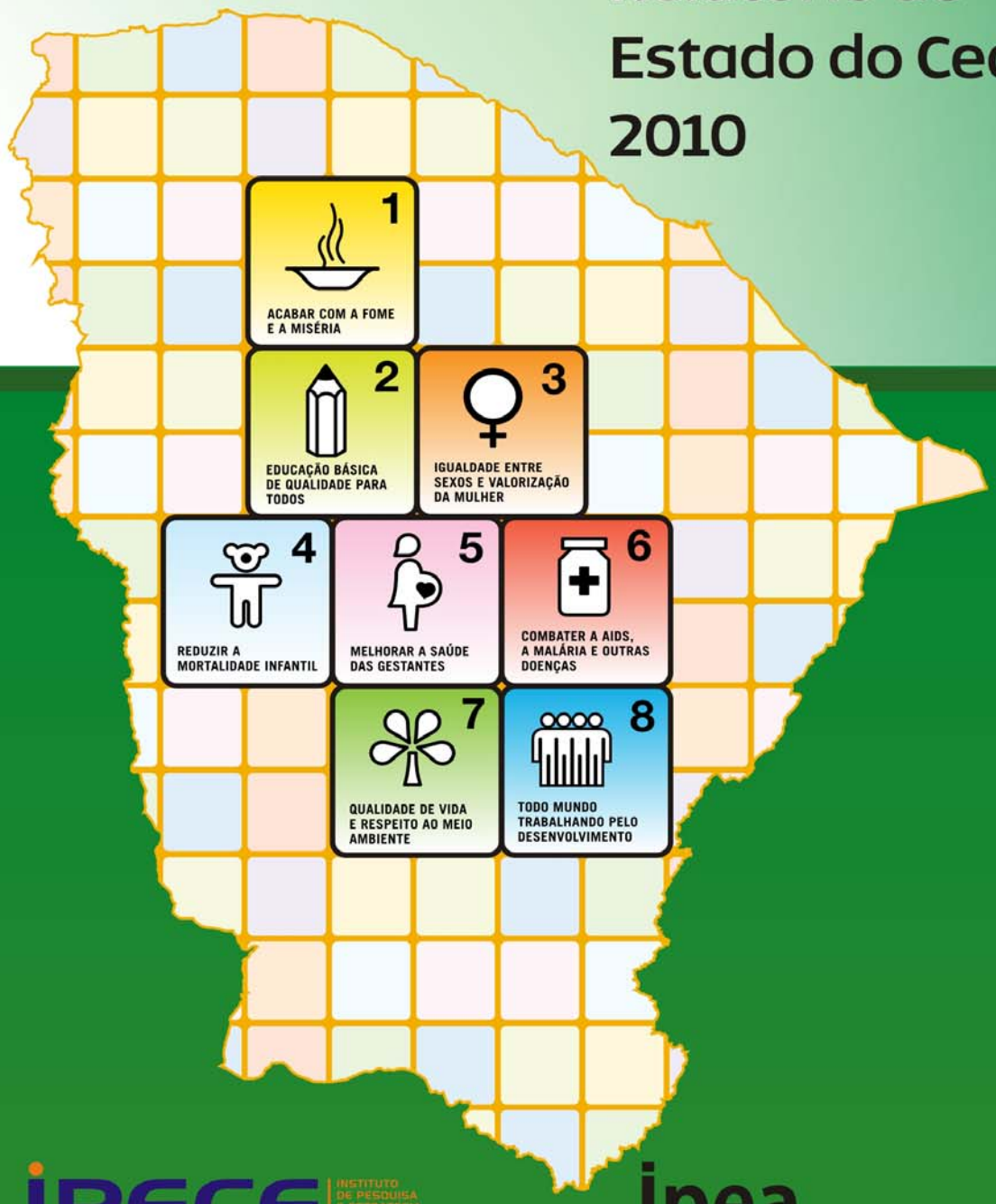
Governo do Estado do Ceará
Secretaria do Planejamento e Gestão

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

Relatório do Estado do Ceará 2010



IPECE Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Governo do Estado do Ceará
Secretaria do Planejamento e Gestão

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

Relatório do Estado do Ceará 2010

IPECE Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará

Ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Cid Ferreira Gomes – Governador

SECRETARIA DO PLANEJAMENTO E GESTÃO (SEPLAG)

Desiree Custódio Mota Gondim – Secretária

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE)

Eveline Barbosa Silva Carvalho – Diretora Geral

COORDENADORA DO IPEA

Maria da Piedade Morais

ORGANIZADOR

Leandro Oliveira Costa

AUTORES

Eveline Barbosa Silva Carvalho
Leandro Oliveira Costa
Guilherme Diniz Irffi
Jair Andrade de Araújo
Vitor Hugo Miro Couto Silva

COLABORADORES

Aprígio Botelho Lócio
Raquel da Silva Sales
Luciana de Oliveira Rodrigues
Maria Micheliana da Costa Silva

REVISOR

João Adjemir de Mesquita Paiva (SEPLAG-CE)

COMENTÁRIOS

Francisco Kennedy (SEDUC-CE)

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE)

Av. Gal. Afonso Albuquerque Lima, s/nº - Edifício SEPLAG, 2º Andar

Centro Administrativo Governador Virgílio Távora – Cambeba

Tel. (85) 3101-3496

CEP: 60830-120 – Fortaleza-CE.

ouvidoria@ipece.ce.gov.br

www.ipece.ce.gov.br

Parceria IPEA e IPECE

A elaboração deste relatório é parte do Projeto Nacional de Localização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio em Escala Subnacional do Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada –IPEA. Um acordo de cooperação técnica com o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará - IPECE, firmado em Junho de 2009, estabeleceu que o IPECE seria responsável pela elaboração do relatório referente ao estado do Ceará e o IPEA, além de fomentar bolsistas para colaborar com a condução da pesquisa, seria o responsável pela coordenação técnica. Os créditos da coordenação e da equipe do IPEA envolvidos no projeto seguem abaixo:

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA)

DIRUR – DIRETORIA DE ESTUDOS E POLÍTICAS REGIONAIS, URBANAS E AMBIENTAIS

CESURB- COORDENAÇÃO DE ESTUDOS SETORIAIS URBANOS

Liana Maria da Frota Carleial – Diretora da DIRUR

Bruno de Oliveira Cruz - Diretor-Adjunto da DIRUR

Maria da Piedade Morais - Coordenadora Geral

Emmanuel Porto – Técnico de Planejamento e Pesquisa do IPEA

Carlos Henrique Carvalho - Técnico de Planejamento e Pesquisa do IPEA

João Paulo Viana - Técnico de Planejamento e Pesquisa do IPEA

Paulo Augusto Rego – Bolsista do PNPD

Palavra do Governador

Os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) traçam o rumo a ser seguido para garantirmos a universalização dos direitos humanos. Pactuados por 191 países, no âmbito da Organização das Nações Unidas, em setembro de 2000, os ODM preconizam ações em áreas prioritárias para que possamos superar a pobreza e toda uma série de mazelas dela decorrentes.

No Brasil, com o Presidente Lula, os avanços foram significativos. Uma política exitosa de distribuição de renda fez com que milhões de brasileiros deixassem a linha da miséria. No Ceará, onde também começamos a alavancar os indicadores sociais, uma série de políticas públicas guarda relação direta com aqueles objetivos acordados na ONU. São exemplos os grandes projetos de infraestrutura, que aqueceram a economia do Estado e alargaram o mercado de trabalho; os investimentos maciços em saúde e educação; afora as ações diretas voltadas para a moradia, a geração de emprego e renda, a inserção de jovens no mercado de trabalho, dentre outras.

Cabe censurar o resultado desse esforço e tirar deduções para que, quando necessário, possamos ampliar as políticas públicas que vêm dando bons resultados ou redirecionar aquelas que podem ser aperfeiçoadas. Um retrato do que já foi obtido está impresso neste Relatório, que resulta de acordo de cooperação entre o Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada (IPEA) e o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), órgão vinculado à Secretaria do Planejamento e Gestão.

Aqui se acompanham os passos dados pelo Ceará na consecução dos ODM. Cada um dos oito objetivos é avaliado, comentado, cuidadosamente explorado, de modo a aclarar sobre o que já foi feito e sobre o caminho que ainda temos a trilhar até construirmos o Ceará que desejamos: com alimento para todos, com educação, igualdade entre os gêneros, saúde, saneamento, habitação e respeito ao meio ambiente.

Não existe, nesse elenco de desafios, nada que possamos considerar inatingível. São objetivos que, aliás, todo governante deveria perseguir, independentemente de se pactuar um movimento mundial de combate à miséria. Com a participação da sociedade civil, tenho certeza de que, no Ceará, avançaremos muito rapidamente nos próximos anos e, bem mais cedo do que o previsto, chegaremos lá.

Cid Ferreira Gomes
Governador do Ceará

Apresentação

A conclusão deste relatório marca o compromisso do Governo do Estado do Ceará, através do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará, órgão vinculado à Secretaria do Planejamento e Gestão, de oferecer à sociedade uma análise realista a partir da evolução dos dados referentes a cada um dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a saber: 1) acabar com a fome e a miséria; 2) educação básica de qualidade para todos; 3) igualdade entre os sexos e valorização da mulher; 4) reduzir a mortalidade infantil; 5) melhorar a saúde das gestantes; 6) combater a AIDS, malária e outras doenças; 7) qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; 8) todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento.

O presente relatório se reveste de caráter todo especial uma vez que é fruto do acordo de cooperação técnica entre o Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada -IPEA e o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará - IPECE, firmado em Junho de 2009, e faz parte do Projeto Nacional de Localização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio em Escala Subnacional, conduzido pelo IPEA, no qual o IPECE é responsável pelo acompanhamento na escala subnacional do Ceará.

Enfim, a elaboração desse relatório foi possível graças ao trabalho incansável e dedicado do analista de políticas públicas do IPECE, Leandro Costa, coordenador do projeto de Localização do ODM para o Ceará, à participação fundamental dos bolsistas do Convênio IPEA-IPECE, financiados pelo IPEA, e do envolvimento de analistas, técnicos e estagiários do IPECE que muito contribuíram.

Nesta oportunidade, nós, que fazemos o IPECE, não podemos deixar de agradecer o apoio recebido da equipe do IPEA e de registrar o orgulho de participar da Pesquisa Localização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio em Escala Subnacional.

É parte da missão do IPECE indicar como nos movemos ao longo desses anos em direção aos Objetivos do Milênio e, assim, oferecer subsídios para a correção de rumos e avançar cada vez mais em direção à melhoria do bem-estar do povo do Ceará através de políticas públicas efetivas. Daí, a nossa satisfação com o lançamento do presente relatório.

Eveline Barbosa Silva Carvalho

Diretora Geral

Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará - IPECE

Sumário

Palavra do Governador

Apresentação i

Introdução 1

Objetivo 1: Erradicar a Extrema Pobreza e a Fome 3

Objetivo 2: Atingir o Ensino Básico Universal 15

Objetivo 3: Promover a Igualdade entre os Sexos e a Autonomia da Mulher 21

Objetivo 4: Reduzir a Mortalidade Infantil 29

Objetivo 5: Melhorar a Saúde Materna 39

Objetivo 6: Combater o HIV/AIDS, a Malária e outras Doenças 45

Objetivo 7: Garantir a Sustentabilidade Ambiental 53

Objetivo 8: Estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento 63

Referências Bibliográficas 70

Lista de Gráficos

GRÁFICO 1.1: POPULAÇÃO SOBREVIVENDO COM MENOS DE US$ PPC 1,25 POR DIA (EM %) (FOLHA TODA).... **ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.**

GRÁFICO 1.2: PROPORÇÃO DE PESSOAS SOBREVIVENDO COM MENOS DE MEIO SALÁRIO MÍNIMO PER CAPITA (EM %) (FOLHA TODA) 6

GRÁFICO 1.3: TAXA DE VARIAÇÃO DA PROPORÇÃO DE PESSOAS ABAIXO DA LINHA DA POBREZA (EM %) 6

GRÁFICO 1.4: EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO DE PESSOAS ABAIXO DA LINHA DA POBREZA POR COR/RAÇA (EM %) (FOLHA TODA) 8

GRÁFICO 1.5: EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO DE PESSOAS ABAIXO DA LINHA DA POBREZA, SEGUNDO ÁREA DE RESIDÊNCIA (EM %) (FOLHA TODA) 9

GRÁFICO 1.6: EVOLUÇÃO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE EXTREMA POBREZA (EM %) 9

GRÁFICO 1.7: VARIAÇÃO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE EXTREMA POBREZA (EM %) 9

GRÁFICO 1.8: EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE EXTREMA POBREZA POR COR/RAÇA (EM %)(FOLHA TODA) 10

GRÁFICO 1.9: EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE EXTREMA POBREZA, SEGUNDO A ÁREA DE RESIDÊNCIA (EM %) (FOLHA TODA) 11

GRÁFICO 1.10: ÍNDICE DE GINI - BRASIL, NORDESTE E CEARÁ 12

GRÁFICO 1.11: PARTICIPAÇÃO DOS 20% MAIS POBRES NA RENDA TOTAL (EM %) 12

GRÁFICO 1.12: PARTICIPAÇÃO DOS 20% MAIS POBRES NA RENDA TOTAL POR ZONA (FOLHA TODA) 12

GRÁFICO 1.13: RAZÃO ENTRE A RENDA DOS 20% MAIS RICOS E 20% MAIS POBRES (EM %) 13

GRÁFICO 2.1: TAXA DE ESCOLARIZAÇÃO LÍQUIDA NA FAIXA ETÁRIA DE 7 A 14 ANOS (EM %) 16

GRÁFICO 2.2: VARIAÇÃO NA TAXA DE ESCOLARIZAÇÃO LÍQUIDA NA FAIXA ETÁRIA DE 7 A 14 ANOS (EM %) 17

GRÁFICO 2.3: TAXA DE ESCOLARIZAÇÃO LÍQUIDA NA FAIXA ETÁRIA DE 15 A 17 ANOS (EM %) 17

GRÁFICO 2.4: VARIAÇÃO DA TAXA DE ESCOLARIZAÇÃO LÍQUIDA NA FAIXA ETÁRIA DE 15 A 17 ANOS (EM %) 17

GRÁFICO 2.5: TAXA DE ALFABETIZAÇÃO ENTRE AS PESSOAS DE 15 A 24 ANOS (EM %) 18

GRÁFICO 2.6: PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COM PELO MENOS O EF COMPLETO – 15 ANOS OU MAIS (EM %) 18

GRÁFICO 2.7: VARIAÇÃO DO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COM PELO MENOS O EF COMPLETO – 15 ANOS OU MAIS (EM %) 18

GRÁFICO 2.8: PERCENTUAL DA POPULAÇÃO ADULTA COM PELO MENOS O ENSINO MÉDIO COMPLETO – 25 ANOS OU MAIS (EM %) 19

GRÁFICO 2.9: PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COM NÍVEL SUPERIOR COMPLETO – 25 ANOS OU MAIS (EM %) 19

GRÁFICO 2.10: PORCENTAGEM DE PESSOAS QUE CONCLUÍRAM O EF, EM E ES POR ANOS DE IDADE – CEARÁ – 2008 – 15 A 70 ANOS (%) 19

GRÁFICO 2.11: RESULTADO DO SAEB EM LÍNGUA PORTUGUESA NA 4ª E 8ª SÉRIE DO ENSINO FUNDAMENTAL 20

GRÁFICO 3.1: RAZÃO ENTRE NÚMERO DE MULHERES E HOMENS NO ENSINO FUNDAMENTAL POR RAÇA/COR (PG TODA) 22

GRÁFICO 3.2: RAZÃO ENTRE NÚMERO DE MULHERES E HOMENS NO ENSINO MÉDIO POR RAÇA/COR (PÁGINA TODA) 23

GRÁFICO 3.3: RAZÃO ENTRE NÚMERO DE MULHERES E HOMENS NO ENSINO SUPERIOR POR RAÇA/COR (PÁGINA TODA) 24

GRÁFICO 3.4: RAZÃO ENTRE O NÚMERO DE MULHERES E HOMENS ALFABETIZADOS ENTRE 15 E 24 ANOS 24

GRÁFICO 3.5: TAXA DE PARTICIPAÇÃO FEMININA NA FORÇA DE TRABALHO (PÁGINA TODA) 25

GRÁFICO 3.6: VARIAÇÃO DA TAXA DE PARTICIPAÇÃO FEMININA NA FORÇA DE TRABALHO 25

GRÁFICO 3.7: RAZÃO ENTRE AS RENDAS MÉDIAS DE HOMENS E MULHERES PROVENIENTES DO TRABALHO PRINCIPAL DAS PESSOAS OCUPADAS COM 10 ANOS OU MAIS 26

GRÁFICO 3.8: PARTICIPAÇÃO (EM %) DAS MULHERES NA CÂMARA DOS DEPUTADOS 26

GRÁFICO 3.9: PARTICIPAÇÃO DAS MULHERES DENTRE OS PREFEITOS E VEREADORES ELEITOS NO CEARÁ (EM %) 26

GRÁFICO 4.1: TAXA DE MORTALIDADE NA INFÂNCIA, BRASIL E CEARÁ – 1992, 2004 E 2007 (PÁGINA TODA) 31
GRÁFICO 4. 2: TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE (0 A 6 DIAS) 33
GRÁFICO 4. 3: TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL TARDIA (7 A 27 DIAS) 33
GRÁFICO 4. 4: TAXA DE MORTALIDADE PÓS-NEONATAL (28 DIAS A 11 MESES) 33
GRÁFICO 4. 5: TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (POR 1.000 NASCIDOS VIVOS) PARA CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE VIDA (PG TD) 34
GRÁFICO 4. 6: TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (MENOR DE 1 ANO POR 1.000 NASCIDOS VIVOS), DE CRIANÇAS DE COR BRANCA E PRETA (PÁGINA TODA) 34
GRÁFICO 4. 7: MORTALIDADE PROPORCIONAL POR INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA (IRA) E DOENÇA DIARRÉICA AGUDA (DDA) EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS (PÁGINA TODA) 35
GRÁFICO 4. 8: PERCENTUAL DE POPULAÇÃO ASSISTIDA PELO PSF NO CEARÁ E NO BRASIL, 2001 A 2006 36
GRÁFICO 4. 9: TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (MENOR DE 1 ANO POR 1.000 NASCIDOS VIVOS), CRIANÇAS DE COR AMARELA 37
GRÁFICO 4. 10: TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (MENOR DE 1 ANO POR 1.000 NASCIDOS VIVOS), CRIANÇAS DE COR PARDA 37

GRÁFICO 5.1: RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA (PÁGINA TODA) 41
GRÁFICO 5.2: COBERTURA DE CONSULTAS PRÉ-NATAIS (% DE NASCIDOS VIVOS) (PÁGINA TODA) 42
GRÁFICO 5.3: PROPORÇÃO DE PARTOS HOSPITALARES 42

GRÁFICO 6.1: TAXA DE INCIDÊNCIA (POR 100.000 HAB.) DE CASOS DE AIDS 46
GRÁFICO 6.2: VARIAÇÃO DA TAXA DE INCIDÊNCIA (POR 100.000 HAB.) DE CASOS DE AIDS NOTIFICADOS NO SINAM. 47
GRÁFICO 6.3: TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR AIDS, EM HOMENS E MULHERES. 47
GRÁFICO 6.4: TAXA DE INCIDÊNCIA (POR 100.000 HAB.) DE CASOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS E MAIORES DE 50 ANOS DE IDADE (PÁGINA TODA) 48
GRÁFICO 6.5: TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE ..... **ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.**
GRÁFICO 6.6: VARIAÇÃO DA TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE. 50
GRÁFICO 6.7: TAXA DE DETECÇÃO DE HANSENÍASE 50
GRÁFICO 6.8: VARIAÇÃO DA TAXA DE INCIDÊNCIA DE HANSENÍASE 51

GRÁFICO 7.1: PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM CONSELHOS MUNICIPAIS DE MEIO AMBIENTE 55
GRÁFICO 7.2: PERCENTUAL DE MORADORES EM DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES TOTAIS COM ABASTECIMENTO DE ÁGUA VIA REDE GERAL COM CANALIZAÇÃO INTERNA 58
GRÁFICO 7.3: PERCENTUAL DE MORADORES EM DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES, URBANO E RURAL, COM ABASTECIMENTO DE ÁGUA VIA REDE GERAL COM CANALIZAÇÃO INTERNA 59
GRÁFICO 7.4: PERCENTUAL DE DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES, URBANO E RURAL, COM ESGOTAMENTO SANITÁRIO COM REDE COLETORA 59
GRÁFICO 7.5: PERCENTUAL DE MORADORES EM DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES TOTAIS COM COLETA DIRETA DO LIXO DOMICILIAR 60
GRÁFICO 7.6: PERCENTUAL DE DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES, URBANO E RURAL, COM COLETA DIRETA DO LIXO DOMICILIAR. 60
GRÁFICO 7.7: POPULAÇÃO URBANA SOB MORADIA ADEQUADA (%) 60

GRÁFICO 8.1: FLUXO DO COMÉRCIO INTERNACIONAL – BRASIL E CEARÁ - US$ BILHÕES 65
GRÁFICO 8.2: DÍVIDA PÚBLICA/PIB – CEARÁ – 2004 A 2008 65
GRÁFICO 8.3: PROPORÇÃO DE DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES COM TELEFONE FIXO OU CELULAR 65
GRÁFICO 8.4: VARIAÇÃO PERCENTUAL DA PROPORÇÃO DE DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES COM TELEFONE FIXO OU CELULAR 66
GRÁFICO 8.5: PROPORÇÃO DE DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES COM TELEFONE FIXO OU CELULAR POR ZONA 66

Gráfico 8.6: Proporção de domicílios particulares com acesso a Internet 66
Gráfico 8.7: Proporção de domicílios particulares com acesso a Internet por zona 67
Gráfico 8.8: Proporção de domicílios com microcomputadores 67
Gráfico 8.9: Variação percentual da proporção de domicílios com microcomputador 67
Gráfico 8.10: Proporção de domicílios com microcomputadores por zona 68

Lista de Tabelas

Tabela 4. 1: Meta de redução da mortalidade na infância, Ceará e Brasil 31
Tabela 4. 2: Cobertura vacinal (%) por tipo de imunobiológico, menores de 1 ano, ... 36

Tabela 7. 1: Municípios, total e com estrutura na área de meio ambiente, por caracterização do órgão gestor. 55
Tabela 7. 2: Municípios, total e com participação em articulação intermunicipal no meio ambiente, por tipo e temas abordados. 56
Tabela 7. 3: Municípios com participação em articulação intermunicipal no meio ambiente, por temas abordados – Brasil e Ceará – 2008 57

Lista de Quadros

Quadro 7.1: Áreas Indígenas, Ceará, 2006 58

Nota

A linguagem deste relatório já está de acordo com a nova reforma ortográfica do idioma português. Assim é que palavras que terminam em ditongos abertos, como em assembleia, morfeia, diarreia, ideia e outras, estão grafadas sem o acento agudo, que as caracterizava até o advento da reforma. Igualmente, palavras como semiárido e infraestrutura, que antes possuíam hífen, já podem ser encontradas neste trabalho sem esse sinal diacrítico. E, por fim, não se verá neste relatório nenhuma palavra grafada com trema, como em consequente, consequentemente etc.

João Adjemir de Mesquita Paiva
Revisor Vernacular

Introdução

Após uma década da elaboração da Declaração do Milênio, um compromisso acordado por 191 países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) consolidou os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) como um instrumento indutor da busca do desenvolvimento humano sustentável pelos governos, setor privado e sociedade civil. A serem alcançados até 2015, os oito ODM são seguidos por 18 metas, que seriam monitoradas por 48 indicadores, focando em ações de combate à pobreza e à fome, promoção da educação, da igualdade entre os gêneros, de políticas de saúde, saneamento, habitação e defesa do meio ambiente. Ou seja, os objetivos do milênio estão em consonância com os princípios de equidade e da universalização dos direitos humanos, que reportam um conjunto indivisível e interdependente de vários direitos universais.

