção de pacientes curados entre aqueles que abandonaram o tratamento alguma vez (30,4%).

A queda mais significativa da incidência da tuberculose a partir de 2004 foi acompanhada pela redução da mortalidade por essa doença. A mortalidade manteve valores estáveis até o ano de 1999, mas a partir desse ano a redução tem sido contínua (Gráfico 6).

GRÁFICO 6

**Coeficiente de mortalidade por tuberculose (por 100 mil habitantes)
Brasil e regiões, 1990/2008⁽¹⁾**



Fonte: SIM/DASIS/SVS/MS.
(1) Dados de 2008 sujeitos à revisão.

A redução da mortalidade está fortemente associada a um diagnóstico mais oportuno da doença, bem como à melhoria da qualidade do atendimento ao paciente. A estratégia de descentralização das ações de controle da tuberculose para a Atenção Básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família, possibilitou uma ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento oportuno e supervisionado e também contribuiu para uma melhor busca ativa de casos e contatos. A identificação de novos casos pelos profissionais de saúde da família, em especial pelos agentes comunitários de saúde, e o encaminhamento para as unidades básicas de saúde possibilitam a interrupção da cadeia de transmissão da doença, a diminuição da gravidade dos casos e a redução do número de mortes em decorrência da infecção.

A descentralização e a expansão das ações de controle que foram integradas à Atenção Básica, associadas a um conjunto de ações desenvolvidas pelos estados e municípios, são responsáveis pela redução da mortalidade. Nos municípios prioritários (que concentram 75% dos casos de tuberculose no Brasil), por exemplo, a proporção de unidades de saúde que adotam a estratégia do tratamento supervisionado aumentou de 7%, em 2000, para 82%, em 2008. Atualmente, 42% do total de pacientes de todo o País, não apenas dos municípios prioritários, estão em tratamento supervisionado.

Concomitantemente, a ampliação da parceria brasileira contra a tuberculose por meio da participação da sociedade civil e do controle social se concretizou em iniciativas como: (i) consolidação de 11 comitês metropolitanos para o controle da tuberculose em dez Unidades Federadas;

(ii) criação de novos fóruns de organizações não governamentais em tuberculose; (iii) articulação com Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério da Justiça, e (iv) articulação com CONASS e CONASEMS e Conselhos de Saúde dos três níveis da administração pública, entre outras.

Malária apresenta grande redução no número de casos, internações e mortes

A Amazônia Legal concentra 99,8% dos casos de malária no País. Em 2008, foram notificados 314.735 casos.

Depois do pico de malária, registrado nos anos de 1999 e 2000, houve uma primeira redução dos casos com a implantação do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal, no período de 2000 a 2002. Os resultados, entretanto, não foram sustentáveis. Em 2003, observou-se um aumento de casos, atingindo 600 mil casos em 2005.

Esses picos de transmissão da doença estão, em geral, associados ao processo de colonização na região. Atualmente, um grande número de municípios está em processo de desenvolvimento e boa parte da população depende de atividades de extrativismo e exploração de recursos das florestas para sua sustentação, expondo-se, desta forma, à infecção.

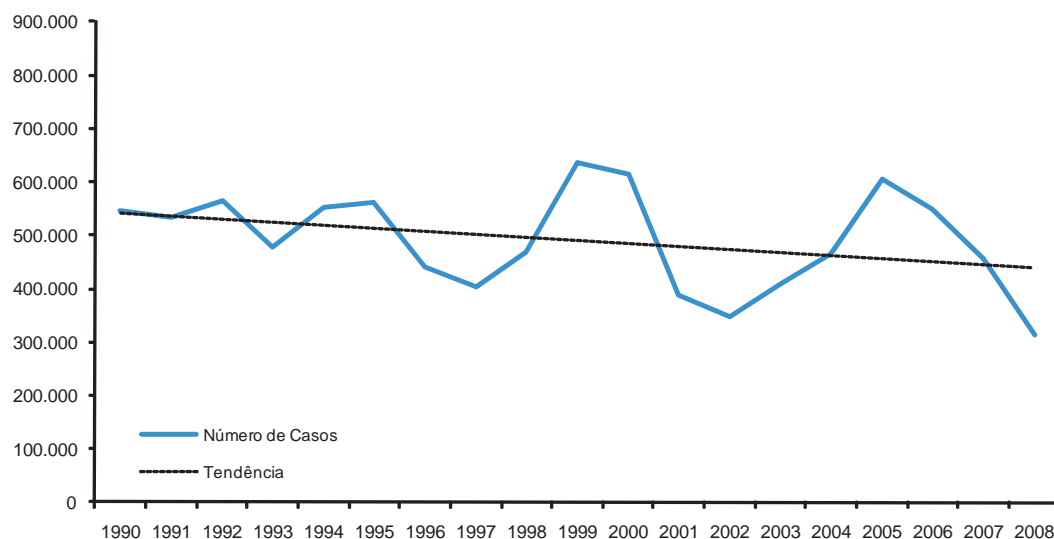
Mesmo diante dessas dificuldades, registrou-se uma importante diminuição de casos a partir do ano de 2006, passando de 549 mil para 314 mil em 2008 (Gráfico 7). A incidência parasitária anual (IPA) declinou de 22,8, em 2006, para 12,9, em 2008, na Amazônia (Gráfico 8). Também se verificou uma redução nos casos de malária causados pelo *P. falciparum*, forma

Descentralização das ações de controle da tuberculose promove queda da mortalidade.



GRÁFICO 7

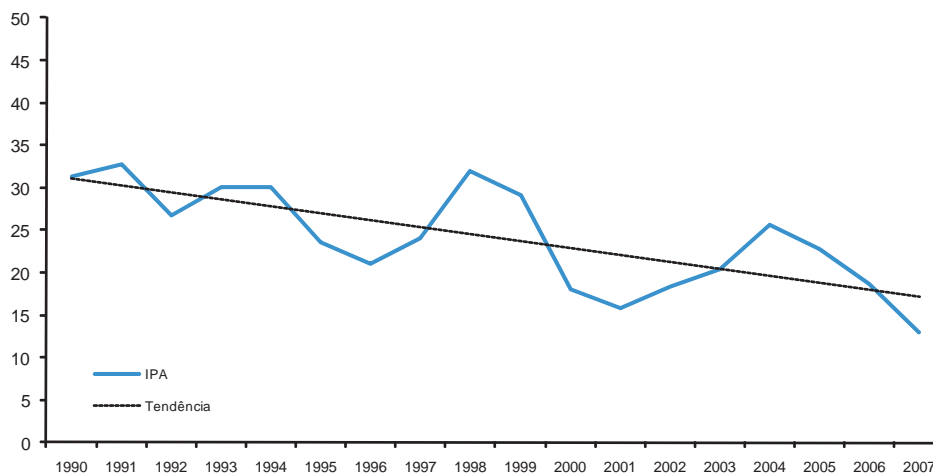
Número de casos de malária - Amazônia brasileira, 1990/2008



Fonte: Sismal/Sivep-malária/SVS/MS.

GRÁFICO 8

Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária (por mil habitantes) Amazônia brasileira, 1990/2008

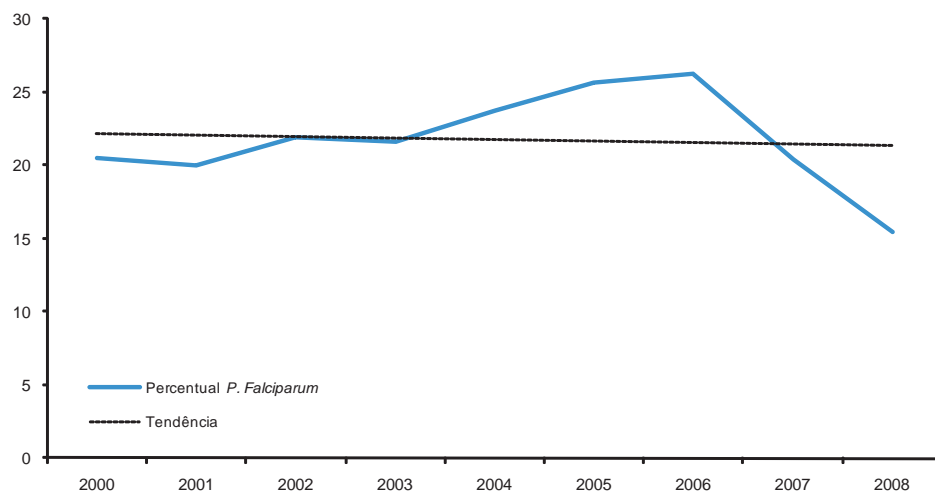


Fonte: Sismal/Sivep-malária/SVS/MS.

mais grave da doença, responsável por cerca de 20% dos registros nos últimos anos. Tendo como base o ano de 2000, a redução de casos de malária por *P. falciparum*, em 2008, foi de 63%, enquanto

sua participação percentual no total de casos de malária diminuiu 24,4% (Gráfico 9). A acentuada redução de malária por *P. falciparum*, em número absoluto e relativo, está relacionada, principalmente, à

GRÁFICO 9

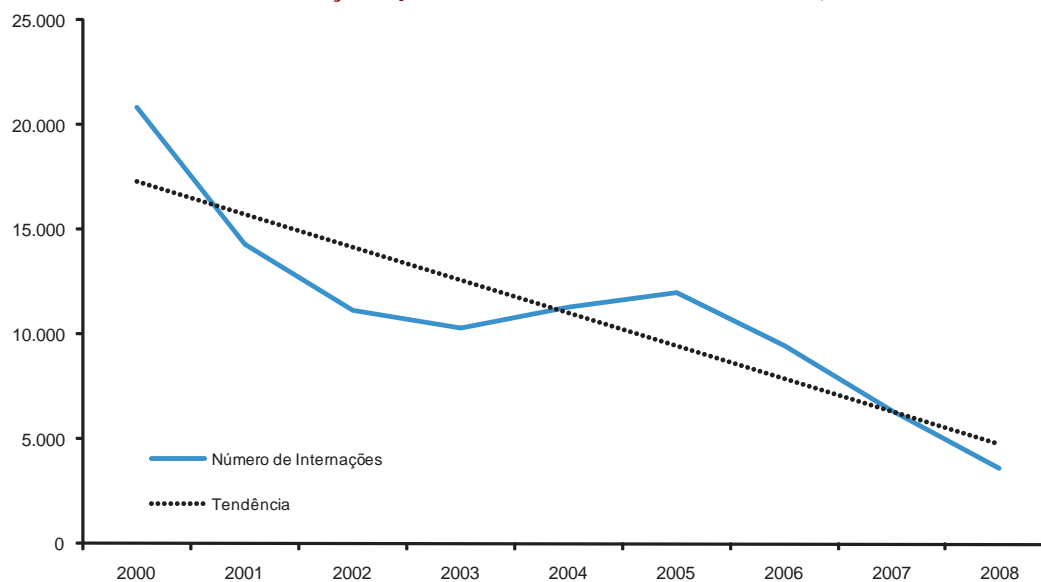
Porcentual de malária por *P. falciparum* - Amazônia brasileira, 2000/2008

Fonte: Sismal/Sivep-malária/SVS/MS.

Malária apresenta grande redução no número de casos, internações e mortes.

GRÁFICO 10

Número de internações por malária - Amazônia brasileira, 2000/2008



Fonte: SIH/SUS/MS.

implantação de nova droga, com a combinação a base de artemisinina (ACT), para o tratamento dessa forma de malária.

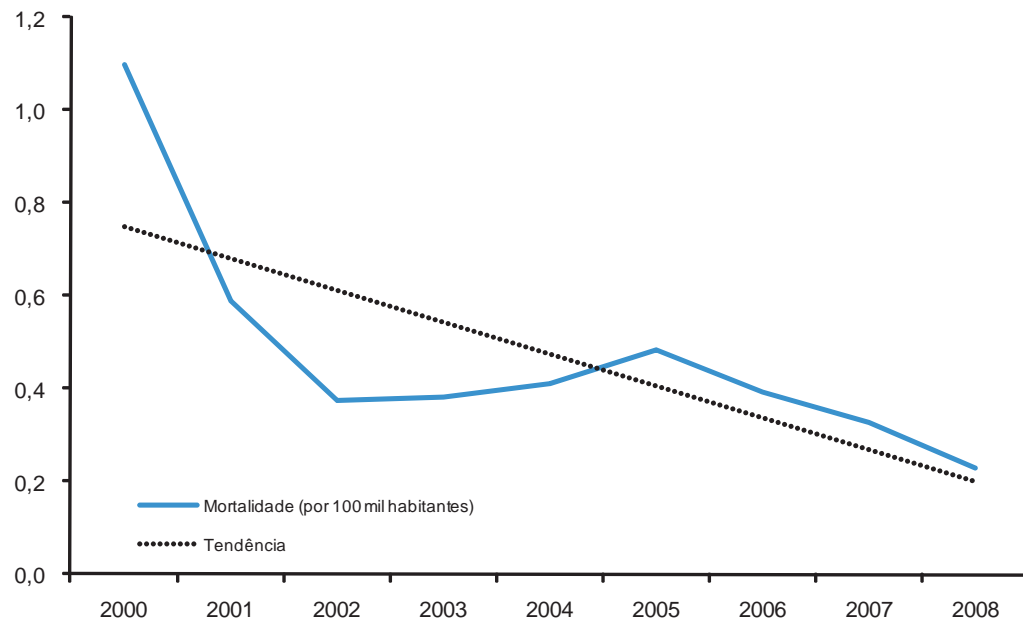
A redução do número de casos de malária,

principalmente por *P. falciparum*, está associada à grande expansão da rede de serviços e à integração das ações de controle da doença com as demais ações de atenção básica. A Estratégia de Saúde da Família



GRÁFICO 11

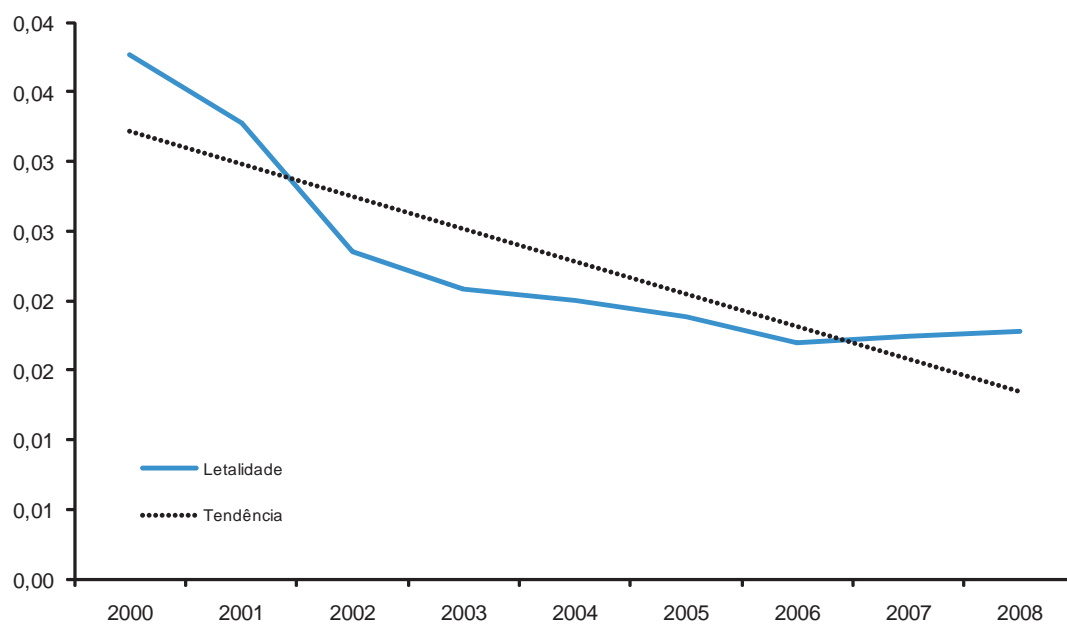
**Taxa de mortalidade por malária (por 100 mil habitantes)
Amazônia brasileira, 2000/2008**



Fonte: Sismal/Sivep-malária/SIM/SVS/MS.

GRÁFICO 12

Letalidade por malária (%) - Amazônia brasileira, 2000/2008



Fonte: Sismal/Sivep-malária/SIM/SVS/MS.

possui um contingente de mais de 17 mil agentes comunitários de saúde envolvidos no controle da malária, quase a metade da força de trabalho de controle da doença, que tem proporcionado uma ampla busca de casos nos últimos anos, coletando, anualmente, cerca de 400 mil lâminas para o diagnóstico da malária. O número de internações diminuiu de 20.830 para 3.647, o que representa uma redução de 82,5% (Gráfico 10). A mortalidade caiu de 1,10 óbitos por 100 mil habitantes para 0,23, o que representa uma diminuição de 75,8% (Gráfico 11), e a letalidade declinou de 0,04 para 0,02 óbitos por 100 casos de malária, o que representa uma redução de 50% (Gráfico 12).

A partir do ano 2000, a estruturação das ações de vigilância em saúde teve como base o processo de descentralização da operação

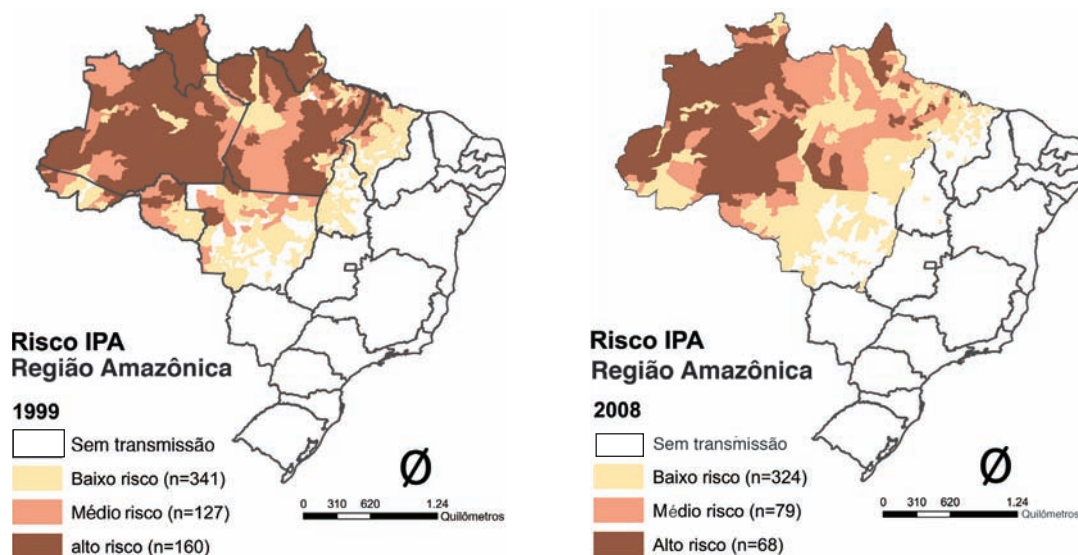
de controle da doença de forma integrada aos serviços sob gestão dos municípios e Estados. Ao integrar as ações de controle da doença à atenção básica, particularmente a Estratégia de Saúde da Família, e ao incorporar microscopistas de forma descentralizada nos municípios da Amazônia, esse processo propicia o diagnóstico e tratamento precoce e o fortalecimento da Estratégia Global preconizada a partir da Conferência Interministerial da Organização Mundial de Saúde, realizada em 1992.

O controle da malária na Amazônia é um exemplo do sucesso dessa modalidade de trabalho, que gradativamente vem concentrando a transmissão da doença em um grupo de municípios que merecem uma atenção maior. Em 2008, dos 807 municípios dos estados da Amazônia, somente 20 concentraram 50% dos casos (Figura 1). Evidencia-se,

Descentralização e integração de ações têm sido fundamentais para o controle da malária.

FIGURA 1

Mapa do risco de transmissão de malária, por municípios Amazônia brasileira, 1999 e 2008

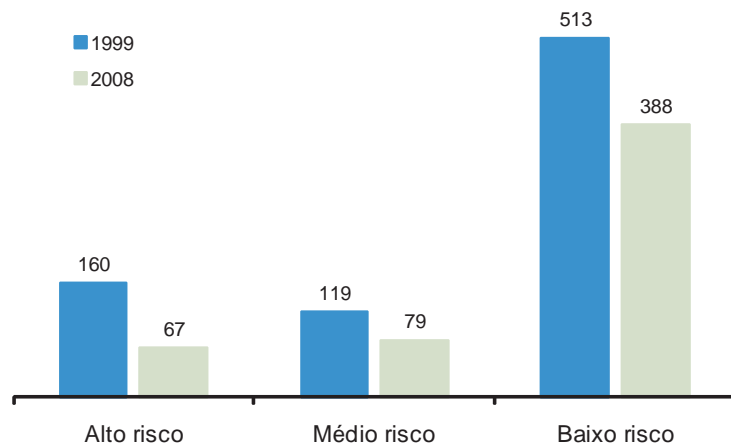


Fonte: Sismal/Sivep-malária/SVS/MS.
Alto risco: Índice Parasitário Anual (IPA) maior que 49,9 casos de malária por mil habitantes.
Médio risco: IPA maior que 9,9 a 49,9 casos de malária por mil habitantes.
Baixo risco: IPA maior que 0,1 a 9,9 casos de malária por mil habitantes.
Sem transmissão: IPA = 0.



GRÁFICO 13

Número de municípios, segundo risco de transmissão de malária - Amazônia brasileira, 1999 e 2008



Fonte: Sismal/Sivep-malária/SVS/MS.

Alto risco: Índice Parasitário Anual (IPA) maior que 49,9 casos de malária por mil habitantes.

Médio risco: IPA maior que 9,9 a 49,9 casos de malária por mil habitantes.

Baixo risco: IPA maior que 0,1 a 9,9 casos de malária por mil habitantes.

assim, a concentração da incidência da doença em algumas cidades, as quais são consideradas prioritárias pelo Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM).

A análise do risco de transmissão da malária demonstra que nos nove estados da região Amazônica as áreas de maior risco passaram de 160 municípios, no ano de 1999, para 67, em 2008, correspondendo a uma redução de 58% (Gráfico 13). O risco de transmissão da malária é medido a partir da Incidência Parasitária Anual (IPA), cujo cálculo é baseado no número de exames positivos de malária por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

É significativa a melhoria dos indicadores de controle da malária no Brasil. Entretanto, persiste a necessidade de fortalecer ainda mais as ações de prevenção e controle da doença para manter uma redução sustentável da incidência, principalmen-

te nos municípios mais vulneráveis à sua transmissão.

Para alcançar esse objetivo, o Programa Nacional de Controle da Malária será beneficiado com recursos do Fundo Global de Luta contra AIDS, Tuberculose e Malária. O Fundo aprovou, em 2008, para o Projeto para Prevenção e Controle da Malária na Amazônia Brasileira, recursos da ordem de R\$ 100 milhões, que serão repassados em cinco anos. A primeira parcela do recurso foi no final de novembro, com o início do Projeto em 1º de dezembro de 2009. A meta do projeto é reduzir em 50% os casos de malária nos 47 municípios que foram responsáveis pela transmissão de quase 70% dos casos da doença no Brasil, em 2007.

Brasil redefine metas e indicadores de controle da hanseníase

O Brasil redefiniu as metas e os indicadores de monitoramento da endemia de hanseníase até 2015 (Quadro 1). O indicador de prevalência pontual dos casos em tratamento de hanseníase passou a ser secundário, por sofrer influências operacionais e se modificar conforme a duração do tratamento e atualização desse dado no sistema de informação.

Alguns dos novos indicadores adotados já eram utilizados no País. Entre eles está o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase e o indicador da proporção de cura nos grupos de seguimento de casos novos diagnosticados, que também fazem parte das metas da política de saúde pactuada com estados e municípios¹. A proporção de cura é um indicador de

¹Pacto pela Vida e Plano Plurianual-PPA (2008-2011)

resultado das atividades de captação de casos e mede a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta, sendo, portanto, de grande relevância, uma vez que a adesão ao tratamento reduz os focos de contágio. Em 2008, a proporção de cura foi 81,2%. Espera-se atingir 90% de cura dos casos em tratamento até 2011.

Os coeficientes de detecção de casos novos de hanseníase no Brasil apresentam estabilidade, porém em patamares muito altos nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste. Em 2008, foram notificados 39.047

casos novos no País, o que corresponde a um coeficiente de 20,59 casos por 100 mil habitantes. Desses, 2.913 foram entre menores de 15 anos, o que representa um coeficiente de 5,89 por 100 mil habitantes nesta faixa etária.

A ocorrência de casos de hanseníase em menores de 15 anos reflete a precocidade de exposição ao agente etiológico da doença. A associação entre os casos nessa faixa etária e o tempo médio de incubação da doença, entre dois e cinco anos, sugere um maior nível de endemidade local, no ambiente familiar. Portanto, há relação com doença

QUADRO 1

Brasil redefine metas e indicadores de monitoramento da hanseníase

Considerando que o controle da hanseníase é baseado no diagnóstico precoce dos casos, no seu tratamento e na cura, o Brasil adotou como principal indicador epidemiológico do controle da doença o coeficiente de detecção de casos novos em menores de 15 anos⁽¹⁾. As novas metas passaram a ser:

(i) Reduzir em 10%, entre 2008 e 2011, o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos, o que representa uma redução de 6,22 por 100 mil habitantes, em 2008⁽²⁾, para 5,59, em 2011; e

(ii) Reduzir em 7,8%, entre 2011 e 2015, o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos, o que representa uma redução de 5,59 por 100 mil habitantes, em 2011, para 5,15, em 2015.

Em 2009 foi lançada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a Estratégia Global para Redução Adicional da Carga da Morbidade da Hanseníase - 2011-2015. Os principais indicadores recomendados pela Estratégia Global para o acompanhamento do progresso da endemia são o coeficiente de casos novos com grau 2 de incapacidade⁽³⁾, em cada 100 mil habitantes, o número e o coeficiente de casos novos detectados por 100 mil habitantes e a proporção de cura⁽⁴⁾.

A partir de recomendações da OMS, o Governo brasileiro definiu mais uma meta para a redução da hanseníase até 2015:

(iii) Reduzir em 13%, entre 2008 e 2015, o coeficiente de casos novos da doença com grau 2 de incapacidade física, o que representa uma redução de 1,37 por 100 mil habitantes, em 2008, para 1,19, em 2015.

Referência:

(1) MS. SVS. DEVER PNCH. Nota técnica nº10/2007. Brasília, 2007.

Notas:

(2) No Brasil, esse indicador foi pactuado entre o Governo Federal, Estados e municípios em 2007, quando os dados para 2008 não estavam disponíveis. Dessa forma, assumiu-se o mesmo valor final disponível que se referia ao ano de 2006 (6,22 por 100 mil habitantes) para 2008. Assim, todas as metas subsequentes foram estimadas utilizando-se esse valor.

(3) Grau 2 de incapacidade física é uma medida que indica a existência de perda da sensibilidade protetora e deformidades visíveis em consequência de lesão neural e/ou cegueira.

(4) Cura é estabelecida segundo critério de regularidade do tratamento: número de doses e tempo de tratamento.



recente e focos de transmissão ativos, pois quanto mais precoce o aparecimento da hanseníase, mais próximo deve estar esse doente da sua fonte de transmissão.

Durante o período de 1994 a 2008, a evolução dos coeficientes de detecção de casos novos em menores de 15 anos demonstra que o País apresentou endemicidade mui-

to alta, conforme parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Quadro 2). O valor médio do coeficiente em menores de 15 anos foi 7,01 por 100 mil habitantes, com variação entre 5,74 por 100 mil, em 1994, e 8,28 por 100 mil, em 1997. De 2006 a 2008, foi registrada redução de 5,3%, ao passar de 6,2 para 5,9 casos por 100 mil habitantes menores de 15 anos.

QUADRO 2

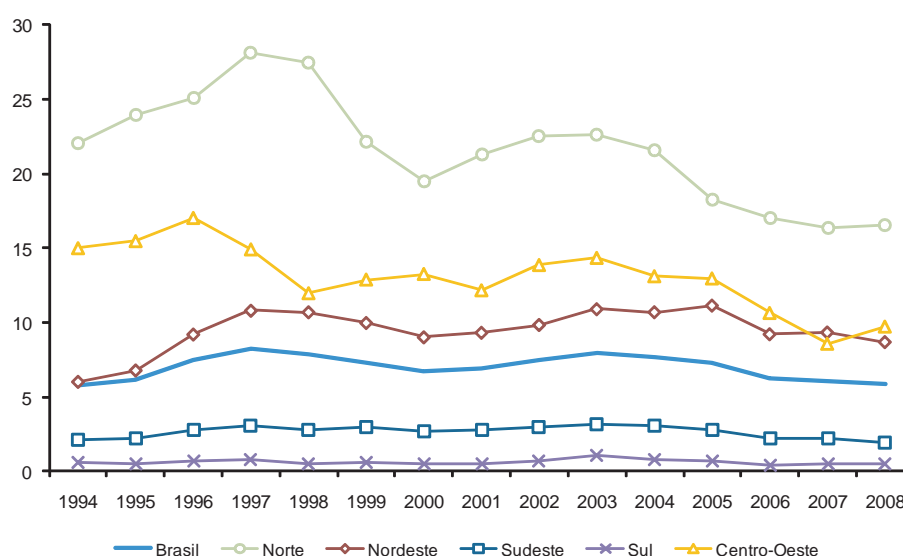
Parâmetros para classificação da endemicidade

O coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos mede a força da transmissão recente da endemia e sua tendência. Os parâmetros definidos para monitorar esse efeito são:

(a) Baixo	menos de 0,50 casos por 100.000 habitantes
(b) Médio	0,50 a 2,49 casos por 100.000 habitantes
(c) Alto	2,50 a 4,99 casos por 100.000 habitantes
(d) Muito alto	5,00 a 9,99 casos por 100.000 habitantes
(e) Hiperendêmico	10,00 ou mais casos por 100.000 habitantes

GRÁFICO 14

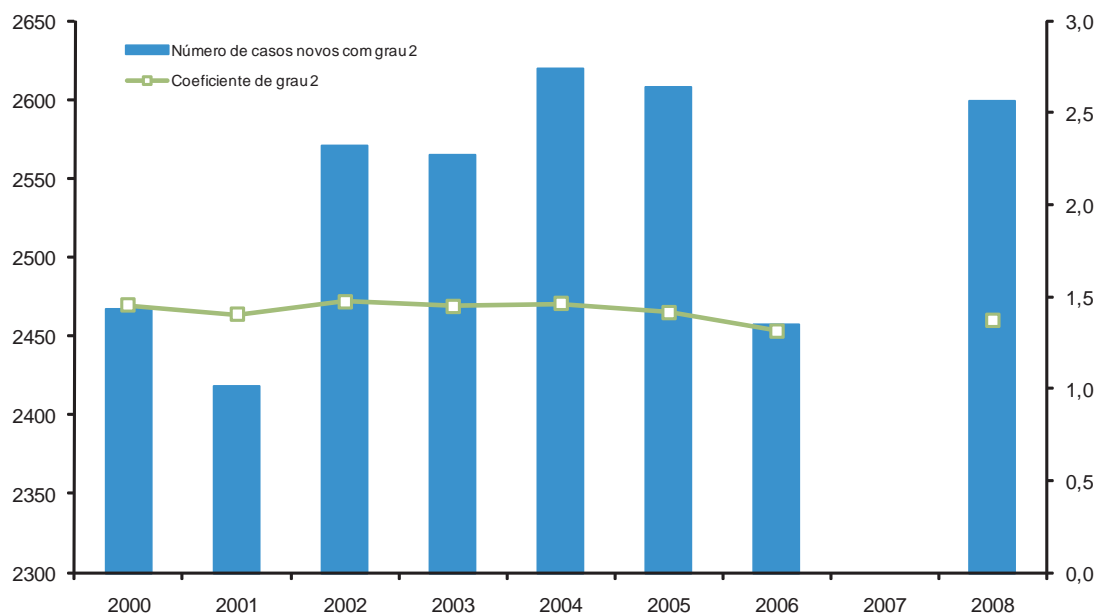
Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos (por 100 mil habitantes) - Brasil e regiões, 1994/2008



Fonte: SINAN/SVS/MS.

GRÁFICO 15

Número e coeficiente de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade (por 100 mil habitantes) - Brasil⁽¹⁾, 2000/2008



Fonte: Sinan/SVS/MS.

(1) O dado de 2007 foi excluído considerando inconsistência nesse ano, em decorrência da mudança de versão do Sistema de Informação e da ficha de investigação.

Existem diferenças regionais na distribuição da endemia. No período de 1994 a 2008, a região Norte apresentou classificação hiperendêmica. A Centro-Oeste foi considerada hiperendêmica de 1994 a 2006, decrescendo para muito alta em 2007 e 2008. Na região Nordeste, o coeficiente variou entre muito alto e hiperendêmico. As regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste apresentaram valores superiores à média nacional. A Sul oscilou entre o padrão de endemicidade baixo e médio e a Sudeste entre médio e alto (Gráfico 14).

A redução do coeficiente de casos novos com grau 2 de incapacidade pode signi-

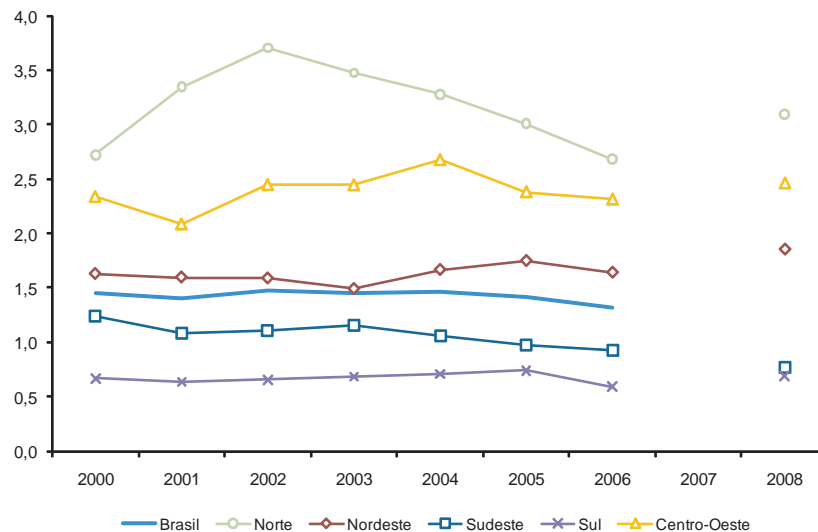
ficar a diminuição da endemia oculta, a detecção precoce dos casos, além de medir a necessidade de reabilitação física e de atividades de prevenção de incapacidades.

A OMS recomenda a diminuição desse coeficiente em 35% entre 2010 e 2015. Contudo, considerando a complexidade para se obter esse impacto na população e a tendência do País, foi proposta uma meta de redução de 13% para o período. O coeficiente de casos novos com grau 2 de incapacidade, em 2002, foi de 1,45 casos por 100 mil habitantes, enquanto, em 2008, foi de 1,37 casos por 100 mil habitantes, demonstrando estabilidade no período (Gráfico 15).



GRÁFICO 16

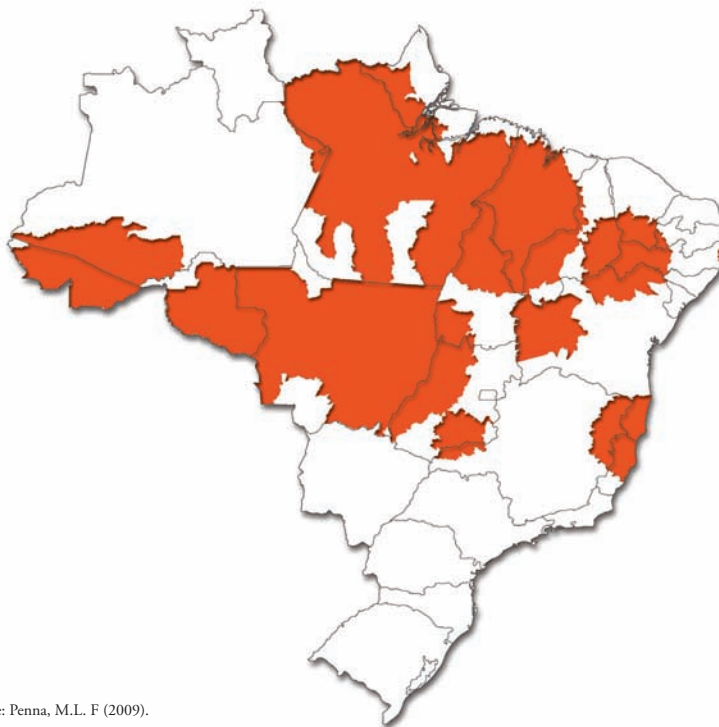
Coeficiente de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade (por 100 mil habitantes) - Brasil e regiões, 2000/2008



Fonte: Sinan/SVS/MS.

FIGURA 2

Dez *clusters* com maior concentração de casos de hanseníase - Brasil, 2005/2007



Fonte: Penna, M.L. F (2009).

A análise do coeficiente de casos novos com grau 2 de incapacidade, segundo região, indica que Norte, Centro-Oeste e Nordeste apresentaram os valores mais elevados, superiores à média nacional, no período de 2000 a 2008 (Gráfico 16).

Desde 2008, o Ministério da Saúde redefiniu as estratégias de atuação do Programa com base nos clusters de hanseníase no País, que definiram as áreas com maior risco e onde se encontram a maioria dos casos. A análise, realizada para o período entre 2005 e 2007, buscou identificar estatisticamente aglomerados de municípios, em espaços contínuos, com mesmo perfil de incidência da doença, denominados *clusters*. Os 10 maiores *clusters* incluíram 1.173 municípios, representando 53,5% dos casos novos detectados no período considerado e apenas 17,5% da população do País. Sua visualização demonstra a concentração de casos de hanseníase na região da Amazônia Legal (Figura 2).

A atuação nessas áreas segue as diretrizes operacionais do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, sendo desenvolvidos os componentes de vigilância epidemiológica, atenção integral, gestão, pesquisa e comunicação e educação.

Com vistas ao alcance da meta de redução

do coeficiente de detecção em menores de 15 anos, foram implementadas algumas ações específicas, como o monitoramento da entrada de notificações nessa faixa etária; o fortalecimento da acurácia diagnóstica da hanseníase, por meio da utilização do protocolo complementar de investigação de casos; a realização de pesquisa de validação diagnóstica de casos novos, com um resultado de 92% de concordância entre os validadores e os profissionais que diagnosticaram os casos nos municípios selecionados; a inclusão de peça publicitária estimulando a vigilância de contatos, por meio da campanha Saúde é bom saber; a ampliação das parcerias e fortalecimento de interfaces e a inserção de indicadores e ações nos diversos instrumentos de gestão pactuados no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Para o enfrentamento da ocorrência de incapacidades, estão previstas ações de comunicação e educação voltadas para a população e profissionais de saúde, visando a detecção precoce dos casos; a garantia de tratamento específico para os estados reacionais das pessoas acometidas pela hanseníase; o fortalecimento da vigilância de contatos; a melhoria das ações de prevenção e reabilitação de incapacidades e a ampliação da cobertura do Programa nas unidades básicas de saúde.

Referências Bibliográficas

- [1] Souza-Jr PRB, Szwarcwald CL, Barbosa-Jr A et al. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo Sentinela Parturientes, Brasil 2002. Revista de Saúde Pública 2004. 38(60 764-72
- [2] Szwarcwald CL; Júnior PRBS, Júnior AB. "Pacientes de AIDS em terapia antirretroviral: resposta do sistema de saúde e qualidade de vida". Brasília, 2008.
- [3] Penna M.L.F.; Oliveira, M.L.W.D.R; Penna, G.O. The epidemiological behaviour of leprosy. Lepr Rev (2009) 80, 332-344.



ODM 6

COMBATER O HIV/AIDS, A MALÁRIA E OUTRAS DOENÇAS

META 7

Até 2015, ter detido a propagação do HIV/AIDS e começado a inverter a tendência atual

INDICADORES DAS NAÇÕES UNIDAS

INDICADOR 18

Taxa de prevalência do HIV/AIDS entre as mulheres grávidas com idades de 15 a 24 anos

INDICADOR 19

Taxa de utilização de anticoncepcionais

INDICADOR 19 A

Uso de preservativos na última relação sexual de risco

INDICADOR 19 B

Proporção de pessoas entre 15 e 24 anos com conhecimento correto do HIV/AIDS

INDICADOR 20

Número de crianças tornadas órfãs pela AIDS

INDICADORES BRASILEIROS

INDICADOR A

Taxa de incidência de AIDS, segundo região de residência por ano de diagnóstico

INDICADOR B

Prevalência da infecção pelo HIV entre a população de 15 a 49 anos, por sexo

INDICADOR C

Coeficiente de mortalidade por AIDS segundo região de residência por ano do óbito

PRINCIPAIS INICIATIVAS DO GOVERNO FEDERAL

- a. Programa Nacional DST, Aids e Hepatites Virais
- b. Programa Nacional de Controle da Malária - PNCM
- c. Programa Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT
- d. Programa Nacional de Controle da Hanseníase – PNCH



ODM 6

COMBATER O HIV/AIDS, A MALÁRIA E OUTRAS DOENÇAS

META 8

Até 2015, ter detido a incidência da malária e de outras doenças importantes e começado a inverter a tendência atual

INDICADORES DAS NAÇÕES UNIDAS

INDICADOR 21

Taxas de prevalência e de mortalidade ligadas à malária

INDICADOR 22

Proporção da população das zonas de risco que utiliza meios de proteção e de tratamento eficazes contra a malária

INDICADOR 23

Taxas de prevalência e de mortalidade ligadas à tuberculose

INDICADOR 24

Proporção de casos de tuberculose detectados e curados no âmbito de tratamentos de curta duração sob vigilância direta

META 8A

Até 2015, ter reduzido a incidência da malária e da tuberculose

INDICADORES BRASILEIROS

INDICADOR A

Número de casos de malária na Amazônia Legal

INDICADOR B

Incidência e taxa de incidência de tuberculose

META 8B

Até 2010, ter eliminado a hanseníase

INDICADOR A

Coefficiente de prevalência de hanseníase (utiliza indicador de coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos).

PRINCIPAIS INICIATIVAS DO GOVERNO FEDERAL

- a. Programa Nacional DST, Aids e Hepatites Virais
- b. Programa Nacional de Controle da Malária - PNCM
- c. Programa Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT
- d. Programa Nacional de Controle da Hanseníase – PNCH





7

**GARANTIR A
SUSTENTABILIDADE
AMBIENTAL**



BRASIL ALCANÇA META DE ACESSO À ÁGUA E SE APROXIMA DA ELIMINAÇÃO DO CONSUMO DE CFC

O sétimo e mais amplo Objetivo de Desenvolvimento do Milênio refere-se à Garantia da Sustentabilidade Ambiental. Para o alcance deste objetivo foram estabelecidas metas relativas à qualidade ambiental dos meios físico, biótico e assentamentos humanos. Para o monitoramento dessas metas foi atribuído um conjunto composto por indicadores referentes a temas tão diversos como cobertura florestal, emissões de dióxido de carbono, destruição da camada de ozônio, conservação da biodiversidade, acesso a água potável e a esgoto adequados e população urbana em assentamentos precários.

Para o cálculo da proporção do território nacional coberto por florestas, o Serviço Florestal Brasileiro (SFB) considera como florestas as tipologias de vegetação lenhosa que mais se aproximam da definição da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO)¹. Isso inclui 13 categorias de vegetação utilizadas pelo IBGE². Com base nesses critérios, o SFB estimou que a área coberta por florestas naturais no ano de 2008 era de aproximadamente 5,2 milhões de km², ou 60,7% do território brasileiro. As florestas concentram-se principalmente na Amazônia (68,9%), no Cerrado (13,9%) e na Caatinga (9,2%).

TABELA 1

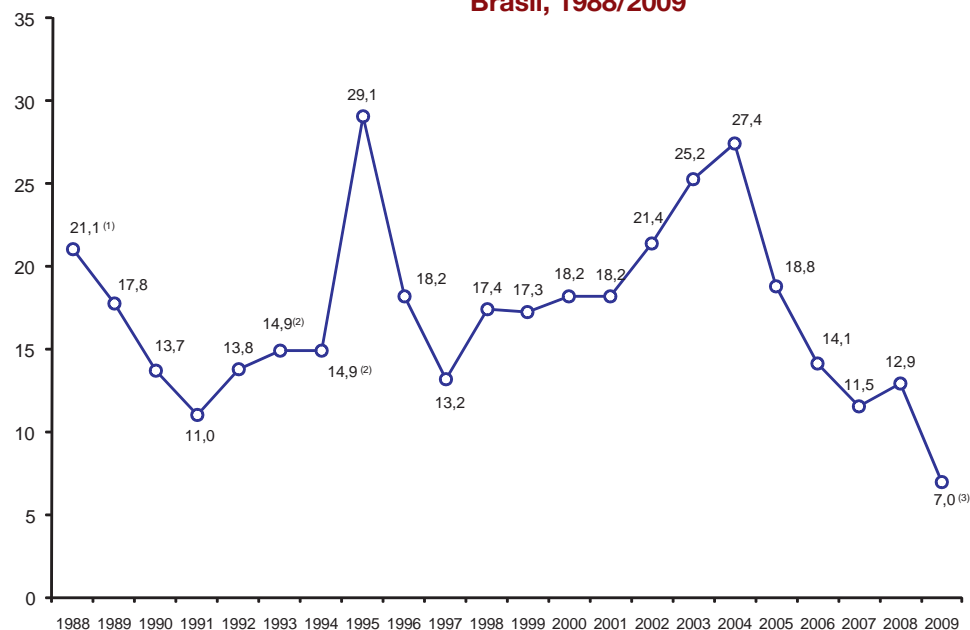
Área de florestas naturais dos biomas - Brasil, 2008

Biomas continentais	Área total (em km ²)	Cobertura florestal (em km ²)	Cobertura florestal (%)	Contribuição para o total de florestas (% do total)
Amazônia	4.196.943	3.564.294	84,9	68,9
Cerrado	2.036.448	718.297	35,3	13,9
Mata Atlântica	1.110.182	291.320	26,2	5,6
Caatinga	844.453	473.764	56,1	9,2
Pampa	176.496	35.892	20,3	0,7
Pantanal	150.355	87.318	58,1	1,7
Total	8.514.877	5.170.886	60,7	100

Fonte: Brasil. Florestas do Brasil em Resumo - 2009. Brasília, Ministério do Meio Ambiente/Serviço Florestal Brasileiro, 2009.

GRÁFICO 1

Desmatamento da Amazônia Legal Brasileira (em milhares de km²/ano) Brasil, 1988/2009



Fonte: INPE (Instituto de Pesquisas Espaciais); elaborado por IPEA.
(1) Média entre 1977 e 1988.
(2) Média entre 1993 e 1994.
(3) Taxa Estimada.

¹Segundo o conceito da FAO, florestas são áreas que medem mais de 0,5 ha, com árvores maiores que 5 m de altura e cobertura de copa superior a 10%, ou árvores capazes de alcançar esses parâmetros *in situ*. Isso não inclui a terra que está sob uso agrícola ou urbano.

²Floresta Ombrófila Densa; Floresta Ombrófila Aberta; Floresta Ombrófila Mista; Floresta Estacional Semidecidual; Floresta Estacional Decidual; Campinarana (florestada e arborizada); Savana (florestada e arborizada) – Cerradão e Campo Cerrado; Savana Estépica (florestada e arborizada) – Caatinga arbórea; Estepe (arborizada); Vegetação com influência marinha, fluviomarinha (arbóreas); Vegetação remanescente em contatos em que pelo menos uma formação seja florestal; Vegetação secundária em áreas florestais; Reflorestamento.

³Estes dados diferem dos incluídos no Terceiro Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio, apresentado pelo Brasil em 2007. Isso fica evidente, por exemplo, na cobertura florestal do bioma Pantanal (5,4%, no relatório de 2007, contra 58,1% no presente relatório). Isso se deve ao menor número de tipologias consideradas como florestais na publicação “Mapas de Cobertura Vegetal Nativa dos Biomas Brasileiros” (Brasil, 2007), utilizada como fonte no relatório anterior, quando comparadas àquelas adotadas pelo Serviço Florestal Brasileiro (Brasil, 2009) e utilizadas no presente relatório.

O desmatamento na Amazônia Legal tem sido monitorado regularmente pelo Governo brasileiro (Quadro 1). Os dados do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE) mostram que o auge do desflorestamento na região ocorreu entre 1994 e 1995, com a destruição de mais de 29

mil km² de florestas. Após um breve arrefecimento, em 1996 e 1997, a derrubada teve uma tendência ascendente até 2004 (27,7 mil km²), caindo significativamente nos anos seguintes. Nos últimos anos, verificou-se consistente queda da taxa do desmatamento na Amazônia Legal entre 2005 e 2007. Em 2008, a taxa de desmatamento foi de 12,9 mil km², apontando um pequeno aumento em relação a 2007. No período 2008-2009 retomou-se a tendência de queda observada, alcançando-se a menor taxa já registrada desde o início da série histórica, com o desmatamento estimado em 7.008 km². A diminuição da área desflorestada anualmente pode ser atribuída, em grande medida, às ações empreendidas pelo Governo brasileiro no âmbito do Plano de Ação para a Prevenção e o Controle do Desmatamento na Amazônia Legal – PPCDAM – desde 2004, que passou por uma revisão e teve sua segunda fase elaborada para o período 2009–2011.



Sistemas de Monitoramento da Cobertura Vegetal no Brasil

O Brasil tem avançado bastante no que se refere ao monitoramento de sua cobertura vegetal, utilizando tecnologias de Sensoriamento Remoto e Geoprocessamento. O monitoramento na Amazônia Legal foi iniciado pelo INPE em 1988, com a implementação do Programa de Cálculo do Desflorestamento da Amazônia – PRODES. Este sistema mede áreas superiores a 6,25 ha nas quais a vegetação florestal sofreu corte raso (isto é, supressão total de vegetação). Os dados consolidados encontram-se disponíveis no endereço <http://www.obt.inpe.br/prodes/index.html>.

O desmatamento, porém, não é um evento temporal único, mas sim um processo. Dessa forma, a conversão de floresta primária até o estágio de corte raso pode levar desde alguns meses até vários anos para ser concluída. O INPE opera, desde maio de 2004, um segundo sistema de monitoramento da cobertura vegetal florestal da Amazônia Legal, denominado Detecção de Desmatamento em Tempo Real – DETER. Foi desenvolvido como um sistema de alerta para suporte à fiscalização e controle de desmatamento. É, portanto, um levantamento rápido de periodicidade mensal, com resolução espacial de 250 m, capaz de detectar áreas superiores a 25 ha onde houve corte raso e também aquelas que se encontram em processo de desmatamento por degradação florestal. Esse sistema apresenta dados estratificados por município, estado, base operativa do Ibama e unidades de conservação, buscando facilitar e agilizar as operações de fiscalização (ver <http://www.obt.inpe.br/deter/>).

Em função das indicações do crescimento da degradação florestal da Amazônia Legal revelada pelos dados do DETER, o INPE desenvolveu um novo sistema, destinado a mapear áreas em processo de desmatamento onde a cobertura florestal ainda não foi totalmente removida, mas que apresentam essa tendência. Trata-se do Sistema de Mapeamento da Degradação Florestal na Amazônia Brasileira – DEGRAD. Assim como o PRODES, a periodicidade do

DEGRAD é anual e a área mínima mapeada é de 6,25 ha. O DEGRAD tornou-se operacional em 2008, com o mapeamento da degradação florestal na Amazônia para os anos de 2007 e 2008, utilizando o mesmo conjunto de imagens de satélite processadas para o PRODES (ver <http://www.obt.inpe.br/degrad/>).

O monitoramento da cobertura vegetal do bioma Mata Atlântica foi iniciado em 1991, como resultado de um convênio estabelecido entre a organização não-governamental (ONG) SOS Mata Atlântica e o INPE. A atualização dos dados refere-se a períodos de cinco anos, englobando dez (da Bahia ao Rio Grande do Sul) dos dezesseis estados abrangidos pelo bioma (ver <http://www.sosmatatlantica.org.br/index.php>, e <http://mapas.sosma.org.br/>).

Até recentemente, portanto, apenas a Amazônia dispunha de um sistema governamental de monitoramento de sua cobertura vegetal. A partir de setembro de 2008, porém, o MMA e o IBAMA estabeleceram um Acordo de Cooperação Técnica para implementação do projeto Monitoramento do Desmatamento nos Biomas Brasileiros por Satélite, cujo objetivo foi dotar o Governo Federal de capacidade para o monitoramento da cobertura florestal de todos os biomas extra-amazônicos brasileiros. Como ponto de partida para o monitoramento dos biomas, foram utilizados os Mapas de Cobertura Vegetal dos Biomas Brasileiros, produzidos por diversas instituições com apoio do Projeto de Conservação e Utilização Sustentável da Diversidade Biológica Brasileira – PROBIO/MMA. Os primeiros produtos desse projeto de monitoramento foram disponibilizados em setembro de 2009 e referem-se à área do Cerrado desmatada no período 2002 a 2008. Podem ser acessados no endereço www.mma.gov.br/portallbio. Em breve, deverão ser disponibilizados dados de desmatamento também para os demais biomas terrestres extra-amazônicos brasileiros, consolidando-se definitivamente um amplo sistema de monitoramento da cobertura vegetal brasileira.

Com respeito às emissões de CO₂, o Brasil já disponibilizou informações gerais e valores preliminares do 2º Inventário Nacional de Emissões e Remoções Antrópicas de Gases de Efeito Estufa não controlados pelo Protocolo de Montreal. Esses valores serão atualizados e finalizados ao longo de 2010. O Inventário é parte da Comunicação Nacional à Convenção Quadro da ONU sobre Mudança do Clima que deverá ser submetida em sua versão final até 31 de março de 2011, segundo as normas da Convenção. Os dados constantes nessa versão preliminar, que estará em fase de consulta a *experts* a partir de março de 2010, atualizam os dados apresentados no Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio de 2007, do ano base 1994 para o ano base 2005.

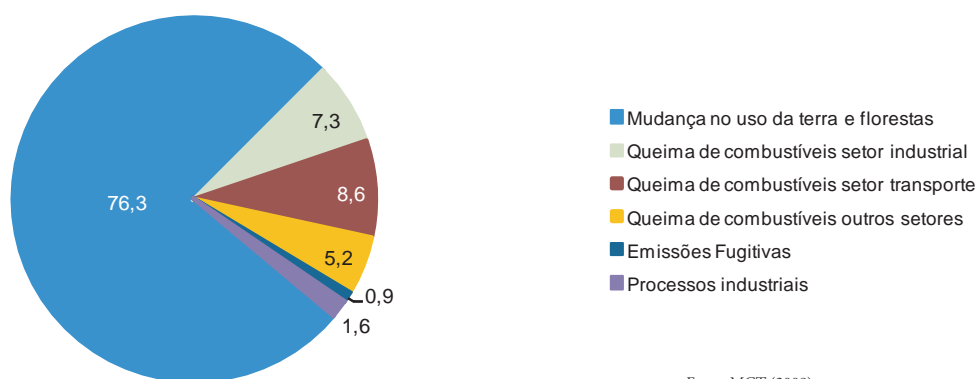
O Inventário está organizado segundo a estrutura sugerida pelo Painel Intergovernamental de Mudanças Climáticas (IPCC) e os dados preliminares cobrem os setores energia, processos industriais, agropecuária e mudança no uso da terra e florestas e tratamento de resíduos. O perfil dessas emissões no Brasil difere do verificado nos países

desenvolvidos, onde a maior parte delas provém da queima de combustíveis fósseis, como o petróleo. A contribuição brasileira nas emissões de CO₂ advém principalmente do desflorestamento. Em 2005, as emissões provocadas por mudança no uso da terra e de florestas responderam por 76,3% do dióxido de carbono lançado pelo Brasil na atmosfera, enquanto a queima de combustíveis fósseis e emissões fugitivas do setor energia representaram 22% (Gráfico 2). A quantidade de CO₂ produzida pelos brasileiros nesse ano chegou a 1,57 bilhões de toneladas, 69% a mais do que o registrado em 1990. Esse aumento pode ser atribuído ao acréscimo de 71% nas emissões relativas às transformações de energia e de 70% nas emissões causadas pela mudança no uso da terra e florestas, além de um aumento de 31% nas emissões no setor de processos industriais. Todavia, o crescimento da população e da economia brasileira justifica boa parte deste aumento, tendo o indicador emissões de CO₂ *per capita* aumentado 33,7%, enquanto o indicador emissões por unidade de PIB se manteve estável, apresentando leve queda da ordem de 2,7%, comparados os anos 1990 e 2005.