O Brasil, através de um conjunto de políticas sociais, vem, indiretamente, desde a Constituição Federal brasileira de 1988, esforçando-se para assegurar algumas das metas elencadas pela ONU para a população brasileira. Nos quatro Relatórios Nacionais de Acompanhamento do ODM, elaborados pelo Instituto de Economia Aplicada – IPEA, verifica-se que o Brasil está caminhando para alcançar as principais metas acordados na Declaração do Milênio. Entretanto, considerando que a análise de médias não é suficiente para visualizar o real avanço dos indicadores, reconhece-se a diversidade das disparidades regionais, de gênero e raciais, encontradas nos indicadores nacionais.

Diante bons resultados já atingidos, o governo federal assumiu, em 2005, voluntariamente, algumas metas mais ousadas, como erradicar a fome até 2015 e reduzir a um quarto a proporção da população com renda inferior a 1 dólar PPC por dia. Em relação ao estado do Ceará, já foram apresentados dois relatórios estaduais de acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, preparados pelo Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará - IPECE.

Este relatório foi elaborado a partir de uma parceria entre o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Visando a localização dos ODM em escala subnacional, adaptou-se a metodologia de localização dos ODMs proposta pelo Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos (UN-HABITAT), conjuntamente com a Organização Mundial das Cidades Unidas e Governos Locais (UCLG), para o contexto Local, Regional e Nacional. Especificamente, construíram-se indicadores para os 8 ODMs desagregados, espacialmente, por nível socioeconômico, gênero, raça e faixa etária, com o objetivo de gerar um diagnóstico relativo às possibilidades de alcance das metas do Milênio no Ceará. Complementarmente, apresentam-se as principais políticas sociais cearenses que estão diretamente relacionadas aos Objetivos das Metas do Milênio.

Contextualizando a realidade do povo cearense, o estado do Ceará, com uma população em torno de 8,5 milhões de habitantes, sendo responsável por menos de 2% do PIB nacional e 15% do PIB nordestino, está localizado na região nordestina, que, historicamente, apresenta indicadores sociais inferiores aos do Brasil. Em relação aos outros estados brasileiros, o Ceará aparece em 22º na colocação do IDH dos estados, 23º no ranking da renda per capita e 22º no de expectativa de vida. Ademais, 87% de sua área está na região semiárida e a Região Metropolitana de Fortaleza concentra 41,7% da população e gera mais de 60% do PIB estadual.

Essas características peculiares da realidade cearense tornam mais desafiadora a busca pela melhoria nos resultados relativos aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Os resultados apresentados neste relatório apontam para diversos avanços em consonância com a realidade nacional, como o alcance das metas relacionadas à redução da pobreza e melhorias na educação e saúde. Entretanto, alguns indicadores refletem dificuldades na melhoria de indicadores de infraestrutura e de um desenvolvimento econômico sustentável.

Os gráficos e comentários sobre a evolução de cada um dos indicadores, relativos aos respectivos objetivos, foram elaborados considerando a disponibilidade dos dados de forma comparativa com o Nordeste e o Brasil e abrangem o período de 1992 a 2008.

Objetivo 1:

Erradicar a Extrema Pobreza e a Fome

Meta 1:

Reduzir pela metade, entre 1990 a 2015, a proporção da população com renda inferior a um dólar por dia.

Meta 1A:

Reduzir a um quarto, entre 1990 e 2015, a proporção da população com renda inferior a um dólar por dia (brasileira).

Meta 2:

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

Meta 2A:

Erradicar a fome entre 1990 e 2015 (brasileira).

Objetivo 1: Erradicar a Extrema Pobreza e a Fome

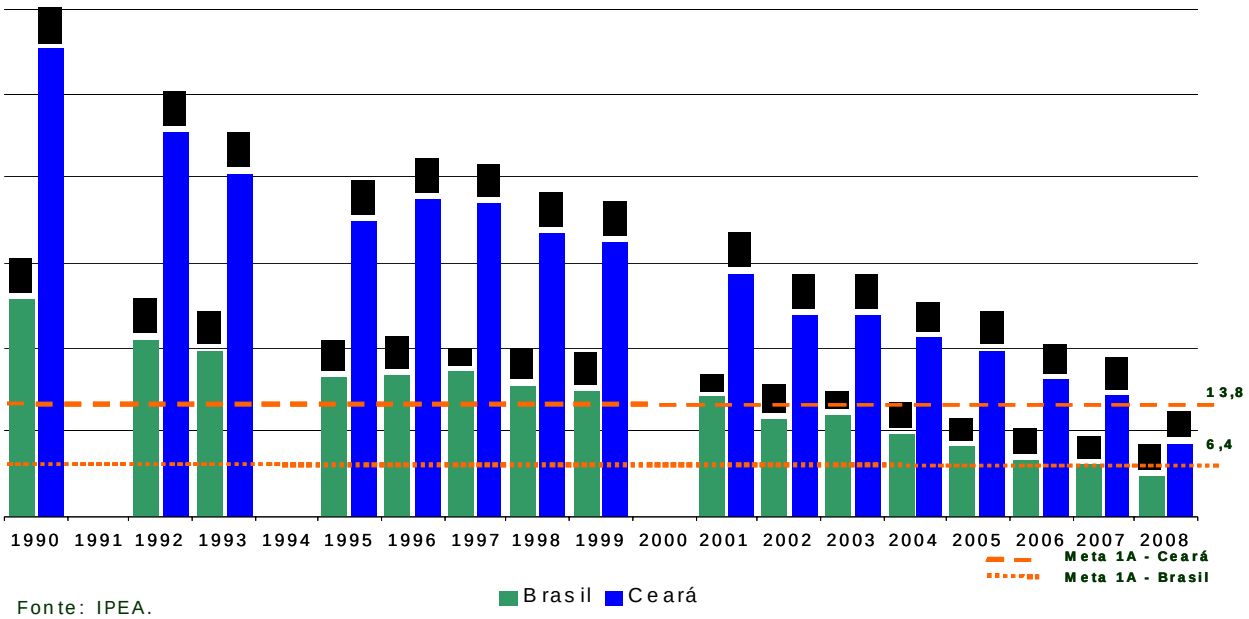
O primeiro Objetivo do Desenvolvimento do Milênio é "acabar com a fome e a miséria", o qual possui duas metas específicas: Meta 1 - reduzir pela metade, entre 1990 a 2015, a proporção da população com renda inferior a um dólar PPC por dia; Meta 2 - reduzir pela metade, entre 1990 a 2015, a proporção da população que sofre de fome. O governo brasileiro, voluntariamente, formulou duas metas mais ambiciosas desse mesmo objetivo: Meta 1A – Reduzir a um quarto, entre 1990 e 2015, a proporção da população com renda inferior a 1 dólar PPC por dia; Meta 2A – Erradicar a fome entre 1990 e 2015.

As novas estimativas do indicador da Meta 1A, que tenta mensurar o alcance do objetivo de erradicar a extrema pobreza, apontam que o Ceará, como o Brasil, já alcançou essa meta em 2007. No gráfico 1.1, em 1990, o Ceará tinha mais de 50% de pessoas em condição de extrema pobreza, ou seja, que tem renda domiciliar *per capita* abaixo da linha de pobreza internacional de US$ 1,25 por dia[1]. Em 2008, apenas 8,5% dos cearenses eram extremamente pobres segundo o critério internacional, o que indica que a meta de reduzir a 13,8% até 2015 já foi ultrapassada neste ano.

Com o objetivo de decompor por raça/cor e por zona, acompanha-se a Meta 1A analisando a proporção de pessoas abaixo da "linha de pobreza nacional". Enquanto que, para monitorar a Meta 2A, o indicador a ser levado em conta é a proporção de pessoas abaixo da "linha de indigência nacional". Ademais, são apresentados os seguintes indicadores para complementar a análise do Objetivo 1: o índice de Gini; a participação dos 20% mais pobres na renda local; a razão entre a renda dos 20% mais ricos e 20% mais pobres.

Outra forma de mensurar a pobreza que afeta os indivíduos parte da determinação da linha de pobreza nacional. Ou seja, o nível de renda com o qual uma pessoa ou uma família brasileira não possui condições de obter todos os recursos necessários para viver. Conforme o 3º Relatório Nacional de acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, IPEA (2007), o Brasil tem utilizado como parâmetro os seguintes critérios de linha de pobreza: o valor de meio salário mínimo de renda per capita para dimensionar a pobreza; e o valor de um quarto do salário mínimo de renda per capita para dimensionar a extrema pobreza.

Gráfico 1.1: População sobrevivendo com menos de US$ PPC 1,25 por dia (em %)



Fonte: IPEA.

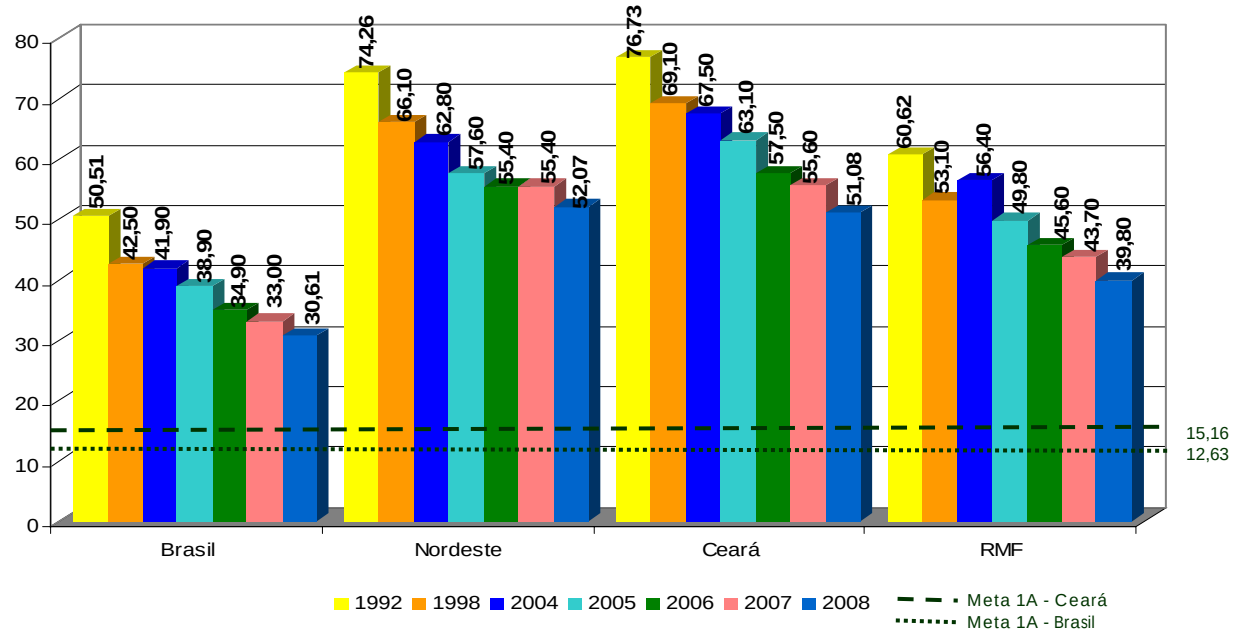
[1] Veja o 4º Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM sobre as novas estimativas da linha de pobreza internacional.

O Gráfico 1.2 reporta os dados correspondentes a uma linha de pobreza muito difundida nacionalmente, pois utiliza dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD/IBGE, a proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a meio salário mínimo por mês[2]. As informações estão disponíveis para o Brasil, Nordeste, Ceará, nos anos de 1992, 1998, e entre 2004 a 2008. Verifica-se que essa proporção vem diminuindo de forma consistente no Ceará ao longo do período analisado, seguindo a mesma tendência do Brasil e Nordeste.

Segundo essa linha de pobreza o Ceará possuía 68,26% da população abaixo da linha da pobreza em 1992. Essa proporção caiu de forma ininterrupta, durante todo o período, para 39,22%. Isso, sem dúvida mostra o esforço do Estado em reduzir a pobreza na região.

[2] Essa metodologia pode trazer algumas distorções na base comparativa devido o salário mínimo estar sofrendo reajustes reais nos últimos anos.

Gráfico 1.2: Proporção de pessoas sobrevivendo com menos de meio salário mínimo per capita (em %)



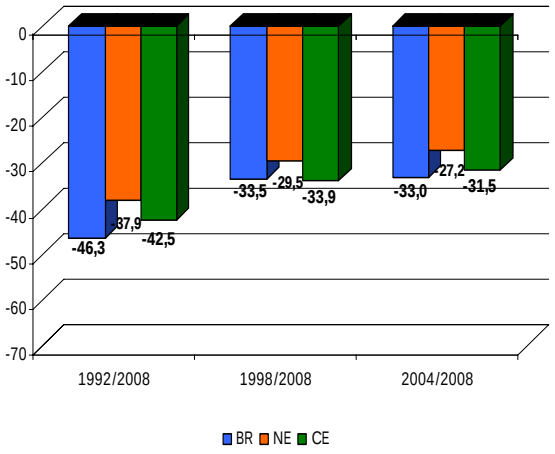
Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

O gráfico 1.3 tem o objetivo de comparar a taxa de redução da pobreza do Ceará, Nordeste e Brasil e, para tanto, reporta as taxa de variação desse indicador nos períodos de 1992 a 2008, 1998 a 2008 e 2004 a 2008. No período de 1992 a 2008, tanto o país como o estado chegaram bem próximos da meta de redução de 50% na proporção de pobres. De 1998 a 2008, o Brasil, Nordeste e o Ceará apresentaram reduções consideráveis de 33,5%, 29,5%, 33,9%, respectivamente.

O Ceará reduziu a proporção de pobres numa variação maior que o Nordeste, em todos os períodos analisados. No menor dos períodos considerados, de 2004 a 2008, a diminuição de pobres no Ceará foi de 31,5%, enquanto no Nordeste foi de 27,2%. Já o Brasil reduziu a pobreza em 33,0%, no mesmo período. Portanto, os dados sugerem que, de fato, tem havido redução da pobreza no Ceará, Nordeste e Brasil.

De fato, vários trabalhos empíricos nacionais e internacionais confirmam a queda nos últimos anos da pobreza no Brasil, tais como Vinhais e Sousa (2006), Ribas, Machado e Golgher (2006). Para o Ceará, a Publicação Síntese dos Indicadores Sociais (2008), com base em dados da PNAD-IBGE, indica queda tanto na proporção de pobres como dos considerados extremamente pobres.[3]

Gráfico 1.3: Taxa de variação da proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza (em %)



Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

[3] Disponível em http://www.ipece.ce.gov.br. São considerados extremamente pobres pessoas com renda domiciliar per capita inferior a ¼ de salário mínimo.

Segundo IPEA (2007), existem diversos fatores que contribuíram para queda da pobreza e extrema pobreza no Brasil, nos últimos anos, tais como: a política de aumentos reais do salário mínimo, programa de transferência de renda voltado a deficientes e idosos pobres; expansão do programa Bolsa-Família; redução da taxa de juros, entre outros. Esses instrumentos fizeram com que, a partir de 2004, o rendimento das famílias voltasse a crescer, acompanhado da diminuição da desigualdade de renda.

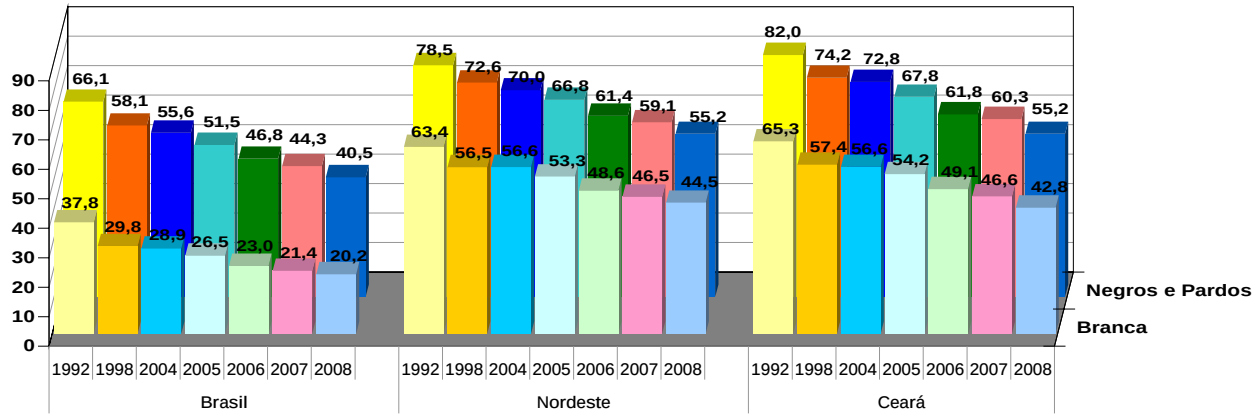
Dado que o Brasil é um país multirracial, verifica-se que a distribuição da riqueza não acompanha essa partição racial. A raiz escravocrata permanece e a literatura mostra que a pobreza, quando se desagregam os dados por raça na sociedade brasileira, ainda persistem grandes diferenças. Ou seja, a pobreza no Brasil atinge grupos da população de modo diferente, destacando-se pobreza entre brancos e pretos ou pardos.

Assim, mostra-se aqui os avanços da pobreza por cor no Brasil, Nordeste e Ceará, durante o período (1992, 1998, 2004 a 2008). Segundo IPEA (2007), a distribuição da extrema pobreza chegou a ser três vezes maior entre pretos e pardos que entre brancos, considerando-se a metodologia que utiliza como linha de pobreza 1 dólar PPC por dia. No entanto, verifica-se que, nos últimos anos, ocorreu melhora entre pretos e pardos no País, superior ao verificado entre brancos.

O gráfico 1.4 apresenta avanços na proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza por cor/raça[4]. Verifica-se que, quando se desagregam os dados, também ocorre queda nesse indicador nas regiões geográficas analisadas, durante o período (1992, 1998, 2004 a 2008). Por exemplo, o Brasil tinha 37,11% de pessoas de cor branca abaixo da linha da pobreza em 1992 e conseguiu reduziu para 20,21% em 2008, com queda de 46,5%.

[4] Para construção desses indicadores, foram extraídas informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD/IBGE - as rendas domiciliar per capita nos diferentes anos. Especificamente, todas as rendas foram atualizadas para 2008, pelo Índice Nacional de Preço ao Consumidor – INPC.

Gráfico 1.4: Evolução da proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza por cor/raça (em %)



Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

O Ceará obteve redução da proporção de pobres brancos em 34,5% entre os anos de 1992 a 2008. Quando se analisa o período 2004 a 2008, verifica-se a mesma tendência de queda desse indicador, tendo o Estado conseguido reduzir, nesse período, em 24,4% a pobreza da população branca.

Nota-se que, em relação à proporção de pessoas pobres de cor negra e parda, é maior tanto no Brasil, Nordeste e Ceará do que a porcentagem de indivíduos brancos pobres. Embora tenha ocorrido, conforme dados de 2008 para as regiões geográficas, declínio na proporção de pessoas de cor negra ou parda na condição de pobreza, a proporção de negros pobres é, no Brasil, duas vezes maior que a relacionada a brancos, confirmando que a pobreza tem cor. A diferença, pois, entre as raças ainda é bastante expressiva, em razão do que entendemos que se deva implantar políticas públicas direcionadas à população negra e parda, visando a redução e/ou erradicação da diferença entre as raças.

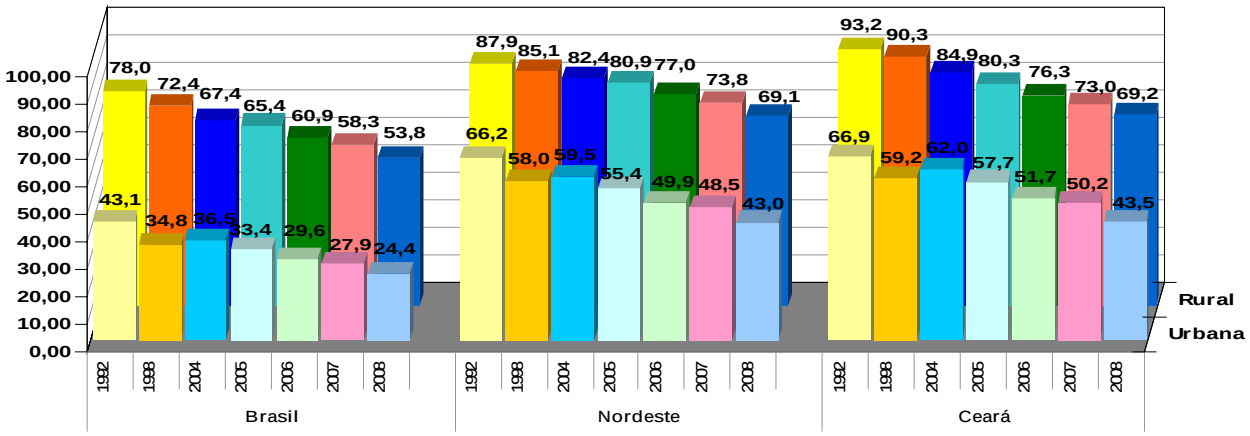
Observa-se ainda no mesmo gráfico que o Ceará apresenta avanços. Por exemplo, a proporção de pessoas de cor negra abaixo da linha da pobreza, em 1998, era de 74,24%, seguindo queda ininterrupta para 55,22%, em 2008, redundando num declínio de 25,6%. Essa tendência continua, no curto prazo, com uma diminuição de 24,2%, entre 2004 e 2008, devendo-se ressaltar que essa redução é superior à verificada no Nordeste. Para a população branca, o Ceará apresenta a mesma tendência, pois, em 1998, possuía 57,36% da população branca abaixo da linha da pobreza, reduzindo-se para 42,8%, em 2008, experimentando um declínio de 25,4%.

Segundo o relatório nacional sobre ODM do IPEA (2007), a pobreza no Brasil atinge, de forma diferenciada, os moradores das áreas urbanas e rurais. Por exemplo, em 2005, a proporção de pessoas residentes nas áreas rurais, que viviam na pobreza extrema, era 7,9 pontos percentuais superior à verificada nas áreas urbanas.

Os dados expressos no Gráfico 1.5 corroboram com as conclusões do IPEA (2007), segundo as quais existe um longo caminho a ser percorrido até que essas desigualdades entre as áreas urbanas e rurais sejam eliminadas. Essa é uma tarefa difícil para a realidade cearense, dado que mais de 95% da zona rural cearense está inserido na região do semi-árido.

A diferença entre a proporção de pessoas pobres no Ceará, em 1992, residentes nas áreas urbanas e rurais, era de 26,3%, tendo caído para 25,7% em 2008, percebendo-se, assim, que a diferença foi muito pequena no Estado.

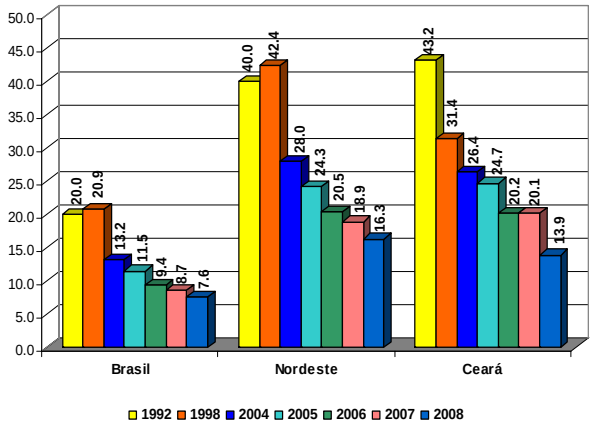
Gráfico 1.5: Evolução da proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza, segundo área de residência (em %)



Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

O gráfico 1.6 acompanha a evolução da proporção de pessoas em situação de extrema pobreza utilizando os dados da PNAD, proporção das pessoas que possuem renda domiciliar per capita inferior a ¼ do salário mínimo. Nota-se que, tanto o Brasil, quanto o Nordeste e o Ceará apresentaram reduções significativas desse indicador entre 1992, 1998, 2004 a 2008.

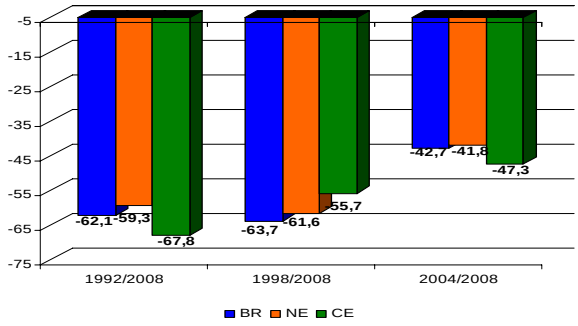
Gráfico 1.6: Evolução de pessoas em situação de extrema pobreza (em %)



Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

Para o Ceará, verifica-se que a queda da proporção de pessoas em situação de extrema pobreza foi bastante expressiva (67,8% entre 1992 e 3008), enquanto, para o Brasil, a redução, no mesmo período, foi de 62,1%. Analisando-se essa redução no curto prazo, quando a proporção caiu 47,3% entre 2004 e 208, pode-se afirmar que, nesse indicador, tanto o Brasil como o Ceará já atingiram a meta de reduzir a extrema pobreza pela metade (gráficos 1.6 e 1.7).

Gráfico 1.7: Variação das pessoas em situação de extrema pobreza (em %)

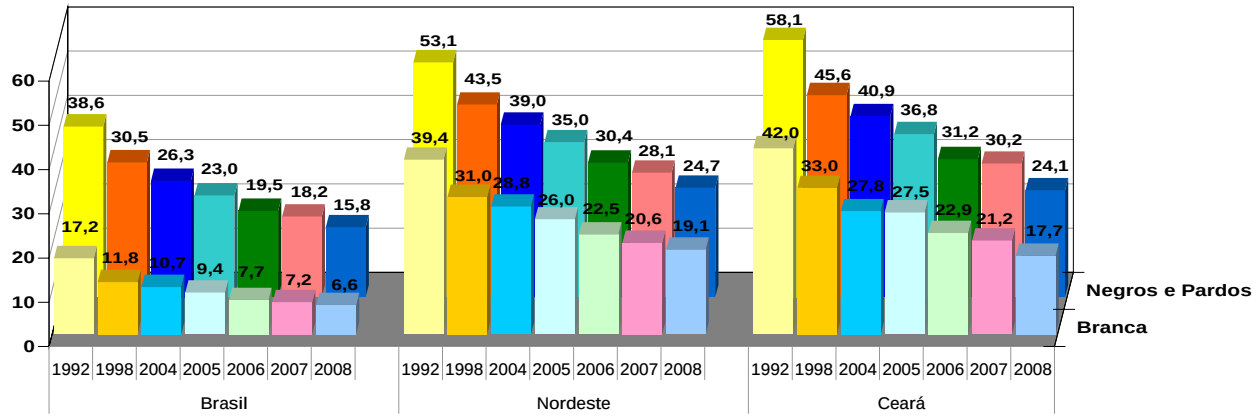


Fonte: IPEADATA/IPECE.

Já o gráfico 1.8 apresenta avanços para o Brasil, Nordeste e Ceará, quando se analisa a mesma variável por cor/raça. O Brasil tinha, em 1992, 17,2% de pessoas de cor branca em extrema pobreza, tendo caído para 6,6% em 2008, acusando uma queda de 61,5%. O Ceará, por sua vez, considerando o mesmo indicador, tinha 42,% de pessoas brancas em 1992 e 17,7% em 2008, ou seja, uma redução de 57,9% nessa proporção.

Apesar dos avanços, as disparidades existentes entre bancos e negros ou pardos deverão continuar nas regiões geográficas analisadas.

Gráfico 1.8: Evolução da proporção de pessoas em situação de extrema pobreza por cor/raça (em %)



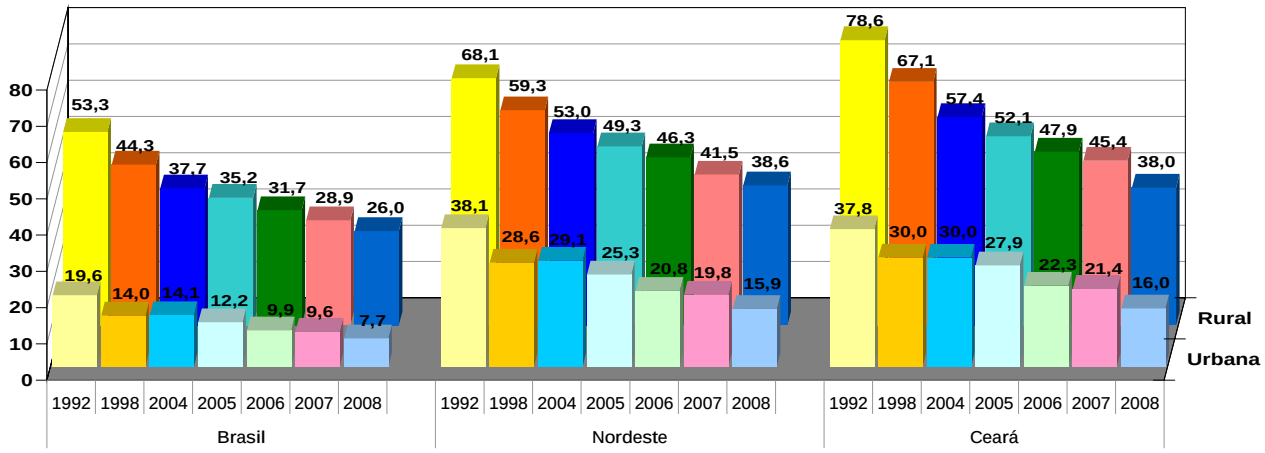
Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

O gráfico 1.9 demonstra a evolução da proporção de pessoas em situação de extrema pobreza, por zona, no Brasil, Nordeste e Ceará. De forma geral, a pobreza extrema é mais alta na área rural, mas a diferença em relação à zona urbana tem diminuído. Com efeito, em 1992, a diferença entre a proporção de pessoas extremamente pobre nessas áreas era de 40,8% no Ceará e, em 2008, essa disparidade caiu para 22%. No entanto, a extrema pobreza continua com grandes disparidades quando se desagregam as informações por área geográfica.

Segundo IPEA (2007), as disparidades existentes nessa variável no Brasil vêm caindo, basicamente, devido aos benefícios de previdência rural, dos programas de transferência de renda, especialmente o Bolsa-Família, e do crédito agrícola, fornecido por meio do Programa de Apoio à Agricultura Familiar, o Pronaf.

Mesmo assim, continua o IPEA, a proporção de pessoas residentes nas áreas rurais, que viviam na pobreza extrema, era de 7,9 pontos percentuais superior à verificada nas áreas urbanas, considerando a linha de pobreza em 1 dólar PCC por dia em 2005.

Gráfico 1.9: Evolução da proporção de pessoas em situação de extrema pobreza, segundo a área de residência (em %)



Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

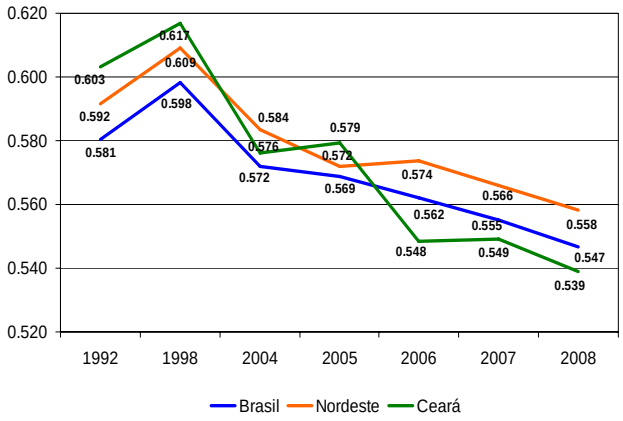
Dadas as informações aqui expostas, pode-se afirmar que o Brasil, Nordeste e Ceará têm sido capazes de reduzir significativamente a proporção de pobres e extremamente pobres na população.

No Brasil, diversos trabalhos que estudam a recente evolução da desigualdade de renda e pobreza, dentre os quais Hoffmann (2006) e Araujo (2009), confirmam que existem queda acentuada e contínua dos índices de pobreza e desigualdade nos últimos anos. Porém, ainda não há consenso sobre quais elementos formadores da renda são os maiores responsáveis pela sua redução. As principais hipóteses recaem sobre os programas oficiais de transferências de renda e sobre o mercado de trabalho.

O gráfico 1.10 mostra a evolução do Coeficiente de Gini, que mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita[5]. Neste estudo para o Brasil, Nordeste e Ceará, para os anos de 1992, 1998 e 2004 a 2008, verifica-se que esse coeficiente, para o Brasil ,caiu de 0,58, em 1992, e para 0,54, em 2008. Um resultado interessante é que a queda na desigualdade foi ininterrupta para as diferentes áreas geográficas, entre 1998 a 2008. O Nordeste e o Ceará acompanharam a tendência de queda nesse coeficiente. Destaca-se aqui o desempenho do Ceará, que apresentava, em 1998, o Coeficiente de 0,60, ou seja, na época, sua desigualdade era superior à brasileira. No entanto, dez anos depois, o Estado consegue reverter essa condição e apresenta desigualdade menor que a brasileira - 0,539 - representando declínio de 12,64%, durante o período analisado. Ou seja, em 1998, a renda estava mais concentrada no Ceará que no Brasil como o todo, situação essa que foi revertida em 2008. No geral, o Coeficiente está evidenciando que a renda está menos concentrada nas áreas geográficas consideradas durante o período.

[5] A evolução do índice de Gini ao longo do tempo pode indicar uma maior participação na renda total das camadas mais pobres, o que no contexto de crescimento significa uma provável redução da pobreza.

Gráfico 1.10: Índice de Gini - Brasil, Nordeste e Ceará

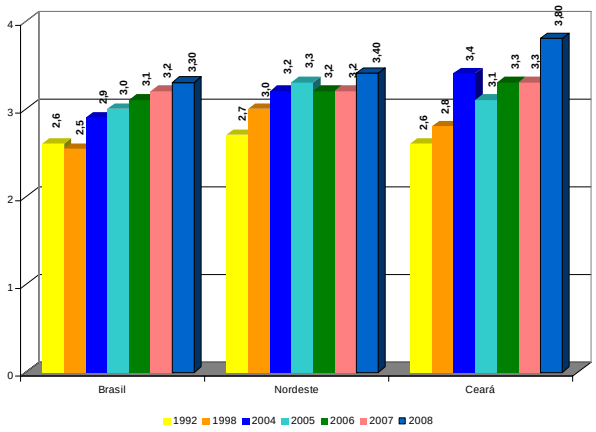


Fonte: IPEADATA/IPECE.

Apesar da queda nos últimos anos, o nível de desigualdade social do Brasil não é só inaceitável do ponto de vista ético, é absurdo da ótica da constelação de recursos e potencialidades do país. O gráfico 1.11 mostra a participação dos 20% mais pobres da população na renda total. No Brasil, por exemplo, é de 3,3%, em 2008. Somente em Serra Leoa, na República Central Africana, na Guatemala e no Paraguai os mais pobres têm uma participação menor na renda do que no Brasil.

Felizmente, a participação dos pobres na renda total vem aumentando de forma gradual nas três regiões estudadas. No Ceará, essa participação passou de 2,6% para 3,8%, durante 1992 a 2008.

Gráfico 1.11: Participação dos 20% mais pobres na renda total (em %)

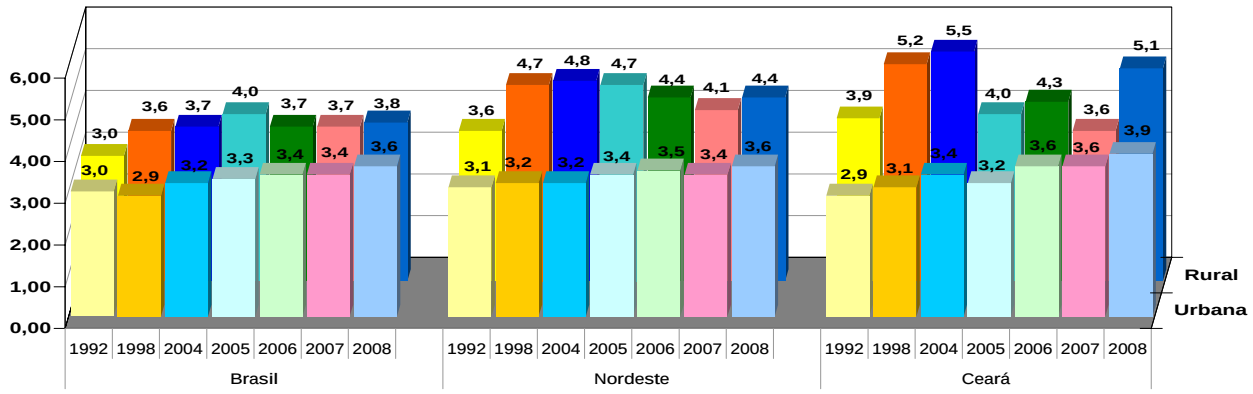


Fonte: IBGE/PNAD/IPECE.

Esse indicador foi desagregado por zona e as informações estão no gráfico 1.12. De forma geral, a participação dos 20% mais pobres nas zonas rurais são maiores que nas zonas urbanas no Brasil, Nordeste e Ceará.

No estado do Ceará, em 2008, participação dos 20% mais pobres na renda total na zona rural foi de 5,1% superior à verificada na zona urbana.

Gráfico 1.12: Participação dos 20% mais pobres na renda total por zona

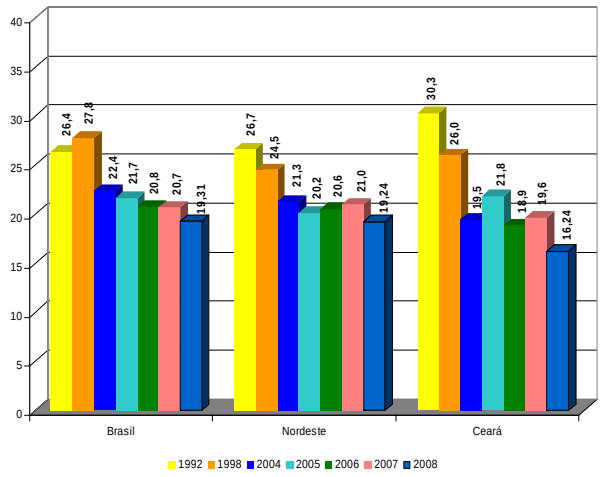


Fonte: IBGE/PNAD/IPECE.

Por último, apresenta-se, no Gráfico 1.13, a razão entre a renda dos 20% mais ricos e 20% mais pobres. Esse indicador é uma medida do grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos, ou seja, compara a renda média dos indivíduos pertencentes aos dois décimos mais ricos da distribuição com a renda média dos indivíduos pertencentes aos dois décimos mais pobres.

Como mostra o gráfico 1.13, essa razão declinou de forma contínua e acentuada nos últimos anos no Brasil, Nordeste e Ceará. Destaca-se, aqui, o bom desempenho do Estado do Ceará, que tinha a pior situação, em 1992, e conseguiu diminuir consideravelmente essa razão para patamares menores que o País e a região nordeste.

Gráfico 1.13: Razão entre a renda dos 20% mais ricos e 20% mais pobres (em %)



Fonte: IPEADATA/IPECE.

As informações até aqui expostas neste relatório sinalizam uma significativa redução da pobreza, extrema pobreza e desigualdade de renda, nos últimos anos, no Brasil, Nordeste e Ceará. O Ceará, especificamente, já atingiu a meta brasileira para 2015 de reduzir a extrema pobreza em um quarto, segundo a linha de pobreza internacional. Entretanto, existem desigualdades raciais significativas na população cearense e que a pobreza está localizada na zona rural do estado. Dessa forma, faz-se necessário continuar e/ou formatar mais políticas públicas direcionadas à população preta e da zona rural.

Box 1: Programas para reduzir a fome e a miséria

O governo no Estado do Ceará possui diversos programas para melhorar as condições de vida da população, sobretudo dos mais pobres. Sua prioridade é avançar no crescimento econômico, aprofundando a inclusão social, ou seja, busca-se aumentar a renda e, concomitantemente, melhorar a sua distribuição e o acesso dos mais pobres a bens e serviços. Os principais programas desenvolvidos pela Secretaria de Desenvolvimento Agrário (SDA) de combate a pobreza rural são: Desenvolvimento Territorial Sustentável e Combate à Pobreza Rural; Programa de Combate à Pobreza Rural no Ceará – PCPR – São José; Desenvolvimento da Agricultura Familiar e Democratização do Acesso à Terra. Por sua vez a

Secretária do Trabalho e Desenvolvimento Social (STDS) desenvolve os seguintes programas: Programa de Proteção Social Básica; Segurança Alimentar e Nutricional e Desenvolvendo o Empreendedorismo e o Artesanato.

Objetivo 2:

Atingir o Ensino Básico Universal

Meta 3:

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

Meta 3A:

Garantir que, até 2015, todas as crianças, de todas as regiões do país, independentemente da cor, raça e do sexo, concluam o Ensino Fundamental (brasileira).

Objetivo 2: Atingir o Ensino Básico Universal

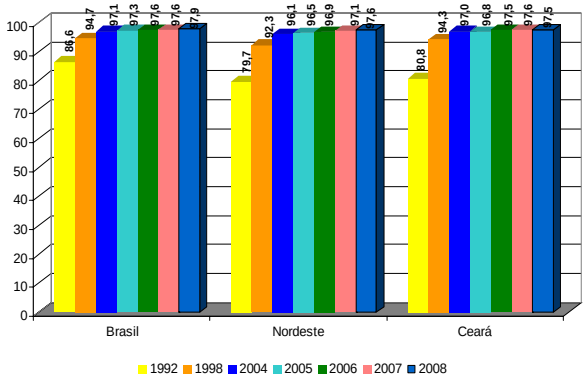
O segundo Objetivo de Desenvolvimento do Milênio refere-se à oferta de uma educação básica de qualidade para todos. Para isso, foram determinadas as seguintes metas: Meta 3 - garantir que, até 2015, as crianças de todos os países, de ambos os sexos, terminem um ciclo completo de ensino.

O Brasil apresenta, aproximadamente, 50% da população sem concluir o Ensino Fundamental. Diante desse panorama, o governo brasileiro resolveu criar uma meta, com foco na realidade em que se encontra a educação dos brasileiros: Meta 3A - garantir que, até 2015, todas as crianças, de todas as regiões do país, independentemente da cor, raça e do sexo, concluam o Ensino Fundamental. Essa meta também reflete a legislação brasileira, que coloca o Ensino Fundamental como a escolarização obrigatória para todos os brasileiros.

Com o objetivo de contextualizar as características educacionais dos estudantes cearenses, serão apresentados os seguintes indicadores: a Taxa de Escolarização Líquida[6] nas faixas etárias de 7 a 14 anos e 15 a 17 anos, para mostrar o aumento ao acesso às escolas das crianças que deveriam estar cursando o Ensino Fundamental e Médio; a taxa de alfabetização entre as pessoas de 15 a 24 anos, para expor o efeito desse acesso sobre a educação dos jovens que estão entrando no mercado de trabalho.

As faixas etárias analisadas correspondem às sugeridas para os alunos do Ensino Fundamental, 7 a 14 anos, e Médio, 15 a 17 anos. Embora, atualmente, a idade sugerida para iniciar o Ensino Fundamental seja 6 anos, devido à ampliação, implantada a partir de 2007, de 8 para 9 anos no Ensino Fundamental[7], consideramos 7 anos para comparar com os anos anteriores.

Gráfico 2.1: Taxa de escolarização líquida na faixa etária de 7 a 14 anos (em %)



Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

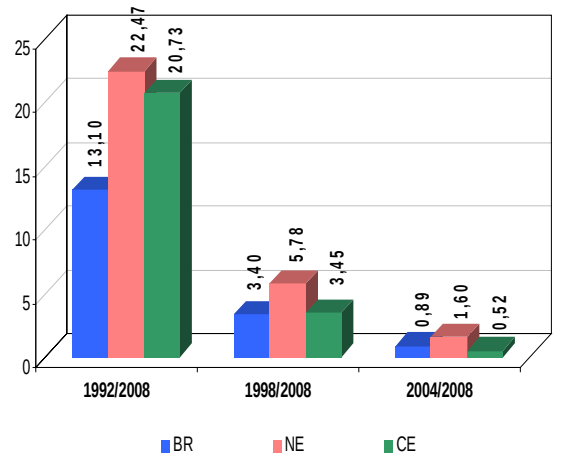
Conforme o Gráfico 2.1, pode-se dizer que o Brasil, Nordeste e Ceará praticamente universalizaram o acesso à escola da população de 7 a 14 anos. Entre 1992 e 2008, ampliou-se expressivamente a proporção de jovens, nessa faixa etária, que frequentam a escola. Observa-se que Ceará, Nordeste e Brasil, em 2008, apresentavam mais de 97% de suas crianças entre 7 e 14 anos frequentando a escola. Isso poderia sinalizar para a obtenção da meta brasileira de conclusão do Ensino Fundamental por todas as crianças de todas as regiões do Brasil, caso não fossem observadas altas taxas de evasão escolar nas escolas brasileiras. ,

Em relação à variação na frequência das crianças de 7 a 14 anos, Gráfico 2.2, vale ressaltar que o Estado do Ceará obteve uma variação, entre 1992/2008, de 20,73%, maior que a brasileira, que foi de 13,10%. Os resultados para as variações 1998/2008 e 2004/2008 apontam para uma convergência da escolarização líquida entre as regiões analisadas.

6 Taxa de Escolarização Líquida: expressa o percentual de matrícula de 7 a 14 anos para o Ensino Fundamental e de 15 a 17 anos para o Ensino Médio Regular. em relação à população na faixa etária de 7 a 14 anos e 15 a 17 anos, respectivamente.

7 Em relação à ampliação para nove anos, a meta do número 2 do Plano Nacional de Educação estabelece que à medida que o ensino fundamental de oito anos for se universalizando para a população de 7 a 14 anos, o período de escolarização obrigatória deverá ser ampliado, por meio da incorporação da criança de seis anos de idade ao ensino fundamental. Assim, foi instituída a Lei n° 11.274, de 6 de fevereiro de 2006, que alterou a redação dos Arts. 29,30,32 e 87 da Lei n° 9.934/96 – LDB. A resolução CNE/SEB n° 3, de 3 de agosto de 2005, fixa normas nacionais para a ampliação do ensino fundamental para nove anos. Em seu Art. 1°, define a antecipação da obrigatoriedade de matrícula no ensino fundamental aos seis anos de idade e, no seu Art. 2°, determina a adoção da seguinte nomenclatura: Creche (até 3 anos de idade) – Pré-Escola (4 e 5 anos de idade) – Anos iniciais (de 6 a 10 anos de idade) – Anos finais (de 11 a 14 anos de idade).

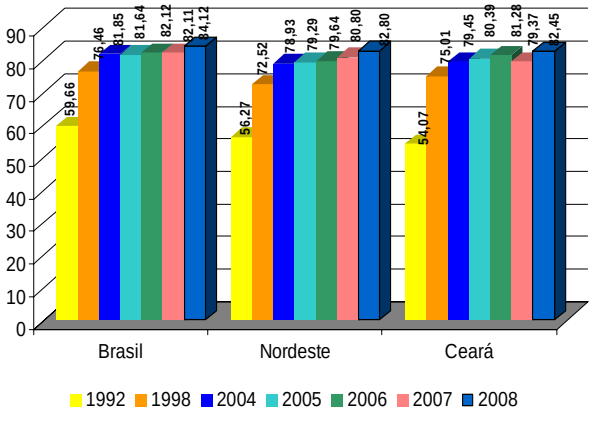
Gráfico 2.2: Variação na taxa de escolarização líquida na faixa etária de 7 a 14 anos (em %)



Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

Por sua vez, o Gráfico 2.3 mostra a frequência escolar da faixa etária entre 15 e 17 anos. Conforme aquele Gráfico, os números do Brasil, Nordeste e Ceará foram de 84,12%, 82,80% e 82,45%, respectivamente, em 2008. Embora esses resultados não sejam os desejados, os avanços obtidos, desde 1990, revelam aumentos consideráveis na frequência dos adolescentes à escola. Por outro lado, pode-se verificar que mais de 15%, aproximadamente, da população cearense, que está na idade de freqüentar o Ensino Médio não está indo à escola.