Brasil já apresentou os valores preliminares do 2º Inventário Nacional de Emissões e Remoções Antrópicas de Gases de Efeito Estufa.

GRÁFICO 2

Contribuição para as emissões de CO₂ por setor (%) - Brasil, 2005

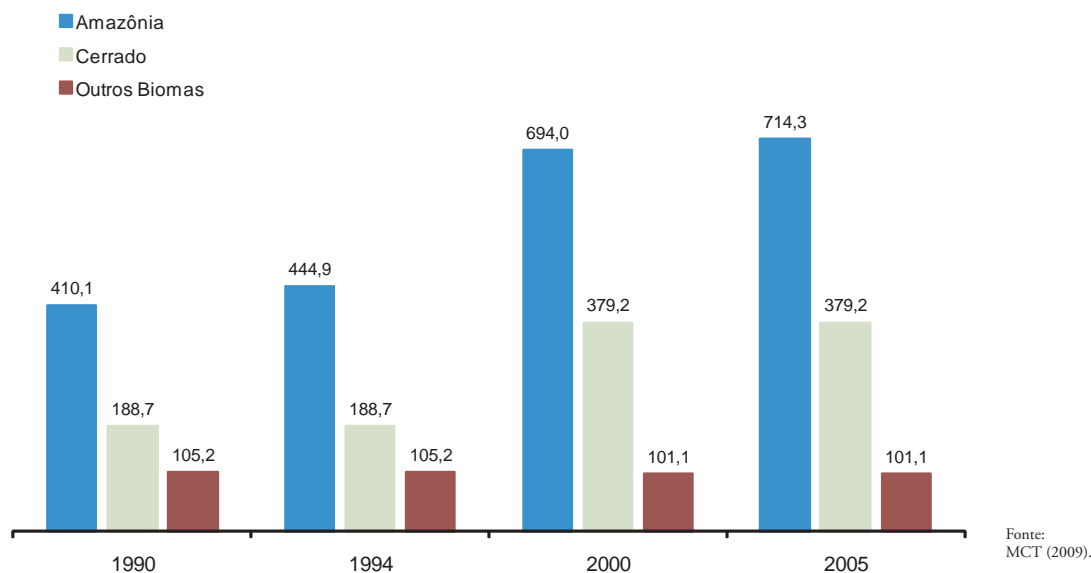


Fonte: MCT (2009).



GRÁFICO 3

Emissões de CO₂ devido à mudança no uso da terra nos biomas brasileiros (em milhões de toneladas de CO₂/ano) - Brasil, 2005



Do total de emissões brasileiras de CO₂ originadas de alterações na cobertura florestal e no uso da terra, 59,8% são decorrentes de mudança do uso da terra na Amazônia e 31,7% no Cerrado (Gráfico 3).

O metano (CH₄), gás que contribui para agravar o efeito estufa, é resultado de diversas atividades, entre as quais se destacam, no Brasil, a criação de animais devido à fermentação entérica. Esse segmento foi responsável por 64,4% do CH₄ proveniente de atividade humana lançado na atmosfera em 2005. As demais emissões provêm de resíduos sólidos e esgoto, de dejetos animais, queima de combustíveis e extração de gás natural e petróleo, além de mudança no uso da terra. As emissões estimadas para 2005 foram de 18,7 milhões de toneladas, o que representa um aumento de 45% em relação às emissões em 1990. Outro gás de efeito estufa, o óxido nitroso (N₂O) tem suas emissões antrópicas ligadas principalmente ao uso e

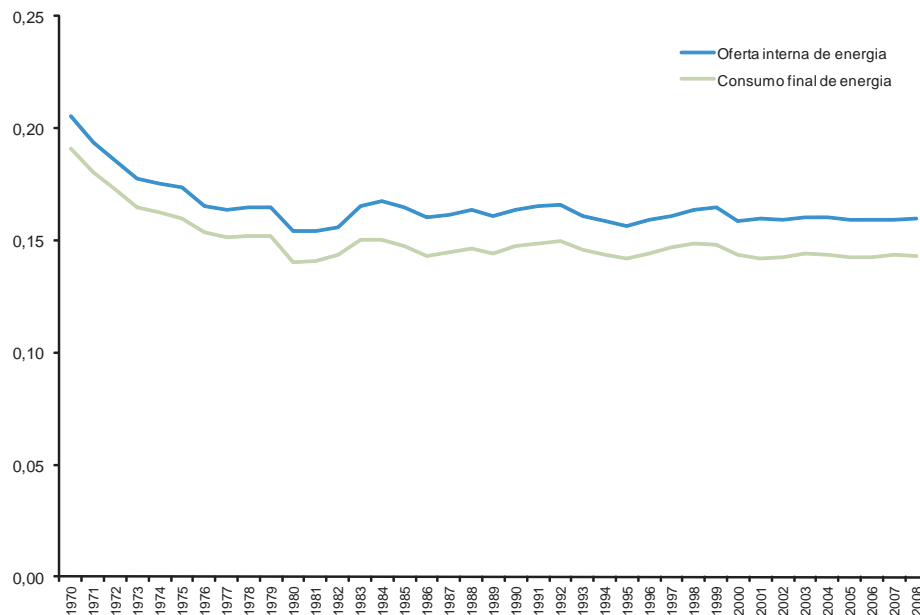
manejo do solo agrícola. Em 2005, o País emitiu cerca de 728 mil toneladas de óxido nitroso – 48% a mais que em 1990.

As emissões de CO₂ devidas à queima de combustíveis fósseis acompanham as variações da oferta interna de energia (OIE). A intensidade energética da economia brasileira apresentou tendência descendente desde os anos 1970, com ligeiras flutuações (Gráfico 4).

Quanto maior a participação de fontes renováveis, menor é a quantidade de CO₂ gerada por atividades consumidoras de energia. No Brasil, cerca de 45% da oferta interna de energia advém de fontes renováveis, como hidrelétricas e biomassa, bem acima da média mundial (13%) e dos países ricos (7%). Os efeitos dessa diferença podem ser vistos nos índices de emissões de CO₂ resultantes da queima de combustíveis fósseis: o Brasil emite, anualmente, 1,88 toneladas de CO₂ por habitante,

GRÁFICO 4

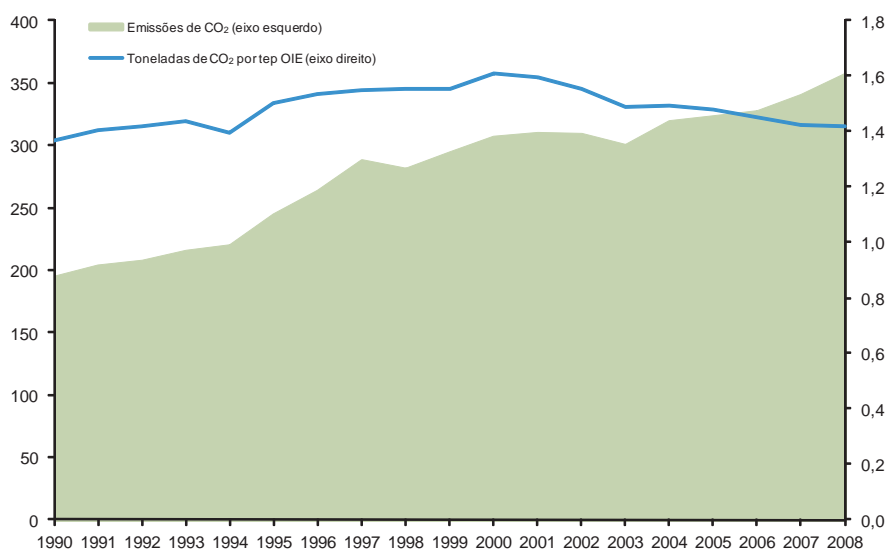
**Oferta interna e consumo final de energia por unidade de PIB
(tep - tonelada equivalente de petróleo/mil US\$) - Brasil, 1970/2008**



Fonte: MME, Balanço Energético Nacional, 2009.

GRÁFICO 5

Emissões totais de CO₂ (em milhões de toneladas) e emissões de CO₂ por tonelada equivalente de petróleo (tep) de oferta interna de energia (OIE) derivadas da queima de combustíveis - Brasil, 1990/2008



Fonte: MME, Balanço Energético Nacional, 2009.

Fontes renováveis representam mais de 45% da oferta interna de energia.



GARANTIR A SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

GRÁFICO 6

Distribuição porcentual da oferta interna de energia por tipo de fonte Brasil, 2008

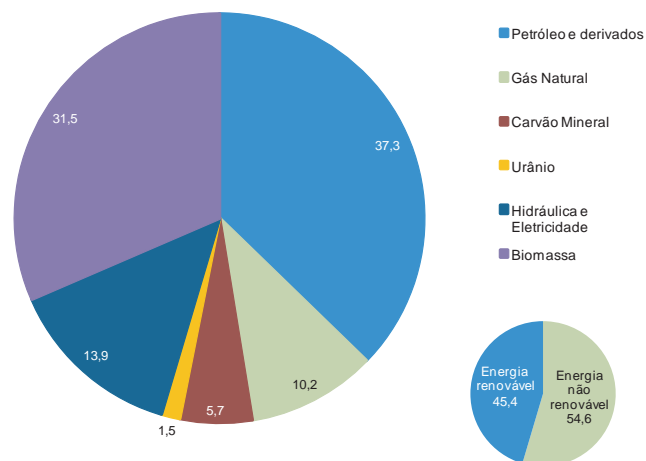
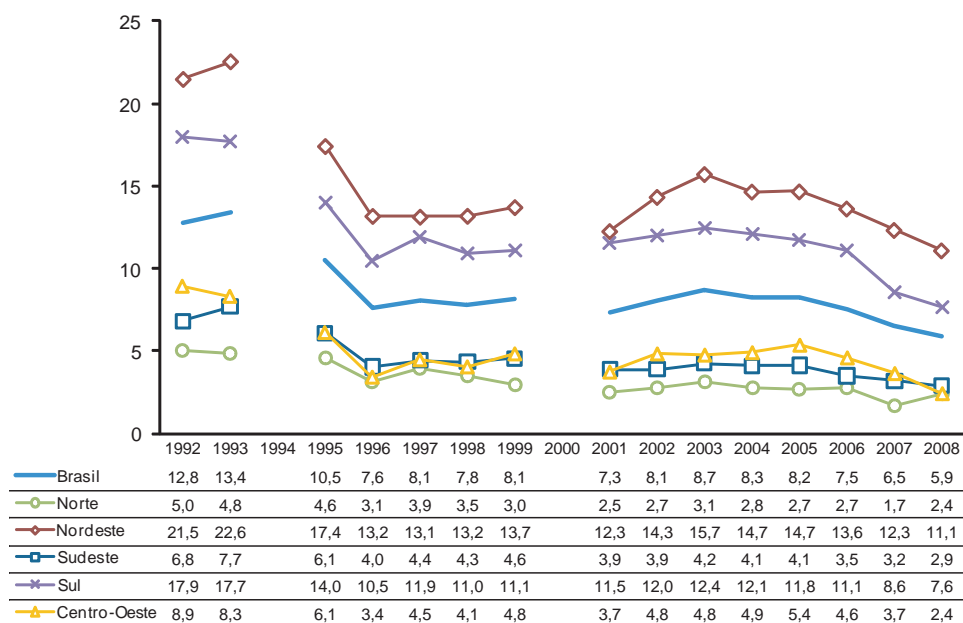


GRÁFICO 7

Porcentual de moradores em domicílios particulares permanentes que utilizam predominantemente lenha como combustível no fogão Brasil*, 1992/2008



* Excluída a população rural dos Estados de RO, AC, AM, RR, PA e AP.
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD.

menos da metade da média global (4,38). Contudo, a relação entre as emissões de dióxido de carbono e a oferta interna de energia cresceu nos anos 1990, devido à re-

dução da participação das fontes renováveis na nossa matriz energética – que, em dez anos, caiu de 49,1% para 41%. A partir de 2000, as taxas de emissão por oferta interna

de energia têm caído, devido, sobretudo, ao aumento do uso da biomassa e à substituição do óleo combustível por gás natural.

Outro fato que tem contribuído para o aumento da eficiência energética é a substituição gradativa da lenha e do carvão vegetal pelo gás liquefeito de petróleo (GLP) no preparo de alimentos. Os dados mostram que a proporção de pessoas que usam predominantemente lenha no fogão caiu bastante desde o começo dos anos 1990, subiu ligeiramente no começo da década, e voltou a cair de 2003 em diante, com queda acelerada a partir de 2005. A cocção com fogão a lenha é mais utilizada em regiões com forte tradição camponesa, como o Nordeste e o Sul.

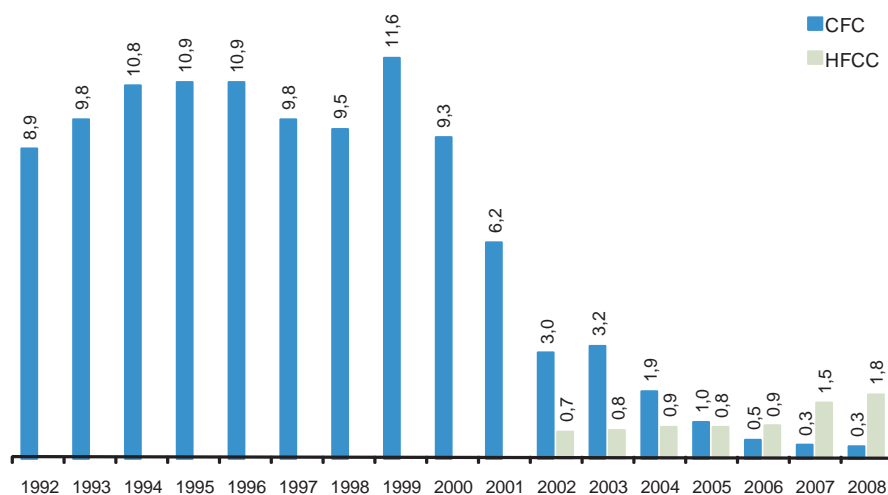
O Brasil reduziu significativamente o consumo de CFCs: de 10.000 toneladas PDO (Potencial de Destruição da Camada de Ozônio), em 1995, para cerca de 290 toneladas, em 2008. O fato de o Brasil ter reduzido drasticamente a emissão dos CFCs nos

anos anteriores a 2010 – prazo final para a eliminação do consumo de CFCs de acordo com o Protocolo – teve efeitos benéficos tanto para a proteção da camada de ozônio quanto para a mitigação do aquecimento global. Vale ressaltar que em 2010 está prevista a eliminação completa do consumo de CFCs no Brasil, conforme meta preconizada pelo Protocolo de Montreal. O uso do CFC continuará ocorrendo apenas para manutenção dos equipamentos antigos a partir do CFC reciclado ou regenerado.

O Protocolo de Montreal também prevê a eliminação do consumo dos HCFCs, substitutos dos CFCs. De acordo com os dados disponíveis, o consumo de HCFCs aumentou no biênio 2007-2008. Para reduzir tal consumo, o País está elaborando o Programa Brasileiro de Eliminação de HCFCs (PBH), que visa a eliminar todo o consumo dessa substância até 2040, de acordo com o Protocolo de Montreal. Os dados do consumo de CFCs e HCFCs estão disponíveis no Gráfico 8.

GRÁFICO 8

Consumo nacional de substâncias que destroem a camada de ozônio (em milhares de toneladas PDO) - Brasil, 1992/2008

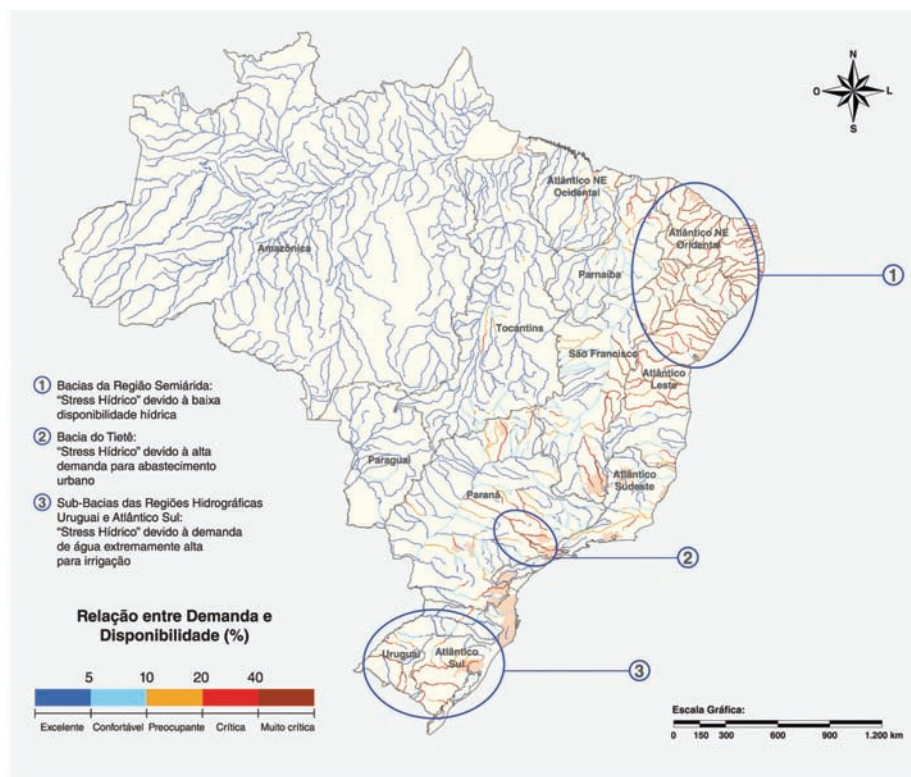


Fonte MMA. Dados originais do IBAMA em toneladas métricas, convertidos em toneladas PDO pelo Secretariado de ozônio do PNUMA.



FIGURA 1

Panorama da situação dos principais rios brasileiros quanto ao balanço hídrico (relação demanda/ disponibilidade hídrica)⁴



Fonte: Agência Nacional de Águas - ANA. Conjuntura dos Recursos Hídricos no Brasil, 2009.

⁴Para a definição deste índice, foram adotadas as mesmas faixas das Nações Unidas, que utiliza o Índice de Retirada de Água, igual ao quociente entre a retirada total anual e a vazão média de longo período, adotando as seguintes classificações, consideradas adequadas para o caso brasileiro: < 5% - Pouca ou nenhuma atividade de gerenciamento necessária; 5% a 10% - situação confortável, podendo ocorrer necessidade de gerenciamento para a solução de problemas locais de abastecimento; 10% a 20% - preocupante. A atividade de gerenciamento é indispensável, exigindo a realização de investimentos médios; 20% a 40% - situação crítica, exigindo intensa atividade de gerenciamento e grandes investimentos; > 40% - a situação é muito crítica.

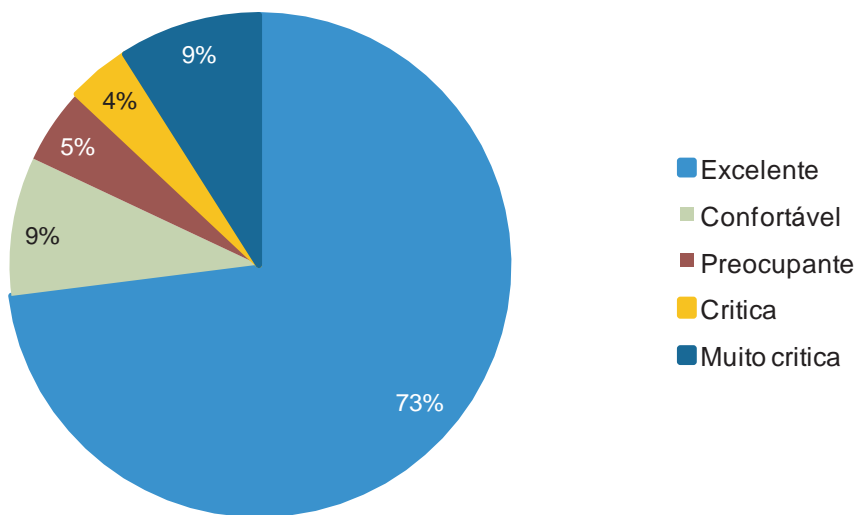
O Brasil desfruta de posição privilegiada no que tange à disponibilidade de recursos hídricos. A vazão total dos rios brasileiros alcança valores próximos a 180 mil m³ por segundo, o que corresponde a 12% do total mundial, caracterizando uma abundância relativa, visto que a população brasileira perfaz em torno de 3% do total da população do planeta. Dados das Nações Unidas colocam a disponibilidade de água total bruta por brasileiro em 33.776 m³ de água por ano, quase 20 vezes o limite considerado de estresse hídrico, que é de 1.700 m³ por ano.

Destaque-se, no entanto, que a distribui-

ção dos recursos hídricos se faz de modo bastante desigual no território, sendo que 70% da água doce superficial encontra-se na Amazônia, onde vivem apenas 10% dos brasileiros, enquanto que a região hidrográfica do Atlântico Nordeste Oriental, onde está a maior parte do semiárido, apresenta uma vazão *per capita* de 1.145 m³ ano, abaixo do limiar de estresse hídrico, com sofrimento para 10% dos cidadãos. As regiões hidrográficas do Paraná, Atlântico Sudeste e Atlântico Sul também apresentam conflitos quanto à demanda e disponibilidade hídrica, devido às elevadas densidades urbana e industrial.

GRÁFICO 9

Distribuição porcentual da extensão dos principais rios do País com relação ao balanço demanda/disponibilidade hídrica - Brasil, 2009



Fonte: Agência Nacional de Águas – ANA. Conjuntura dos Recursos Hídricos no Brasil, 2009.

Recursos hídricos são abundantes, mas desigualmente distribuídos no território.

A exemplo da água doce superficial, a distribuição de água subterrânea no território nacional também não é uniforme, havendo localidades com significativa disponibilidade hídrica, como as abrangidas pelo aquífero Guarani e aquíferos sedimentares em geral, e outras com disponibilidade baixa, como as de ocorrência das rochas cristalinas no semiárido brasileiro. A água de poços e fontes vem sendo utilizada intensamente para diversos fins, tais como abastecimento humano, irrigação, indústria e lazer, desempenhando importante papel no desenvolvimento socioeconômico do País e permitindo o atendimento de comunidades pobres ou distantes das redes de abastecimento público.

A criação de unidades de conservação está entre os pilares da estratégia brasileira para proteger seus biomas e sua biodiversidade.

Esse mecanismo tem, de forma bastante efetiva, ajudado no combate ao desmatamento, principalmente na região amazônica. Tanto o número de áreas protegidas quanto sua área tem crescido de forma significativa nos últimos anos. Considerando apenas unidades de conservação federais e estaduais que fazem parte do SNUC (Sistema Nacional de Unidades de Conservação), chegamos ao fim de 2009 com 923 unidades (304 federais e 619 estaduais), que ocupam uma área aproximada de 1,5 milhões de km². Essa proteção corresponde a 17,3% da área continental nacional e 1,5% das águas jurisdicionais brasileiras. De 2002 a 2009 houve um crescimento de 69% em termos da área total sob proteção, o que evidencia o comprometimento dos governos federal e estaduais com a conservação da biodiversidade.



GRÁFICO 10

Unidades de conservação federais e estaduais⁽¹⁾ - Brasil*, 2002/2009

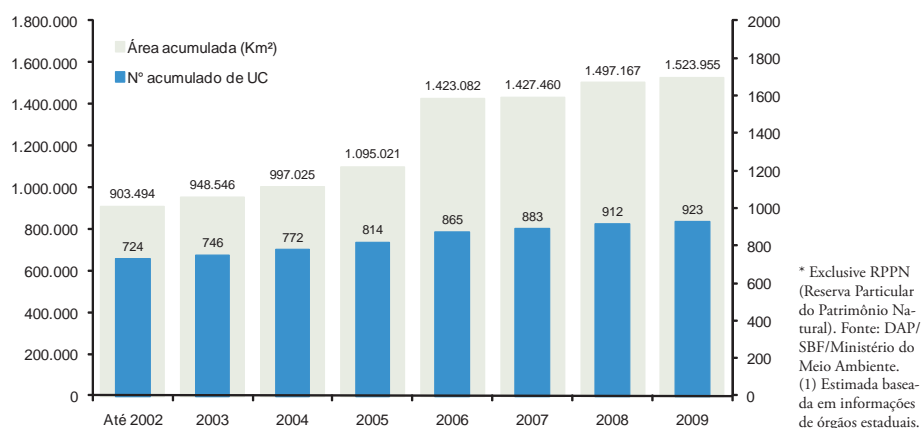
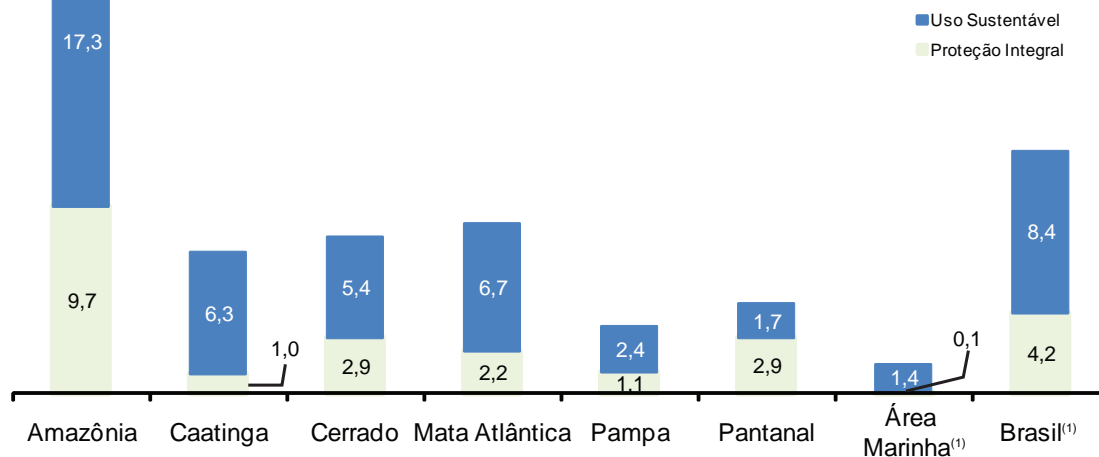


GRÁFICO 11

Porcentual dos biomas protegidos por unidades de conservação federais e estaduais Brasil*, 2009



* Inclui RPPN (Reserva Particular do Patrimônio Natural).
Fonte: DAP/SBF/Ministério do Meio Ambiente.
(1) Inclui zona econômica exclusiva e plataforma continental.

A Amazônia continua a ser o bioma mais protegido, tendo cerca de 27% de sua área protegida por unidades de conservação do SNUC. Os outros biomas ainda apresentam taxas de proteção muito inferiores. O

Pampa é o bioma menos protegido, com apenas 3,5% de sua área em unidades de conservação. A área marinha ainda é muito pouco protegida e conta com apenas 1,39% de proteção. As áreas de proteção

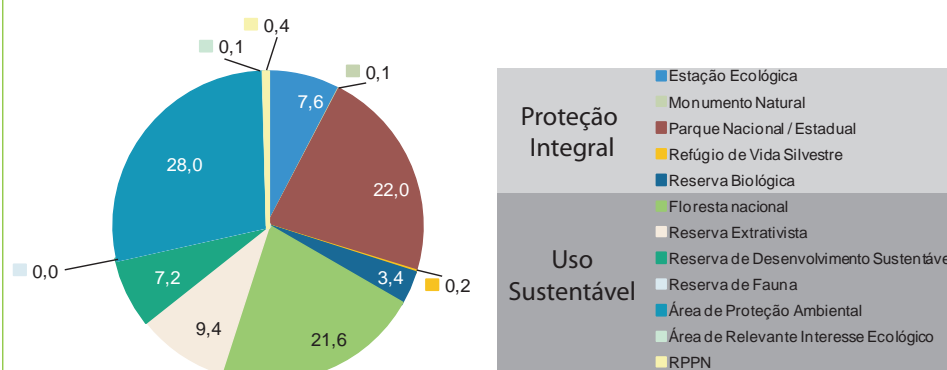
marinhas obedecem à mesma classificação do SNUC e suas maiores categorias são Áreas de Proteção Ambiental e Reservas extrativistas.

Do total da área de unidades de conservação, 510 mil km² eram de áreas de proteção integral e 1,0 milhão de km² de uso sustentável. As duas maiores categorias de unidades de conservação são as Áreas de Proteção Ambiental (APAs), 28% das áreas protegidas, e os Parques Nacionais e Estaduais (22%). Também contribuem para a preservação da biodiversidade e, sobretudo,

para a preservação da cultura dos povos tradicionais, as terras indígenas. A FUNAI estima que existam no território brasileiro cerca de 220 povos indígenas, falando 180 línguas. Existem hoje no País 488 terras indígenas oficialmente reconhecidas, em diferentes situações jurídicas, ocupando cerca de 1,05 milhões de km², o que representa aproximadamente 12,4% do território continental brasileiro. A maior parte dessas terras está localizada nos biomas da Amazônia e do Cerrado. Há ainda 123 terras indígenas em estudo, cuja extensão ainda não é conhecida.

GRÁFICO 12

Distribuição porcentual das unidades de conservação federais e estaduais segundo categoria de manejo - Brasil*, 2009



* Inclui RPPN (Reserva Particular do Patrimônio Natural) e zona econômica exclusiva e plataforma continental.
Fonte: DAP/SBF/Ministério do Meio Ambiente.

TABELA 2

Situação jurídica das terras indígenas - Brasil, 2009

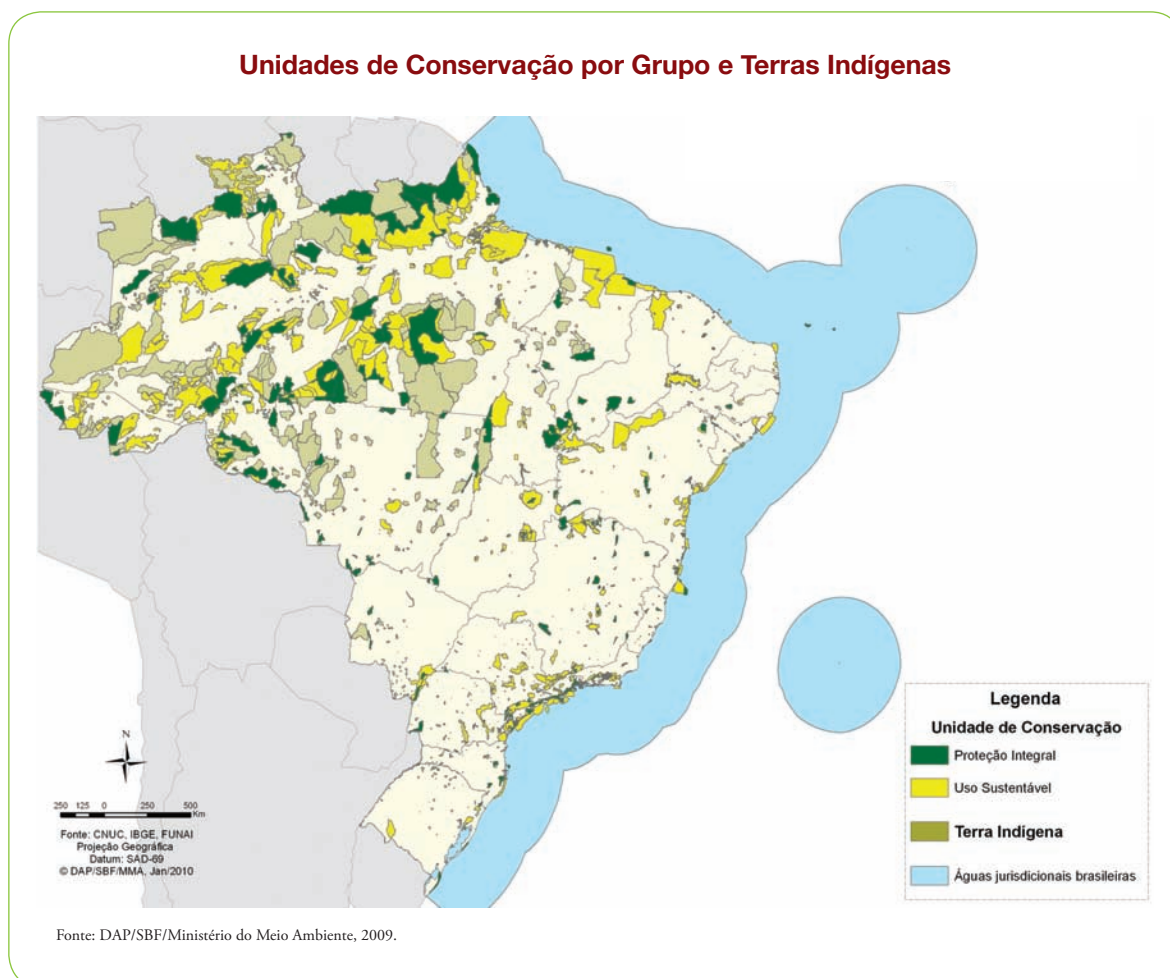
Situação	Numero de Terras Indígenas	%	Área (Ha)
Em estudo	123	----	0
Delimitada	33	1,6	1.751.576
Declarada	30	7,6	8.101.306
Homologada	27	3,4	3.599.921
Regularizada	398	87,2	92.219.200
TOTAL	611	100,0	105.672.003

Fonte: FUNAI. Situação em 14.01.09.

Brasil adota medidas para proteger a flora e a fauna ameaçadas de extinção.



FIGURA 2



Unidades de Conservação colaboram para a proteção da biodiversidade.

Como país signatário da Convenção sobre Diversidade Biológica (CDB), o Brasil comprometeu-se a alcançar até 2010 uma redução significativa das taxas de perda da biodiversidade nos níveis global, regional e nacional, como uma contribuição para a redução da pobreza e para o benefício de todas as formas de vida na Terra. Neste sentido, a Comissão Nacional de Biodiversidade (CONABIO), instância colegiada de caráter deliberativo e consultivo que coordena a implementação dos compromissos assumidos pelo País no âmbito da CDB, definiu 51 Metas Nacionais de Biodiversidade para 2010, as quais abrangem os sete componentes da Política Na-

cional de Biodiversidade (PNB), decreto nº 4.339, de 22 de agosto de 2002. Como parte do Componente 2 da PNB (conservação da biodiversidade), foram definidas seis metas voltadas a “promover a conservação da diversidade de espécies”, cinco das quais referem-se à conservação de espécies ameaçadas e uma à conservação de espécies migratórias. Estas metas foram publicadas em 2007 pelo MMA, sob o título “Metas Nacionais de Biodiversidade para 2010”.

A Portaria Conjunta MMA e Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade (ICMBIO) nº 316 de 2009 definiu os

seguintes instrumentos de implementação da Política Nacional da Biodiversidade, voltados para a conservação e recuperação de espécies ameaçadas de extinção:

- Listas Nacionais Oficiais de Espécies Ameaçadas de Extinção, com a finalidade de reconhecer as espécies ameaçadas de extinção no território nacional, na plataforma continental ou na zona econômica exclusiva brasileira, para efeitos de restrição de uso, priorização de ações de conservação e recuperação de populações;
- Livros Vermelhos das Espécies Brasileiras Ameaçadas de Extinção, contendo, entre outros, a caracterização, distribuição geográfica, estado de conservação e principais fatores de ameaça à conservação das espécies integrantes das Listas Nacionais Oficiais de Espécies Ameaçadas de Extinção;
- Planos de Ação Nacionais para a Conservação de Espécies Ameaçadas de Extinção, elaborados com a finalidade de definir ações *in situ* e *ex situ* para conservação e recuperação de espécies ameaçadas.

As Listas Nacionais Oficiais de Espécies Ameaçadas de Extinção deverão observar as listas estaduais, regionais e globais de es-

pécies ameaçadas de extinção, devendo ser atualizadas continuamente, com uma revisão completa no prazo máximo de dez anos.

A primeira lista oficial brasileira das espécies de plantas ameaçadas de extinção data de 1968, tendo sofrido quatro atualizações (Tabela 3), a última no ano de 2008.

A primeira lista oficial brasileira das espécies da fauna ameaçadas de extinção também data de 1968. Seguiram-se atualizações em 1973, 1989, 2004, culminando com a Instrução Normativa MMA nº 52 de 2005, que atualiza a lista de invertebrados aquáticos e peixes sobreexplotados ou ameaçados de sobreexploração⁵ (Tabela 4). De acordo com os instrumentos supracitados, existem no Brasil 627 espécies da fauna e de peixes e invertebrados aquáticos ameaçadas de extinção.

Por meio do Programa Conservação e Uso Sustentável da Biodiversidade e dos Recursos Genéticos e outros programas e ações afins, o Governo brasileiro vem

Brasil alcança a meta de reduzir à metade a proporção da população urbana sem acesso à água potável.

⁵A lista nacional inclui 11 espécies de invertebrados aquáticos e 39 espécies de peixes sobreexplotados ou ameaçados de sobreexploração. No caso dos invertebrados aquáticos, todas as espécies são marinhas; no caso dos peixes, 32 espécies são marinhas e 7 são de águas continentais.

TABELA 3

Listas oficiais de espécies da flora brasileira ameaçadas de extinção

Instrumento legal	Número de espécies ameaçadas
Portaria IBDF 303 de 1968	13
Portaria IBDF 093/80-P de 1980	14
Portaria IBAMA 06-N de 1992	107
Portaria IBAMA 37-N de 1992	108
Instrução Normativa MMA 6 de 2008	472 ameaçadas de extinção e 1079 com deficiência de dados

Fonte: MMA. Elaboração Ipea.



desenvolvendo esforços conjuntos no sentido de elaborar planos e definir medidas de manejo para promover a conservação e reduzir o número de espécies da flora e da fauna brasileiras ameaçadas de extinção. Até 2009, cerca de 25% das espécies (273 das 1099) estavam sendo objeto de medidas de manejo.

No que diz respeito aos ecossistemas ma-

rinhos, outras iniciativas estão sendo promovidas para garantir a conservação e o uso sustentável dos recursos pesqueiros juntamente com a proteção de ecossistemas e habitats. A criação de áreas protegidas, especialmente unidades de conservação e áreas de exclusão de pesca na zona marinha, está sendo incrementada como forma de prover refúgios, áreas de procriação e de reposição de estoques pesqueiros. Estão em execução

TABELA 4

Listas oficiais de espécies da fauna brasileira ameaçadas de extinção

Instrumento legal	Número de espécies
Portaria IBDF 303 de 1968	45
Portaria IBDF 3481-DN de 1973	86
Portaria IBAMA 1522 de 1989	207
Instrução Normativa MMA nº 3 de 2003 (invertebrados terrestres e vertebrados, exceto peixes)	395*
Instrução Normativa MMA nº 5 de 2004 (invertebrados aquáticos e peixes) atualizada pela Instrução Normativa MMA nº 52 de 2005	232*
* Total de espécies da fauna brasileira ameaçadas de extinção	627

Fonte: MMA. Elaboração Ipea.

TABELA 5

Porcentual de espécies ameaçadas da fauna e da flora sob medidas de manejo por grupo

Instrução Normativa	Grupo	Nº de espécies ameaçadas	Nº de espécies ameaçadas com manejo	% de espécies ameaçadas com manejo
IN 3 (2003)	Mamíferos	69	59	85,5
	Aves	160	94	58,8
	Répteis	20	20	100,0
	Anfíbios	16	16	100,0
	Invertebrados terrestres	130	60	46,2
	Total IN 3	395	249	63,0
IN 5 e IN 52 (2004 e 2005)	Peixes	154	6	3,9
	Invertebrados aquáticos	78	0	0,0
	Total IN 5 e IN 52	232	6	2,6
IN 6 (2008)	Flora	472	18	3,8
	Total IN 6	472	18	3,8
	Total geral	1099	273	24,8

Fonte: MMA. Elaboração Ipea.

TABELA 6

Porcentual de moradores em domicílios particulares permanentes com abastecimento de água, por tipo de abastecimento e situação do domicílio - Brasil*, 1992/2008

Ano	Tipo de canalização									
	Rede geral				Poço ou nascente				Outro tipo ou sem declaração	
	Com canalização interna		Com canalização interna		Sem canalização interna		Sem canalização interna			
	urbana	rural	urbana	rural	urbana	rural	urbana	rural	urbana	rural
1992	82,3	9,1	6,0	3,3	3,9	26,0	3,8	37,9	4,0	23,8
1993	83,0	9,5	6,0	4,7	4,0	26,1	3,4	35,4	3,6	24,3
1995	84,5	11,5	5,3	5,2	4,1	27,9	3,0	33,6	3,1	21,8
1996	87,1	15,8	3,5	4,2	4,2	28,4	3,1	32,8	2,1	18,8
1997	86,6	14,7	4,0	5,0	4,2	29,9	2,5	30,6	2,7	19,9
1998	87,8	16,9	3,6	5,4	4,2	29,7	2,1	25,4	2,3	22,6
1999	88,5	18,8	3,4	6,2	4,2	30,4	2,0	24,6	1,9	20,0
2001	87,7	15,5	3,2	5,4	4,8	33,0	2,1	25,4	2,1	20,6
2002	88,5	17,8	2,8	4,8	5,1	34,0	1,9	24,0	1,7	19,4
2003	88,8	19,6	2,6	6,1	5,0	34,3	2,0	20,9	1,7	19,2
2004	89,5	20,5	2,5	5,5	4,9	35,0	1,7	21,5	1,5	17,5
2005	89,7	22,1	2,2	5,7	5,3	34,8	1,5	20,4	1,2	16,9
2006	90,9	14,0	1,7	6,5	5,0	40,5	1,4	22,7	1,0	16,3
2007	91,2	25,1	1,3	4,1	5,0	37,8	1,4	18,7	1,0	14,3
2008	91,6	27,4	1,2	5,2	5,1	37,5	1,2	15,4	0,9	14,5

* Exclui a população rural dos Estados de RO, AC, AM, RR, PA e AP.
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD.

projetos e ações de proteção a recifes de coral e manguezais, ecossistemas marinhos altamente produtivos, e de conservação da biodiversidade aquática da Amazônia.

Essas iniciativas e outras complementares, como a abordagem ecossistêmica para a gestão da pesca, deverão fortalecer a conservação e uso sustentável dessa importante parcela da biodiversidade aquática.

O acesso a serviços adequados de água e esgoto é um importante determinante das

condições de vida da população e da salubridade do meio ambiente. O Brasil tem dado importantes passos para a melhoria das condições de saneamento ambiental no País nos últimos anos.

Os dados da Tabela 6 mostram que o percentual da população urbana com abastecimento de água com canalização interna proveniente de rede geral passou de 82,3%, em 1992, para 91,6%, em 2008. Nesse sentido, nas áreas urbanas o Brasil já teria alcançado a meta referente à água



potável no ano de 2007, considerando-se o conjunto do País. Contudo, quando desagregamos os dados por unidades da federação e para a zona rural, vemos que ainda há muito espaço para a melhoria dos indicadores e o alcance dessa meta ainda não é uma realidade considerando todos os recortes geográficos e socioeconômicos, com as desigualdades regionais e socioeconômicas permanecendo ainda em patamares elevados.

Em termos estaduais, a melhor cobertura de água é encontrada no Estado de São Paulo, onde 98,9% da população urbana é servida por água de rede geral canalizada em pelo menos um cômodo do domicílio. O pior desempenho nesse quesito é encontrado no Estado do Pará, onde pouco mais da metade dos moradores em áreas urbanas (51,5%) possui acesso a esse tipo de serviço.

Nas áreas rurais, embora tenhamos tido um avanço significativo na proporção da população abastecida por rede geral, com ou sem canalização interna – que passou de 12,4%, em 1992, para 32,6%, em 2008 – o percentual de cobertura por rede pública ainda é bem inferior ao das áreas urbanas, não tendo sido possível lograr o alcance da meta para esse recorte espacial. Na zona rural, a água utilizada pelas famílias ainda provém principalmente de poços, nascentes ou de outro tipo de fonte.

A oferta insuficiente de água configura-se em importante problema socioambiental, sobretudo para os municípios do semiárido brasileiro, devido ao fenômeno da seca, causada pela conjunção de fatores como o baixo índice pluviométrico, a irregularidade da distribuição das chuvas durante o ano e a elevada taxa de evapotranspiração.

A cobertura dos serviços de esgotamento sanitário no Brasil, embora tenha aumentado gradualmente ao longo da última década e meia, ainda é bem inferior ao acesso à água potável. Nas áreas urbanas, a cobertura da coleta de esgotamento sanitário por rede geral ou fossa séptica aumentou mais de 14% desde 1992 e já alcançava 80,5% da população em 2008. Apesar do aumento da cobertura, a falta de uma solução adequada para o esgoto doméstico ainda atinge cerca de 31 milhões de moradores nas cidades.

À semelhança do que ocorre com a cobertura da água, também se verifica uma forte desigualdade espacial e social no acesso aos serviços de esgotamento sanitário. Na escala regional, os maiores déficits de serviços de esgoto ocorrem no Norte, Centro-Oeste e Nordeste. A unidade da federação com melhor indicador de cobertura no que se refere aos serviços de esgotamento sanitário é o Distrito Federal, onde 98,2% da população urbana é atendida por rede geral de esgoto ou fossa séptica. Os estados com menores coberturas desses serviços nas áreas legalmente designadas como urbanas são Mato Grosso do Sul (26,8%) e Amapá (35,6%).

Nas áreas rurais, o percentual de cobertura por rede geral de esgotos ou fossa séptica ligada ou não à rede geral subiu de 10,3%, em 1992, para 23,1%, em 2008. Entretanto, a maioria da população do campo ainda possui condições inadequadas no que se refere ao esgotamento sanitário: 46,6% da população é atendida por fossas rudimentares, 5,6% por vala, 3,1% da população lança os seus esgotos diretamente no rios, lagos ou mar, 0,6% adota outro tipo de solução não adequada e 21% não possui nenhum tipo de esgotamento sani-

tário. A falta de soluções adequadas para a coleta e o baixo índice de tratamento dos esgotos domésticos são os principais responsáveis pela poluição dos recursos hídricos no Brasil, problema que se faz sentir de forma mais aguda em municípios densamente povoados de regiões metropolitanas e cidades de grande e médio porte.

Esgotamento sanitário por rede geral ou fossa séptica já atinge 80,5% da população urbana.

Considerando-se o acesso simultâneo aos dois tipos de serviço de saneamento básico, o percentual da população urbana servida por água canalizada de rede geral no interior do domicílio e esgotamento sanitário de rede geral ou fossa séptica passou de 62,3%, em 1992, para 76,0%, em 2008. Regionalmente, os melhores indica-

TABELA 7

Porcentual de moradores em domicílios particulares permanentes por tipo de esgotamento sanitário e situação dos domicílios - Brasil*, 1992/2008

Ano	Tipo de acesso a esgoto															
	Com esgotamento sanitário, por tipo															
	Rede coletora		Fossa séptica ligada à rede		Fossa séptica não ligada		Fossa rudimentar		Vala		Direto para rio, lago ou mar		Outro tipo		Não tinham	
	urbana	rural	urbana	rural	urbana	rural	urbana	rural	urbana	rural	urbana	rural	urbana	rural	urbana	rural
1992	45,6	3,0	8,8	0,8	11,7	6,5	22,9	32,7	2,0	3,0	2,5	4,4	0,3	0,6	6,2	49,0
1993	45,4	3,1	9,8	0,8	12,6	7,3	21,9	34,0	2,2	3,4	2,4	4,1	0,5	1,0	5,2	46,4
1995	45,9	3,2	9,8	1,1	12,7	8,8	22,0	35,0	1,9	3,9	2,5	4,1	0,5	1,7	4,6	42,1
1996	46,8	3,5	12,4	1,7	13,1	12,1	19,4	35,4	1,5	3,9	2,5	3,7	0,1	0,4	4,2	39,2
1997	47,6	3,5	11,5	1,2	12,6	9,8	20,1	39,0	1,7	3,4	2,5	3,9	0,1	0,7	3,9	38,6
1998	49,3	4,6	11,8	1,4	12,1	8,9	19,3	39,9	1,8	4,0	2,2	4,6	0,1	0,5	3,2	36,3
1999	50,6	4,5	10,5	1,2	12,7	10,0	19,5	41,2	1,6	3,6	2,0	4,2	0,1	0,7	3,0	34,6
2001	50,9	3,1	10,2	0,9	12,9	9,7	18,8	40,5	1,6	4,7	2,2	4,1	0,2	0,8	3,4	36,2
2002	51,5	3,7	10,6	1,2	12,7	11,0	18,2	40,7	1,6	6,0	2,4	3,9	0,1	0,6	2,9	33,0
2003	53,3	3,6	9,6	1,0	12,7	12,4	18,0	42,9	1,4	5,9	2,4	3,7	0,1	0,8	2,4	29,7
2004	53,9	3,9	9,2	1,2	12,8	12,7	18,2	44,6	1,4	4,3	2,3	3,8	0,1	0,5	2,1	28,9
2005	54,1	4,4	9,4	0,9	13,5	12,8	17,2	45,3	1,5	5,3	2,2	3,6	0,1	0,5	1,9	27,2
2006	54,4	4,7	9,9	1,2	13,5	14,2	16,4	45,8	1,5	4,6	2,4	3,2	0,1	0,5	1,7	25,7
2007	57,2	5,6	8,7	1,4	14,9	16,7	14,2	44,4	1,3	5,4	1,9	3,5	0,1	0,5	1,6	22,4
2008	58,9	6,5	7,5	1,1	14,1	15,5	14,9	46,6	1,4	5,6	1,9	3,1	0,1	0,6	1,2	21,

* Exclui-se a população rural dos Estados de RO, AC, AM, RR, PA e AP.
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD.



TABELA 8

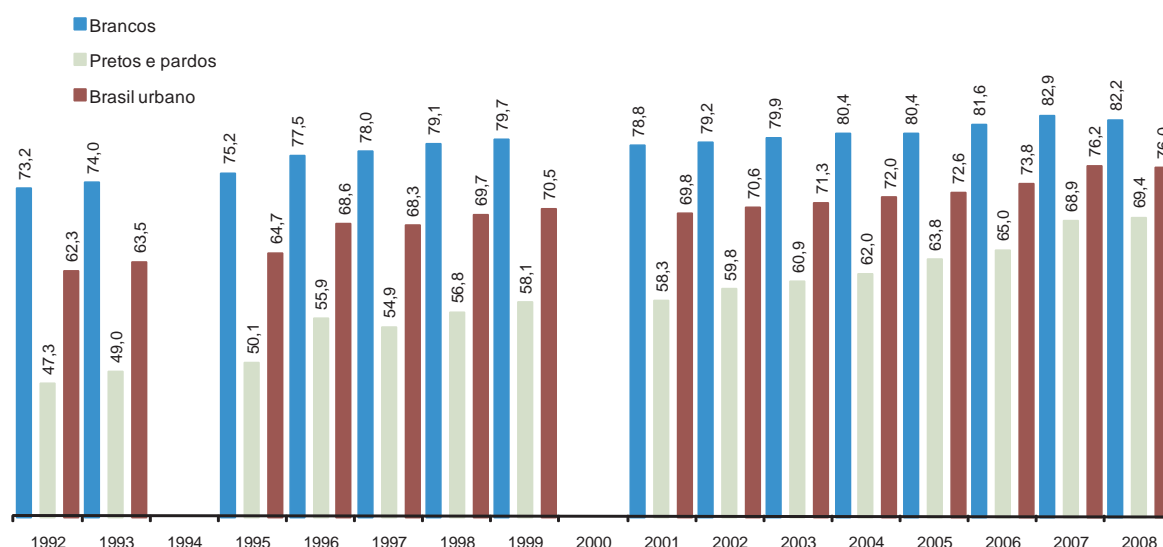
Porcentual de moradores em domicílios particulares permanentes urbanos com acesso a serviços adequados de água e esgoto - Brasil*, 1992/2008

Ano	Região					Brasil Urbano
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
1992	31,5	39,9	79,7	62,5	37,0	62,3
1993	34,3	41,3	80,7	63,5	39,3	63,5
1995	33,7	41,9	82,8	65,4	38,5	64,7
1996	34,1	49,0	85,3	70,5	42,2	68,6
1997	36,5	45,6	86,1	68,7	45,5	68,3
1998	36,5	46,6	87,8	70,8	46,8	69,7
1999	39,2	48,1	87,8	73,8	44,3	70,5
2001	34,5	52,1	86,7	72,9	45,0	69,8
2002	37,6	51,8	87,4	75,5	45,6	70,6
2003	36,7	52,6	87,9	76,8	47,7	71,3
2004	40,5	53,8	88,5	78,8	43,3	72,0
2005	41,0	55,6	88,5	78,2	47,1	72,6
2006	41,1	57,3	89,6	79,3	47,0	73,8
2007	44,2	63,6	90,7	81,1	48,9	76,2
2008	45,2	64,2	90,6	78,4	50,4	76,0

* Exclusive a população rural dos Estados de RO, AC, AM, RR, PA e AP.
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD.

GRÁFICO 13

Porcentual de moradores em domicílios particulares permanentes urbanos com acesso a serviços de água e esgoto adequados, segundo a cor/raça dos chefes de domicílio - Brasil*, 1992/2008



* Exclusive a população rural dos Estados de RO, AC, AM, RR, PA e AP.
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD.

dores são encontrados nas regiões Sudeste e no Sul do País, com níveis de adequação de 90,6% e 78,4%, respectivamente. As desigualdades raciais no acesso a saneamento adequado, embora tenham se reduzido em 13% nos últimos 16 anos, ainda são bastante pronunciadas: 82,2% da população branca está coberta por serviços de água e esgoto adequados, contra apenas 69,4% de cobertura entre os pretos e pardos.

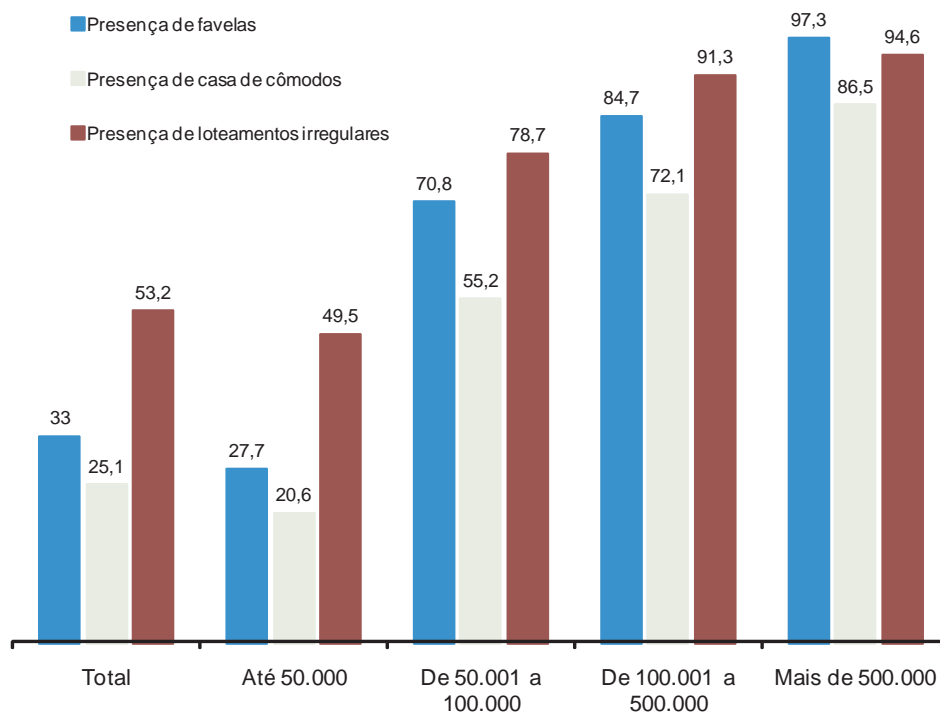
O intenso processo de urbanização ocorrido no Brasil, principalmente a partir da década de 1940, não foi acompanhado da expansão da oferta de terra urbanizada e de habitação adequada a preços acessíveis aos níveis de renda da população, tendo como consequências negativas a estratificação socioespacial da população, com a

concentração das classes de menor poder aquisitivo em favelas e outros assentamentos humanos precários localizados em áreas de risco ou nas periferias das grandes cidades.