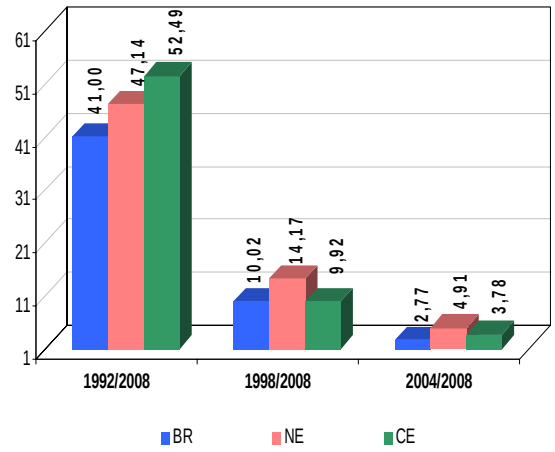
Gráfico 2.3: Taxa de escolarização líquida na faixa etária de 15 a 17 anos (em %)



Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

Conforme ilustra o gráfico 2.4, o Estado do Ceará possui o melhor desempenho entre 1992/2008, com uma variação de 52,49%, superior à brasileira (41%) e à nordestina (47,13%). Os resultados das variações para os períodos mais curtos também apontam para uma convergência das regiões na frequência líquida, na faixa etária de 15 a 17 anos. Ou seja, em concordância com o 4º Relatório Nacional (IPEA, 2010), pode-se inferir que está diminuindo a desigualdade de acesso à escola entre macrorregiões brasileiras.

Gráfico 2.4: Variação da Taxa de escolarização líquida na faixa etária de 15 a 17 anos (em %)

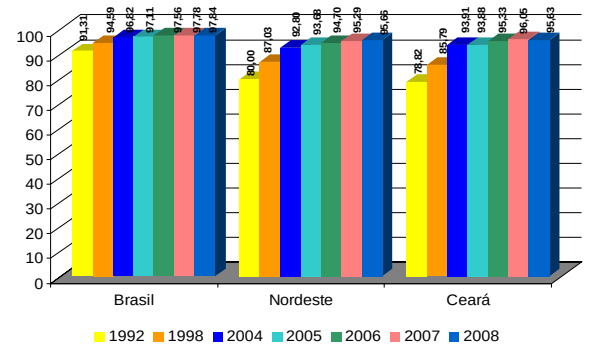


Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

Um indicador que contextualiza os efeitos da meta brasileira de universalização da conclusão do Ensino Fundamental e que caracteriza os avanços quantitativos da educação brasileira é a taxa de alfabetização na faixa etária de 15 a 24 anos[8] e sua variação. As informações do Gráfico 2.5 mostram que esse indicador é de quase 100% nas três áreas geográficas analisadas. Verifica-se que o Ceará, partindo de uma situação relativamente pior que a do Brasil, foi capaz de fazer com que o seu indicador convergisse ao brasileiro. Com efeito, o Estado Ceará possuía uma taxa de alfabetização na faixa etária de 15 a 24 anos do sexo masculino de 69,76%, em 1992, e atingiu 94,51%, em 2008, enquanto que a do Brasil era de 89,26%, em 1992, e 97,05%, em 2008.

[8] Taxa de alfabetização na faixa etária de 15 a 24 anos é a razão entre o número de pessoas alfabetizadas na faixa etária de 15 a 24 anos e o número total de pessoas na faixa etária de 15 a 24 anos, multiplicada por 100.

Gráfico 2.5: Taxa de alfabetização entre as pessoas de 15 a 24 anos (em %)



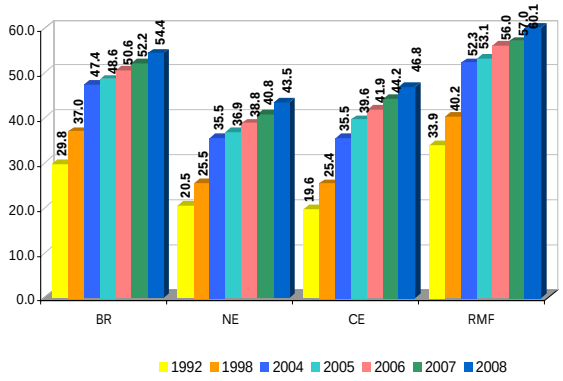
Fonte: IPEADATA/IPECE.

Essas informações corroboram com IPEA (2007) sobre a alfabetização dos jovens no Brasil. Segundo aquele trabalho, o País caminha para a universalização do ensino, pois, em 2002, a proporção de 15 a 24 anos capaz de ler e escrever um simples bilhete atingiu 96,3%, no País. Na comparação por regiões, embora registre a menor taxa, o Nordeste apresentou o maior crescimento entre 1992 e 2002.

O principal indicador para analisar se a meta brasileira de universalização da conclusão do Ensino Fundamental será alcançada é o percentual da população com pelo menos esse nível completo.

O Gráfico 2.6, a seguir, apresenta esse indicador para as pessoas com 15 anos ou mais de idade, intervalo de idade em que todas as pessoas, supostamente, deveriam ter concluído o Ensino Fundamental. Esse indicador representa mais que simplesmente alfabetização, pois o Ensino Fundamental tem objetivos de ensinar desde a compreensão da cidadania e participação social até os fundamentos básicos de química e física.

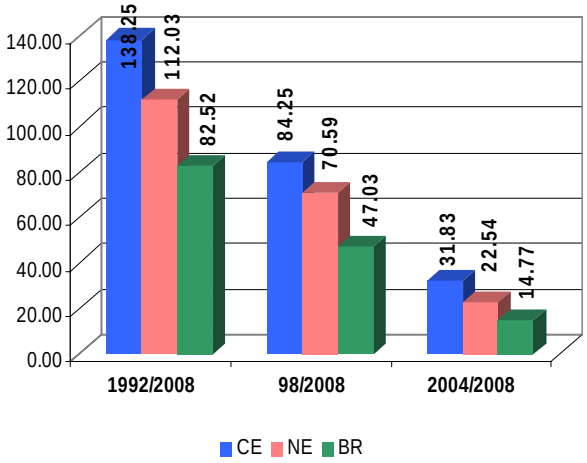
Gráfico 2.6: Percentual da População com pelo menos o EF Completo – 15 anos ou mais (em %)



Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

Conforme o Gráfico 2.7, observa-se que o Ceará avança mais rápido que o Nordeste e Brasil, com um aumento de mais de 100% no percentual de pessoas com pelo menos o Ensino Fundamental, entre 1992 e 2008. Ademais, nota-se que, no curto prazo, a velocidade no alcance dessa meta é muito significativa, tendo o ceará alcançado um percentual de mais de 30%, enquanto o Brasil apresenta uma taxa de variação inferior a 15%.

Gráfico 2.7: Variação do Percentual da População com pelo menos o EF Completo – 15 anos ou mais (em %)

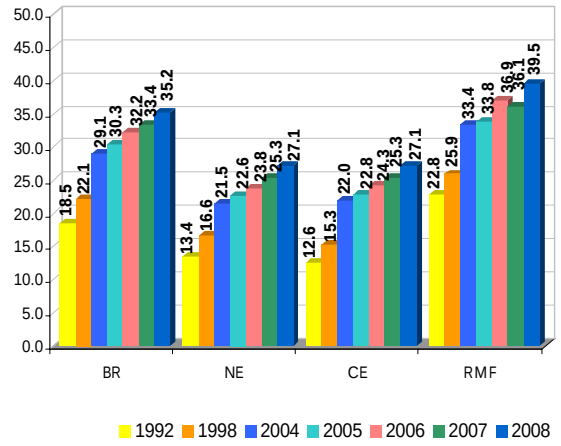


Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

Buscando visualizar a continuidade dos indicadores do processo educacional, considerando que, para se concluir o Ensino Médio (EM), deve-se ter concluído o EF, e que, para se concluir o Ensino Superior (ES), deve-se ter concluído o EM, os Gráficos 2.8 e 2.9 mostram os percentuais da população adulta com, pelo menos, o EM e ES completo para o Brasil, Nordeste, Ceará e RMF, em 1992, 1998 e 2004 a 2008.

Verifica-se, no Gráfico 2.8, que a Região Metropolitana de Fortaleza é a que apresenta o maior percentual, 39,5%, seguida do Brasil, com 35,2%. De forma geral, ocorreu aumento expressivo nas últimas duas décadas de pessoas que concluíram o EM. Isso deve refletir a mudança na demanda do mercado de trabalho e no aumento da oferta de escolas de Ensino Médio.

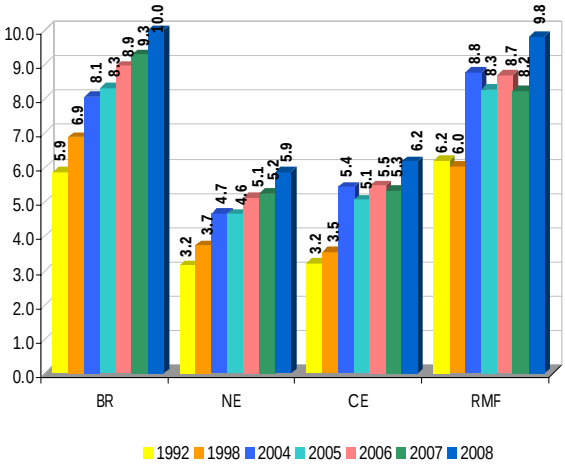
Gráfico 2.8: Percentual da População Adulta com pelo menos o Ensino Médio Completo – 25 anos ou mais (em %)



Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

O Gráfico 2.9 mostra que o Ceará e o Nordeste apresentam um percentual da população com nível superior completo inferior ao Brasil e à região metropolitana de Fortaleza. Com esses resultados, pode-se inferir que há uma positiva relação entre as regiões analisadas mais urbanizadas e mais desenvolvidas com a presença de pessoas com nível superior. Ademais, observa-se que todas as regiões dobraram seus percentuais desde 1990, o que deve refletir no aumento expressivo da oferta de vagas em universidades públicas e privadas nos últimos anos.

Gráfico 2.9: Percentual da População com Nível Superior Completo – 25 anos ou mais (em %)

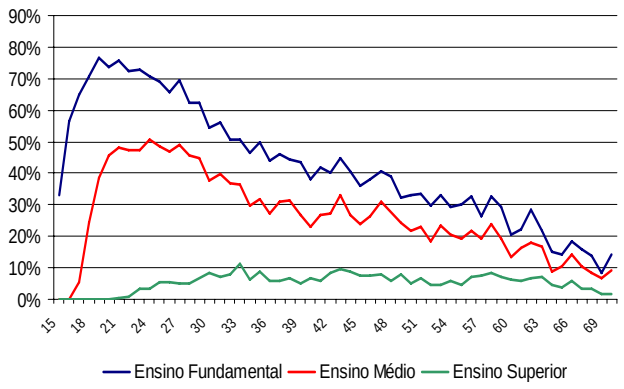


Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

O Gráfico 2.10, a seguir, apresenta o estoque de capital humano para o Estado do Ceará, no ano de 2008, para pessoas entre 15 e 70 anos, considerando os três ciclos de ensino: Fundamental, Médio e Superior. A partir desse Gráfico, pode-se observar como está a distribuição do nível educacional no Estado, tendo como base as distintas idades. Conforme já amplamente ilustrado nos três Gráficos anteriores, observa-se a predominância de pessoas que concluíram apenas o Ensino Fundamental, em todos os níveis de idade, em contraposição ao Ensino Médio e ao Ensino Superior.

Outro fator importante a ser observado é o grande percentual de jovens que estão concluindo o Ensino Fundamental e Médio, principalmente entre 15 e 30 anos, o que sinaliza que houve um aumento significativo na oferta de vagas, nos últimos anos, nas redes municipais e estaduais de ensino. Isso, provavelmente, refletirá, em um futuro próximo, na mudança do quadro de baixa proporção de pessoas com nível médio e superior no estado.

Gráfico 2.10: Porcentagem de Pessoas que Concluíram o EF, EM e ES por anos de Idade – Ceará – 2008 – 15 a 70 anos (%)



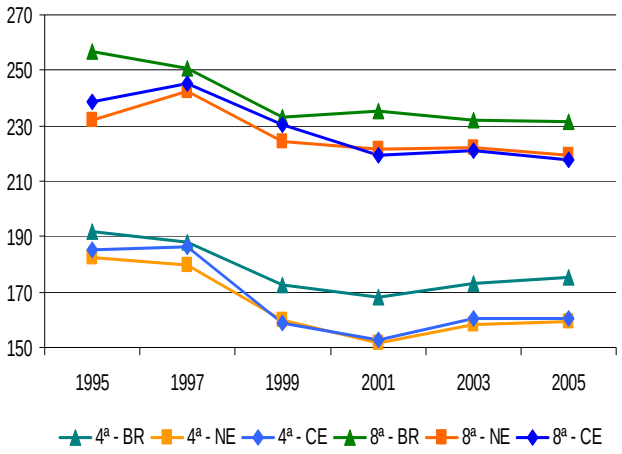
Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

Por fim, no Gráfico 2.11, expõe-se um indicador que possibilita comparar não mais os avanços quantitativos da educação, mas a qualidade da educação brasileira, nordestina e cearense. Os indicadores são as médias dos resultados do Sistema de Avaliação da Educação Básica – SAEB - em Língua Portuguesa dos estudantes da 4ª e 8ª série do Ensino Fundamental, em escolas públicas urbanas estaduais e municipais.

Com relação às notas de Língua Portuguesa, Gráfico 2.11, os estudantes cearenses, como os nordestinos de 4ª e 8ª séries, obtiveram resultados inferiores aos do Brasil, na maioria dos anos. Além do mais, todas essas médias não vêm apresentando avanços nos resultados e não se encontram em estágio de proficiência adequado na escala do SAEB.

Esses dados mostram que a universalização do Ensino Fundamental não foi acompanhado de uma melhora na qualidade da educação de todas as regiões analisadas. Isso pode refletir na dificuldade de avançar qualitativamente num contexto em que houve ampliação do acesso à escola por estudantes que, provavelmente, seus pais não tiveram as mesmas oportunidades educacionais.

Gráfico 2.11: Resultado do SAEB em Língua Portuguesa na 4ª e 8ª série do Ensino Fundamental



Fonte: DAEB/Inep/MEC.

Examinando todos os indicadores apresentados neste capítulo, conclui-se que a ampliação da oferta de vagas à quase totalidade das crianças e jovens cearenses evidencia melhoras representativas na educação cearense nos últimos anos. Claramente, o estado já universalizou o acesso a escolas pelas crianças cearenses e apresenta avanços significativos dos indicadores referentes à conclusão do ensino fundamental. Entretanto, pode-se inferir que ainda é necessário criar estratégias para diminuir as taxas de abandono e de evasão escolar, especialmente para aqueles entre 7 e 14 anos, e que promovam avanços na qualidade da educação no estado do Ceará.

Box 2: Programas para prover educação básica de qualidade para todos

O Governo do Estado do Ceará, com o intuito de promover a educação básica de qualidade para todos os cearenses, criou, em dezembro de 2007, o Programa Alfabetização na Idade Certa, (PAIC), de incentivo à melhoria dos indicadores de aprendizagem e da alfabetização dos municípios cearenses. O objetivo do programa é que todos os alunos do Estado cheguem ao 5º ano do Ensino Fundamental na idade certa e com domínio das prerrogativas de sucesso na leitura, escrita e cálculos condizentes ao seu nível de escolarização.

Objetivo 3:

Promover a Igualdade entre os Sexos e a Autonomia da Mulher

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.

Objetivo 3: Promover a Igualdade entre os Sexos e a Autonomia da Mulher

O Terceiro Objetivo de Desenvolvimento defende a igualdade entre sexos e valorização da mulher; para isso, foi estabelecida a 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. Essa meta foi criada visando atingir os países em que as desigualdades de gênero no acesso à educação entre homens e mulheres são significativas. Entretanto, essa meta não reflete a nossa necessidade de valorização da mulher, pois as meninas brasileiras, na esfera educacional, apresentam indicadores superiores aos dos meninos. Essa vantagem não tem se mostrado suficiente para reverter as disparidades entre os sexos nem para promover, de fato, a autonomia das mulheres no país (IPEA, 2010).

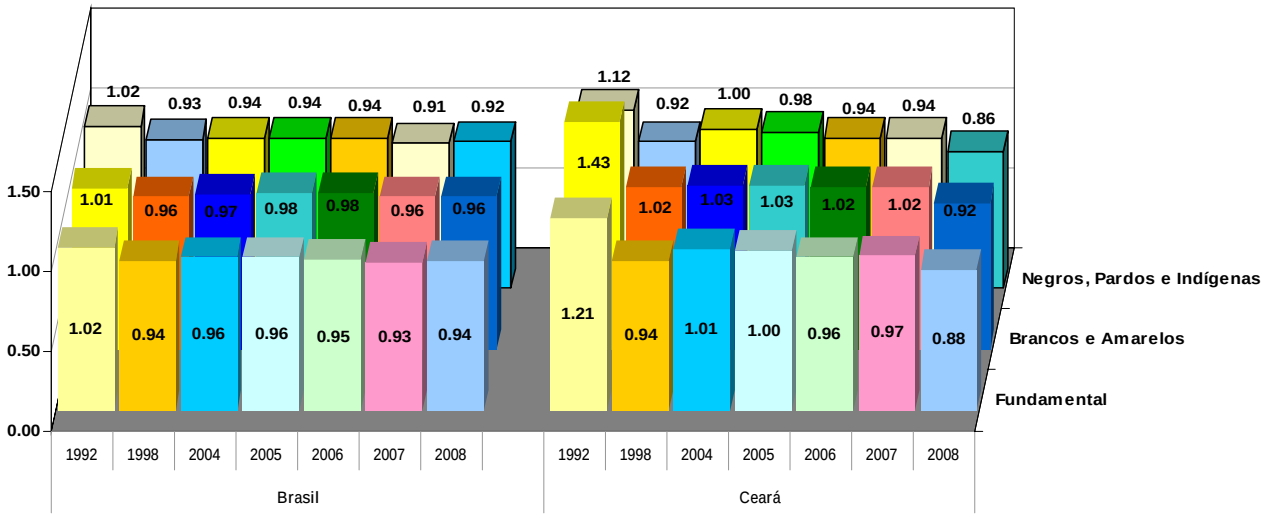
Esse quadro reflete os padrões culturais da sociedade brasileira, que atribuem ao homem o papel de provedor do lar e à mulher o cuidado da casa e da família. As desigualdades de gênero surgem, portanto, das construções socioculturais e históricas que transformam as diferenças sexuais em discriminações. Tais desigualdades expressam-se nos mais diferentes campos das relações sociais, a começar pelo ambiente doméstico, passando pelo trabalho, pelo setor educacional, entre outros (IPEA, 2004).

Especificamente, os principais indicadores de acompanhamento dessa meta são: razão de mulheres versus homens nos ensinos fundamental, médio e superior. Adicionalmente, utilizamos outros indicadores para expor as desigualdades de gênero presentes na nossa sociedade, a saber: a razão entre mulheres e homens alfabetizados; as taxas de participação na força de trabalho de mulheres e homens; a razão entre as rendas médias de homens e mulheres e a proporção de mulheres em cargos políticos.

O Gráfico 3.1 mostra que houve uma significativa redução na razão entre o número de mulheres e o número de homens no ensino fundamental, de 1992 a 2008. Isso pode refletir a diminuição da evasão das crianças do sexo masculino devido ao trabalho infantil. Nos últimos anos, verifica-se que essa razão está se invertendo, ou seja, um pouco mais de crianças do sexo masculino estão frequentando a escola.

Segundo IPEA (2007,) esse fato provavelmente não se deva à redução de mulheres na escola, mas relacionado à universalização do ensino fundamental, que incorporou proporcionalmente mais homens, resultando numa participação mais expressiva de meninos ao longo da década.

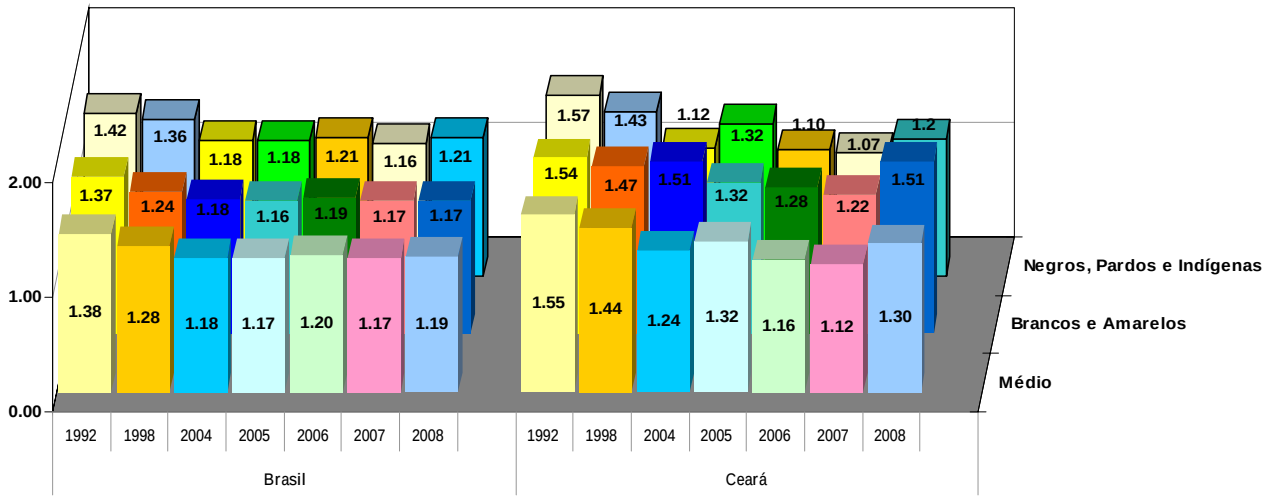
Gráfico 3.1: Razão entre número de mulheres e homens no Ensino Fundamental por raça/Cor



Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

Em relação ao Ensino Médio, Gráfico 3.2, verifica-se uma redução acentuada da razão entre o número de mulheres e homens frequentando a escola. Mas nos últimos anos, os resultados sinalizam a evasão dos alunos do sexo masculino para o mercado de trabalho. Ou seja, as meninas têm vantagens em frequentar a escola, pois o seu papel cultural de principal responsável do núcleo familiar começa a se refletir. Esses resultados mostram-se bastante variáveis quando analisamos a diferença de raça, mas continuam mostrando o maior acesso das mulheres.

Gráfico 3.2: Razão entre número de mulheres e homens no Ensino Médio por raça/Cor

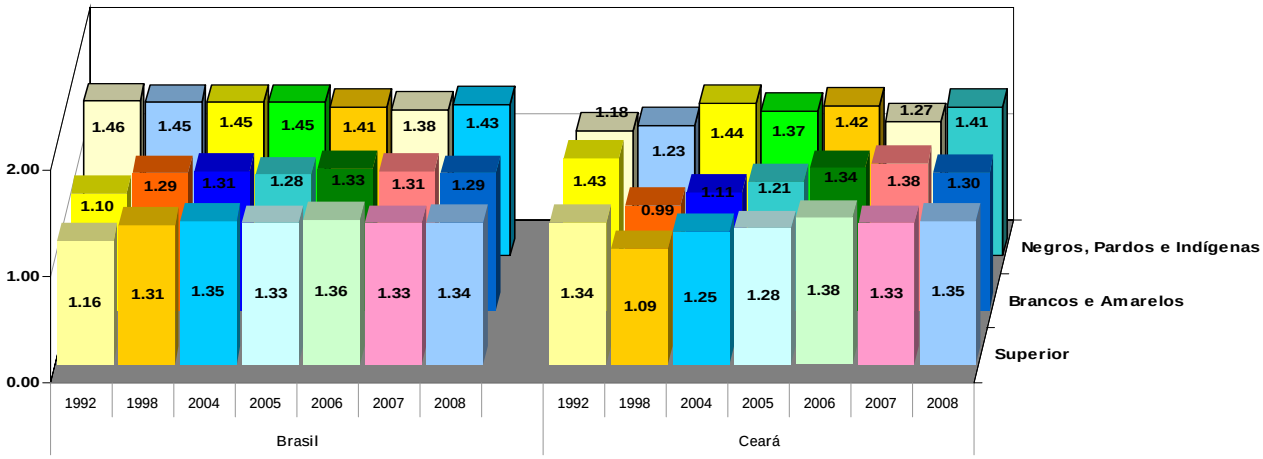


Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

O Gráfico 3.3 torna evidente que as mulheres têm mais acesso à educação superior, pois esses dados refletem a demanda criada pelas estudantes que concluem o Ensino Médio.

A tendência de aquisição de maior nível de escolaridade das mulheres, que vinha se esboçando desde as últimas décadas do século XX e se consolida na primeira década do século XXI tem especial importância para a inserção das mulheres no mercado de trabalho. A prevalência das mulheres entre os mais escolarizados ocorre a partir do ensino médio e se estende ao superior. No superior, a maior concentração de formadas, até a última data examinada, ocorre nas áreas da educação, saúde e bem-estar social, humanidades e artes. O fato de as trabalhadoras disporem de credenciais de escolaridade superiores aos seus colegas de trabalho, entretanto, não tem se revertido em ganhos semelhantes, pois os dados deixam claro que homens e mulheres com igual escolaridade obtêm rendimentos diferentes. O fato é que, as relações de gênero vão determinar valores diferentes para profissionais no mercado de trabalho, conforme esse trabalhador seja homem ou mulher. E se a maiores patamares de escolaridade estão associados, de uma forma geral, maiores salários, isso é mais verdade para os homens do que para as mulheres.

Gráfico 3.3: Razão entre número de mulheres e homens no Ensino Superior por raça/Cor

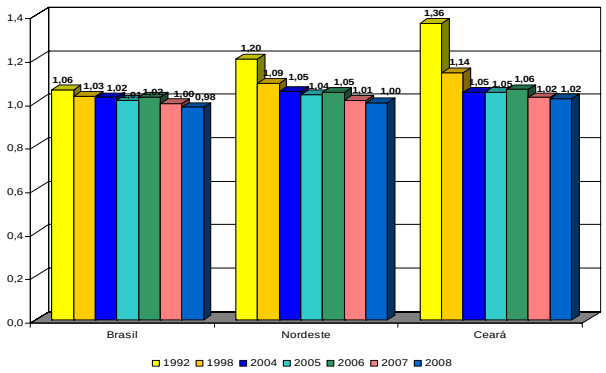


Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

Os dados referentes à razão entre o número de mulheres e homens alfabetizados no Brasil, Nordeste e Ceará, entre 15 e 24 anos, estão expostos no Gráfico 3.4. Pode-se perceber que, nas diferentes áreas geográficas estudadas, a população feminina teve mais acesso à educação ao longo das últimas duas décadas. No entanto, essa razão vem diminuindo, de forma interrupta, em todas as regiões, chegando a refletir, praticamente, a igualdade na alfabetização de homens e mulheres.

De acordo com o Gráfico 3.4, o indicador do Brasil, em 2007, atingiu o nível de igualdade entre os sexos, caindo um pouco para 0,98, em 2008. De forma geral, a proporção de meninos e meninas alfabetizadas é quase a mesma no Brasil, Nordeste e Ceará, em 2008, – o que se deve principalmente à universalização do acesso ao Ensino Fundamental.

Gráfico 3.4: Razão entre o número de mulheres e homens alfabetizados entre 15 e 24 anos

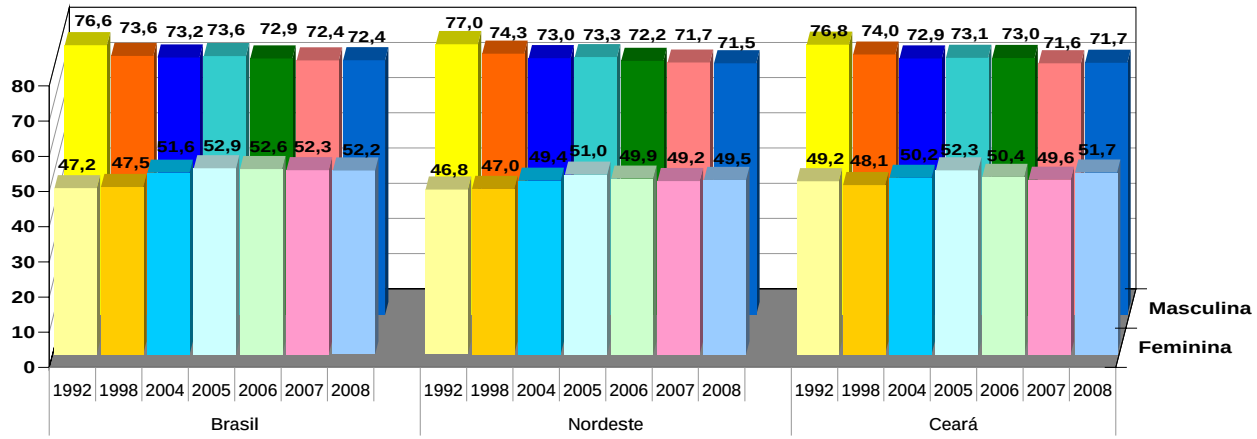


Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

Pelos indicadores de educação apresentados até agora, pode-se concluir que a meta estabelecida pode ser considerada cumprida. No entanto, conforme o IPEA (2007), a discriminação no mercado de trabalho deve ser levada em conta para analisar a desigualdade entre homens e mulheres, no Brasil. Pois, apesar de estarem em condições melhores no campo educacional, as mulheres aparecem em desvantagem no mercado de trabalho. As mulheres continuam participando menos no Brasil, recebendo menos pelas atividades realizadas e ocupando os piores postos, tanto em termos salariais quanto em termos de proteção social.

O gráfico 3.5 apresenta as taxas de participação na força de trabalho para pessoas de 10 anos ou mais (em %), para mulheres e homens. De forma geral, as mulheres têm uma participação menor no mercado de trabalho que os homens no Brasil, Nordeste e Ceará, em todos os anos analisados, significando dizer que os homens em idade ativa tendem a participar de forma mais intensa no mercado de trabalho que as mulheres.

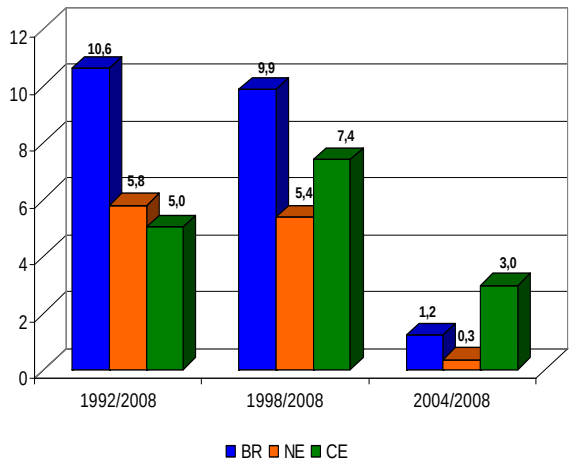
Gráfico 3.5: Taxa de participação feminina na força de trabalho



Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

No entanto, a discriminação contra as mulheres no mercado de trabalho vem diminuindo nos últimos anos. Verifica-se que a variação da taxa de participação feminina na força de trabalho está aumentando em todas as áreas geográficas, durante todo o período analisado. Por exemplo, no Estado do Ceará, essa variação foi positiva de 7,4%, entre 1998 a 2008, superior à Nordestina e Brasileira, no mesmo período. Isso mostra o bom desempenho do Ceará em reduzir as desigualdades no mercado de trabalho (gráfico 3.5).

Gráfico 3.6: Variação da Taxa de participação feminina na força de trabalho

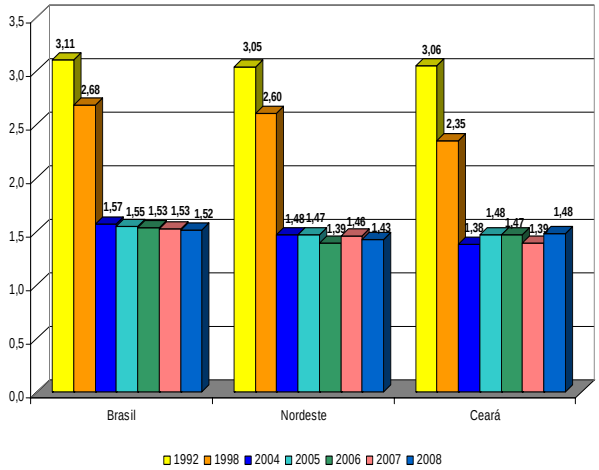


F Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

As diferenças nesse âmbito entre mulheres e homens contribuem para produzir distorções nos níveis de renda dos dois grupos. No Gráfico 3.7, mostra-se a razão entre os rendimentos médios de homens e mulheres, provenientes do trabalho principal das pessoas com 10 anos ou mais ocupadas. A discriminação contra as mulheres fica evidente quando se analisa os dados de rendimentos.

Conforme o Gráfico 3.7, nota-se que os homens recebem os melhores salários. Em 1992, o rendimento médio dos homens era 3,11 vezes o das mulheres, no Brasil, 3,05, no Nordeste, e 3,06, no Estado do Ceará. Já em 2008, essa razão reduz-se consideravelmente nas três áreas analisadas. No Ceará, por exemplo, em 2008, os homens ganhavam em média 1,48 vezes que as mulheres. Apesar dos avanços, a média masculina continua superior à feminina, podendo-se afirmar que ainda persiste a discriminação contra as mulheres no mercado de trabalho.

Gráfico 3.7: Razão entre as rendas médias de homens e mulheres provenientes do trabalho principal das pessoas ocupadas com 10 anos ou mais



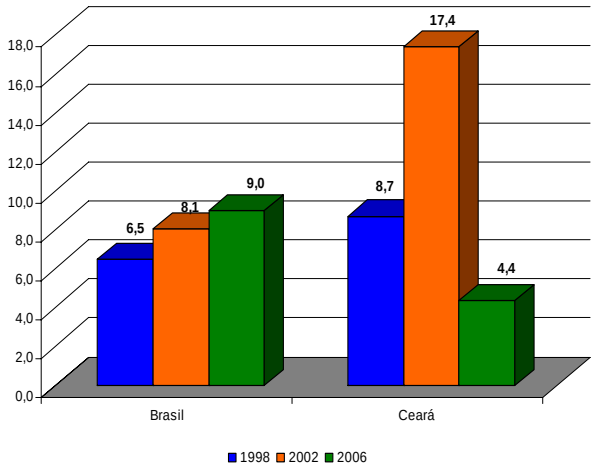
Fonte: IBGE/PNAD/IPECE..

Outro indicador proposto pelas Nações Unidas, para monitorar o desempenho do terceiro Objetivo do Milênio, é o número de mulheres exercendo mandatos no Parlamento nacional. Aqui, será apresentada a participação política feminina nos níveis federal (deputados federais) e estadual (deputados estaduais).

O Gráfico 3.8 mostra os resultados das eleições realizadas para os cargos do Legislativo, nas esferas federal e estadual. Verificam-se as dificuldades para ampliar a presença feminina nos espaços de representação política. No Brasil, na eleição de 2006, as mulheres ocuparam 9% das cadeiras na Câmara dos Deputados.

No caso da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, a participação de homens eleitos é bastante superior à de mulheres. Vale ressaltar que, no Estado, nas eleições de 1998 e 2002, a participação das mulheres aumentou significativamente, praticamente dobrando. No entanto, na eleição de 2006, a proporção de deputadas estaduais reduziu-se sobremaneira, para um patamar que equivale à metade de 1998.

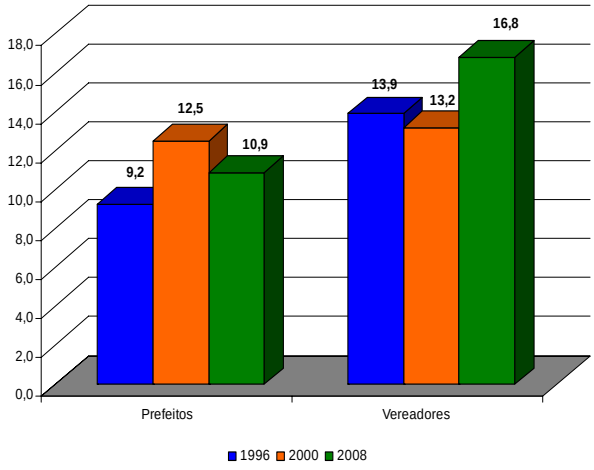
Gráfico 3.8: Participação (em %) das mulheres na câmara dos deputados



Fonte: TRE, TSE.

Agora, são apresentados os dados referentes às eleições municipais de 1996, 2000 e 2008. Observa-se que existe uma preponderância de vereadores e prefeitos eleitos do sexo masculino, conforme ilustra o Gráfico 3.9. Entretanto, o número de mulheres eleitas vereadoras aumentou na última eleição: elegeram-se 16,8%. Esse resultado é levemente superior ao obtido em 2000, quando 13,2% dos eleitos eram mulheres, nas eleições municipais no Estado do Ceará (gráfico 3.8).

Gráfico 3.9: Participação das mulheres dentre os prefeitos e vereadores eleitos no Ceará (em %)



Fonte: TRE-CE.

Ante o exposto, pode-se concluir que o Ceará alcançou a meta 4 de eliminar as desigualdades em todos os níveis de ensino. Em outros indicadores, que tentam acompanhar a autonomia da mulher cearense, as mulheres já não apresentam relativa igualdade com os

homens. Ou seja, nos indicadores do mercado de trabalho, de renda e na representatividade política, as disparidades ainda são bastante significativas, apesar de alguns avanços verificados.

Box 3: Ações do Governo do Estado do Ceará para reduzir as disparidades entre os sexos

Em abril de 1986, foi criado o Conselho Cearense de Direitos da Mulher (CCDM) como uma das instituições que favorece o exercício dos direitos da mulher e sua participação no desenvolvimento social, econômico e cultura, mediante parcerias com órgãos governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais.

Em 2005, foi criado o Escritório Estadual de Prevenção ao Tráfico de Seres Humanos, com enfoque na rota internacional do tráfico de mulheres, sob a responsabilidade da Secretaria da Justiça, com um posto no aeroporto Pinto Martins.

Objetivo 4:

Reduzir a Mortalidade Infantil

Meta 5

Reduzir em 2/3, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade.

Objetivo 4: Reduzir a Mortalidade Infantil

O quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio visa reduzir a mortalidade na infância no mundo, ou seja, a mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade. Para isso, foi estabelecida a Meta 5 - reduzir a mortalidade das crianças menores de cinco anos de idade em dois terços, entre 1990 e 2015. Para monitorar esse objetivo, serão considerados dois indicadores, a taxa de mortalidade na infância (crianças menores de 5 anos de idade) e a taxa de mortalidade infantil (crianças menores de 1 ano de idade).

A partir das informações do Ministério da Saúde (MS), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizadas pelo DATASUS, foram extraídas as taxas de mortalidade na infância (por 1.000 nascidos vivos) para o Brasil e Ceará. Vale ressaltar que essas informações foram reconstruídas e revisadas pelo IDB (Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil), do DATASUS com as instituições-fonte dos indicadores e com as diversas instâncias de coordenação/condução técnica da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). A aprovação final do IDB ocorre após amplo processo de discussão e consultas, o que confere legitimidade ao produto.[9]

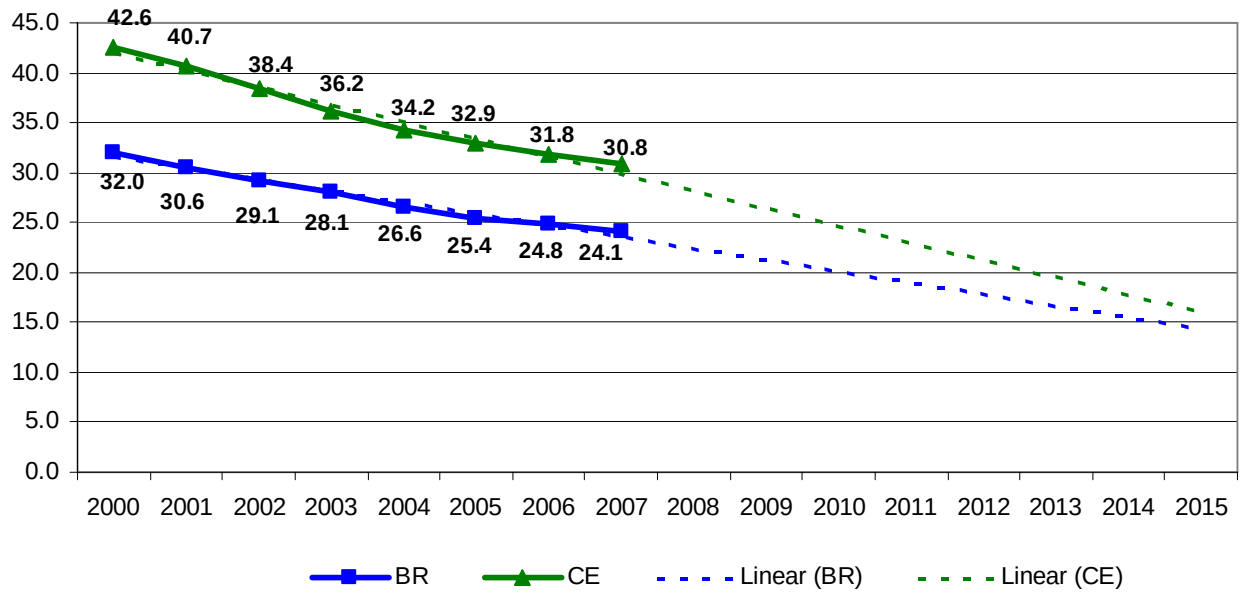
As taxas de mortalidade na infância (TMInf) e infantil (TMI) no Brasil têm seguido uma tendência de queda, mas esse progresso ocorre de maneira desigual e, portanto, o ritmo e a intensidade da queda não são os mesmos em todos os locais (Quiroga & Rezende, 2003).

O Gráfico 4.1 demonstra a taxa de mortalidade na infância (por 1.000 nascidos vivos), enquanto o Gráfico 4.2 mostra sua Taxa de Variação, para o Brasil e Ceará, de 2000 a 2007[10]. Nota-se que, em 2000, o Ceará possuía uma alta taxa de mortalidade na infância (42,6); enquanto no Brasil, para cada mil crianças nascidas vivas, 32 morriam antes de completar 5 anos de idade. A TMInf, em 2007, no Brasil, chegou ao índice de 24,1, enquanto no Ceará atingiu a sua menor taxa (30,5).

9 A série histórica dos indicadores remonta ao início da década de 1990, conforme a disponibilidade de dados. Alterações introduzidas na revisão anual podem requerer a reconstrução da série histórica de determinado indicador, para fins de comparabilidade temporal. Sendo as atualizações feitas diretamente na base eletrônica de dados, esta fonte é a única recomendada para a análise de tendências dos indicadores adotados na RIPSA.

10 As linhas pontilhadas são representações das tendências, tendo sua utilização limitada na formulação de políticas.

Gráfico 4.1: Taxa de Mortalidade na Infância, Brasil e Ceará – 1992, 2004 e 2007



Fonte: IPEA.

A Tabela 4.1, por sua vez, reporta a redução da TMInf entre os anos de 1992-2007 e 2004-2007. Vale ressaltar que as variações demonstradas podem ser interpretadas como variações de longo e curto prazo, respectivamente. Nesse caso, o Ceará apresentou uma maior taxa de redução do que o Brasil, seja no longo ou no curto prazo. Para que a meta estabelecida pela ONU, de redução de 2/3 da taxa de mortalidade na infância até 2015, para o Brasil e Ceará, falta ainda reduzir 40 e 30%, respectivamente.

Tabela 4. 1: Meta de redução da mortalidade na infância, Ceará e Brasil

Localidade	Anos			Redução da Taxa		Meta 2015 – Reduzir em 2/3
	1992	2004	2007	1992 - 2007	2004-2007	
Ceará	64,10	33,20	29,70	-53,67	-10,54	21,37
Brasil	43,00	26,60	24,32	-43,44	-8,57	14,33

Fonte: IPECE.

Diante disso, pode-se inferir que, para que o Ceará alcance a meta, é preciso manter o mesmo nível de redução nas taxas de curto e longo prazos. A permanecerem esses percentuais, a meta é factível de ser alcançada pelo Ceará.

De acordo com o IPEA (2007), o Brasil está entre os sete países (Bangladesh, Brasil, Egito, México, Indonésia, Filipinas e Nepal), dentre 60 avaliados, que tem condições de atingir a meta deste objetivo. Não obstante, a previsão é de que o Brasil tenha, em 2015, a segunda menor taxa de mortalidade na infância entre as nações analisadas.

Um dos indicadores que pode contribuir para que a meta "Reduzir em 2/3 a Mortalidade na Infância" se confirme é a redução da taxa de mortalidade infantil (isto é, para crianças menores de 1 ano de idade por 1.000 nascidos vivos).

Durante a última década do século XX, apesar dos índices ainda muitos elevados e bem acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de mortalidade infantil (TMI) no estado do Ceará apresentou uma redução (média) de 32%, entre 1991 e 2000, de acordo com os dados do Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil (2003), elaborado pela PNUD.

Segundo Ministério da Saúde (2003), as taxas de mortalidade infantil são, geralmente, classificadas em altas quando são maiores que 50 óbitos por mil nascidos vivos; médias, quando de 20 a 49 óbitos e, baixas, quando menores que 20 óbitos por mil crianças nascidas vivas.

A mortalidade infantil pode ser dividida em três períodos: neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardia (7 a 27 dias) e pós-neonatal (de 28 dias a 11 meses). Todavia, os dois primeiros podem ser agrupados e denominados como mortalidade neonatal.

Sua causa está diretamente relacionada ao período de gestação e ao processo de parto. Logo, intensificar o acompanhamento da gestação por meio de consultas pré-natais pode ser uma política eficaz para reduzir a mortalidade infantil durante o período neonatal.

De acordo com Luz et al. (1998), o estado de saúde ao nascer é um dos principais determinantes da probabilidade de sobrevivência e qualidade de vida da criança. Nesses termos, os recém-nascidos de baixo peso (menos que dois quilos e quinhentos gramas) apresentam maior risco de chegar a óbito e/ou de adoecer no primeiro ano de vida e, por conseguinte, existe um aumento na chance de contrair certas doenças infecciosas e infecções respiratórias, além de apresentarem demora no crescimento e no desenvolvimento.

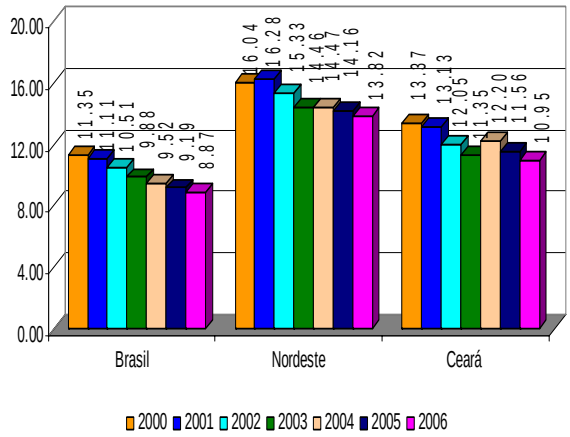
O segundo período, que compreende o risco de óbito a partir do 28º dia de vida até o final do primeiro ano de idade, é conhecido como mortalidade pós-neonatal. De acordo com Caldeira etl al (2005), está associada às condições precárias de saneamento básico e de acesso aos cuidados de saúde.

Assim, uma redução na mortalidade infantil tende a contribuir para a redução da mortalidade na infância, pois estão diretamente relacionadas, sendo que esta última contempla maiores atenções à saúde devido à incorporação de aspectos da mortalidade neonatal e pós-neonatal, bem como de fatores socioeconômicos, demográficos, etc.