Embora a presença de assentamentos humanos precários – favelas, cortiços, loteamentos irregulares e/ou clandestinos – ocorra em cidades de todos os tamanhos, é nos municípios mais populosos que esses problemas ocorrem de maneira mais recorrente. De acordo com os dados da última pesquisa Básica de Informações Municipais, entre os municípios com mais de 500 mil habitantes 97,3% registram a ocorrência de favelas, 86,5% de cortiços ou casas de cômodos e 94,6% possuem loteamentos irregulares ou clandestinos.

GRÁFICO 14

Porcentual de municípios com favelas, mocambos ou assemelhados, cortiços, casa de cômodos ou assemelhados, loteamentos irregulares e/ou clandestinos, segundo as classes de tamanho da população dos municípios - Brasil, 2008.



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD.



As estimativas oficiais (MCidades/CEM, 2007) davam conta da existência de cerca de 12,4 milhões de pessoas moradoras em 1,6 milhões de domicílios localizados em assentamentos precários no ano 2000, sobretudo nas regiões Sudeste e Nordeste e nas cidades de maior porte. As regiões metropolitanas de São Paulo e Rio de Janeiro concentram o maior número absoluto desses moradores, com 2,6 milhões e 2,2 milhões de pessoas, respectivamente. O número de moradores em assentamentos precários na região metropolitana de Belém também é bastante expressivo e supera os 900 mil habitantes.

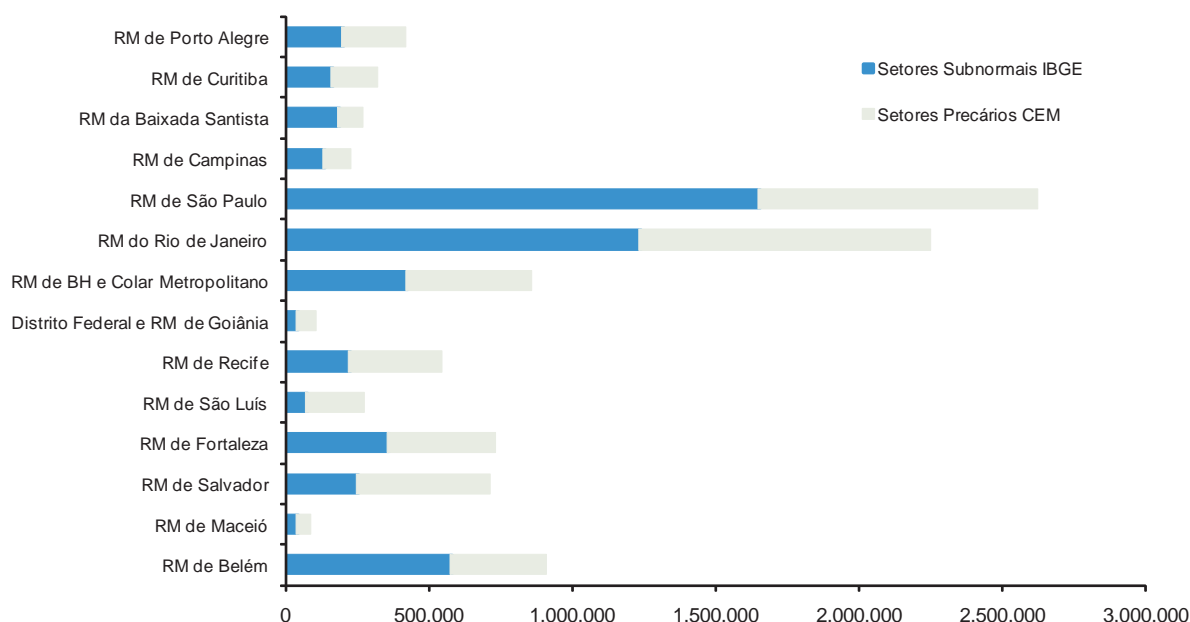
O indicador proposto pelo Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos (UN-Habitat) para o monito-

ramento da meta relativa à melhoria das condições de vida dos moradores de assentamentos precários é medido por uma *proxy* representada pela porcentagem da população urbana com condições de moradia inadequadas, isto é, pela parcela da população urbana morando em domicílios com pelo menos uma das seguintes características: ausência de acesso a uma fonte de água potável; ausência de serviços de esgotamento sanitário adequado; adensamento excessivo; instabilidade estrutural e insegurança da posse da moradia.

A análise do indicador proposto pelo UN-Habitat, devidamente adaptado ao contexto socioeconômico e à disponibilidade de dados para o País, mostra que houve uma melhora nas condições de moradia da

GRÁFICO 15

Número de pessoas em assentamentos precários por região metropolitana Brasil, 2000



Fonte: Ministério das Cidades, Secretaria Nacional de Habitação (2007). Elaborado pelo Centro de Estudos da Metrópole-CEM a partir de microdados do Censo Demográfico do IBGE, 2000.

TABELA 9

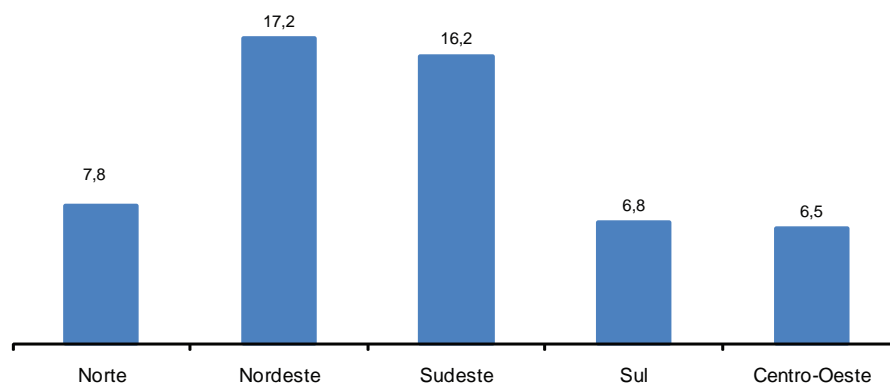
Porcentual de moradores em domicílios particulares permanentes urbanos com condições de moradia adequadas - Brasil* e regiões, 1992/2008

Ano	Região					Brasil Urbano
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
1992	22,4	32,3	64,8	52,4	30,2	50,7
1993	22,8	33,5	66,2	54,2	34,4	52,2
1995	23,3	35,0	68,2	55,9	33,0	53,5
1996	24,6	38,7	69,0	60,1	36,5	55,7
1997	25,9	37,5	71,0	57,4	37,9	56,1
1998	26,0	38,4	72,4	60,0	39,8	57,6
1999	29,0	40,3	72,5	63,3	39,1	58,7
2001	25,3	42,8	72,7	63,1	38,7	58,5
2002	26,4	43,2	74,1	66,0	39,7	59,7
2003	24,5	44,0	74,8	66,8	41,2	60,2
2004	30,1	45,0	75,2	68,4	38,5	61,0
2005	30,2	47,1	75,1	68,7	41,4	61,7
2006	29,1	48,3	76,8	69,6	42,1	63,0
2007	32,3	54,5	77,9	70,9	44,4	65,3
2008	34,5	55,5	77,9	70,1	45,9	65,7

* Exclui a população rural dos Estados de RO, AC, AM, RR, PA e AP.
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD.

GRÁFICO 16

Moradores em domicílios particulares permanentes com condições inadequadas de moradia (em milhões de pessoas) - Brasil e regiões, 2008



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD.

população brasileira como um todo, tanto nas cidades como no campo. O porcentual de pessoas residentes em domicílios urbanos com condições de moradia adequadas subiu 15 pontos percentuais, passando de 50,7%, em 1992, para 65,7% em 2008⁶. Mesmo com essa melhoria das condições

de moradia, ainda há 54,5 milhões de brasileiros moradores em áreas urbanas que padecem de algum tipo de carência habitacional, relativa a: ausência de água

⁶Para uma maior aderência à metodologia recomendada atualmente pela ONU, neste relatório os dados referem-se a pessoas residentes em domicílios urbanos com condições de moradia adequadas, e não a domicílios urbanos adequados, como nos relatórios ODM anteriores.



por rede geral canalizada para o domicílio; ausência de esgoto por rede geral ou fossa séptica; ausência de banheiro de uso exclusivo do domicílio; teto e paredes feitos com materiais não-permanentes; adensamento excessivo (mais de três pessoas por cômodo servindo como dormitório); não-conformidade com os padrões edilícios (aglomerado subnormal); e irregularidade fundiária urbana (terrenos construídos em propriedades de terceiros ou outras condições de moradia, como no caso de invasões). Os domicílios urbanos com condições de moradia inadequadas concentram-se, sobretudo, nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. O Distrito Federal e São Paulo são as Unidades da Federação que ostentam as melhores condições de moradia em termos relativos, ao passo que Mato Grosso do Sul e Amapá apresentam os menores níveis de adequação habitacional.

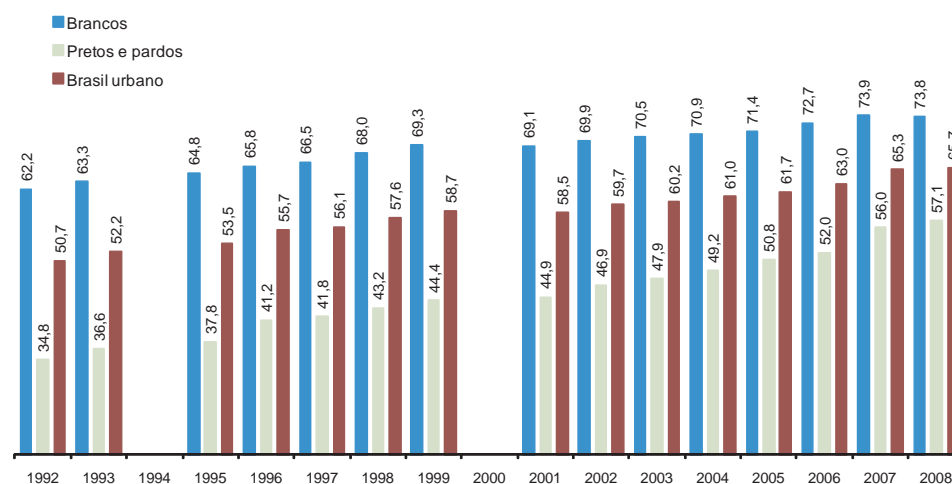
A comparação dos níveis de adequação habitacional da população branca e da

população preta e parda revela uma queda de quase 11% nas desigualdades raciais entre 1992 e 2008, embora as distâncias entre esses dois grupos ainda permaneçam num patamar bastante elevado. Em 2008, o percentual da população branca com condições de moradia adequadas era de quase 74%, ao passo que o mesmo indicador para a população preta e parda era de pouco mais de 57%, uma diferença de cerca de 17%.

Um indicador muito utilizado para a formulação de políticas habitacionais no Brasil é o déficit habitacional quantitativo, calculado pela Fundação João Pinheiro desde 1995. O conceito de déficit habitacional relaciona-se à necessidade de construção de novas unidades e engloba as habitações precárias (domicílios rústicos e improvisados), o problema da coabitação familiar, as famílias de baixa renda que pagam aluguel elevado e os domicílios alugados com número excessivo de moradores por dormitório. Em 2007, a introdução de

GRÁFICO 17

Porcentagem da população urbana com condições adequadas de moradia, segundo cor/raça dos chefes de domicílio - Brasil*, 1992/2008



* Exclusive a população rural dos Estados de RO, AC, AM, RR, PA e AP.
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD.

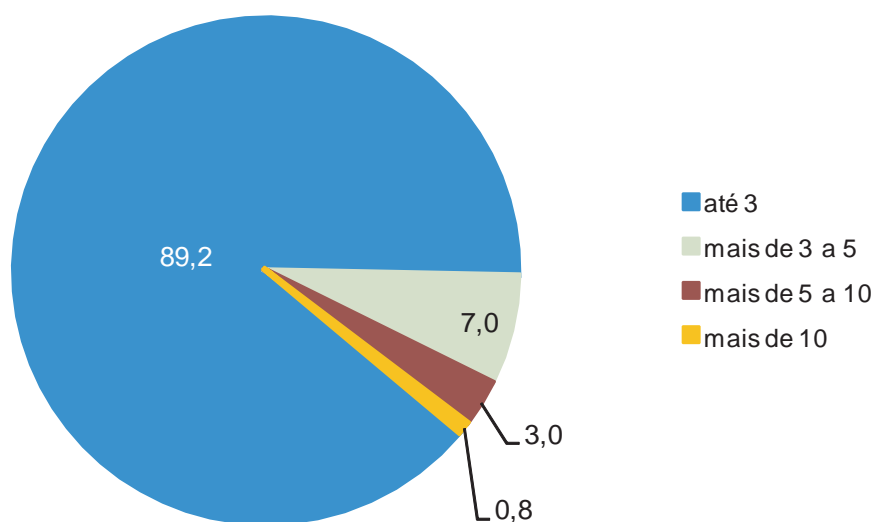
TABELA 10

Déficit habitacional total por situação do domicílio - Brasil e regiões, 2008

Região	Urbana	Rural	Total	Urbana (%)	Rural (%)	Total (%)
Norte	445.645	134.367	580.012	76,8	23,2	100,0
Nordeste	1.344.988	678.475	2.023.463	66,5	33,5	100,0
Sudeste	2.028.174	94.853	2.123.027	95,5	4,5	100,0
Sul	539.947	78.375	618.322	87,3	12,7	100,0
Centro-Oeste	404.331	47.108	451.439	89,6	10,4	100,0
Brasil	4.763.085	1.033.178	5.796.263	82,2	17,8	100,0

Fonte: Ministério das Cidades/ Secretaria Nacional de Habitação-SNH; elaborada pela Fundação João Pinheiro-FJP, com base nos microdados da PNAD/IBGE 2008.

GRÁFICO 18

Distribuição percentual do déficit habitacional urbano⁽¹⁾ por faixas de renda média familiar mensal⁽²⁾, em salários mínimos - Brasil, 2008

Fonte: Ministério das Cidades/Secretaria Nacional de Habitação-SNH; elaborado pela Fundação João Pinheiro-FJP, com base nos microdados da PNAD/IBGE 2008.

(1) Inclui, além dos domicílios urbanos, os rurais de extensão urbana.

(2) Exclusivo sem declaração de renda.

Existência de assentamentos humanos precários prejudica a sustentabilidade ambiental nas cidades.



duas perguntas específicas no questionário da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, que qualificam as informações sobre a coabitação familiar, permitiu identificar, entre o total das famílias conviventes, aquelas que efetivamente desejam constituir um domicílio exclusivo, representando um importante avanço metodológico.

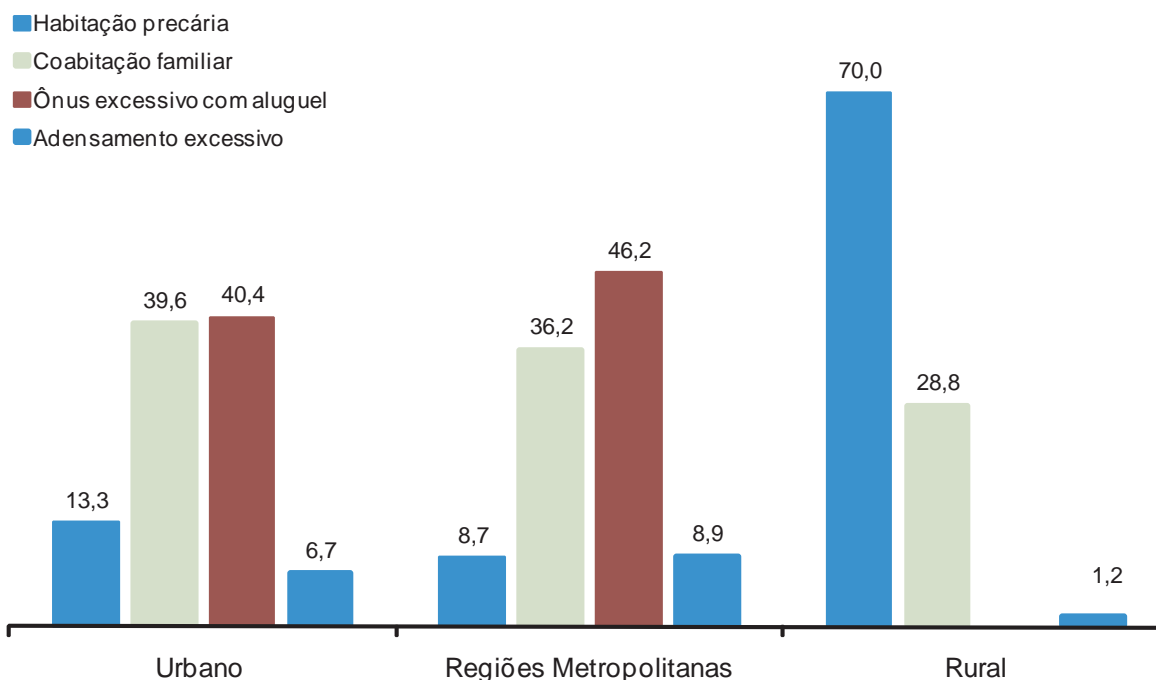
Em 2008, o déficit habitacional estimado era de 5,8 milhões de domicílios, dos quais 82,2% estavam localizados em áreas urbanas. As 10 principais áreas metropolitanas do País abrigam 1,6 milhões de domicílios classificados como déficit habitacional (27%). O problema relacionado à existência de déficit habitacional afeta, sobretudo, a população de menor

poder aquisitivo, com 89,2% do déficit habitacional incidindo sobre a população com renda média familiar mensal até três salários mínimos.

No que diz respeito aos componentes do déficit habitacional, verifica-se o elevado peso assumido pelo ônus excessivo com o pagamento do aluguel, sobretudo nas regiões metropolitanas. Nas áreas rurais, o principal componente do déficit é a precariedade da habitação, devida, sobretudo, à rusticidade dos materiais empregados na construção. Os números relativos ao déficit habitacional apontam para uma redução de cerca de 400 mil unidades no último ano (de 6,3 para 5,8 milhões de domicílios), sendo 250 mil nas 10 principais regiões metropolitanas.

GRÁFICO 19

Participação percentual dos componentes do déficit habitacional por situação do domicílio Brasil, 2008



Fonte: Ministério das Cidades/Secretaria Nacional de Habitação; elaborado pela Fundação João Pinheiro, com base nos microdados da PNAD/IBGE 2008.

QUADRO 2

Desastres naturais penalizam moradores de assentamentos precários

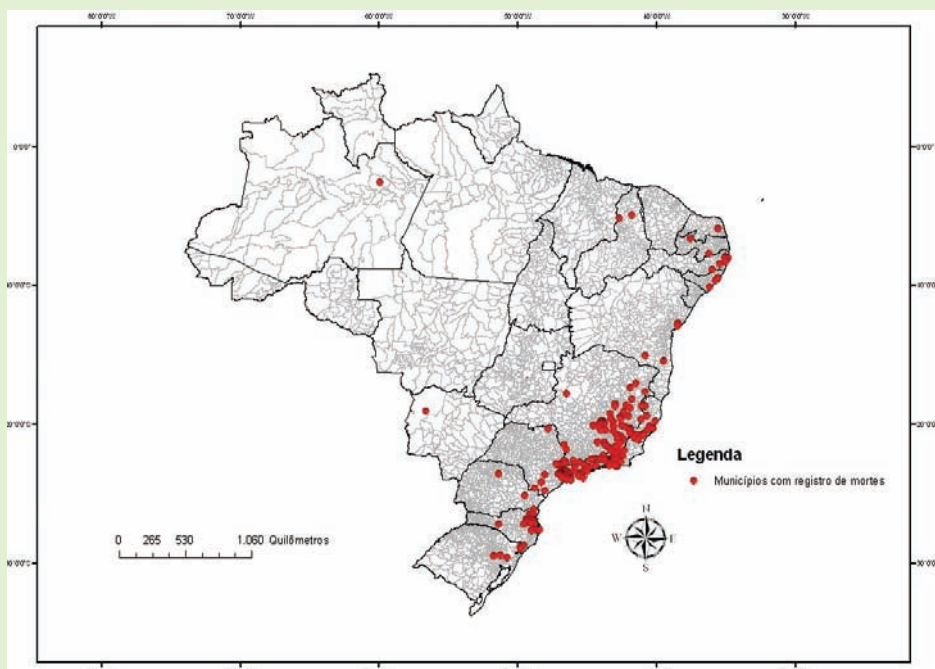
Uma das características mais comuns do processo de urbanização brasileiro é a expansão dos assentamentos precários em áreas de risco, o que tem potencializado a ocorrência de inúmeros desastres naturais, acarretando um número elevado de perdas humanas e materiais a cada ano.

No Brasil, os principais processos associados a desastres naturais são os movimentos de massas e as inundações. Se as inundações causam elevadas perdas materiais e impactos na saúde pública, são os movimentos de massas – escorregamentos, erosões, enxurradas e processos correlatos – que têm causado o maior número de vítimas fatais.

Em princípio, os escorregamentos podem ocorrer em todas as áreas com declividade elevada, mas constata-se que atingem com particular gravidade

os assentamentos precários implantados em encostas serranas e morros, locais em que a natural vulnerabilidade do terreno alia-se à carência de infraestrutura urbana, a padrões de ocupação do solo inadequados, à elevada densidade da ocupação e à fragilidade das edificações, potencializando tanto a frequência das ocorrências quanto a magnitude de suas consequências.

Os municípios mais vulneráveis a acidentes relacionados com deslizamentos de encostas são aqueles que apresentam áreas de elevada declividade e grande número de assentamentos precários. Esse conjunto engloba cerca de 200 municípios brasileiros, localizados principalmente nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Pernambuco, Bahia, Espírito Santo e Santa Catarina.



Fonte: Ministério das Cidades, Secretaria Nacional de Programas Urbanos-SNPU, com base em dados do Instituto de Pesquisas Tecnológicas – IPT da USP



ODM 7

GARANTIR A SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

META 9

Integrar os princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e reverter a perda de recursos ambientais

INDICADORES DAS NAÇÕES UNIDAS

INDICADOR 25

Proporção de áreas terrestres cobertas por florestas

INDICADOR 26

Fração da área protegida para manter a diversidade biológica sobre a superfície total

INDICADOR 27

Uso de energia (equivalente a quilos de petróleo) por US\$ 1,00 PPC do PIB

INDICADOR 28

Emissões per capita de CO₂ em 2002 e de outros gases de efeito estufa e consumo de substâncias eliminadoras de ozônio

INDICADOR 29

Proporção da população que utiliza combustíveis sólidos

INDICADORES BRASILEIROS

INDICADOR A

Área original e área de remanescentes florestais da Mata Atlântica em 1990 e 1995

INDICADOR B

Taxa média de desmatamento da Amazônia, em 1977-1988 e de 1988 a 2004

INDICADOR C

Número e área total de Unidades de Conservação federais, 2002 a 2005

INDICADOR D

Distribuição da área total de Unidades de Conservação federais em categorias de manejo, 2005

INDICADOR E

Número, tipos e áreas de Unidades de Conservação municipais, em 2002

INDICADOR F

População indígena no Brasil

INDICADOR G

Número total de terras indígenas, Brasil, 2005

INDICADOR H

Número total de terras indígenas e área daquelas que têm situação fundiária regularizada ou em fase de finalização, Brasil

INDICADOR I

Oferta interna de energia no Brasil, em 2003

INDICADOR J

Intensidade no uso de energia no setor agropecuário, em 1995 e 2003

INDICADOR K

Intensidade no uso de energia na indústria, em 1995 e 2003

INDICADOR L

Intensidade no uso de energia no setor de transportes, em 1995 e 2003

INDICADOR M

Intensidade no uso de energia no setor de serviços, em 1995 e 2003

INDICADOR N

Emissões de CO₂ por dólar de PIB, em 2002

INDICADOR O

Emissões de CO₂ por oferta interna de energia, em 2002

INDICADOR P

Emissões de CO₂, metano, óxido nitroso, óxidos de nitrogênio e monóxido de carbono, 1990 e 1994

INDICADOR Q

Consumo de CFC, PCA, brometo de metila, halons, CTC, HCFC, 1992 e 2003

PRINCIPAIS INICIATIVAS DO GOVERNO FEDERAL

1 . RECURSOS AMBIENTAIS

- a. Programa de Conservação e Uso Sustentável da Biodiversidade e dos Recursos Genéticos
- b. Programa de Conservação e Recuperação dos Biomas Brasileiros
- c. Programa de Prevenção e Combate aos Desmatamentos, Queimadas e Incêndios Florestais – Florescer
- d. Programa Nacional de Florestas – PNF
- e. Programa Comunidades Tradicionais
- f. Programa Probacias – Conservação de Bacias Hidrográficas
- g. Programa de Revitalização de Bacias Hidrográficas em Situação de Vulnerabilidade e de Degradação Ambiental
- h. Programa de Ação Nacional de Combate à Desertificação e Mitigação dos Efeitos da Seca – Pan Brasil
- i. Programa Nacional de Controle da Qualidade do Ar – Pronar e Programa de Controle da Poluição do Ar por Veículos Automotores – Proconve
- j. Programa Brasileiro de Eliminação da Produção e do Consumo das Substâncias que Destroem a Camada de Ozônio – PBCO
- k. Plano Nacional sobre Mudança do Clima - PNMC
- l. Programa de Educação Ambiental para Sociedades Sustentáveis
- m. Programa Nacional de Capacitação de Gestores Ambientais – PNC
- n. Programa de Conservação, Manejo e Uso Sustentável da Agrobiodiversidade
- o. Programa Recursos Pesqueiros Sustentáveis
- p. Tarifa Social de Energia Elétrica
- q. Programa Luz para Todos
- r. Programa Nacional de Produção e Uso do Biodiesel – PNPB
- s. Fontes Alternativas de Energia
- t. Eficiência Energética

2 . AGUA POTÁVEL E ESGOTAMENTO SANITÁRIO

- a. Programa Saneamento para Todos
- b. Programa Saneamento Rural
- c. Construção de Cisternas
- d. Programa Serviços Urbanos de Água e Esgoto
- e. Programa Drenagem Urbana Sustentável
- f. Programa Resíduos Sólidos Urbanos

3 – ASSENTAMENTOS PRECÁRIOS

- a . Financiamento à auto-gestão
- b . Programa de Arrendamento Residencial - PAR
- c . Programas Carta de Crédito Associativo e Carta de Crédito Individual
- d . Programa Habitação de Interesse Social
- e . Programa de Urbanização, Regularização e Integração de Assentamentos Precários
- f . Programa Minha Casa Minha Vida - PMCMV
- g . Programa Papel Passado



ODM 7

GARANTIR A SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

META 10

Reduzir pela metade, até 2015, a proporção da população sem acesso permanente e sustentável a água potável e esgotamento sanitário

INDICADORES DAS NAÇÕES UNIDAS

INDICADOR 30

Proporção da população (urbana e rural) com acesso a uma fonte de água tratada, para o acesso a água por rede geral, poço ou nascente ou outro tipo

INDICADOR 31

Proporção da população com acesso a melhores condições de esgotamento sanitário - urbano e rural para esgoto por rede geral, fossa séptica, fossa rudimentar e outros tipos

INDICADORES BRASILEIROS

INDICADOR A

Percentual de moradores em domicílios particulares permanentes com abastecimento de água adequado, em áreas urbanas e rurais

INDICADOR B

Percentual de moradores em domicílios particulares permanentes urbanos com acesso simultâneo a água canalizada interna de rede geral e esgoto de rede geral ou fossa séptica

META 11

Até 2020, ter alcançado uma melhora significativa na vida de pelo menos 100 milhões de habitantes de assentamentos precários

INDICADORES DAS NAÇÕES UNIDAS

INDICADOR 32

* proporção de domicílios com posse segura da moradia

INDICADORES BRASILEIROS

INDICADOR A

Domicílios em aglomerados subnormais, por grandes regiões

INDICADOR B

Déficit habitacional quantitativo por faixa de renda e situação do domicílio

INDICADOR C

Números de domicílios em assentamentos informais

INDICADOR D

Número de favelas, cortiços, loteamentos irregulares e loteamentos clandestinos

INDICADOR E

Indicador de satisfação da população com a condição de moradia por grandes regiões

INDICADOR F

Percentual de famílias por existência de problemas no domicílio

INDICADOR G

Percentual de domicílios particulares permanentes urbanos com condições de moradia adequadas, segundo grandes regiões e cor/raça dos chefes de domicílio

PRINCIPAIS INICIATIVAS DO GOVERNO FEDERAL

1 . RECURSOS AMBIENTAIS

- a. Programa de Conservação e Uso Sustentável da Biodiversidade e dos Recursos Genéticos
- b. Programa de Conservação e Recuperação dos Biomas Brasileiros
- c. Programa de Prevenção e Combate aos Desmatamentos, Queimadas e Incêndios Florestais – Florescer
- d. Programa Nacional de Florestas – PNF
- e. Programa Comunidades Tradicionais
- f. Programa Probacias – Conservação de Bacias Hidrográficas
- g. Programa de Revitalização de Bacias Hidrográficas em Situação de Vulnerabilidade e de Degradação Ambiental
- h. Programa de Ação Nacional de Combate à Desertificação e Mitigação dos Efeitos da Seca – Pan Brasil
- i. Programa Nacional de Controle da Qualidade do Ar – Pronar e Programa de Controle da Poluição do Ar por Veículos Automotores – Proconve
- j. Programa Brasileiro de Eliminação da Produção e do Consumo das Substâncias que Destroem a Camada de Ozônio – PBCO
- k. Plano Nacional sobre Mudança do Clima - PNMC
- l. Programa de Educação Ambiental para Sociedades Sustentáveis
- m. Programa Nacional de Capacitação de Gestores Ambientais – PNC
- n. Programa de Conservação, Manejo e Uso Sustentável da Agrobiodiversidade
- o. Programa Recursos Pesqueiros Sustentáveis
- p. Tarifa Social de Energia Elétrica
- q. Programa Luz para Todos
- r. Programa Nacional de Produção e Uso do Biodiesel – PNPB
- s. Fontes Alternativas de Energia
- t. Eficiência Energética

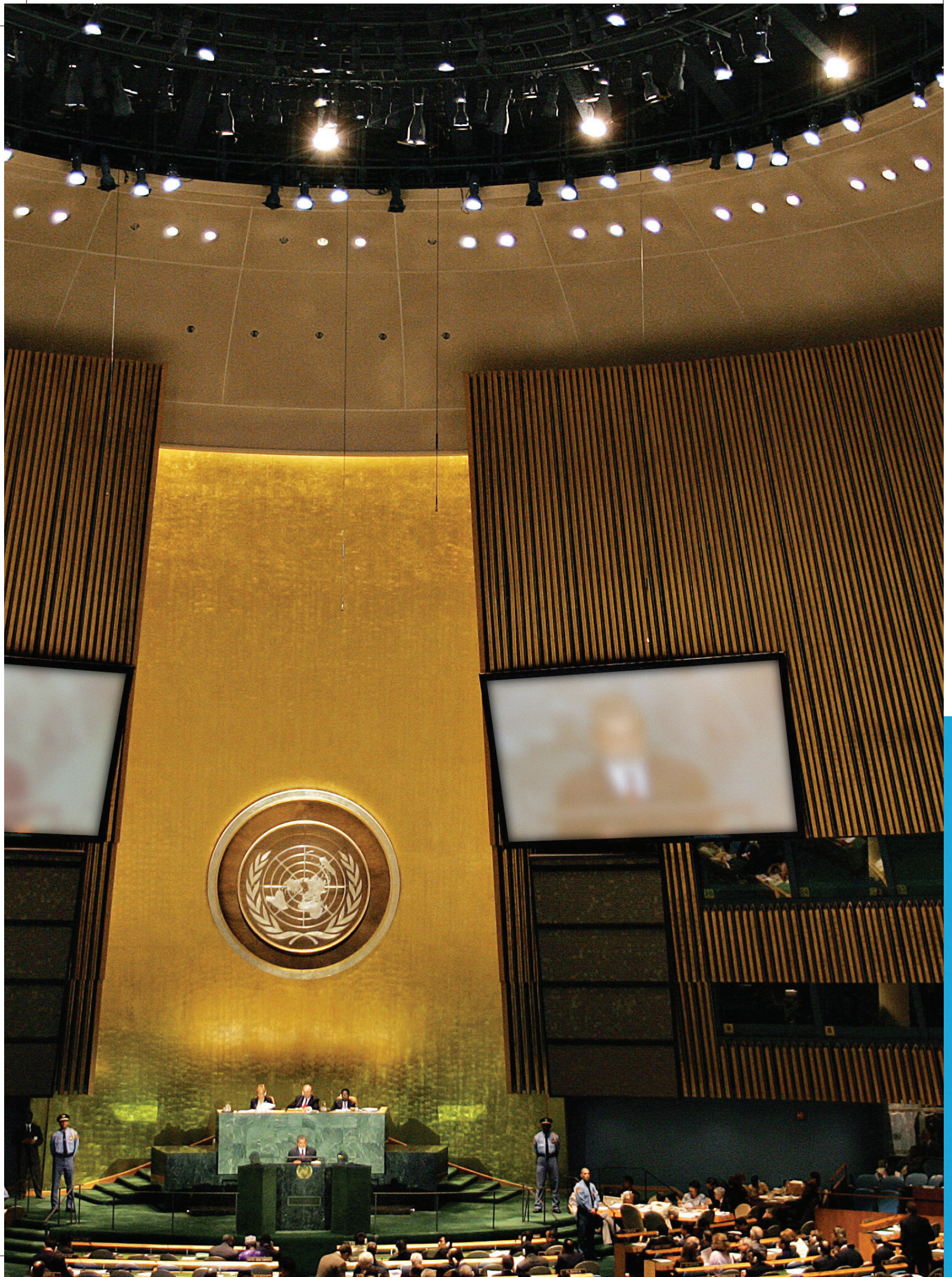
2 . AGUA POTÁVEL E ESGOTAMENTO SANITÁRIO

- a. Programa Saneamento para Todos
- b. Programa Saneamento Rural
- c. Construção de Cisternas
- d. Programa Serviços Urbanos de Água e Esgoto
- e. Programa Drenagem Urbana Sustentável
- f. Programa Resíduos Sólidos Urbanos

3 – ASSENTAMENTOS PRECÁRIOS

- a . Financiamento à auto-gestão
- b . Programa de Arrendamento Residencial - PAR
- c . Programas Carta de Crédito Associativo e Carta de Crédito Individual
- d . Programa Habitação de Interesse Social
- e . Programa de Urbanização, Regularização e Integração de Assentamentos Precários
- f . Programa Minha Casa Minha Vida - PMCMV
- g . Programa Papel Passado





8

ESTABELECECER UMA PARCERIA MUNDIAL PARA O DESENVOLVIMENTO



BRASIL ATUA PARA MELHORAR AS REGRAS DO JOGO EM PROL DO DESENVOLVIMENTO

O crescimento econômico sustentado, a redução da vulnerabilidade externa, a estabilidade política e o aprimoramento das políticas sociais têm permitido ao País uma atuação mais pró-ativa no cenário internacional, baseada no compartilhamento de conhecimentos e de experiências bem sucedidas de desenvolvimento. Dessa forma, coerentemente com os esforços empreendidos no âmbito dos programas nacionais de combate à pobreza e à exclusão social, o Brasil tem instado a comunidade internacional a assumir a responsabilidade pela segurança alimentar global.

Em linhas gerais, o Brasil tem atuado em duas frentes. Por um lado, tem colaborado efetivamente, de forma propositiva, para a construção de uma agenda internacional a favor do desenvolvimento e expandido sua participação em organismos e programas internacionais, procurando propor e negociar mudanças nas regras de governança global. Assim, vem contribuindo de forma ativa nos foros internacionais e, por meio de articulações com outros países, para a construção de um mundo menos assimétrico. Nesse contexto, tem propos-

to medidas de melhor governança sobre os fluxos financeiros, regras de comércio mundial mais justas para os países pobres e ampliação da participação dos países em desenvolvimento nos organismos internacionais, em particular no Sistema ONU, nas instituições de Bretton Woods (Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial), na Organização Mundial de Comércio e nas instituições de negociação e definição de normas e padrões de monitoramento e gestão dos riscos dos sistemas financeiros nacionais e internacionais (Comitê de Basileia, Conselho de Estabilidade Financeira e Organização Internacional das Comissões de Valores Mobiliários).

A grave crise econômica, cujo epicentro foi o sistema financeiro dos países industrializados, fragilizou velhos conceitos de governança global, sobretudo no que se refere às relações com os países em desenvolvimento. A imposição de boas práticas e de condicionalidades foi substituída pelo reconhecimento dos governos e dos agentes econômicos dos países industrializados da importância crescente das economias em desenvolvimento.

Por outro lado, o País tem ampliado sua participação em diversas ações de cooperação com países em desenvolvimento, em especial com os da América do Sul, da América Central e da África. As ações de cooperação técnica Sul-Sul de que o Brasil participa são inspiradas no conceito de diplomacia solidária, na qual se colocam à disposição de outros países em desenvolvimento as experiências e os conhecimentos de instituições especializadas domésticas, sem a imposição de condicionalidades e desvinculadas de interesses comerciais ou fins lucrativos, nas áreas consideradas mais relevantes pelos próprios países parceiros. Neste ensejo, o Governo brasileiro tem particular cuidado em atuar com base nos princípios do respeito à soberania e da não intervenção em assuntos internos das outras nações.

A convicção brasileira de que a cooperação técnica complementa esforços nacionais de políticas públicas, por meio de compartilhamento de experiências, reforça a ideia de ações com transferência de conhecimento e tecnologias, com base em uma agenda comum entre os países, fundamentada no respeito mútuo.

Neste escopo, o país prioriza ações que promovam ampliação de acesso a medicamentos, capacitação técnica, fomento à pesquisa e à inovação tecnológica e assistência humanitária. Essas iniciativas de cooperação, que contribuem com a autonomia dos países e a sustentabilidade das ações, demonstram o compromisso do País com a redução de atritos, apaziguamento de conflitos internacionais e fortalecimento de laços de amizade entre os países.

Para tanto, o Governo brasileiro pretende, no futuro imediato, aprovar um novo

marco legal para as atividades de cooperação prestadas pelo Brasil ao exterior e, vinculada a isso, a implementação de um novo modelo institucional, de forma que se conte com os recursos técnicos, gerenciais e operacionais para atender, de forma cada vez mais qualificada e eficaz, as diferentes demandas por cooperação que o Brasil tem sido crescentemente instado a apoiar.

Ademais, o Governo brasileiro tem manifestado preocupação ante o fato de que o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio não será possível sem aporte significativo de recursos adicionais, especialmente para os países mais pobres. A despeito do Consenso de Monterrey, negociado pela Secretaria-Geral das Nações Unidas, os países ricos não estão destinando 0,7% do Produto Interno Bruto (PIB) em Assistência Oficial ao Desenvolvimento.

É necessário, portanto, maior empenho dos países mais ricos para auxiliar os mais pobres a vencerem as armadilhas da pobreza; a reduzir, se não eliminar, tarifas e subsídios agrícolas que dificultam o acesso das exportações dos países em desenvolvimento aos seus mercados; a flexibilizar patentes restritivas que impedem o acesso à tecnologia; e a aliviar o peso das dívidas externas.

Com o intuito de promover e reafirmar a importância do cumprimento dos ODM, o Brasil participa ativamente de diversas iniciativas visando à cooperação em metas específicas, como a Campanha Global pelos ODM relacionados à Saúde e a *Millennium Development Goals Call to Action*, que buscam construir uma visão comum sobre as diferentes medidas a serem tomadas e difundir ações bem sucedidas na implementação dos ODM.



*Desenvolvimento
de parcerias
Sul-Sul ajuda
na negociação
comercial
da OMC.*

A crise financeira global dificultou o cumprimento dos ODM. Estima-se que a crise tenha gerado, até o final de 2009, a perda de 38 milhões de empregos em todo o mundo. Os grupos mais vulneráveis, como os migrantes, mulheres, idosos, trabalhadores com baixa qualificação e pessoas de menor renda devem ser os mais prejudicados. Os países mais pobres, com pequena carga tributária, instituições financeiras precárias, mercados para títulos de dívida pública limitados enfrentam maiores restrições para promover políticas anticíclicas eficazes. Nesse contexto, o ODM 8 – estabelecer parceria mundial para o desenvolvimento – ganha ainda mais importância, ao se fazer essencial o comprometimento de toda a comunidade internacional, sobretudo dos países desenvolvidos, para melhorar as condições de vida da população mundial, com esforços embasados em princípios éticos, humanistas e de justiça social.

O Brasil tem agido de forma ativa no sentido de contribuir com mudanças nas instituições da governança internacional e melhorar as regras do jogo em prol do desenvolvimento. Seja em organizações responsáveis por temas econômicos, financeiros e comerciais, seja em foros políticos, tais mudanças, na configuração da ordem mundial, auxiliariam na estruturação de um novo contexto internacional no qual a agenda do desenvolvimento estaria mais presente e o multilateralismo reforçado.

**Mudar as regras do
sistema financeiro
em prol do
desenvolvimento**

Seguindo a tradição brasileira de atuação em foros internacionais com vistas a fortalecer o multilateralismo e a estabelecer uma ordem internacional menos assimé-

trica, o Brasil desempenhou papel indispensável para consolidar o G-20 Financeiro como novo centro da cooperação econômica do século XXI. No auge da crise financeira global, em 2008, o Governo brasileiro assumiu a presidência do G-20, o que permitiu ao País influenciar decisivamente a elaboração da agenda para as Cúpulas que viriam a ocorrer mais tarde em Washington, Londres e Pittsburgh, de modo a introduzir, na pauta desses encontros, assuntos que dificultam o avanço dos países em desenvolvimento.

Merece destaque, em particular, a inédita e bem-sucedida iniciativa brasileira de convidar a Organização Internacional do Trabalho (OIT) para participar das discussões do G-20 na Cúpula de Londres, em abril de 2009, o que revela a preocupação brasileira em inserir questões relativas ao emprego na agenda desse novo foro de líderes.

A ênfase do Brasil à temática socioeconômica, por sua vez, refletiu-se no comprometimento dos membros do G-20 com a implementação de planos de recuperação da economia que contemplem a recuperação do emprego, priorizem a criação de postos de trabalho e apoiem o trabalho decente, em consonância, portanto, com a meta 16 dos ODM.

A reforma das instituições multilaterais constitui também um dos temas centrais da atuação do Governo brasileiro no âmbito do G-20 Financeiro. O Brasil, junto com outras economias emergentes, defende a necessidade de reorganização da estrutura de poder dessas instituições, legitimando o papel crescente dos países em desenvolvimento na ordem financeira internacional.

Nas discussões sobre a reforma do sistema financeiro internacional no âmbito do G-20, o Brasil tem trabalhado para elevar o poder de voto dos países em desenvolvimento, com vistas a ampliar sua representatividade nas instâncias decisórias mundiais. Como resultado, na Cúpula de Pittsburgh houve acordo para que se aumente as quotas e, conseqüentemente, o poder de voto dos países emergentes de, no mínimo, 5% no Fundo Monetário Internacional (FMI), e de 3% no Banco Mundial a ser concluído até 2011.

Não obstante o avanço, o Governo brasileiro tem empreendido esforços para ampliar tais percentuais, de modo que eles cheguem a totalizar 7% e 6%, respectivamente. Além disso, o Brasil e outros países emergentes tornaram-se membros do Comitê de Supervisão Bancária da Basileia,

do Conselho de Estabilidade Financeira (FSB) e da Organização Internacional das Comissões de Valores Mobiliários (IOSCO, na sigla em inglês) foros que detêm papel central na reformulação das regras do sistema financeiro internacional.

Há bastante tempo, os países em desenvolvimento defendem a ampliação dos mecanismos de financiamento compensatórios e/ou emergenciais, para facilitar o enfrentamento de choques negativos de crédito externo. Para serem eficazes, esses instrumentos de liquidez imediata deveriam estar disponíveis em volumes adequados, desembolsados rapidamente e condicionados apenas à presença de choques externos, sem outras exigências adicionais. Assim, durante as reuniões do G-20, o Brasil trabalhou para que as instituições financeiras internacionais, como o FMI e o Banco

QUADRO 1

A crise financeira internacional e o G-20

Com o aprofundamento da crise sistêmica global, após a falência do banco de investimento Lehman Brothers, em setembro de 2008, os países em desenvolvimento reforçaram a defesa pela ampliação do sistema de coordenação financeira internacional concentrado no G-8. O Governo brasileiro, junto com outras economias emergentes, defendia que o G-20 deveria tornar-se o principal centro decisório mundial, em lugar do G-8, no qual os países em desenvolvimento não estavam representados, com exceção da Rússia. Representando 90% do PIB mundial, 80% do comércio internacional e 2/3 da população do planeta, o G-20 seria, na perspectiva brasileira,

mais eficaz na coordenação da crise financeira internacional.

No início de outubro de 2008, na reunião do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial, os países em desenvolvimento conseguiram convencer as economias industrializadas a convocar uma cúpula para discutir a crise financeira global. O Brasil desempenhou papel crucial na convocação da cúpula, aproveitando-se do fato de que ocupava a presidência rotativa do Grupo. Em novembro de 2008, no auge da crise financeira, foi realizada em Washington a primeira Cúpula de Líderes dos países do G-20. Em 2 de abril de 2009, em Londres, realizou-se a segunda e, nos dias 24 e 25 de setembro de 2009, em

Pittsburgh, a terceira. A criação das cúpulas dos Líderes do G20 constituiu, então, o reconhecimento por parte das economias industrializadas de que a concertação econômica internacional deve passar necessariamente e, de forma crescente, pelo envolvimento das economias em desenvolvimento.

A mudança do *locus* decisório do G-8 para o G-20 revela-se, portanto, uma oportunidade histórica para que países em desenvolvimento possam ganhar espaço na conformação das regras financeiras internacionais, de modo a instrumentalizá-las em favor do desenvolvimento e, em especial, do cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.



Mundial, elevassem o volume de recursos disponíveis e facilitassem o acesso aos empréstimos com menos condicionalidades, principalmente para os países mais pobres, os mais prejudicados em períodos de crise econômica.

Em decorrência dessa demanda, o FMI criou novas linhas de empréstimos, como a Linha de Crédito Flexível. Nesta, ganha preeminência o conceito de condicionalidade *ex-ante*, segundo o qual o Fundo se dispõe a emprestar em grande escala e com rapidez a países que tenham um histórico sólido na condução de suas políticas econômicas. Para essa modalidade de empréstimo não haverá cartas de intenção, critérios de desempenho nem metas a cumprir ou monitoramento. Os países habilitados terão acesso rápido, praticamente automático aos recursos. Deve-se salientar que o Brasil teve um papel importante na formulação e negociação dessa linha.

Acordou-se ainda que o Fundo receberá US\$ 600 bilhões de reforço para a linha de crédito – *New Arrangements to Borrow* – destinada aos países membros. O Brasil deve participar com US\$ 14 bilhões. Cumpre salientar, ademais, que o Brasil votou favoravelmente no G-20 à emissão de Direitos Especiais de Saque em valor equivalente a US\$ 250 bilhões, dos quais aproximadamente US\$ 18 bilhões seriam alocados em países de baixa renda, que poderiam utilizar os recursos para aumentar suas reservas internacionais ou para sacá-los para resolver necessidades de financiamento externo.

É notório que os mercados financeiros internacionais são intrinsecamente instáveis e, portanto, sujeitos a surtos de euforia e contração abrupta da liquidez. Dada a ele-

vada volatilidade dos fluxos de capitais externos, recoloca-se também a necessidade de uma alternativa para o financiamento de longo prazo em países em desenvolvimento, capaz de ampliar os investimentos produtivos e em infraestrutura (energia, transporte, comunicações etc.), mediante a expansão dos mercados financeiros domésticos, tornando o processo de investimento menos dependente do financiamento externo.

Nesse sentido, desde 2008 o Brasil tem apoiado medidas anticíclicas para combater a crise financeira global e vem atuando ativamente em três organismos do Grupo Banco Mundial: Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD), Associação Internacional de Desenvolvimento (AID) e Corporação Financeira Internacional (IFC). Contando com a participação do Brasil, o Banco Mundial flexibilizou suas operações de empréstimos em favor dos países em desenvolvimento, que triplicaram no exercício financeiro de 2009, atingindo a cifra de US\$ 100 bilhões. O Governo brasileiro defendeu a utilização prioritária desses recursos para ações destinadas a proteger despesas sociais direcionadas a financiar redes de segurança eficazes, tais como merenda escolar, nutrição, projetos de transferência condicionais em dinheiro, que têm sido importantes vetores no cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Em relação ao papel desempenhado pelo Brasil na cooperação para o desenvolvimento, merece destaque a atuação na Associação Internacional de Desenvolvimento. Instituição que concede empréstimos aos países de baixa renda, a AID concentra suas operações em atividades vinculadas à promoção do crescimento e à redução da

pobreza, estreitamente ligadas aos ODM, tais como água e saneamento básico, educação, agricultura, nutrição, infraestrutura e saúde. Nesse contexto, vale destacar que o Brasil mantém a posição de maior contribuinte da AID entre as economias emergentes, o que demonstra o comprometimento do País com o desenvolvimento econômico.

Adicionalmente, é importante enfatizar a posição brasileira na Corporação Financeira Internacional, que apoia o desenvolvimento do setor privado em economias em desenvolvimento. Tendo em vista a forte redução das fontes de financiamento privado após a eclosão da crise financeira internacional, o Governo brasileiro empreendeu esforços para que a IFC ampliasse o financiamento para os países em desenvolvimento nas áreas de comércio, infraestrutura e microcrédito, a fim de contrabalançar a escassez nas fontes privadas de financiamento. Como resultado, em 2009, a Corporação Financeira Internacional adotou um conjunto de medidas em resposta à crise financeira global, disponibilizando US\$ 14,5 bilhões em financiamento para o setor privado de países em desenvolvimento.

Em consonância com a meta 15, que confere à comunidade internacional a responsabilidade de encontrar soluções para o problema da dívida dos países em desenvolvimento, o Brasil tem dado grandes contribuições e exemplos às nações desenvolvidas. Apesar de não pertencer ao grupo de países centrais que se comprometeram em 2000 a elevar a Assistência Oficial ao Desenvolvimento para, pelo menos, 0,7% de seu PIB, o Governo brasileiro tem contribuído para reduzir os débitos de nações pobres altamente endividadas.

Assim, na condição de credor, o País tem, desde 2005, renegociado dívidas externas em atraso de vários países pobres, principalmente de nações africanas. Ao todo, os descontos concedidos a países em desenvolvimento que deviam ao Brasil somaram US\$ 1,25 bilhão, dos quais mais de US\$ 1 bilhão referiam-se a países pobres altamente endividados

Coerente com essa linha de atuação, o Brasil tem apoiado e cooperado com a Iniciativa para Países Pobres Altamente Endividados (HIPC, na sigla em inglês) – para a redução das dívidas desses países. Comandada pelo Banco Mundial, FMI, Clube de Paris e Clube de Londres, a HIPC logrou reduzir o nível de endividamento dos Países de Menor Desenvolvimento Relativo (PMDR) nos últimos anos. O Brasil considera, contudo, que a HIPC não lida com a tendência estrutural desses países de se endividarem. Tal tendência decorre da forma de inserção dos PMDR nos fluxos globais de comércio e finanças. Por isso, o País considera que a maior abertura dos mercados dos países ricos às exportações dos PMDR, juntamente com o aumento dos recursos das instituições financeiras multilaterais para o desenvolvimento, é essencial para a solução dessa discrepância.

Considerando insuficientes os instrumentos existentes para atingir os ODM, o Brasil, junto com outros 58 países de diversos continentes, reunidos no *Leading Group*, comprometeram-se a criar mecanismos inovadores de financiamento ao desenvolvimento. Tal articulação deu continuidade à Ação Global contra a Fome e a Pobreza, lançada em 2004, na Assembleia-Geral das Nações Unidas pelos presidentes do Brasil, França, Chile e Espanha. Como resultado desse esforço, em outubro 2009 foi insti-



tuída uma Força Tarefa com a participação do Brasil para explorar a viabilidade técnica e política de uma taxa sobre fluxos financeiros. Estudos mostram, por exemplo, que uma contribuição de 0,005% sobre as transações cambiais garantiria cerca de US\$ 33 bilhões anuais para ações solidárias de combate à fome e à extrema pobreza. Além do Brasil, participam desse esforço: Alemanha, Áustria, Bélgica, Chile, Espanha, França, Itália, Japão, Noruega, Reino Unido e Senegal. O Brasil defende também o envolvimento do G-20 e do FMI nesse debate. Trata-se de buscar recursos adicionais aos compromissos assumidos para a Assistência Oficial ao Desenvolvimento pelos países doadores.

Mudar as regras do comércio internacional em prol do desenvolvimento

Conforme a meta 12 dos ODM, que visa a avançar no desenvolvimento de um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em regras previsíveis e não discriminatórias, o Brasil vem participando ativamente, e de forma propositiva, para garantir o êxito da Rodada de Doha da Organização Mundial do Comércio (OMC). Denominada oficialmente de Rodada do Desenvolvimento, e em curso desde 2001, a Rodada Doha tem como objetivo central tornar o sistema multilateral do comércio mais justo e equilibrado, de forma a contribuir para a promoção do desenvolvimento socioeconômico.

No âmbito dessa Rodada, o Brasil vem desempenhando papel de destaque nas negociações sobre agricultura como coordenador do G-20 Comercial, grupo de países em desenvolvimento criado na fase final da preparação para a V Conferência

Ministerial da OMC, em Cancun, em 2003. O G-20 foi instituído com o objetivo de tentar, como de fato o fez, impedir resultado predeterminado na Conferência de Cancun e de abrir espaço para as negociações em agricultura, em âmbito multilateral, consolidando-se como interlocutor essencial e reconhecido nas negociações agrícolas.

Os países desenvolvidos são responsáveis pelas principais distorções e restrições no tocante às políticas e comércio de produtos agrícolas. O elemento central que une os membros do G-20 é a explicitação dos subsídios à produção utilizados pelos países desenvolvidos e as restrições de acesso ao mercado desses países para produtos agrícolas. O Grupo tem reiterado o papel central da agricultura na Rodada Doha, que determinará o nível de ambição da Agenda para o Desenvolvimento. Esse é um imperativo político que deriva do Mandato de Doha no sentido de colocar a agricultura e o desenvolvimento no centro do sistema multilateral de comércio.

Na Organização Mundial do Comércio, a atuação do G-20 inscreve-se na mesma lógica de promover mudanças estruturais no processo negociador nos foros decisórios multilaterais. Até recentemente, eram escassas as oportunidades para os países em desenvolvimento influírem no processo decisório. Havia, portanto, um evidente desnivelamento no campo político das negociações. Daí a relevância da formação do G-20 Comercial, que tem ajudado a romper a estrutura concentrada de poder nas negociações da OMC, ao torná-la menos discriminatória e mais democrática, como prevê a meta 12 dos ODM.

Cumprе salientar que o Brasil obteve des-

*Brasil
reivindica
maior espaço
em foros
de decisão
mundial.*

taque enquanto articulador de um possível acordo, a partir do Pacote de Julho de 2008, apresentado pelo Diretor-Geral da OMC, Pascal Lamy. A partir disso, os membros da OMC aproximaram-se muito da conclusão da Rodada Doha, com a apresentação de um conjunto de medidas que refletia o equilíbrio possível nas negociações, com pouca margem para concessões adicionais, tanto em produtos agrícolas como em bens industriais e serviços. Lamentavelmente, o Pacote foi rejeitado.

Em 2009, uma série de encontros políticos de alto nível culminou com a realização da VII Conferência Ministerial da OMC, em Genebra, sem que fossem produzidos, contudo, avanços substantivos capazes de impulsionar a conclusão das negociações da Rodada.