De acordo com os Gráficos 4.2 a 4.4, visualiza-se o comportamento das taxas de mortalidade infantil para as classes neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal, durante o período de 2000 a 2006, para o Brasil, Nordeste e Ceará. Nota-se que tem ocorrido uma redução nas três classes, tanto para o Brasil, quanto para o Nordeste e, principalmente, para o Ceará.

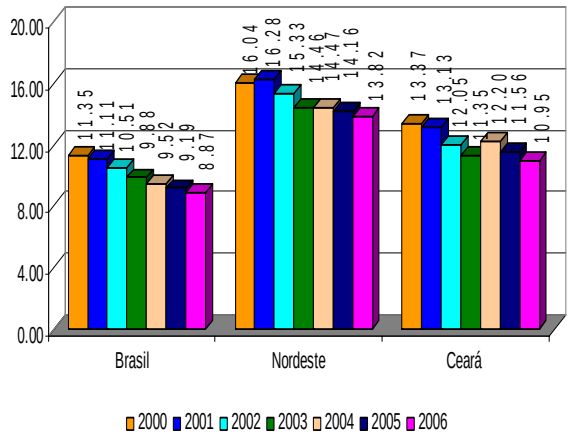
Essa redução corrobora com a redução na mortalidade na infância e decorre da melhoria da atenção básica à criança, bem como dos fatores ligados ao meio ambiente como, por exemplo, água tratada e esgotamento sanitário.

Gráfico 4. 2: Taxa de mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias)



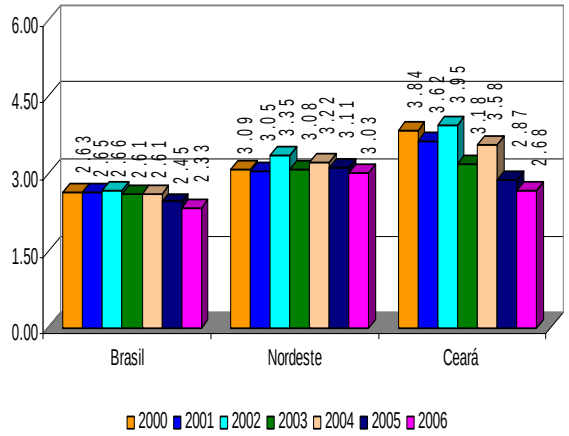
Fonte: MS/SVS/SINASC/SIM.

Gráfico 4. 3: Taxa de mortalidade neonatal tardia (7 a 27 dias)



Fonte: MS/SVS/SINASC/SIM.

Gráfico 4. 4: Taxa de mortalidade pós-neonatal (28 dias a 11 meses)

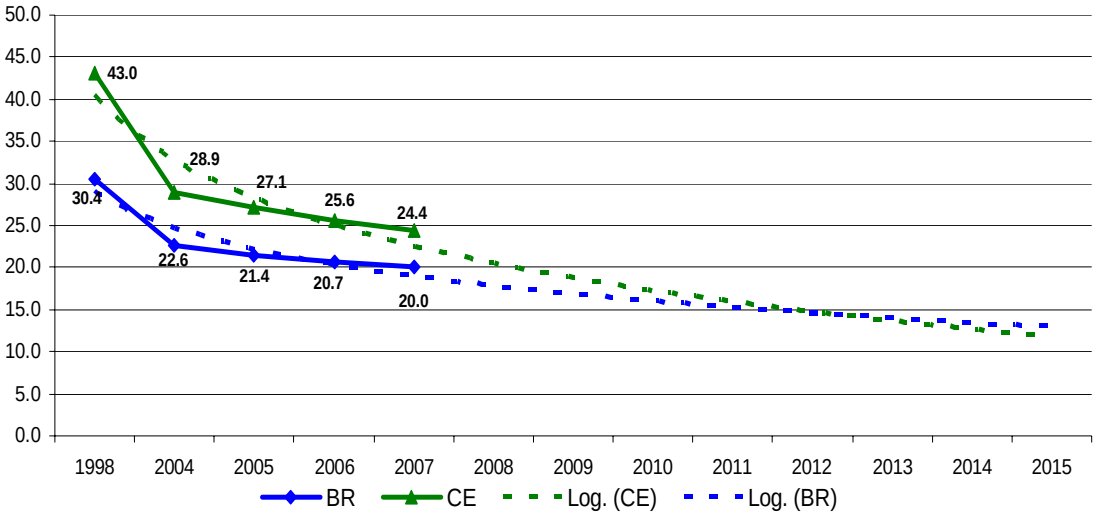


Fonte: MS/SVS/SINASC/SIM.

O Gráfico 4.5, por sua vez, reporta a taxa de mortalidade infantil (crianças menores de 1 ano de idade) e, a partir daí, verifica-se que, em 1998, o Ceará apresentava a maior taxa (43,0). Já em 2007, contabilizou 24,4 mortes para cada 1.000 nascidos vivos, para crianças menores de 1 ano. Ou seja, o Ceará sinaliza que está alcançando a meta de reduzir em dois terço a mortalidade na infância.

Em relação a mortalidade infantil, as principais causas são as afecções perinatais, que, muitas das vezes, decorrem, do não acompanhamento pré-natal da gestante.

Gráfico 4. 5: Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) para crianças menores de 1 ano de vida



Fonte: IPEA.

Mesmo com reduções observadas nos dois níveis (estadual e nacional), verifica-se que a maior redução percentual, entre 1998 a 2007, foi a do Estado do Ceará (5,7%), seguida do Brasil (41,9%) e, por fim, da região Nordeste (32,8%).

Vale ressaltar, ainda, que existem diferenças regionais, e estas constituem uma preocupação a mais para que algumas regiões (e estados) alcancem ou deixem de alcançar a meta estabelecida pelos objetivos do milênio de redução da mortalidade infantil.

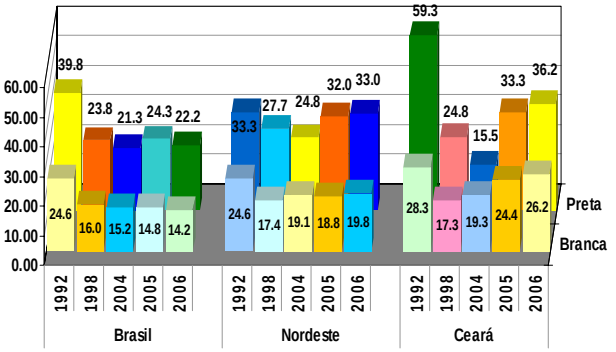
Como a TMI é sensível a variações socioeconômicas e demográficas, e também por estar diretamente relacionada ao bem-estar humano, ela tem sido bastante utilizada como um indicador da qualidade de vida da população de um país (ou região).

Diante das características de desigualdade do Estado do Ceará, como concentração de renda e elevado contingente populacional abaixo da linha de pobreza, seria salutar destacar a taxa de mortalidade infantil por raça (branca e preta).[11]

Pelo Gráfico 4.6, nota-se que a TMI de crianças brancas menores de 1 ano praticamente não apresentou redução significativa no Ceará, entre 1992 e 2007. Já para o Brasil, observa-se uma redução de mais de 10 pontos percentuais (p.p), enquanto no Nordeste a redução foi de 5 p.p.

Em relação às crianças de cor preta, o Ceará apresentou a maior redução percentual, no entanto, esta poderia ter sido ainda maior, se tivesse mantido a redução observada ao longo dos anos de 2004 e 2005. Para o Brasil, nota-se que entre 2004 e 2007, o país manteve praticamente constante a redução da TMI. Já para a região Nordeste não se observa redução da TMI entre 1998 e 2007.

Gráfico 4. 6: Taxa de Mortalidade Infantil (menor de 1 ano por 1.000 nascidos vivos), de crianças de cor Branca e Preta



Fontes: MS/SVS/DASIS/SIM.

Além das condições econômicas e demográficas, pode-se dizer que a mortalidade

11 Para visualizar a evolução da mortalidade infantil de crianças menores de 1 ano de idade, para as demais raças como parda, amarela, indígena.

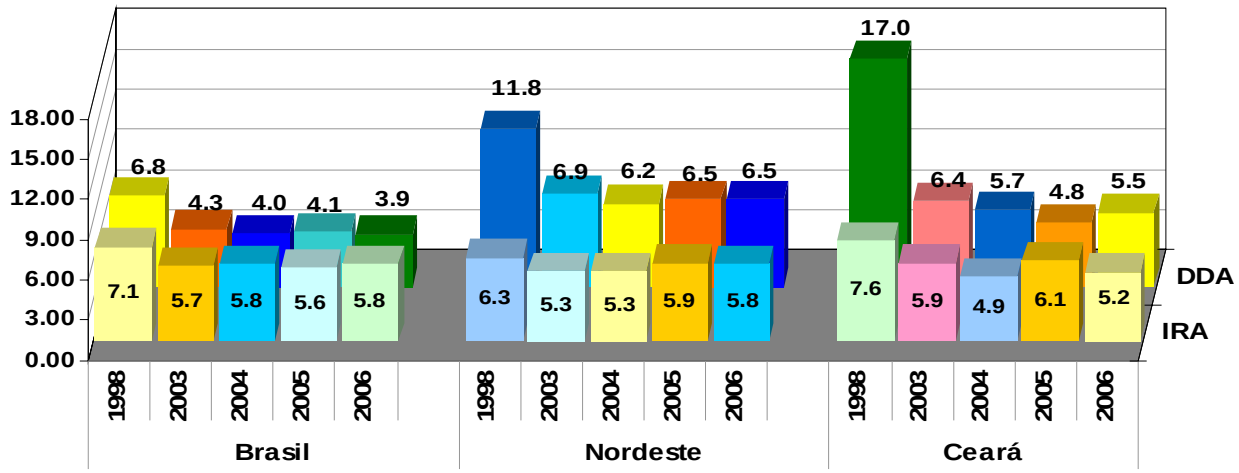
na infância possui ao menos mais dois agravantes, que são a mortalidade por doenças diarreicas e a mortalidade por infecção respiratória.

Na primeira metade da década de 80, século XX, a diarreia se apresentava como uma das principais causas de mortalidade infantil nos países em desenvolvimento, uma vez que tal patologia está atrelada de forma direta e/ou indireta a fatores de ordem ambiental, nutricional e socioeconômico (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA de La SALUD, 1987).

A partir do Gráfico 4.7, nota-se que a taxa de mortalidade na infância por diarreia e gastroenterite, com origem em infecção presumível, tem reduzido drasticamente, no Ceará, na região Nordeste e no Brasil. De 2004 a 2007, as taxas de mortalidade do Ceará são inferior às do Nordeste, porém ainda superiores às do Brasil.

De outra parte, verifica-se uma tendência de queda da mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda para crianças menores de 5 anos de idade para o Brasil, Nordeste e Ceará, embora tenha sido observada, para o Nordeste e o Ceará, uma elevação dessa taxa em 2005, quando comparada com 2004.

Gráfico 4. 7: Mortalidade proporcional por Infecção Respiratória Aguda (IRA) e Doença Diarréica Aguda (DDA) em crianças menores de 5 anos



Fonte: MS/DATASUS.

Possíveis causas de redução da Taxa de Mortalidade

No intuito de reduzir a mortalidade infantil no Ceará, vale destacar o empenho dos gestores públicos para melhorar as condições de saúde das crianças, com avanços significativos na redução da TMI, bem como no controle das doenças imunopreveníveis, erradicando a poliomielite e reduzindo drasticamente a difteria, a coqueluche, o tétano e o sarampo.

Esses resultados derivam, principalmente, das políticas públicas de promoção das ações básicas de saúde, tais como a imunização, o aleitamento materno, o controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas.

Em relação ao programa de imunização para crianças menores de 1 ano, verifica-se que algumas vacinas tendem a garantir imunidade às crianças, como a BCG, a Oral contra Poliomielite e a Tríplice Viral.

A Tabela 4.2 reporta a proporção de crianças menores de 1 ano de idade com cobertura vacinal no Ceará, de 1998 a 2007. Nota-se que o programa nacional de imunizações tem garantido às crianças cearenses uma cobertura plena da população. Ademais, observa-se que os dados apresentam percentuais maiores do que 100%, o que é uma informação bem incoerente. Isso provavelmente está ocorrendo devido à construção indicador levar em consideração estimativas para as crianças menores de um ano e o número de vacinas de diferentes fontes.

Tabela 4. 2: Cobertura vacinal (%) por tipo de imunobiológico, menores de 1 ano,

Imuno (Vacinas)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
BCG (BCG)	100,44	119,40	113,38	118,81	110,69	103,20	97,71	99,22	110,12	111,82
Contra Hepatite B (HB)	1,02	59,57	96,84	107,33	100,35	97,22	91,70	88,16	104,35	103,58
Oral Contra Poliomielite (VOP)	90,05	104,02	101,39	112,59	103,92	98,78	97,83	92,56	109,21	108,03
Oral de Rotavírus Humano (RR)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	41,73	84,93
Tetravalente (DTP/Hib) (TETRA)	0,00	0,00	0,00	0,00	69,87	99,83	94,70	90,00	106,60	107,12
Tríplice Viral (SCR)	0,00	0,00	85,19	109,94	104,11	119,11	96,89	93,85	101,53	106,94

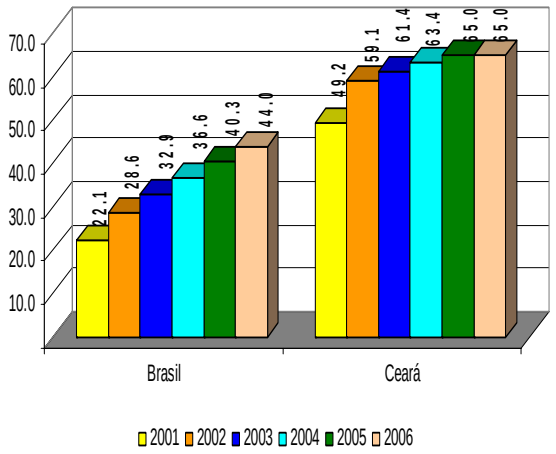
Fonte: Programa Nacional de Imunizações - DATASUS.

No tocante a medidas preventivas/ educativas, vale ressaltar a participação de quase 11.000 agentes comunitários de saúde alocados nos municípios cearenses. Mais especificamente, o Programa Saúde da Família (PSF) chegou aos 184 municípios cearenses, em 2002, com um total de 1.411 equipes.

O Gráfico 4.8 demonstra o percentual de população assistida no Brasil e no Ceará, de 2001 a 2006. Verifica-se que o percentual de população assistida no Ceará é superior ao nacional.

O Projeto Alimentação, Saúde e Vida Saudável distribuiu perto de 171 mil bolsas-alimentação, em 182 municípios (cobertura estadual de 98,91%), visando à nutrição de gestantes, nutrizes (mães que estão amamentando) e crianças de 6 meses a 6 anos e 11 meses, beneficiando quase 120.000 famílias sem renda ou com renda per capita de até R$ 90,00, em 2002.

Gráfico 4. 8: Percentual de população assistida pelo PSF no Ceará e no Brasil, 2001 a 2006 (em %)



Fonte: MS/DATASUS.

Em 2003, o Ceará manteve o maior índice de amamentação do Brasil, uma vez que 65% das mulheres cearenses amamentavam seus filhos pelo menos até os 4 primeiros meses. Cabe destacar as iniciativas do projeto Hospital Amigo da Criança, que estimulam o aleitamento materno, sendo o Ceará, atualmente, o Estado com maior número de hospitais participantes (32) desse programa. Como os resultados foram satisfatórios, sobretudo na implementação da cobertura e na melhoria da qualidade das ações e da assistência da atenção primária em saúde, o Ministério da Saúde avaliou e aprovou, em 2004, mais sete novos hospitais.

Além disso, houve o incremento de mais de 80 equipes de Saúde da Família, passando de 1.512, em 2003, para 1.592, em 2004. Ademais, foi realizada a primeira etapa do Projeto Educação

com Saúde, em parceria com a Secretaria da Saúde e a Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, quando foram capacitados 192 multiplicadores, para atuação com os 1.570 Agentes Comunitários de Saúde, e 6.614 professores da educação infantil da 1ª à 4ª série do Ensino Fundamental, para atender a 40 municípios do Estado.

Finalmente, conforme a Mensagem à Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, relativa ao exercício de 2008, a redução da mortalidade infantil nos últimos anos foi conseguida, em parte, devido à parceria da Secretaria de Saúde (SESA) com os municípios, por meio da implementação de ações como: incentivo ao aleitamento materno, eliminação do tétano neonatal, aumento da cobertura vacinal, atenção ao recém-nascido de baixo peso, monitoramento das doenças diarreicas, implantação de 2 Comitês Regionais de Controle da Mortalidade Infantil, sendo um na Região de Baturité e outro na Região de Limoeiro do Norte, e 2 Comitês Municipais, um em Fortaleza e o outro em Sobral, e ação de puericultura, em 53 municípios.

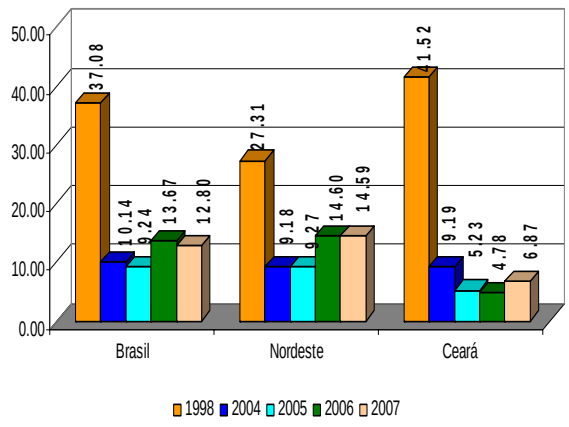
Ante o exposto, é possível inferir que o objetivo 4 tende a ser alcançado pelo País e pelo Estado do Ceará. Entretanto, verifica-se desigualdade racial nos indicadores e as taxas ainda são classificadas como médias pelo Ministério da Saúde.

Box 4: Principais Ações do Governo do Estado do Ceará para Reduzir a Mortalidade Infantil:

- Implementação do Programa Leite é Saúde, beneficiando milhares de gestantes e crianças em todo o Estado.
- O Programa Alimentação, Saúde e Vida Saudável distribui nos 184 municípios do Estado bolsas-alimentação a gestantes e nutrizes.
- Ampliação das ações do Projeto Hospital Amigo da Criança estimulando o aleitamento materno.
- Manutenção de 10.698 Agentes Comunitários de Saúde em atividade nos Sistemas Locais de Saúde.
- Garantia de medicamentos essenciais, pactuada entre o Estado, Ministério da Saúde e Municípios.
- Implantação de assistência especializada em 28 hospitais-polo microrregionais, tendo sido realizadas 115.226 internações.
- Capacitação de 5.200 agentes comunitários de saúde, 2.342 servidores da SESA, 15.100 profissionais da rede SUS e 1.150 pessoas do núcleo de mobilização social.
- Implantação do Programa Dentista da Família nos municípios de menor IDH – M.
- Ampliação da atenção básica no âmbito do Programa de Saúde da Família e das ações de saúde preventiva a gestantes e crianças.

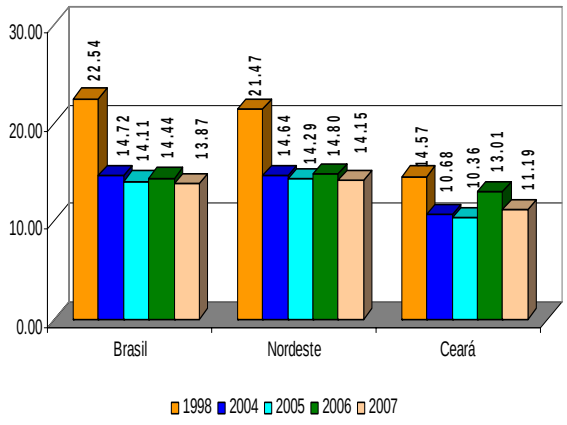
ANEXO

Gráfico 4. 9: Taxa de mortalidade infantil (menor de 1 ano por 1.000 nascidos vivos), crianças de cor Amarela (em %)



Fontes: MS/SVS/DASIS/SIM.

Gráfico 4. 10: Taxa de mortalidade infantil (menor de 1 ano por 1.000 nascidos vivos), crianças de cor Parda (em %)



Fontes: MS/SVS/DASIS/SIM.

Objetivo 5:

Melhorar a Saúde Materna

Meta 6

Reduzir em 3/4, entre 1990 e 2015, a razão de Mortalidade Materna.

Objetivo 5: Melhorar a Saúde Materna

O quinto objetivo estipulado pela ONU consiste em melhorar a saúde das gestantes. Para isso, foi definido como meta: Meta 6 - reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a razão de mortalidade materna. O governo brasileiro determinou duas outras metas mais adequadas à realidade da oferta de saúde no Brasil: 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.

Para alcançar a Meta 6, o Ceará terá que atingir uma razão, em 2015, de 20,44 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Ademais, para monitorar todas essas metas e, por conseguinte, esse objetivo, este relatório fará uso dos indicadores da razão de mortalidade materna, bem como de políticas voltadas para melhorar a saúde das gestantes e, ainda, utilizará a proporção de partos hospitalares e a cobertura de pré-natais.

De acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID10), a Mortalidade Materna pode ser definida como a morte de uma mulher durante a gestação, ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), um índice aceitável é de 20 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos e, ainda, uma razão entre 20 e 49 óbitos, o índice é considerado médio; entre 50 e 149 óbitos é alto e, acima de 150, muito alto.

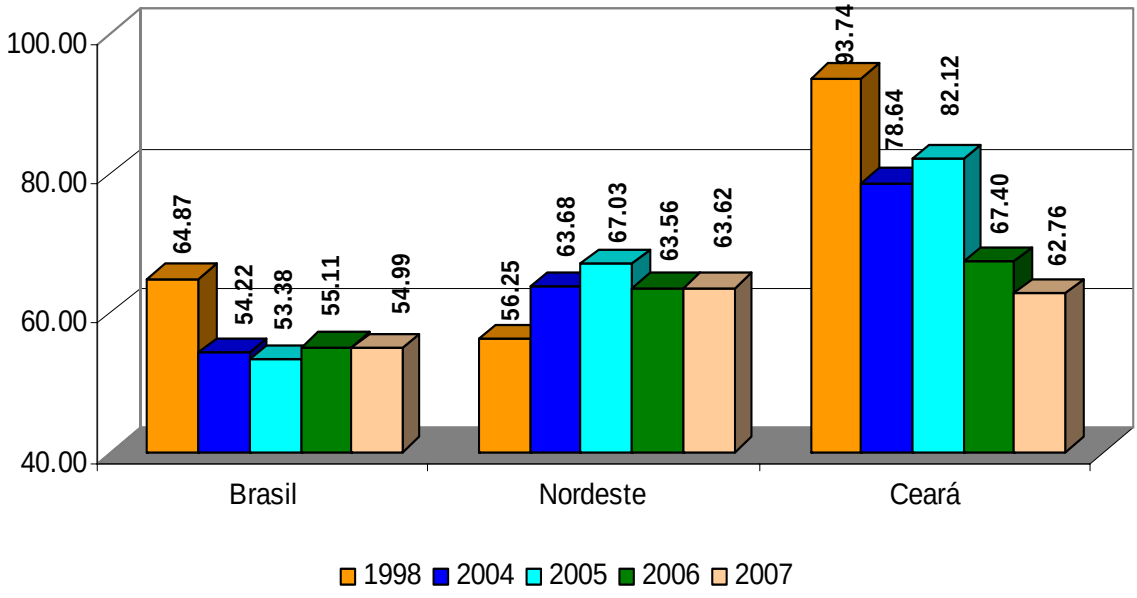
Em relação às causas da mortalidade materna, as principais são as síndromes hipertensivas, hemorragias, infecções, abortos naturais ou provocados e complicações de doenças pré-existentes.[12]

Outros fatores que contribuem para o alto índice de mortalidade materna é a precariedade na assistência ao parto e a gravidez na adolescência. Nesse âmbito, há ainda a mãe de primeiro filho, que pode ser considerada uma potencial gestante de risco, assim como as gestantes acima de 35 anos.

O Gráfico 5.1 reporta a razão de mortalidade materna para o Brasil, região Nordeste e Estado do Ceará. No caso da Federação, observa-se uma redução na taxa, enquanto que a região Nordeste apresentou aumento. No caso do Ceará, houve uma redução significativa nessa taxa, uma vez que, em 1998, para cada 100 mil nascidos vivos, 93,74 mães morriam por complicações durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação no parto. Já em 2007, percebe-se uma melhora nesse indicador, observando-se uma redução da razão para 62,76.

[12] O tratamento ou, melhor, o controle desses males envolve cuidados nos níveis primários de atendimento à saúde, através do diagnóstico precoce, mudança no estilo de vida, além dos remédios.

Gráfico 5.1: Razão de Mortalidade Materna



Fonte: MS/DATASUS.

Contudo, essa melhora é ainda modesta ante a meta estabelecida de 20,44 óbitos da parturiente por 100 mil nascidos vivos. Além disso, de acordo com pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde, em 2002, sobre mortalidade materna com mulheres de 20 a 49 anos nas capitais brasileiras, foi detectado que há subnotificação desse tipo de óbito.

Diante disso, as reduções apresentadas devem ser vistas com cautela porque existem evidências de que o evento é subnotificado no país, prejudicando tanto a informação quanto o mapeamento dos óbitos (IPEA, 2007).

Diante da persistência da mortalidade materna, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna, com o objetivo de fortalecer a capacidade técnica dos profissionais que trabalham nas maiores maternidades do país.

Para isso, o Ministério interveio, de maneira direta, em 457 maternidades, visando à implementação de estratégias de obstetrícia e neonatal, bem como a incorporação de novas práticas.

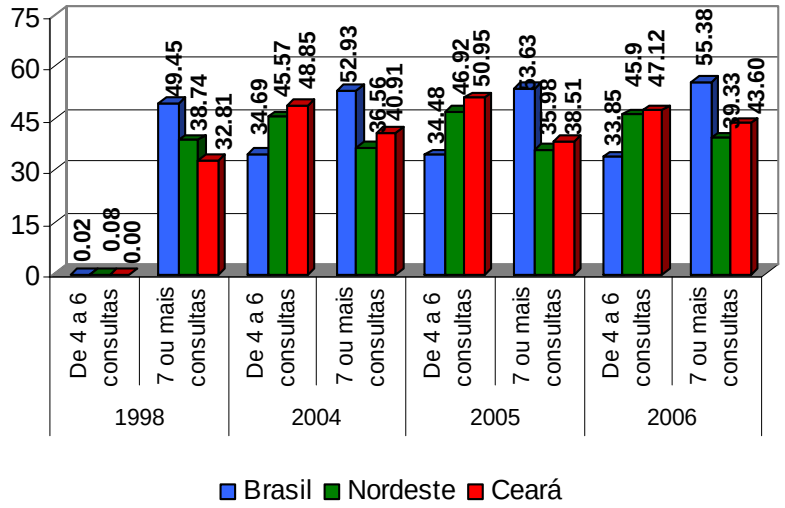
Outro fator que tende a contribuir para a redução da mortalidade materna é o atendimento adequado durante o período de gestação como, por exemplo, consulta de pré-natal, que consiste em um acompanhamento médico dado à gestante para verificar e diagnosticar doenças, assim como alterações que possam comprometer a saúde materna e fetal. O Ministério da Saúde preconiza pelo menos seis consultas durante os nove meses, se a gestação for considerada de baixo risco.

A consulta inicial deve ser feita assim que confirmada a gestação, pois serão solicitados exames para pesquisa de doenças pré-existentes como diabetes, anemias, hepatite, Aids e outras que, juntamente com o exame ultrassonográfico, confirmarão o tempo de gestação, bem como a presença de má formação do feto.

Nesses casos, na hipótese de complicações, a mulher deve ser encaminhada pelo posto de saúde para ser acompanhada por uma equipe em um dos hospitais de referência do Estado. Com isso, quanto mais acesso às consultas de pré-natal tiverem as parturientes mais deverá diminuir a quantidade de óbito e da TMI.

A partir do Gráfico 5.2, é possível observar o percentual de gestantes que fizeram de 4 a 6 seis consultas pré-natais, assim como as que fizeram, no mínimo, 7 consultas. Nota-se que, em 1998, o percentual de gestantes que fez entre 4 e 6 consultas foi muito baixo.

Gráfico 5.2: Cobertura de consultas pré-natais (em % de nascidos vivos)

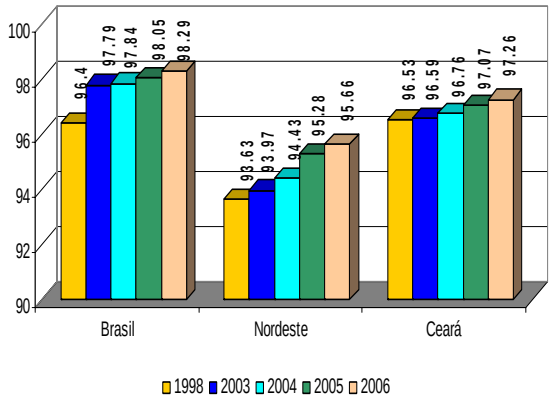


Fonte: MS/DATASUS.

Ao longo dos anos de 2004 a 2006, a cobertura de consultas pré-natais de 4 a 6 consultas tem aumentado paulatinamente tanto no Brasil, quanto na região Nordeste e no Estado do Ceará. Essa mesma observação vale para as mães que fizeram no mínimo 7 consultas.

O Gráfico 5.3 mostra a proporção de partos hospitalares realizados no Brasil, Nordeste e Ceará, para os anos de 1998, 2003 a 2006. No Ceará, em 1998, foram realizados 96,5% dos partos em hospitais. Esse percentual é praticamente igual ao observado no Brasil. Para os demais anos, observa-se um aumento na proporção de partos hospitalares, o que nos faz inferir que, praticamente, todos os partos no Brasil são feitos em hospitais, com acompanhamento de profissionais de saúde, fato que contribui para diminuir o risco de óbitos.

Gráfico 5.3: Proporção de Partos Hospitalares (em%).



Fonte: MS/DATASUS.

Uma característica importante desses dois indicadores decorre do fato deles contribuírem, de maneira indireta, com o Objetivo 4, que é "Reduzir em ¾ a Mortalidade na Infância". Com efeito, o fato de a gestante fazer consultas pré-natais auxilia e tende a ajudar na detecção de má formação do feto. Por conseguinte, a realização do processo de parto em hospitais também tende a contribuir para a redução da mortalidade infantil, em decorrência de haver mais assistência durante o processo.

De uma maneira geral, pode-se dizer que, a partir desses dois indicadores, o Estado do Ceará tem procurado melhorar a saúde das gestantes e, com isso, reduzir a mortalidade materna; entretanto, ainda é preciso reduzir bastante essa taxa para alcançar a meta estabelecida pela ONU.

Em contrapartida, tem aumentado o número de partos por cesariana. Vale ressaltar que esse tipo de parto expõe as mulheres a mais riscos e lesões acidentais, reações à anestesia e até mesmo à morte.

A OMS recomenda que a proporção de cesáreas corresponda a 15% do total de partos realizados e, ainda, que esse procedimento seja realizado quando houver risco tanto para a mãe quanto para o bebê.

De acordo com Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), a proporção de cesáreas, em 2006, no Ceará, foi de 37,83% por local de residência da mãe. Já na região Nordeste, essa proporção é de 35,60%,

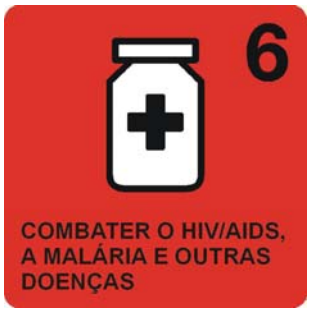
enquanto que, no Brasil, a cesárea corresponde aproximadamente a 46% dos partos. Logo, a proporção de cesáreas está bem acima do recomendado nas três regiões analisadas.

Ante o exposto, conclui-se que o objetivo 5 poderá não ser alcançado por nenhuma das regiões analisadas, uma vez que as últimas informações disponibilizadas estão, ainda, muito distantes da meta estabelecida, afora existir ainda o problema de subnotificação desse tipo de óbito, em todo o país.

Box 4: Ações do Governo do Estado do Ceará para melhorar a saúde das Gestantes

O Estado tem se esforçado para reduzir a mortalidade materna, pelo que tem desenvolvido alguns programas, como Programa da Mulher, Programa Saúde Mais Perto de Você, implantação do Projeto Nascer, Projeto Integração pela Vida, implementação do Comitê Estadual e Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna.

Em 2003, a SESA criou o programa Saúde Mais Perto de Você, cujo objetivo era regionalizar as ações de saúde. A estratégia consistia em colocar recursos nos hospitais que apresentem condições de ser potencializados. Foram identificados 30 hospitais com esse perfil, sendo injetados cerca de R$ 40 milhões por ano nesses unidades, que são estabelecimentos que têm obrigação prestar assistência em pediatria, clínica médica, cirurgia, traumatologia e anestesiologia.



Objetivo 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

Meta 7A

Alcançar, até 2010, o acesso universal ao tratamento para HIV/AIDS para todos aqueles que o necessitem

Meta 8

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

Meta 8A

Até 2015, deverá ser reduzida a incidência da malária e da tuberculose.

Meta 8B

Eliminar, até 2010, a hanseníase.

Objetivo 6: Combater o HIV/AIDS, a Malária e outras Doenças

O sexto objetivo do milênio consiste em combater o HIV/Aids, a Malária e outras doenças. Para monitorar esse objetivo, foram estabelecidas duas metas. A primeira, Meta 7, estipula que, até 2015, deve ser detida a propagação do HIV/AIDS e começado a inverter a tendência atual. Enquanto a Meta 8, diz que, até 2015, deve haver redução da incidência da Malária e de outras doenças importantes e começado a inverter a tendência atual.

Por conta disso, o Governo Brasileiro estipulou duas metas, a Meta 8A estipulando que, até 2015, deverá ser reduzida a incidência da malária e da tuberculose, enquanto a Meta 8B consiste em eliminar, até 2010, a hanseníase.

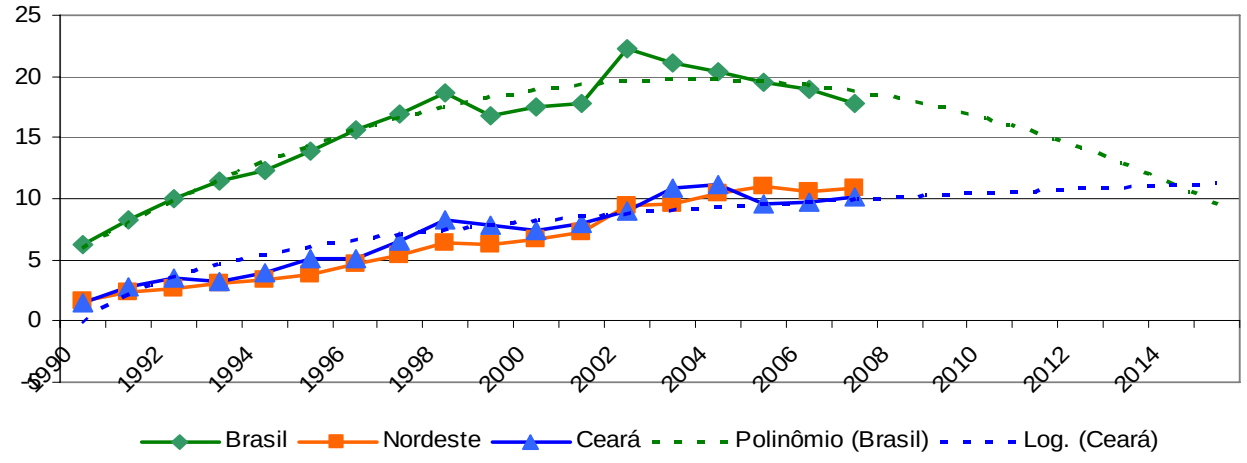
A Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (AIDS) surgiu em grande escala no final dos anos 70, século XX, pelo vetor do Vírus de Imuno Deficiência Humana (HIV)[13]. Vale ressaltar que o paciente diagnosticado como portador de HIV se identifica como soro-positivo, e passa a adquirir o status de AIDS quando seu sistema imunológico está baixo, isto é, quando passa a trabalhar com dificuldade.

A principal e talvez única forma de prevenção dessa epidemia esteja na conscientização da população quanto aos comportamentos de riscos (aqueles que facilitem a transmissão do vírus). Diante disso, o Brasil tem realizado investimentos para aumentar o volume de informações disponíveis sobre o HIV/AIDS, por meio de campanhas publicitárias em diversos canais de informação.[14]

A efetividade das campanhas de prevenção contra a AIDS pode ser medida pelo grau em que elas melhoram o acesso e/ou a qualidade das informações sobre os meios de transmissão da doença, de forma a modificar os padrões de comportamento que facilitam a transmissão.

O Gráfico 6.1 mostra o comportamento temporal da taxa de incidência (por 100.000 habitantes) de casos de AIDS, de 1990 a 2007, para o Brasil, região Nordeste e no Ceará, e verifica-se uma tendência de queda, após 2003, o que propende a favorecer a reversão da tendência, contribuindo, assim, para o alcance da meta 7.

Gráfico 6.1: Taxa de incidência (por 100.000 hab.) de casos de AIDS (em %).



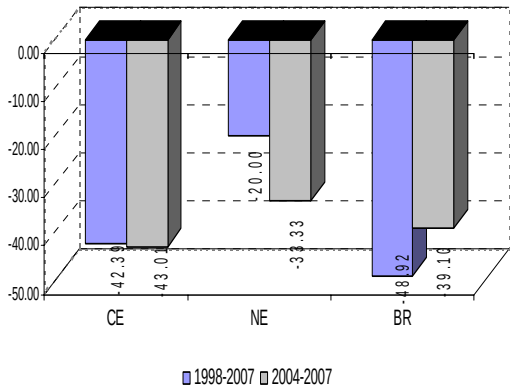
Fonte: MS/SPS/Coordenação Nacional de DST/Aids.

[13] Este agente, ao se inserir na corrente sanguínea, afeta o sistema imunológico do indivíduo de maneira a reduzir sua resistência, passando a pessoa a ser uma presa fácil para doenças/infecções oportunistas como, por exemplo, gripe, febre, pneumonia, tuberculose, herpes, cândida, toxoplasmose entre outras.

[14] Entre 1994 e 2002, por exemplo, ocorreram mais de 30 campanhas de massa (jornal impresso, revistas, televisão, rádio, outdoors, etc.) com teores e focos distintos quanto a comportamentos das pessoas.

Diante disso, é factível acreditar que o Brasil, a Região Nordeste e, especificamente o Ceará, tendem a alcançar a meta estabelecida pela ONU, de estabilidade da taxa e reversão da tendência.[15]

Gráfico 6.2: Variação da Taxa de incidência (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no SINAM (em %).



Fonte: IPECE.

Um dos indícios de que a meta pode ser alcançada está na variação negativa da taxa de incidência, seja de curto ou longo prazos, mais especificamente, entre 1998-2007 e 2004-2007, Gráfico 6.2.

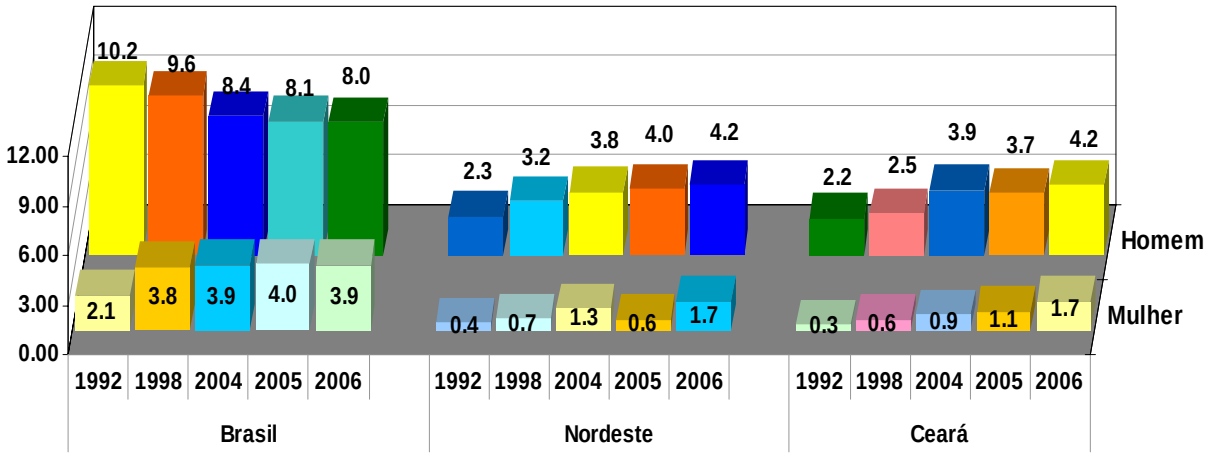
No caso do Ceará, observa-se um maior declínio na taxa de curto prazo, estando a de longo prazo bem próxima da escala nacional.

O Gráfico 6.3 mostra a taxa de mortalidade específica por AIDS, entre homens e mulheres. A propósito, vale destacar que a epidemia tem ocorrido com maior intensidade entre as mulheres, contribuindo com o maior número nos casos observados. Já entre os homens, observa-se uma redução para o Brasil, e um aumento tanto para a região Nordeste quanto para o Estado do Ceará. De uma maneira geral, pode-se dizer que, para o Brasil, é possível perceber diminuição entre os homens e um aumento da taxa entre as mulheres, enquanto para o Nordeste e Ceará é observada uma elevação geral (homens e mulheres).

No caso do Ceará, especificamente, nota-se que entre os homens, a taxa de mortalidade por Aids quase dobrou entre 1992 e 2006, enquanto entre as mulheres, essa taxa cresceu cerca de seis vezes, no mesmo período.

De acordo com o IPEA (2007), a taxa de mortalidade por AIDS no Brasil, tem declinado desde 1996, quando foi implantada a política de universalização do acesso ao tratamento com medicamentos antirretrovirais (ARV).[16]

Gráfico 6.3: Taxa de mortalidade específica por Aids, em Homens e Mulheres (em %).



Fonte: MS/DATASUS.

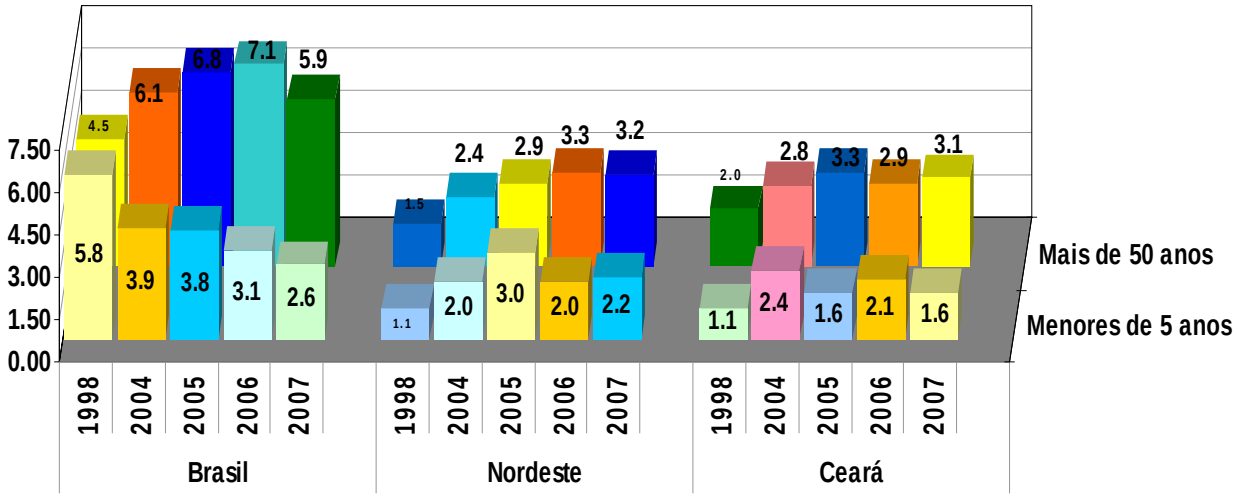
[15] Todavia, seria mais sensato acreditar que ainda é cedo para inferir que este objetivo será alcançado; ou seja, é preciso de mais alguns anos para verificar se esta reversão de tendência está sendo confirmada.

[16] A produção nacional de ARV é fator essencial para garantir a viabilidade da política de distribuição gratuita desses medicamentos para as pessoas que são portadoras do vírus HIV.

Por outro lado, destaca-se um aumento na taxa de incidência (por 100.000 habitantes) de casos de AIDS em indivíduos com mais de 50 anos de idade (Gráfico 6.4).

De acordo com Irffi, Soares e De Souza (2008), isso decorre em função da idade ser um fator diferencial no conhecimento sobre HIV/AIDS, com pessoas tendendo a serem mais intransitivas em relação à mudança de comportamento sexual, constituindo, pois, a maior incidência da epidemia nessa faixa etária.

Gráfico 6.4: Taxa de incidência (por 100.000 hab.) de casos de Aids em menores de 5 anos e maiores de 50 anos de idade



Fonte: MS/SVS/PN-DST/AIDS.

Box 5: Efeitos da Política de Universalização do acesso ao tratamento com ARV:

Irffi, Soares e DeSouza (2008) destacam que a política de oferta gratuita de 16 medicamentos ARV pelo Sistema Único de Saude (SUS) para 163 mil pacientes, como uma ação que evidencia o grande empenho do governo para facilitar e democratizar o acesso ao tratamento. E isso tem reduzido significativamente a mortalidade (queda de 50% na taxa de óbitos entre os homens durante ao período de 1995 a 1999), assim como o número de internações e infecções por doenças oportunistas como tuberculose e pneumonia (redução de 80%).

Conforme o Ministério da Saúde, de 1997 a 2001 estima-se que 358 mil internações por doenças oportunistas foram evitadas, o que gerou uma economia de aproximadamente US$1,1 bilhão. Diante desses resultados, o Brasil tem sido considerado uma referência internacional no tratamento dos pacientes com HIV/AIDS.

Ainda de acordo com o Gráfico 6.4, é possível perceber uma redução na taxa de incidência de HIV/AIDS (por 100.000 habitantes) em crianças menores de 5 anos de idade[17]. Isso pode ser um fato relevante para que a meta do milênio seja alcançada em todas as escalas (nacional, regional e estadual).

[17] Vale ressaltar que a transmissão vertical (de mãe para a criança) ocorre praticamente durante o período de aleitamento materno, haja vista que não é obrigatório o exame de HIV/AIDS em mulheres grávidas durante o período de gestação.

Vale ressaltar que o objetivo 6 possui outra meta, que consiste em deter a incidência da Malária e de outras doenças importantes e começar a inverter a tendência atual.

Para o Estado do Ceará, pode-se dizer que a taxa de incidência de Malária é praticamente inexistente. Por outro lado, este relatório contempla outras duas doenças, Tuberculose e Hanseníase. Em função disso, serão utilizadas as tendências dessas duas doenças para verificar a possibilidade de inverter a tendência atual.