A demora nas negociações da Rodada Doha demonstra o grau de dificuldade que a atuação externa dos países em desenvolvimento enfrenta quando se trata de reformar as regras de funcionamento das instituições multilaterais. Contudo, o Brasil está comprometido com a superação das divergências e com a adoção de compromisso político suscetível de tradução em ações concretas com vistas à rápida conclusão da Rodada Doha.

O Brasil também tem sido um participante ativo no sistema de solução de controvérsias da OMC. O País foi parte vitoriosa em dois importantes contenciosos no Órgão de Solução de Controvérsias da OMC. Um deles, contra a União Europeia, tinha como foco os subsídios europeus à exportação de açúcar. A ação brasileira tinha os objetivos de demandar o cumprimento das obrigações acordadas para o setor na Rodada Uruguai (1986-1994) e de redu-

zir o impacto das políticas comunitárias para o açúcar. Essas distorciam o mercado internacional, tanto por meio da redução dos preços, como por meio do deslocamento das exportações de terceiros países.

Em outro, contra os EUA, o Brasil questionou o apoio doméstico e os subsídios às exportações de algodão, que afetavam o mercado internacional. Vale salientar que a ação brasileira vai ao encontro de demandas de países pobres e produtores agrícolas, principalmente na África, que viram suas exportações de algodão afetadas pelos subsídios americanos. Os EUA foram condenados, mas não cumpriram as determinações do Órgão de Solução de Controvérsias da OMC, mantendo programa distorcivo de apoio interno e às exportações de algodão. Em 2009, em procedimento arbitral na OMC, o Brasil foi autorizado a adotar contramedidas. O País avalia que o resultado da ação contribui para fortalecer o mecanismo de solução de controvérsias da OMC, ao demonstrar que o sistema é capaz de reconhecer as evidentes assimetrias existentes entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento.

A diplomacia brasileira tem no multilateralismo comercial um foco importante de trabalho, tanto na perspectiva de reforma do sistema internacional como na relevância que desempenha para impulsionar o desenvolvimento aos países mais pobres, visando a ampliar os canais de participação das nações em desenvolvimento na reconfiguração da ordem econômica internacional.

Ainda no campo do comércio internacional, o Brasil, juntamente com outras economias em desenvolvimento, tem promovido esforços para firmar um acordo comercial

Governo brasileiro contribui para reduzir dívidas de nações pobres altamente endividadas.



abrangente, com vistas a adensar os laços comerciais entre esses países, o que não apenas reforça a tendência em curso de formação de uma nova geografia do comércio mundial Sul-Sul, mas também contribui para a criação de um sistema comercial mais aberto, previsível e menos discriminatório, como prevê a meta 12 do ODM 12.

Assim, em junho de 2004, ocorreu o lançamento da Terceira Rodada de Negociações no âmbito do Sistema Global de Preferências Comerciais (SGPC) entre países em desenvolvimento, denominada Rodada São Paulo, cuja finalidade consiste em promover o comércio internacional e estreitar a cooperação entre os países em desenvolvimento. Vale lembrar que o Acordo do SGPC entre países em desenvolvimento foi concluído em 1988 entre os membros do Grupo dos 77 e subsiste como um foro de negociação comercial e concertação política entre nações emergentes. Participam da Rodada São Paulo, além dos membros plenos do Mercosul (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai), Argélia, Chile, Cuba, Egito, Índia, Irã, Indonésia, Malásia, México, Marrocos, Nigéria, Paquistão, República da Coreia, República Democrática Popular da Coreia, Sri Lanka, Tailândia, Vietnã e Zimbábue.

Os termos do acordo, alcançado em dezembro de 2009, contemplam a posição defendida pelo Brasil durante a negociação de margem de preferência de pelo menos 20%, manutenção da cobertura de 70% e aplicação da margem de preferência sobre a tarifa vigente no momento da importação. No referido acordo, 22 países em desenvolvimento aprovaram as modalidades básicas de acesso a mercados para produtos agrícolas e industriais da Rodada São Paulo do SGPC, por ocasião de reunião

Ministerial em Genebra. O acordo prevê ainda que, em 2010, os países participantes iniciarão negociações bilaterais e plurilaterais com vistas a avançar ainda mais na liberalização comercial.

Vale destacar que o documento acordado teve como base proposta de texto apresentada pelo Brasil em novembro de 2009, com a finalidade de acelerar o processo negociador da Rodada São Paulo. A importância concedida à Rodada São Paulo pelo Brasil resulta dos potenciais benefícios para o comércio exterior brasileiro e para as relações Sul-Sul em suas diferentes dimensões.

Para se ter uma ideia da magnitude desse acordo, juntos esses países respondem por 13% do PIB mundial (cerca de US\$ 8 trilhões) e 15% do comércio internacional (aproximadamente US\$ 5 trilhões). Além disso, o mercado consumidor é significativo, uma vez que mais de 2,6 bilhões de pessoas vivem em seus territórios, o que corresponde a aproximadamente 38% da população mundial.

A conclusão das negociações de modalidades em 2009 emite sinal inequívoco sobre a disposição dos países em desenvolvimento, e do Brasil em particular, para se engajar em compromissos que promovam o comércio internacional, principalmente frente ao impasse da Rodada Doha da OMC. O Governo brasileiro entende que o acordo é um passo sem precedentes no avanço da cooperação Sul-Sul.

O Brasil também tem servido de exemplo na esfera comercial. Conforme anunciado na última reunião Ministerial da OMC, realizada em Genebra em novembro e dezembro de 2009, o Brasil irá conceder

acesso *Duty-Free* (livre de tarifa), *Quota-Free* (livre de cota) aos países de menor desenvolvimento relativo até meados de 2010, independentemente da conclusão da Rodada Doha. O Mercosul autorizou o Brasil a adotar o programa e o Brasil segue convidando os demais sócios do bloco a acompanhá-lo nessa iniciativa. Inicialmente, o tratamento preferencial será concedido para 80% das linhas tarifárias brasileiras, devendo-se chegar a 100% em quatro anos. Será designado um ente governamental responsável por oferecer, caso solicitado pelos países de menor desenvolvimento relativo, assistência técnica para a utilização do regime *Duty-Free*, *Quota-Free*.

O programa brasileiro demonstra o comprometimento do País com o aprofundamento do comércio mundial, em especial do comércio Sul-Sul. O programa deverá beneficiar todos os integrantes da lista de países de menor desenvolvimento relativo da ONU. Em suma, a postura do Brasil, ao conceder tais preferências comerciais, independente dos resultados da Rodada Doha, reflete o compromisso do País em atender às necessidades dos países menos desenvolvidos em questões comerciais, em sintonia, portanto, com as diretrizes presentes na meta 13 dos ODM.

Mudar as regras do jogo na área de direitos de propriedade em defesa do direito à saúde e à informação

A atuação do Brasil em foros internacionais com vistas a fortalecer o multilateralismo e a promover uma ordem internacional mais justa e solidária também se destaca no campo da saúde. O Brasil foi um dos principais atores responsáveis pela aprova-

ção, durante a 61ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada em maio de 2008, da Estratégia Global sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual. Entre os resultados dessa Estratégia está o de corroborar o papel da Organização Mundial da Saúde (OMS) como provedora de apoio técnico e político aos países que pretendem fazer uso das flexibilidades previstas no Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS).

Além disso, reafirma a importância do uso de mecanismos já existentes relacionados ao desenvolvimento de tecnologias, à inovação e à garantia do acesso aos medicamentos, bem como a introdução de novos mecanismos. A Estratégia Global sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual está orientada para as necessidades de saúde pública e para as prioridades dos países em desenvolvimento, na busca de ações concretas como a rápida entrada dos medicamentos genéricos no mercado. Ainda durante a 61ª AMS, o Governo brasileiro anunciou a doação de US\$ 500 mil para o programa da OMS encarregado de levar a cabo as ações previstas na Estratégia Global.

Em âmbito regional, o Brasil engajou-se na aprovação pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), instituição regional da Organização Mundial de Saúde, de resolução que corrobora os principais pontos presentes no documento da Estratégia Global.

Na questão de propriedade intelectual e acesso a medicamentos, cumpre destacar o papel relevante do Brasil como único país da América Latina a utilizar-se da licença compulsória em medicamentos, direto



previsto no Acordo TRIPS e na Declaração de Doha sobre TRIPS e Saúde Pública. A medida conseguiu reduzir os custos de aquisição do Efavirenz 600mg – remédio essencial para o tratamento do HIV/AIDS – de US\$ 1,59 para US\$ 0,4594, incluindo o custo de aquisição de empresas indianas, o frete e os *royalties* pagos aos detentores da patente. É importante sublinhar que o Brasil é pioneiro em proporcionar acesso universal e gratuito a diagnóstico, prevenção e tratamento às pessoas com HIV/AIDS por meio do Sistema Único de Saúde.

Em 2008, o Brasil aderiu ao Protocolo de Emenda ao artigo 31 de TRIPS, que permite a exportação de medicamentos sob licença compulsória para países com capacidade de fabricação insuficiente ou inexistente. O Protocolo de Emenda entrará em vigor a partir do momento em que for alcançado número de ratificações correspondente a dois terços dos Membros da OMC. A data limite para aprovação do Protocolo foi prorrogada para 31 de dezembro de 2011.

Em outubro de 2009, o Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas (CDH) aprovou, por consenso, projeto de resolução de iniciativa do Fórum de Diálogo Brasil-Índia-África do Sul (IBAS), com o apoio do Egito, sobre o tema de acesso a medicamentos. A resolução aprovada, intitulada *Acesso a medicamentos no contexto do direito à saúde*, contou com o copatrocinio de 32 países, em sua maioria do mundo em desenvolvimento, e resultou de intenso processo negociador no qual as economias desenvolvidas opuseram firme resistência, em particular os Estados Unidos, o Japão e a União Europeia.

A aprovação do projeto de iniciativa do

IBAS representou importante avanço no tratamento do tema de acesso a medicamentos no CDH. Reconheceu-se que tal acesso é um elemento fundamental para a realização do direito à saúde. Até o momento, o debate estava circunscrito, no âmbito do Sistema das Nações Unidas de direitos humanos, a algumas doenças transmissíveis ou negligenciadas.

Os termos aprovados na 12ª sessão do CDH constituem passo adiante de grande relevância na medida em que não se limitam à questão de acesso a medicamentos a nenhuma doença específica, significando a ampliação do escopo do conceito a todo o universo de enfermidades. Essa iniciativa do IBAS é uma clara demonstração de que a cooperação Sul-Sul pode ser um instrumento poderoso para a promoção do desenvolvimento, em geral, e para o cumprimento da meta 17 dos ODM, em particular, que prevê um maior acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis nos países menos desenvolvidos.

As iniciativas brasileiras supracitadas, em cooperação com outras economias emergentes em favor de maior acesso a medicamentos, estão em linha com as diretrizes presentes na Agenda para o Desenvolvimento, lançada em 2004 por Brasil e Argentina, que visava a tornar o desenvolvimento elemento crucial em todas as negociações levadas a cabo na Organização Mundial da Propriedade Intelectual e na elaboração de políticas de proteção à propriedade intelectual de uma forma geral.

Rapidamente apoiada por treze países em desenvolvimento, a proposta Brasil-Argentina de uma Agenda para o Desen-

volvimento advogava que, a despeito dos significativos progressos científicos e tecnológicos, existia uma defasagem de conhecimento e tecnologia que ainda separava os países ricos dos pobres.

Os dois países argumentavam ser extremamente importante que a proteção da propriedade intelectual não fosse concebida como um fim em si mesmo, mas um meio para o desenvolvimento tecnológico, econômico e social. Além disso, os países não deveriam receber o mesmo tratamento com relação à harmonização das leis de propriedade intelectual, mas discriminados com base nos diferentes níveis de desenvolvimento nacional.

De acordo com o Grupo de Amigos do Desenvolvimento, encabeçados pelo Brasil, a Organização Mundial da Propriedade Intelectual, enquanto agência da ONU, deveria pautar-se primordialmente pelos amplos objetivos de desenvolvimento que as Nações Unidas fixou para si mesma e, em particular, pelos ODM, e levar em conta todas as disposições pró-desenvolvimento do Acordo TRIPS e subsequentes decisões do Conselho do TRIPS, como a Declaração de Doha sobre TRIPS e Saúde Pública de 2001.

Mudar as regras da governança política em prol do desenvolvimento

A reforma do Conselho de Segurança das Nações Unidas se inscreve num processo mais amplo de reorganização do sistema internacional. Consoante a sua tradição de defesa da democratização dos foros multilaterais de decisão, o Brasil pleiteia que as instâncias decisórias mundiais reflitam mais fielmente a multipolaridade do sis-

tema mundial, de modo que possam ganhar maior representatividade e legitimidade perante a comunidade internacional. O País advoga, ademais, que o peso dos países em desenvolvimento no âmbito do Conselho de Segurança seja equivalente à sua importância na seara internacional.

A participação do Brasil em um Conselho de Segurança ampliado permitiria levar ao órgão nossas posições, nossos princípios e nossa visão de mundo, que é a de uma ordem internacional mais democrática, justa e solidária. Entre as credenciais que qualificam o País para ocupar um assento permanente no Conselho de Segurança, pode-se mencionar: a tradição pacífica; o papel histórico na qualidade de mediador de conflitos; a manutenção de relações diplomáticas cordiais com todos os países, que o qualifica como interlocutor confiável; aspectos demográficos, territoriais e econômicos; o fato de estar localizado na região mais desmilitarizada do mundo; ser membro originário da ONU; ser um dos participantes mais ativos em operações de paz das Nações Unidas; ser país em desenvolvimento que mais ocupou o assento eletivo do Conselho de Segurança, totalizando 10 mandatos a partir de 2010, frequência igualada somente pelo Japão.

As prioridades do País, como membro eleito para o Conselho de Segurança, incluem a estabilidade no Haiti, a situação na Guiné-Bissau, a paz no Oriente Médio, os esforços em favor do desarmamento, a promoção do respeito ao Direito Internacional Humanitário, a evolução das operações de manutenção da paz e a promoção de um enfoque que articule a manutenção da paz e a promoção do desenvolvimento socioeconômico.

Brasil promove os direitos humanos como forma de desenvolvimento global: acesso a medicamentos é direito de todos os indivíduos.



Brasil aposta na cooperação agrícola como forma de promover a segurança alimentar no mundo.

Ações de cooperação técnica do Brasil

O Brasil tem oferecido crescente e significativa assistência técnica para o desenvolvimento. Entre 2003 e 2009, o Governo brasileiro promoveu a negociação, aprovação e implementação de mais de 400 acordos, ajustes, protocolos e memorandos de entendimento com governos de países em desenvolvimento da América Latina, Caribe, África, Ásia e Oceania. Esse mesmo período testemunhou um crescimento superior a 150% no número de países beneficiários da cooperação brasileira (de 21 para 56 países), com uma carteira de projetos e atividades da ordem de US\$ 90 milhões. Somente na África, a cooperação brasileira atende atualmente a 22 países, com um orçamento total de aproximadamente US\$ 45 milhões. A pauta de cooperação brasileira foi fortemente potencializada a partir da intensa agenda de missões presidenciais brasileiras ao continente africano nos últimos anos. Para a América Latina têm sido destinados US\$ 40 milhões; e outros US\$ 5 milhões para o Timor Leste.

Com o objetivo de imprimir novo status e uma nova dinâmica para a cooperação, o Governo brasileiro passou a baseá-la em ações “estruturantes”, as quais oferecem diversas vantagens para a cooperação Sul-Sul e, principalmente, para os países beneficiários. Aumenta-se o impacto social e econômico sobre o público-alvo da cooperação e logra-se assegurar maior sustentabilidade dos resultados da cooperação do Brasil. Na montagem de iniciativas de cooperação, o Brasil procura implementar uma negociação genuína, que permita ao país beneficiário exercer sua apropriação do processo. Os esforços são nutridos por um senso de solidariedade do Brasil em sua condição de país em desenvolvimento, assim como a crença na possibilidade de criação de condições autossustentáveis de desenvolvimento.

Entre as iniciativas de cooperação, incluem-se aquelas que viabilizam operações trilaterais Sul-Sul em parceria com países

TABELA 1

Montante despendido em cooperação técnica por região

Região	Total
África	US\$ 45 milhões
América Latina	US\$ 40 milhões
Timor Leste	US\$ 5 milhões

Fonte: Agência Brasileira de Cooperação

desenvolvidos e organismos internacionais, bem como aquelas que são conduzidas em âmbito multilateral ou bilateral. Por um lado, o País possui vantagens comparativas para cooperação derivadas de suas experiências recentes e em curso, assim como de sua diversidade étnica, sua maior afinidade cultural com países em desenvolvimento e sua posse de tecnologias melhor adaptadas às realidades desses países. Por outro lado, doadores tradicionais e instituições multilaterais possuem alto potencial de apoio técnico e financeiro que é mais facilmente mobilizado. Essas iniciativas destacam-se em quatro grandes áreas:

Cooperação para o desenvolvimento agrícola

Na área de agricultura, a cooperação brasileira na América Latina e Caribe e África é bastante consolidada. Nessas regiões, projetos de extensão rural, fruticultura tropical e temperada, pecuária, pesca, vitivinicultura, entre outros, estão em andamento, com especial atuação da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa).

Na América Latina, merece destaque o projeto de apoio à criação de uma instituição pública de pesquisa agropecuária na Bolívia. Criado em parceria com a Embrapa, o *Instituto de Investigación Agropecuária y Forestal* deverá contribuir para a solução de um dos problemas sociais mais críticos daquele País, qual seja, o do abastecimento de sua população com alimentos, fibras e energéticos em quantidade e qualidade compatíveis com suas necessidades. O projeto inicial foi concluído com a elaboração de um Plano Estratégico para aquele instituto, e já se encontra em execução novo projeto que visa a dar continuidade ao apoio brasileiro para o fortalecimento da instituição de pesquisa boliviana.

Ademais, o governo da Bolívia pretende importar o modelo brasileiro de reforma agrária e já acertou com o Brasil um programa de cooperação. Técnicos do Instituto Nacional de Reforma Agrária da Bolívia têm visitado projetos de assentamentos e cooperativas rurais no Paraná, Santa Catarina e Distrito Federal e participado de painéis e debates no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incrá) com o objetivo de colher informações detalhadas das medidas adotadas no Brasil com relação à reforma agrária, organização de cadastro fundiário, georreferenciamento e titulação de imóveis rurais. Um dos principais problemas da Bolívia é a regularização fundiária de terras ocupadas por grupos indígenas; daí o interesse nessas medidas.

No âmbito do Mercosul, foram criados a Reunião Especializada de Agricultura Familiar do Mercosul (REAF) e o Fundo de Agricultura Familiar do Mercosul (FAF Mercosul). Desde 2005, a REAF vem fortalecendo as políticas públicas para o setor, promovendo o comércio dos produtos da agricultura familiar e facilitando a comercialização de produtos oriundos da agricultura familiar da região. As associações regionais de agricultura familiar participam das reuniões e ali expressam suas demandas. A REAF foi responsável pela criação de Secretarias e Ministérios relacionados aos temas do desenvolvimento agrário e da agricultura familiar em outros países do Mercosul. Cabe destacar que o setor responde por mais de 70% da produção regional de alimentos e gera trabalho produtivo e decente para milhões de famílias na região.

Devido às grandes solicitações da África na área de agricultura, decidiu-se pelo es-

Criação de fundos no Mercosul promove a agricultura familiar.



*Brasil
promove
parceria
com países
africanos
produtores
de algodão.*

tabelecimento de Escritório de Representação da Embrapa em Acra, Gana, com o objetivo de atuar como agente facilitador do processo de transferência de tecnologias agropecuárias e florestais dessa empresa, bem como de outras instituições brasileiras a países africanos. Atualmente, encontram-se executados projetos de cooperação técnica em agricultura em Angola, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Senegal, Camarões, Tunísia, Argélia, Namíbia, Tanzânia, Guiné-Bissau e Cabo Verde. Além disso, há projeto de cooperação agrícola que objetiva promover o desenvolvimento sustentável da cadeia do algodão dos países do *Cotton-4*: Benin, Burkina Faso, Chade e Mali.

Vale destacar que os programas bilaterais de cooperação técnica do Brasil na área

agrícola na África têm estimulado o desenvolvimento de iniciativas de cooperação triangular envolvendo países desenvolvidos. Entre os países com os quais o Brasil está trabalhando em projetos triangulares, destacam-se o Japão e os EUA, com os quais se encontram em fase de elaboração projetos de perfil estruturante no campo da agricultura. No caso da parceria entre o Brasil e o Japão, a intenção é replicar a experiência do programa Prodecir nas áreas de savana no norte de Moçambique. Com os EUA, também se pretende atuar no enfoque de projetos estruturantes, a exemplo da instalação de unidades de demonstração de produção agrícola em Moçambique. Com a França, o Brasil mantém negociações para cooperação conjunta na África, especialmente em Moçambique e Camarões, na área da agricultura, além

QUADRO 2

A cooperação do Brasil no Haiti

O Brasil está comprometido com a busca por soluções duráveis para os problemas enfrentados pelos haitianos desde 2004. O País enviou contingentes de mais de 1.200 militares a fim de contribuir com as operações de paz, bem como com o Comando da Força da Missão das Nações Unidas para a Estabilização do Haiti (MINUSTAH). Anteriormente ao terremoto que acometeu o País caribenho, o Governo brasileiro planejava avançar com as ações de construção da paz, fase na qual a força militar deveria ser gradualmente substituída pelas ações civis que visavam ao estabelecimento de condições de desenvolvimento.

Em 2008, a cooperação com o Haiti notabilizou-se pela proposta de adotar uma estratégia de su-

porte a áreas prioritárias para o desenvolvimento socioeconômico daquele País e ao processo de estabilização do estado haitiano. Iniciaram-se, entre outras, experiências de cooperação referentes à implantação de projeto de agricultura e combate à violência de gênero. Do mesmo modo, 12 iniciativas de cooperação técnica encontravam-se em execução e compreendiam projetos e atividades.

Entre essas iniciativas, vale ressaltar a construção de 13 cisternas familiares, na região de Ganthier, a fim de promover a transferência de tecnologias de construção de sistemas de captação e armazenamento de água de chuva. Cerca de 50 pessoas foram capacitadas pela Embrapa e pelo Instituto Regional Pequena

Agropecuária Aplicada, tanto na construção das cisternas e bombas manuais como na gestão da água. Espera-se que essas pessoas atuem como agentes multiplicadores de conhecimento em suas comunidades.

Na cooperação em saúde, destaca-se a participação brasileira no aprimoramento do programa haitiano de imunização. Executado em parceria com a Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional, a iniciativa promoveu a capacitação de técnico haitiano no Brasil, bem como a doação de materiais para a conservação de vacinas e para a imunização da população, tais como 10 refrigeradores movidos a energia solar, 500 termômetros digitais, 500 analógicos e 10 congeladores a gás.

de uma ação no Haiti para a criação de um banco de leite materno.

Também por meio de cooperação triangular, o Governo dá assistência técnica a países na África e América Central e Caribe interessados em explorar seu potencial como produtor de etanol. A experiência brasileira mostrou o potencial da produção de etanol para geração de renda, trabalho e segurança energética. Durante a Conferência Internacional de Biocombustíveis, em outubro de 2008, em São Paulo, Brasil e Estados Unidos assinaram um novo Memorando de Entendimento ampliando esta cooperação para nove países: El Salvador, República Dominicana, Haiti, São Cristóvão e Névis, Honduras, Guatemala, Jamaica, Senegal e Guiné-Bissau. Um mesmo tipo de cooperação triangular foi iniciado em outubro de 2009 com a União Europeia e envolve a União Africana. A vantagem, para os países africanos, é poderem contar com o mercado europeu aberto (tarifa zero) caso se confirme um potencial de exportação de biocombustíveis. Em todos os casos é realizado primeiramente estudo de viabilidade técnica que leve em conta o impacto esperado sobre o meio ambiente. A cooperação técnica na área de cana-de-açúcar para a produção do etanol é acompanhada por esforços para o aumento da produtividade de outras culturas, especialmente de alimentos para o mercado interno, para a qual o Brasil contribui com cooperação técnica notadamente da Embrapa.

Cooperação em saúde

Segundo a Organização Mundial da Saúde, 30% da população mundial (cerca de dois bilhões de pessoas) não possuem acesso a medicamentos essenciais. As razões para essa situação são diversas, entre as

quais o preço ocupa posição central. Algumas estatísticas indicam que melhorar o acesso aos medicamentos existentes poderia salvar dez milhões de vidas a cada ano, quatro milhões delas na África e Sudeste Asiático.

Consciente dos desafios que tem enfrentado na difícil meta de proporcionar acesso universal à saúde para sua população, o Brasil realizou importantes missões internacionais com o intuito de agregar conhecimento e ações de grandes transcendências em áreas como a produção de vacina contra a febre amarela, a descrição de Doença de Chagas, os estudos de grandes endemias, o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde e a bem sucedida orientação no combate a HIV/AIDS. Além disso, contribuiu para o desenvolvimento de estrutura e de sistemas de saúde – em países de proximidades geográficas e culturais, como a América Latina e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) –, junto a instituições nacionais desses países em projetos que incluem: 25 escolas de saúde pública, 50 escolas técnicas de saúde, 20 institutos de saúde pública e centros de produção de insumos (imunobiológicos e medicamentos).

No âmbito da América Latina, o desenvolvimento de parcerias na área da Saúde vem ganhando importância na ação externa brasileira. As iniciativas variam em composição e parceiros. Na esfera bilateral, um exemplo é o termo de cooperação existente com o governo de Cuba para a produção do medicamento *Interferon Peguilado*, utilizado no tratamento das hepatites virais, que pretende baratear os custos do tratamento da doença. Ademais, o País tem participado de termos de cooperação triangular, com o intuito de integrar es-



*A experiência
brasileira
mostrou o
potencial da
produção
de etanol
para geração
de renda,
trabalho e
segurança
energética.*

forços, intercambiar experiências e potencializar instrumentos de financiamento. Neste contexto, vale citar a triangulação Brasil-Agência de Cooperação dos Estados Unidos (USAID)-São Tomé e Príncipe, para o apoio a estruturação do programa de Controle e Vigilância da Malária de São Tomé e Príncipe, de forma sustentável.

Outra iniciativa de êxito que também deve ser destacada é a implantação de bancos de leite humano, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em doze países das Américas do Sul e Central e do Caribe. Os bancos são instalados em hospitais localizados em pontos estratégicos, para que seu modelo seja reproduzido em outras regiões no interior dos países, de forma que se possam fomentar redes nacionais capazes de fortalecer o atendimento à saúde materna e infantil. Os bancos de leite humano têm contribuído para a redução da mortalidade infantil nas regiões onde suas atividades já foram iniciadas, razão pela qual o tema foi levado ao âmbito da Cúpula Ibero-Americana, em 2008. Por meio da cooperação brasileira, busca-se estabelecer um intercâmbio das experiências adquiridas durante a execução dos projetos bilaterais que permitiram a implantação de cada um dos bancos de leite em funcionamento. Dessa forma, pretende-se estabelecer uma Rede Ibero-Americana de Bancos de Leite Humano, que proporcionaria a troca de conhecimentos e transferência tecnológica em aleitamento materno, componentes estratégicos para o cumprimento dos ODMs, em especial o ODM 4.

Em 2008, foi lançado pelo Governo brasileiro o programa nacional Mais Saúde: Direito de todos, que traça diretrizes estratégicas de proporcionar ao cidadão condi-

ção de vida saudável associada ao modelo de desenvolvimento vigente no País. No escopo do documento, desenvolveram-se metas para inserir o Programa de Saúde para a Fronteira (SIS-Fronteira) na perspectiva de fortalecimento da integração da América do Sul. Em razão das dificuldades de acesso a serviços assistenciais e a ausência de controle das ações de saúde pública nos países de fronteira com o Brasil, tem-se observado aumento do fluxo de circulação das populações residentes na região, na busca de melhor oferta de serviços de saúde e de medicamentos.

No entanto, o salto para uma cooperação mais efetiva tem sido a substituição de ações pontuais e dispersas por ações articuladas, com projetos prioritários de maior envergadura e organicidade que possam vir a ter mais impacto e perspectiva de sustentabilidade e autonomia dos países, tal como a proposta brasileira de criação do Conselho de Saúde Sul-Americano. Constituído em 2009, na cidade de Santiago, Chile, o conselho tem por objetivo o controle da dengue nos países da América do Sul, por intermédio de ações integradas de vigilância epidemiológica. Os surtos da dengue que afetam diversos países da União das Nações Sul-Americanas (UNASUL) evidenciam a necessidade de atuar de maneira decidida e concertada para enfrentar a doença, dado que não existe vacina ou medicamento para sua prevenção.

No continente africano, a cooperação brasileira tem se concentrado, sobretudo, em ações de apoio ao combate a malária, HIV/AIDS e anemia falciforme. Ao dar continuidade aos esforços de cooperação no combate ao vírus do HIV/AIDS, o Governo brasileiro liberou a transferência de R\$ 13,6 milhões para a instalação de uma

fábrica de antirretrovirais genéricos em Maputo, Moçambique. A doação faz parte da primeira etapa de termo de cooperação entre os governos brasileiro e moçambicano, em que a Fiocruz aplicará diretamente os recursos no desenvolvimento do projeto da unidade e na compra de todos os equipamentos, enquanto Moçambique realiza as obras com trabalhadores de seu País. O Governo brasileiro capacitará os profissionais de saúde moçambicanos que atuarão na fábrica, bem como apoiará o fortalecimento institucional do órgão público responsável pelas atividades de regulação sanitária. Espera-se que a fábrica possa beneficiar não apenas Moçambique, mas também outros países africanos assolados pela epidemia da AIDS.

Em outubro de 2008, foi inaugurado o Escritório Técnico da Fiocruz, em Moçambique, um braço de cooperação internacional entre o Brasil e países de língua portuguesa na área de saúde pública. Em maio de 2009, medidas de capacitação profissional foram realizadas, para a formação de moçambicanos pelo Programa de Mestrado em Ciências da Saúde, promovido pela Fiocruz em parceria com o Ministério da Saúde de Moçambique. A iniciativa faz parte de meta brasileira de apoiar, em larga escala, a formação de técnicos em saúde em cinco países (Angola, São Tomé, Guiné-Bissau, Moçambique e

Cabo Verde), por meio da específica experiência do Brasil com o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae).

Do mesmo modo, o Brasil apoiou ativamente a criação do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária, doenças alvo do ODM 6, com o qual contribui regularmente, com recursos técnicos e financeiros. É também um dos membros fundadores do UNITAID, central internacional de compra de medicamentos para AIDS, malária e tuberculose, para o qual colabora anualmente com mais de US\$ 11 milhões, o suficiente para tratar 154 mil crianças soropositivas por ano. Com público-alvo de mães e crianças, estima-se que a UNITAID proporcione três de cada quatro medicamentos no tratamento desse grupo de pessoas. No caso da malária e da tuberculose, o programa proporciona a compra em escala de medicamentos, o que promove a pesquisa na área e o barateamento dos lotes de remédios.

Cooperação em capacitação técnica

Visando a expandir e coordenar a formação oferecida aos países da América Latina, o Ministério da Fazenda do Brasil e o Fundo Monetário Internacional firmaram um Memorando de Entendimento para o

O Brasil contribui para o desenvolvimento de estrutura e sistemas de saúde em países da América Latina e da África.

TABELA 2

Projetos de cooperação em saúde na África

Países Lusófonos		Países Anglófonos		Países Francófonos	
Projetos	Nº	Projetos	Nº	Projetos	Nº
Em execução	15	Em execução	15	Em execução	05
Em negociação	11	Em negociação	11	Em negociação	03
Concluído	03	Concluído	03	Concluídos	-
Paralisado	01	Paralisado	01	Paralisados	-

Fonte: Ministério da Saúde



A cooperação do Brasil no âmbito do Mercosul

A cooperação técnica faz parte do arcabouço jurídico do Mercosul e favorece tanto a troca de conhecimentos já existentes quanto o desenvolvimento de novas técnicas nas mais diversas áreas. Na definição da agenda de trabalho, a cooperação no âmbito do bloco busca, outrossim, compensar as assimetrias em temas fundamentais como harmonização de normas sanitárias e fitossanitárias, técnicas, normas de meio ambiente, de educação, de turismo, de pequenas e médias empresas, entre outras.

O Fundo para a Convergência Estrutural e Fortalecimento Institucional do Mercosul (Focem) tem por finalidade aprofundar o processo de integração regional no Cone Sul, por meio da redução das assimetrias, do incentivo à competitividade e do estímulo à coesão social entre os países-membros. Estabelecido em junho de 2005, o Fundo se destina a financiar projetos para melhorar a infraestrutura das economias menores e regiões menos desenvolvidas do Mercosul, impulsionar a produtividade econômica dos estados-partes, promover o desenvolvimento social, especialmente nas zonas de fronteira, e apoiar o funcionamento da estrutura institucional do bloco.

O Focem é composto por contribuições não reembolsáveis que totalizam US\$ 100 milhões por ano, além de possíveis contribuições voluntárias. Os aportes são realizados em quotas semestrais pelos estados-partes do Mercosul, na proporção histórica do PIB de cada um deles, sendo que o Brasil é responsável por 70% do Fundo.

Complementarmente ao Focem, foram instituídos mais dois fundos: o Fundo Mercosul de Garantia para Micro, Pequenas e Médias Empresas e o Fundo da Agricultura Familiar do Mercosul. Em relação ao primeiro, o objetivo consiste em garantir, direta ou indiretamente, operações de crédito contratadas por micro, pequenas e médias empresas que participem de atividades de integração produtiva no bloco.

Na realidade, os recursos desse fundo servirão de garantia para que as empresas, que normalmente apresentam maior dificuldade em tomar empréstimos a baixo custo, possam acessar os mercados de crédito mais facilmente e a um custo menor. Procura-se, assim, instituir em âmbito regional facilidades para que as micro, pequenas e médias companhias, empregadoras da maior parte da população economicamente ativa, possam re-

duzir seu custo de produção e, assim, elevar sua competitividade.

Antes do estabelecimento do Fundo, a opção dessas empresas resumia-se, quase que exclusivamente, aos programas nacionais de crédito oferecidos por seus respectivos países. Assim, as assimetrias tendem a se agravar, visto que as companhias pertencentes aos estados-membros capazes de oferecer créditos a baixo custo se beneficiam com o aumento de sua competitividade frente aos demais concorrentes do Mercosul. O Fundo visa, portanto, a atenuar essa disparidade, na medida em que cria um instrumento de natureza regional que possibilita o maior acesso ao crédito por parte das micro, pequenas e médias empresas do bloco.

Com vistas a promover o comércio de produtos oriundos da agricultura familiar em nível regional, foi criado Fundo de Agricultura Familiar do Mercosul (FAF Mercosul), em 2008. O Fundo busca financiar os programas e projetos de incentivo à agricultura familiar do Mercosul, bem como facilitar ampla participação dos atores sociais nessas atividades.

É composto por contribuições em quotas fixas e diferenciadas de cada um dos estados-partes, que totalizarão US\$ 360.000,00 por ano. A Decisão nº 45/08 encontra-se em etapa de apreciação legislativa nos quatro países e deverá entrar em operação a partir de 2011.

Por fim, encontra-se em processo de implementação, no âmbito da Política de Medicamentos do Mercosul, a iniciativa do Banco de Preços de Medicamentos. O propósito é tornar-se instrumento de referência e consulta para o consumidor da região, em termos de publicidade, divulgação e superação de barreiras de acesso a medicamentos no Mercosul.

A iniciativa viabilizará, ademais, comparação de preços entre o mercado regional e o internacional. De posse dessa informação, os respectivos Ministérios da Saúde de cada país serão fortalecidos em suas negociações de preços de medicamentos junto às grandes multinacionais farmacêuticas. A Política de Medicamentos para o Mercosul permitirá, a médio prazo, ampliar o acesso aos medicamentos antirretrovirais na região por meio de negociação com as empresas farmacêuticas, bem como favorecer as políticas e campanhas comuns de prevenção ao HIV/AIDS.

estabelecimento do Centro Regional Conjunto de Capacitação para a América Latina no Brasil (Cecab), em 2001, com o objetivo de ministrar cursos de formação em economia orientados para a formulação de políticas públicas e em campos operacionais correlatos, voltados para funcionários públicos da região. Funcionários públicos dos países africanos de língua portuguesa poderão ser convidados. Em 2008, foram ministrados 14 cursos, capacitando 442 funcionários, e em 2009 foram ministrados nove cursos, capacitando mais 276, totalizando, nesses 9 anos de existência, a capacitação de 2.712 funcionários públicos da América Latina.

Desde 1997, quando foi firmado o primeiro Memorando de Entendimento entre a Escola de Administração Fazendária (Esaf) e o Centro Interamericano de Administradores Tributários (Ciat), foram desenvolvidas inúmeras ações de cooperação técnica na área de administração tributária. Em 2009, tomou-se a iniciativa, com a participação da Receita Federal, de criar um Centro Regional de Capacitação do Ciat na Esaf, visando a aprimorar a formação tributária para a América Latina e países africanos de língua portuguesa.

O desenvolvimento de ações de cooperação técnica pelo Serviço Federal de Processamento de Dados também tem colhido bons resultados. O projeto de instalação de telecentros comunitários, principalmente em razão de sua simplicidade e baixo custo, tem-se constituído em instrumento de grande potencial para a inclusão digital nos países em desenvolvimento. Além de estimular o acesso a laboratórios de informática instalados em Cuba, Haiti, Equador e Uruguai, os projetos possibilitaram a implantação de aplicativos e de sistemas

desenvolvidos com *software* livre para instituições governamentais locais, o que leva à criação de ferramentas digitais sem a necessidade de investimentos expressivos, dado que esses programas podem ser utilizados e reproduzidos sem qualquer restrição ou custo. Tais projetos representam uma contribuição do País para a meta 18.

Outro exemplo de projetos de maior impacto são os Centros de Formação Profissional do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai), cinco dos quais já se encontram em operação (Angola, Timor Leste, Paraguai, Cabo Verde e Guiné-Bissau) e outros cinco em fase de implantação no decorrer de 2010 (Haiti, Guatemala, Bolívia, Jamaica e Moçambique São Tomé e Príncipe). Os referidos Centros oferecem uma contribuição direta para a geração de empregos dignos e produtivos, conforme previsto na meta 16.

Um bom exemplo de projeto estruturante é o Centro de Formação e Capacitação Profissional de Hernandárias, no Paraguai, realizado em parceria com o Senai. Desde seu início, em 2002, o Centro foi responsável pela realização de 660 cursos, com a formação de aproximadamente dez mil profissionais nas áreas de eletroeletrônica, metal-mecânica, construção civil, informática e mecânica-diesel, com uma taxa de reconversão profissional estimada em 85%. O Centro conta com cerca de 40 profissionais que ministram cursos de capacitação a uma média de 300 alunos por dia.

Na área de educação, por sua vez, destacam-se os projetos de Alfabetização de Jovens e Adultos em São Tomé e Príncipe e Moçambique, bem como a transferência da metodologia do programa Bolsa-Escola

Programas brasileiros de centros profissionais em países em desenvolvimento ajudam na capacitação de trabalhadores.



em Moçambique e São Tomé e Príncipe. Já com o governo de Angola, o Brasil tem desenvolvido o Projeto Capacitação para Elaboração de Proposta Curricular. Em parceria com o Japão, segue em atividade o Programa de Treinamento para Terceiros Países, o qual, em 20 anos de existência, contabilizou mais de 1200 técnicos estrangeiros capacitados no Bra-

sil nas áreas de meio ambiente, saúde, agricultura, desenvolvimento urbano e transporte.

No marco da Agenda Hemisférica de Trabalho Decente, o Brasil iniciou em 2009 uma parceria com a OIT para implementação de cooperação técnica em terceiros países (quatro projetos aprovados em ou-

QUADRO 4

A cooperação descentralizada como instrumento para o desenvolvimento local

Caracterizada como uma nova forma de cooperação internacional que tem como protagonistas as unidades subnacionais, a Cooperação Descentralizada cresceu bastante no Brasil ao longo dos últimos anos, propiciando o compartilhamento de experiências baseadas no saber local e contribuindo com o desenvolvimento. Em meio à grande diversidade territorial e cultural presente no espaço nacional, surgiram várias iniciativas de cooperação, em diferentes áreas, com foco particular no desenvolvimento local. Entre as experiências exitosas a destacar, encontram-se algumas iniciativas empreendidas por Estados e Municípios, com apoio do Governo Federal, orientadas à Cooperação Sul-Sul, em que o Brasil atua como prestador de assistência a outros países em desenvolvimento.

Uma interessante experiência em andamento envolve o Estado da Bahia e o Ministério de Negócios Estrangeiros, Cooperação e Comunidades do estado africano de São Tomé e Príncipe, que desenvolvem o Projeto de Fortalecimento Institucional da Gestão de Águas naquele País, operacionalizado por meio da capacitação de recursos humanos, da realização de diagnósticos relacionados a instrumentos metodológicos e legais para gestão das águas e da elaboração de proposta de implementação do Plano de Ação Nacional para a Adaptação às Mudanças Climáticas (NAPA) de São Tomé e Príncipe.

Ainda em relação à temática ambiental e ao abastecimento de água, o Estado da Bahia coopera com o governo de Cabo Verde, País que sofre com secas prolongadas, tendo em vista o aprimoramento de instrumentos de comando e

controle na gestão das águas; a revisão do Plano de Ação Nacional de Luta Contra a Desertificação e a gestão participativa por meio da institucionalização do comitê de bacias.

Outro exemplo de cooperação descentralizada a ser relatada é o Projeto Intercâmbio de Experiências sobre Gestão Ambiental Urbana, que foi assinado em 2008 pela Prefeitura Municipal de Curitiba e pela Corporação Autônoma Regional do Alto Magdalena, do Departamento colombiano de Huila. Tal projeto abrange a gestão dos resíduos sólidos, a ocupação de áreas protegidas, incentivos à criação de áreas privadas de conservação e ordenamento territorial. Além de contribuir efetivamente para o desenvolvimento sustentável local, a cooperação entre o município de Curitiba e o Departamento de Huila amplia o diálogo no âmbito da integração regional sul-americana, inserindo-se numa das prioridades da política externa brasileira.

Em meio à variedade de possibilidades que se apresentam à cooperação descentralizada, destaca-se ainda a modalidade de cooperação descentralizada trilateral, empreendida pela cidade de Diadema, Região Metropolitana de São Paulo, que juntamente com a cidade de Montreuil, situada no entorno de Paris, tem desenvolvido cooperação com cidades do Mali na área de resíduos sólidos e saneamento.

A diversidade de formas e temas abarcados pela cooperação descentralizada tem possibilitado o rápido crescimento e a criação de novas arquiteturas cooperativas, permitindo à federação brasileira atuar de forma combinada com outros países prestadores.

TABELA 3

Desembolso do BNDES para o apoio às exportações de bens e serviços brasileiros para importadores na América Latina e Caribe no biênio 2008/2009 (em US\$ mil)

	2008	2009
América Latina	650.654	725.961
Argentina	276.006	385.621
Chile	120.270	11.990
Cuba	-	68.515
República Dominicana	207.435	148.707
Venezuela	43.209	48.066
Uruguai	2.352	2.055
Paraguai	-	1.271
Peru	381	224
Equador	644	122
Costa Rica	-	74
México	295	42
Honduras	62	-

Fonte: SisExim

tubro de 2009: Bolívia, Paraguai, Equador e Timor Leste). Ademais, foi assinado projeto de apoio ao Programa de Cooperação Sul-Sul Brasil-OIT na área de Seguridade Social, com vistas a contribuir para o desenvolvimento de políticas e programas de seguridade social em países da América Latina e da CPLP, em conformidade com a Agenda do Trabalho Decente.

Outras ações de triangulação do Brasil com organismos internacionais incluem a execução de projetos com o Fundo de População das Nações Unidas (Combate à Violência de Gênero, no Haiti; Demografia, no Paraguai e Guiné-Bissau), com o Banco Mundial (Programa de Merenda Escolar e Programa para Manejo de Resíduos Sólidos, no Haiti), com a Aliança de Cidades (na área de urbanização de favelas) e com a missão do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (Segurança Pública em Guiné-Bissau).

No âmbito da cooperação industrial, o Governo brasileiro vem trabalhando de

forma articulada com outros países em desenvolvimento no sentido de realizar ações que promovam a integração produtiva. Pode-se citar como exemplo a realização, em 2008, de duas primeiras reuniões do Grupo de Integração Produtiva do MERCOSUL, sob a Presidência *pro tempore* brasileira.

Existem também iniciativas de cooperação industrial com outros países da América Latina e Caribe, a saber: Argentina, Bolívia, Cuba, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela. Cabe destacar dois exemplos de ações em curso na Venezuela e na Bolívia. No caso venezuelano, contempla-se a implantação de sete unidades fabris, a ser realizada em três fases, a partir da elaboração de pré-projetos industriais, etapa financiada, em 2008, com recursos do Governo brasileiro. Em resposta à demanda boliviana, os parceiros brasileiros elaboraram estudo de viabilidade para solo e plantação de cana-de-açúcar naquele País, com vistas à instalação de unidade industrial de açúcar e álcool.

Parceria brasileira com Organizações Internacionais otimiza cooperação com países em desenvolvimento.



TABELA 4

Recursos de assistência humanitária enviados por região

Região	Total
América do Sul e Caribe	R\$ 1.209.300,00
África	R\$ 1.225.473,30
Ásia	R\$ 1.330.318,74
Oceania	R\$ 348.000,00

Fonte: Ministério das Relações Exteriores.

No continente africano, há iniciativas em negociação e em curso com Angola, Moçambique, Líbia, Tunísia, Marrocos e Argélia. Com a finalidade de estimular o desenvolvimento industrial e tecnológico dos parceiros, a cooperação concentra-se na promoção de negócios conjuntos, por meio do estímulo à criação de *joint-ventures* e à instalação de empresas brasileiras em países como Angola e Moçambique.

Por fim, cumpre mencionar os esforços do Governo brasileiro contra o crime financeiro transnacional. O Conselho de Controle de Atividades Financeiras tem promovido a integração e o desenvolvimento de ações em países africanos de língua portuguesa, entre os quais: Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau e Moçambique, além de alguns países da América do Sul como o Peru, Colômbia, Bolívia, Equador, Paraguai e Uruguai, fornecendo suporte técnico e operacional em matéria de prevenção à lavagem de dinheiro e financiamento do terrorismo.

O Brasil e a assistência humanitária

Com o propósito de auxiliar países em situação de calamidade pública e de guerra, o Brasil aumentou significativamente a prestação de assistência humanitária, por

meio de ações conjuntas entre órgãos governamentais e sociedade civil, sobretudo na área de doação de medicamentos e de assistência alimentar, com base na bem sucedida experiência brasileira do Fome Zero, em especial do Programa de Aquisição de Alimentos. Na esfera política, o Governo brasileiro tem defendido internacionalmente a evolução do conceito de “assistência humanitária sustentável”, com o intuito de coadunar a assistência humanitária emergencial e o desenvolvimento social sustentável.

Por questão de princípio e de respeito à soberania dos Estados, o Governo brasileiro presta assistência humanitária mediante solicitação do país beneficiado e tenta atender aos pedidos, de acordo com suas possibilidades. No período de 2008 e 2009, foram enviadas assistências a países da América Latina e Caribe, no montante de R\$ 1.209.300,00. Os continentes africano e asiático receberam, respectivamente, a soma de R\$ 1.225.473,30 e R\$ 1.330.318,74, na forma de medicamentos e alimentos.

Como destaque da prestação de assistência humanitária pelo Brasil, pode-se citar o aumento de contribuição com diversos organismos internacionais e a inauguração do Armazém Humanitário, no Rio de Janeiro, em 2009. Localizado em frente à base Área do Galeão, de onde partem as aeronaves da Força Aérea Brasileira (FAB), o armazém visa a aumentar a rapidez e eficácia das operações humanitárias brasileiras, mantendo estocadas 14 toneladas de alimentos de alto valor calórico e protéico, prontos para o consumo humano, demonstrando a preocupação brasileira com o aumento não só de quantidade como também de qualidade e efetividade dessas operações.

Cooperação brasileira para a integração física da América do Sul

Se internamente o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) se coloca como o grande projeto de desenvolvimento da infraestrutura, regionalmente a Iniciativa para Integração da Infraestrutura Regional Sul-Americana (IIRSA) e a política externa brasileira de aproximação com todos os governos do subcontinente cumprem essa função.

A Iniciativa para a Integração da Infraestrutura Regional Sul-Americana (IIRSA) vislumbra um plano de integração das infraestruturas subregional como motor de projeto integracionista. Lançada na década de 1990, a iniciativa identificou 12 eixos de integração e desenvolvimento, complementados com a estimulação de processos setoriais, necessários para melhorar a competitividade e o processo logístico geral. Suas áreas de atuação são basicamente: transportes, energia, comunicação e infraestrutura.

Inicialmente, foram identificados 293 estudos e projetos de investimento propostos pelos governos, dos quais um primeiro grupo de 162 foi sugerido como uma primeira geração de projetos, em 2004; porém, no mesmo ano, durante a Terceira Reunião dos Presidentes da América do Sul, o portfólio caiu para 31 projetos prioritários. Nota-se que, neste momento, os governos da região privilegiaram projetos que tinham como principal característica a aproximação entre os países em detrimento dos projetos que formavam meros corredores de exportação.

Entre os 31 projetos, 10 se encontram em fase de preparação, 19 em execução e dois já estão concluídos. Ao Brasil, foram incumbidos 15 desses projetos. Embora os investimentos brasileiros na IIRSA enfatizem os projetos nacionais, os recursos

destinados a projetos binacionais ou trinacionais superaram os US\$ 5 bilhões. As dimensões continentais do País tornam o investimento fundamental para a integração da região, uma vez que tais projetos tornam possível a saída para o Atlântico pelos países andinos e a saída para o Pacífico pelo Brasil. Nos últimos períodos, dentro ou fora da IIRSA, muitos projetos se concretizaram. Foram inauguradas pontes que ligam o Brasil ao Peru, Bolívia e Guiana (ressalta-se que não havia, até então, pontes entre o Brasil e os três países). Também há novas pontes ligando o Brasil à Argentina e ao Paraguai, adequação de ferrovia ligando o Brasil ao Uruguai, hidrovias que ligam o Brasil ao Paraguai e à Argentina, ampliação do gasoduto que escoar o gás natural boliviano para várias regiões do Brasil, construção de hidroelétrica no Peru. Em 2009, o Governo brasileiro ampliou, por meio do BNDES, as linhas de financiamento para a execução das obras dos metrô de Caracas e Santiago, para a construção de hidroelétricas no Equador e na Venezuela e de gasodutos na Argentina.

Os desembolsos do BNDES destinados ao apoio à exportação de bens e serviços brasileiros para importadores na América Latina alcançaram US\$ 1,5 bilhões no biênio 2008-2009. Desse total, 94% foram referentes às exportações para projetos de infraestrutura, incluindo um grande conjunto de bens e serviços para a construção de gasodutos, hidrelétricas, rodovias, sistemas de transporte urbano, aquedutos, obras de urbanização e saneamento etc. O restante dos desembolsos no período financiaram a exportação de bens de capital isolados, não associados a projetos dos países importadores.

*País busca
a integração
produtiva
com outros
países da região
sul-americana.*



ODM 8

ESTABELECECER UMA PARCERIA MUNDIAL PARA O DESENVOLVIMENTO

META 12

Avançar no desenvolvimento de um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em regras previsíveis, e não-discriminatório. Não há sugestão de indicadores pela ONU

INDICADORES DAS NAÇÕES UNIDAS

NÃO HÁ SUGESTÃO DE INDICADORES PELA ONU

META 13

Atender às necessidades dos países menos desenvolvidos, incluindo um regime isento de direitos e não sujeito a cotas para as exportações dos países menos desenvolvidos; um programa reforçado de redução da dívida dos países pobres muito endividados. Não há sugestão de indicadores pela ONU

INDICADORES DAS NAÇÕES UNIDAS

NÃO HÁ SUGESTÃO DE INDICADORES PELA ONU

META 14

Atender às necessidades especiais dos países sem acesso ao mar e dos pequenos estados insulares em desenvolvimento. Não há sugestão de indicadores pela ONU

INDICADORES DAS NAÇÕES UNIDAS

NÃO HÁ SUGESTÃO DE INDICADORES PELA ONU

META 15

Tratar globalmente o problema da dívida dos países em desenvolvimento, mediante medidas nacionais e internacionais, de modo a tornar a sua dívida sustentável

INDICADORES DAS NAÇÕES UNIDAS

INDICADOR 33

Ajuda Pública para o Desenvolvimento (APD) líquida como percentagem da renda nacional bruta dos países doadores membros da OCDE/Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento

INDICADOR 34

Proporção da APD bilateral, para setores específicos dos doadores da OCDE para serviços sociais básicos

INDICADOR 35

Proporção da APD dos doadores da OCDE que não está vinculada

INDICADOR 36

APD dos doadores da OCDE aos países sem acesso ao mar como proporção da Renda Nacional Bruta destes

INDICADOR 37

APD dos doadores da OCDE aos pequenos estados insulares em vias de desenvolvimento como proporção da Renda Nacional Bruta destes

INDICADOR 38

Proporção do total das importações dos países desenvolvidos (por valor e excluindo armas) provenientes

de países em desenvolvimento e países menos desenvolvidos, admitidas sem pagamento de direitos alfandegários

INDICADOR 39

Tarifas médias de importação impostas aos produtos agrícolas, têxteis e vestuários dos países em vias de desenvolvimento

INDICADOR 40

Apoios agrícolas estimados para países da OCDE, como percentagem de seus PIB

INDICADOR 41

Proporção da APD outorgada para reforçar capacidades comerciais

INDICADOR 42

Número cumulativo de países que tenham atingido pontos de decisão e de cumprimento da Iniciativa Países Pobres Muito Endividados

INDICADOR 43

Dívida oficial perdoada como resultado da Iniciativa Países Pobres Muito Endividados

INDICADOR 44

Serviço da dívida como percentagem das exportações de bens e serviços



ODM 8

ESTABELECECER UMA PARCERIA MUNDIAL PARA O DESENVOLVIMENTO

META 16

Em cooperação com os países em desenvolvimento, formular e executar estratégias que permitam que os jovens obtenham um trabalho digno e produtivo

INDICADORES DAS NAÇÕES UNIDAS

INDICADOR 45

Taxa de desemprego na faixa etária entre 15 e 24 anos, por sexo e total

META 17

Em cooperação com as empresas farmacêuticas, proporcionar o acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis, nos países em vias de desenvolvimento

INDICADORES DAS NAÇÕES UNIDAS

INDICADOR 46

Proporção da população com acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis, numa base sustentável

META 18

Em cooperação com o setor privado, tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, em especial das tecnologias de informação e de comunicações

INDICADORES DAS NAÇÕES UNIDAS

INDICADOR 47

Linhas telefônicas e assinaturas de celulares por 100 habitantes

INDICADOR 48

Computadores pessoais por 100 habitantes



CD ODM 2010

O CD ao lado é parte integrante do Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2010. Ele complementa as informações constantes do Relatório impresso e possibilita agregar informações e ampliar a análise dos dados e indicadores que o fundamentam. Integram o CD:

Iniciativas Governamentais

Apresenta as principais iniciativas empreendidas pelo Governo Federal que contribuem para o alcance ODM. São mais de 120 programas, ações e atividades implementados nas áreas de desenvolvimento social, educação, saúde, meio ambiente, entre outras.

DevInfo

É uma plataforma que permite organizar, armazenar e disseminar dados e indicadores. Com uma interface simples, permite ligar indicadores e dados a resultados, temas, setores, fontes, instituições e outros marcos, e gerar mapas, tabelas e gráficos com facilidade, além de organizar esses objetos em galerias de rápido acesso. É utilizado pelas Nações Unidas como a ferramenta para o monitoramento dos ODMs. Essa adaptação contendo os indicadores oficiais foi desenvolvida em cooperação com o Sistema ONU no Brasil.