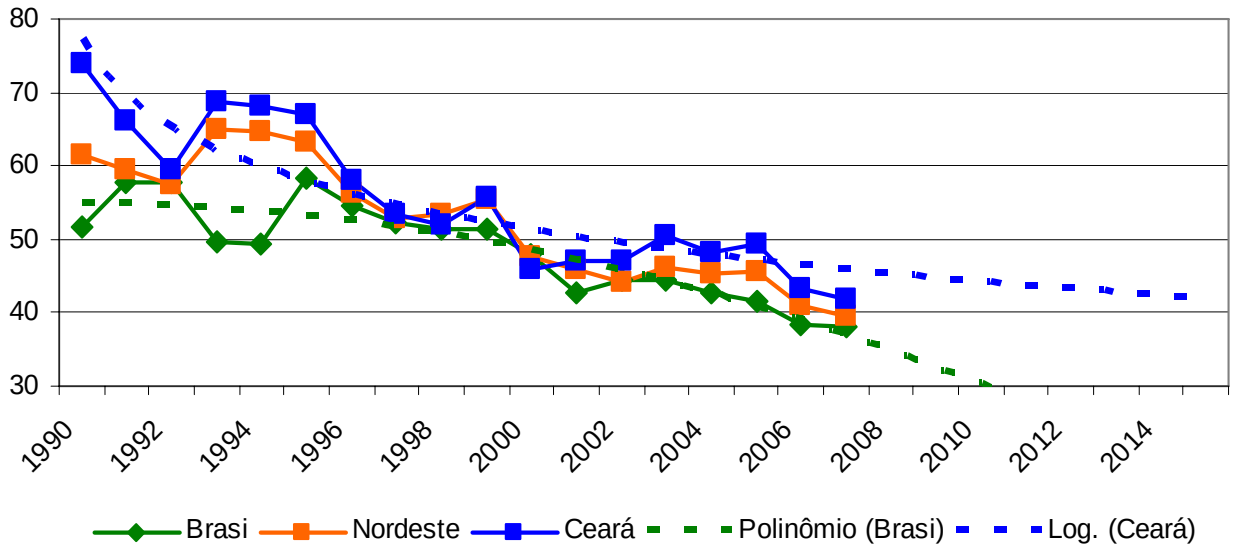
A tuberculose é uma enfermidade transmitida pelo ar,[18], que pode atingir principalmente os pulmões, podendo, ainda, atingir outros órgãos. Um espirro de uma pessoa infectada faz com que dois milhões de bacilos sejam lançados no ar, permanecendo ali durante horas, o que tende a contaminar o ambiente.

Diante da característica de fácil propagação e iminente possibilidade de epidemia, a tuberculose é uma das doenças que desperta preocupação dos organismos mundiais de saúde como, por exemplo, a OMS.

A taxa de incidência de Tuberculose é definida como o número de casos novos confirmados de tuberculose (todas as formas - códigos A15 a A19 da CID-10), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

O Gráfico 6.5 reporta a trajetória temporal dessa taxa para o período de 1990 a 2007. Nota-se que há uma trajetória descendente na taxa a partir de 1995, para o Brasil, Nordeste e Ceará. Todavia, este último, apresenta uma taxa mais elevada em relação aos dois primeiros.

Gráfico 6.5: Taxa de Incidência de Tuberculose

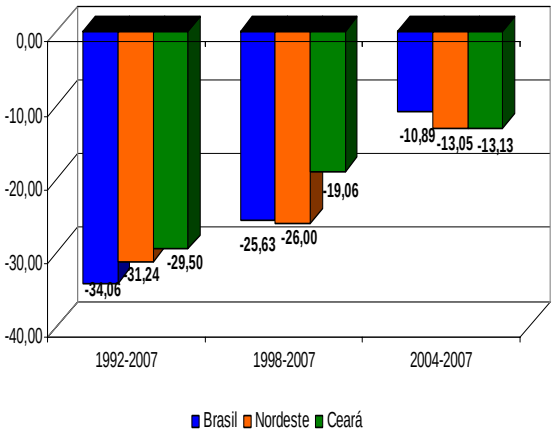


Fonte: MS/SVS/SINAN.

18 O microorganismo causador da doença é o bacilo de Koch, denominado cientificamente como Mycobacterium tuberculosis.

O Gráfico 6.6, por sua vez, demonstra as variações da taxa de incidência de tuberculose, de longo, médio e curto prazos. Nota-se que, para a de longo prazo (1992 -2007), o Brasil apresentou a maior redução, 34,06%, assim como no médio prazo (1998-2007). Já no curto prazo, a maior redução na taxa de incidência de tuberculose cabe ao Ceará, seguido pela região Nordeste.

Gráfico 6.5: Variação da Taxa de Incidência de Tuberculose.



Fonte: MS/SVS/SINAN/ e base de dados demográficos do IBGE.

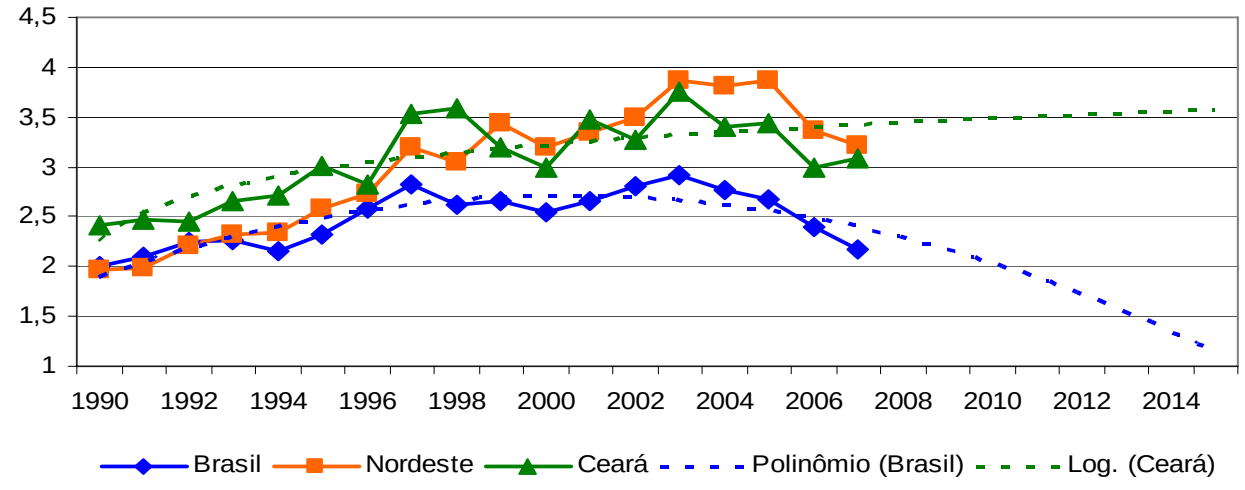
Outra enfermidade que deve ser controlada, além de reverter à tendência atual tanto no Brasil, no Nordeste e no Ceará, é a hanseníase. Essa doença é também conhecida como lepra, morfeia, mal-de-Lázaro, mal-da-pele ou mal-do-sangue e ataca normalmente a pele, os olhos e os nervos.

Vale ressaltar que a forma de transmissão dá-se pela via aérea; ou seja, uma pessoa infectada libera o bacilo no ar e cria a possibilidade de contágio. Todavia, a infecção dificilmente ocorre após um encontro social, a menos que o contato seja intimo e frequente.

A Taxa de incidência de Hanseníase é definida de acordo com o código A30 da CID-10 como o número de casos novos confirmados de hanseníase, por 10 mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

De acordo com o Gráfico 6.7, é possível verificar um aumento da doença, de 1990 a 1998, e a partir daí, a trajetória tem permanecido estável, com principio de reversão da tendência em 2005. No entanto, ainda é preciso de mais tempo para que essa reversão se confirme.

Gráfico 6.7: Taxa de detecção de Hanseníase



Fonte: SESA/MS/SVS/SINAM.

Em relação aos valores observados, nos casos de detecção de hanseníase, pode-se dizer que tanto para o Brasil, como para a Região Nordeste e para o Estado do Ceará ainda são considerados elevados pela OMS, uma vez que o estabelecido por ela, como baixa prevalência, são valores inferiores a 1 caso por 10 mil habitantes.

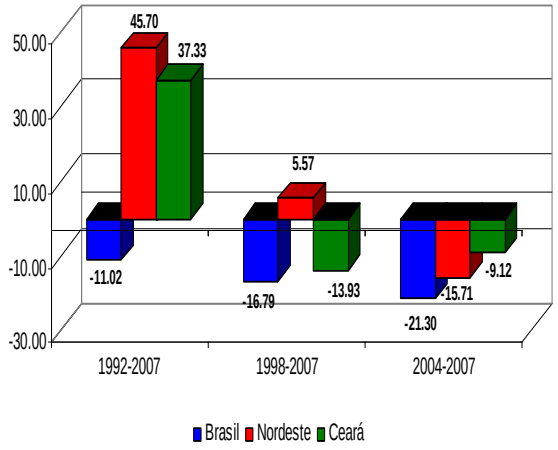
Um dos fatores que tende a fortalecer o argumento de que a taxa de incidência se estabilizou, surge, a partir de 2005, como uma

possível reversão da tendência, as variações de longo, médio e curto prazo, representadas no Gráfico 6.8.

No longo prazo, 1992-2007, houve um aumento significativo da taxa de incidência na região Nordeste e no Estado do Ceará, de 45,70 e 37,33, respectivamente; enquanto que, para o Brasil, observou-se um decréscimo de 11,02.

Em relação à variação entre 1998 e 2007, denominada como médio prazo, observa-se uma variação positiva para a região Nordeste (i.e., um aumento no número de novos casos), enquanto que, no Ceará e no Brasil, verificou-se uma redução de 13,93 e 16,79, respectivamente.

Gráfico 6.7: Variação da Taxa de incidência de Hanseníase



Fonte: MS/CENEPI: SINAN e bases demográficas do IBGE.

Por fim, no curto prazo, observa-se uma variação negativa na taxa de incidência de hanseníase nas três regiões analisadas, sendo que o Ceará apresentou a menor taxa (9,12%), enquanto no Brasil a redução foi de 21,30%.

Diante dessas variações, é factível acreditar em reversão da tendência na taxa de hanseníase, mas, ainda é preciso de mais tempo para haja certeza se essa reversão irá se concretizar.

Diante dos indicadores apresentados, pode-se inferir que o objetivo 6, o qual consiste em combater o HIV/Aids, a Malária e outras doenças, tende a ser alcançado no Brasil, no Nordeste e no Ceará.

Box 6: Ações do Governo do Estado do Ceará para combater a Aids e outras doenças

- ➔ Implementação do Programa de Fortalecimento e Integração das Ações de DSTs/Aids;
- ➔ Celebração da Aliança Estadual para a Eliminação da Hanseníase no Ceará;
- ➔ Ampliação e melhoria do diagnóstico precoce e tratamento da tuberculose no Ceará.

Objetivo 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

META 10

Reduzir pela metade, até 2015, a proporção de população sem acesso permanente e sustentável a água potável e esgotamento sanitário

META 11

Até 2020, ter alcançado uma melhora significativa na vida de pelo menos 100 milhões de habitantes de assentamentos precários.

Objetivo 7: Garantir a Sustentabilidade Ambiental

O sétimo Objetivo consiste em garantir a sustentabilidade ambiental. Esse Objetivo é considerado o mais amplo, com o estabelecimento de metas relativas à qualidade ambiental dos meios físico, biótico e assentamentos humanos. As metas são as seguintes:

Meta 9: Integrar os princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e reverter a perda de recursos ambientais.

Meta 10:Reduzir pela metade, até 2015, a proporção de população sem acesso permanente e sustentável à água potável e esgotamento sanitário.

Meta 11:Até 2020, ter alcançado uma melhora significativa na vida de pelo menos 100 milhões de habitantes de assentamentos precários.

Meio ambiente e sustentabilidade tem sido um tema bastante debatido pela sociedade civil, organizações sociais e academia. Esse interesse certamente deriva das alterações climáticas, desmatamento das florestas, queimadas e crises no fornecimento de água, em decorrência da falta de chuva e da destruição de mananciais. Sustentabilidade ambiental também se vincula ao sentido de garantir um ambiente adequado para a vida humana, com condições de prover saúde e bem-estar. Diante disso, o sétimo objetivo de desenvolvimento do milênio foi estabelecido em prol de *Garantir a Sustentabilidade Ambiental*.[19]

A ***sustentabilidade ambiental*** ainda contempla a conservação da natureza geográfica, o equilíbrio de ecossistemas, a erradicação da pobreza e da exclusão, assim como o respeito aos direitos humanos e a integração social.

Outro termo bastante utilizado é o de desenvolvimento sustentável, que contempla um modelo econômico, político, social, cultural e ambiental equilibrado e que tende a atender as necessidades das gerações atuais sem comprometer a capacidade das gerações futuras de satisfazerem as suas próprias necessidades.[20]

A presente análise é realizada com um conjunto de indicadores relacionados aos temas presentes nas metas 9, 10 e 11. Tais indicadores não reproduzem os indicadores oficialmente definidos pelo fato de que muitos deles não são definidos no âmbito da análise subnacional, assim retratado por Nogueira *et al* (2009).

Com relação à Meta 9 [Integrar os princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e reverter à perda de recursos ambientais], foram eleitos alguns indicadores relacionados com diversos aspectos, como a cobertura florestal, emissões de dióxido de carbono, destruição da camada de ozônio, conservação da biodiversidade.

No entanto, para esses indicadores não existe um levantamento sistemático para espaços subnacionais. Nesse sentido, foram pesquisados indicadores que possibilitassem a mensuração do esforço na preservação ambiental, principalmente nas políticas e programas nacionais e reversão da perda de recursos ambientais na incorporação de princípios de desenvolvimento sustentável.

Em consonância com os indicadores da meta 9 citados acima, pode-se obter a informação relacionada à existência de áreas de preservação e conservação ambiental no Ceará. De acordo com dados da Superintendência Estadual do Meio Ambiente (SEMACE) e Instituto Brasileiro de Meio Ambiente (IBAMA), o Estado do Ceará, em 2002, possuía uma área aproximada de 5.017.165,79 hectares destinados a unidades de preservação ou de conservação ambiental (parques e reservas florestais). Em 2008, essa área havia sido ampliada para 6.616.120,5 hectares.

O percentual de municípios com conselhos municipais de meio ambiente pode ser entendido como indicador para satisfazer essa primeira meta, que visa integrar os princípios do

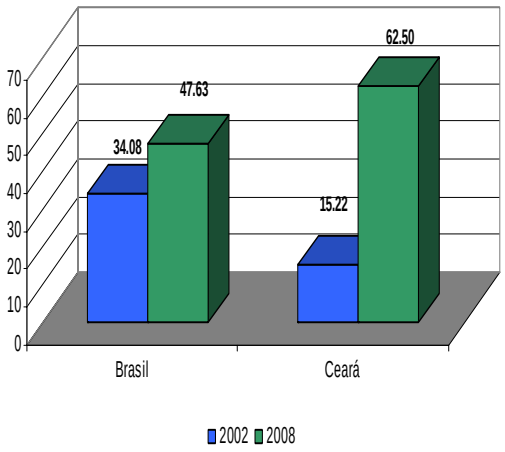
[19] Sustentabilidade é um conceito sistêmico, relacionado com a continuidade dos aspectos econômicos, sociais, culturais e ambientais da sociedade humana.

[20] O desenvolvimento sustentável mundial foi a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada no Rio de Janeiro em junho de 1992, conhecida Rio 92. Em 2000, durante a reunião da cúpula do Milênio na ONU, ficou estabelecido como objetivo Garantir a Sustentabilidade Ambiental e, para isso, foram atribuídas as metas 9, 10 e 11 apresentadas anteriormente.

desenvolvimento sustentável nos programas e na prática da gestão pública.

A partir do Gráfico 7.1, verifica-se o aumento no percentual de municípios com conselho de meio ambiente, tanto para o Brasil quanto para o Ceará, ao comparar 2008 a 2002. Vale ressaltar que, no caso do Ceará, o aumento foi bem superior ao nacional, uma vez que o Brasil obteve um aumento de 13,55 pontos percentuais, enquanto no Ceará o aumento foi de 47,28 pontos percentuais.

Gráfico 7.1: Percentual de Municípios com Conselhos Municipais de Meio Ambiente



Fonte: IBGE/IPECE.

Outro indicador que pode ser levado em consideração diz respeito à quantidade e ao percentual de municípios com secretaria municipal dedicada exclusivamente à temática do meio ambiente, em conjunto com outros departamentos, assessorias, setores ou órgãos similares, para o ano de 2008, no Brasil e Ceará.

De acordo com a Tabela 7.1, observa-se que 6% dos municípios cearenses possuem secretaria dedicada exclusivamente ao meio ambiente, enquanto no Brasil esse percentual é duas vezes superior.

O fato de ter secretarias em conjunto com outros temas, contempla o maior percentual de municípios, tanto para o Brasil quanto para o Ceará. No Estado, em 56,5% dos municípios (104 municípios), as secretaria funcionam em conjunto. De uma forma geral, no Ceará, 88.6% dos municípios detêm algum tipo de estrutura para tratar de meio ambiente, enquanto no Brasil esse percentual é de 77,8%.

Tabela 7. 1: Municípios, total e com estrutura na área de meio ambiente, por caracterização do órgão gestor.

Área Geográfica	Total		Secretaria municipal exclusiva		Secretaria municipal em conjunto com outros temas		Departamento, assessoria, setor ou órgão similar	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Brasil	4.327	77,8	706	12,7	2.372	42,6	1.249	22,4
Ceará	163	88,6	11	6,0	104	56,5	48	26,1

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2008.

Cabe destacar que os temas mais freqüentemente abordados nas articulações intermunicipais relacionadas ao meio ambiente referem-se à disposição de resíduos sólidos, à recuperação da qualidade do recurso hídrico e ao tratamento de esgoto doméstico. A Tabela 7.2 mostra a quantidade e o percentual de municípios, para o Brasil e Ceará, em 2008, que desenvolveram tais articulações.

Tabela 7. 2: Municípios, total e com participação em articulação intermunicipal no meio ambiente, por tipo e temas abordados.

Área Geográ-fica	Total		Temas abordados nas articulações									
			Disposição de resíduos sólidos (lixo) doméstico e/ou industrial		Recuperação da qualidade de recurso hídrico		Tratamento de esgoto doméstico		Recuperação de áreas degradadas		Outros	
	Núm	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%
Brasil	3.332	59,9	2.170	39,0	2.635	47,4	1.636	29,4	2.057	37,0	801	14,4
Ceará	127	69,0	67	36,4	108	58,7	53	28,8	83	45,1	38	20,7

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2008.

Nota-se que, de acordo com as informações acima, a recuperação da qualidade do recurso hídrico é o tema mais abordado, em nível nacional e estadual. A importância que o tema desperta decorre da repercussão que a falta de acesso a fontes adequadas de água possui sobre outras dimensões, principalmente sobre a saúde da população.

Também chama a atenção o fato de que o tratamento do esgoto doméstico figure como o tema menos abordado, dado que a falta de condições adequadas de esgotamento também possui efeitos diretos sobre a saúde da população e também pelo fato de que a falta de soluções adequadas para a coleta e o baixo índice de tratamento dos esgotos domésticos é o principal responsável pela poluição dos recursos hídricos no Brasil (IPEA, 2010).

Os temas mais abordados pelos municípios brasileiros e cearenses são sobre desmatamento, seguidos por queimadas e por assoreamento do corpo d'água no município.[21] Por outro lado, assuntos ligados à atividade pecuária, prejudicada por problema ambiental, é o tema menos abordado pelas articulações intermunicipal no meio ambiente para as duas localidades.

[21] No tocante ao desmatamento e queimadas, vale ressaltar que no Ceará o bioma predominante é a caatinga. Este é o único bioma exclusivamente brasileiro e que se caracteriza pelo clima semiárido e pela vegetação do tipo savana estépica, com fisionomia decidual e espinhosa.

Tabela 7. 3: Municípios com participação em articulação intermunicipal no meio ambiente, por temas abordados – Brasil e Ceará – 2008

Discriminação	Brasil		Ceará	
	Num	%	Núm	%
Total	5.040	90,6	177	96,2
Alteração ambiental que tenha afetado as condições de vida da população	829	14,9	43	23,4
Poluição do ar	1.233	22,2	45	24,5
Poluição do recurso água	2.321	41,7	99	53,8
Escassez do recurso água	2.270	40,8	97	52,7
Assoreamento de corpo d'água no município	2.950	53,0	112	60,9
Contaminação do solo	1.346	24,2	66	35,9
Degradação de áreas legalmente protegidas	1.200	21,6	55	29,9
Desmatamento	2.976	53,5	142	77,2
Alteração que tenha prejudicado a paisagem	992	17,8	53	28,8
Queimadas	3.018	54,2	141	76,6
Redução da quantidade/diversidade ou perda da qualidade do pescado	1.230	22,1	53	28,8
Atividade agrícola prejudicada por problema ambiental	934	16,8	46	25,0
Atividade pecuária prejudicada por problema ambiental	722	13,0	27	14,7
Outras	375	6,7	17	9,2

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2008.

De acordo com o 4º Relatório Nacional de acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio [IPEA (2010)], a manutenção de áreas indígenas também contribui para a preservação da biodiversidade e, sobretudo, para a preservação da cultura desses povos.

Assim considerada, vale mencionar a população indígena presente em terras alencarinas. De acordo com a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), a população indígena é composta 5.365 pessoas, que são distribuídas em nove grupos. O Quadro 7.1 demonstra mais detalhes sobre os índios cearenses, como o nome da terra, os grupos e os municípios nos quais os indígenas estão presentes no Ceará.

Quadro 7.1: Áreas Indígenas, Ceará, 2006

Nome da terra	Grupo indígena	Município
Calabassa	Calabassa	Poranga
São José do Capim-açú	Tremembé	Itarema
Lagoa da Encantada	Canide	Aquiraz
Monte Nebo	Potiguara	Crateús
Pitaguary	Pitaguary	Maracanaú e Pacatuba
São Jose do Buriti	Tremembé	Mundaú
Tabajara	Tabajara	Viçosa
Tapeba	Tapeba	Caucaia
Tremembé de Almofala	Tremembé	Itarema

Fonte: FUNAI.

Em relação à meta 10 “reduzir pela metade, até 2015, a proporção de população sem acesso permanente e sustentável a água potável e esgotamento sanitário”, o seu acompanhamento dá-se pela análise dos indicadores de acesso à água potável e ao esgoto adequado, além de considerar a parcela da população urbana que vive em assentamentos precários.

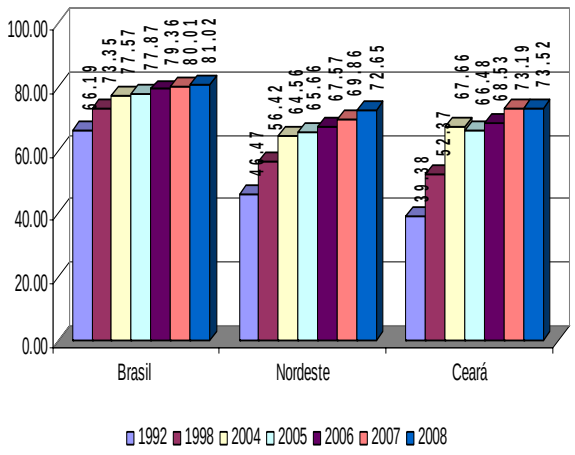
O Relatório Nacional de Acompanhamento [IPEA (2010)] afirma que o Brasil tem dado importantes passos para a melhoria das condições de saneamento ambiental, nos últimos anos. Isso pode ser evidenciado, principalmente, pela evolução na cobertura de abastecimento de água, que se aproxima do cumprimento da meta.

Por outro lado, a evolução dessa meta é desigual em relação ao acesso aos serviços de saneamento. Apesar dos avanços na cobertura de esgotamento sanitário, os valores ainda estão muito aquém daqueles observados para o abastecimento de água. As diferenças de acesso também se apresentam na análise dos indicadores de acordo com as áreas censitárias, urbana e rural, caracterizadas principalmente pelo baixo acesso da segunda.

Assim, no acompanhamento da meta 10 no presente relatório, foram empregados os seguintes indicadores: i) percentual de moradores em domicílios particulares permanentes (Totais, Rurais e Urbanos) com abastecimento de água via Rede geral e com canalização interna; ii) percentual de domicílios particulares permanentes (Totais, Rurais e Urbanos) com esgotamento sanitário via Rede Coletora; iii) percentual de moradores em domicílios particulares permanentes (Totais, Rurais e Urbanos) segundo forma de esgotamento sanitário via Coleta Direta.

O Gráfico 7.2 reporta o percentual de moradores em domicílios particulares permanentes com abastecimento de água via Rede Geral, com Canalização interna, para o Brasil, região Nordeste e Ceará. Já o Gráfico 7.3 destaca as diferenças de acesso entre a população urbana e a população rural.

Gráfico 7.2: Percentual de moradores em domicílios particulares permanentes TOTAIS com abastecimento de água via rede geral com canalização interna



Fonte: PNAD/IBGE/IPECE.

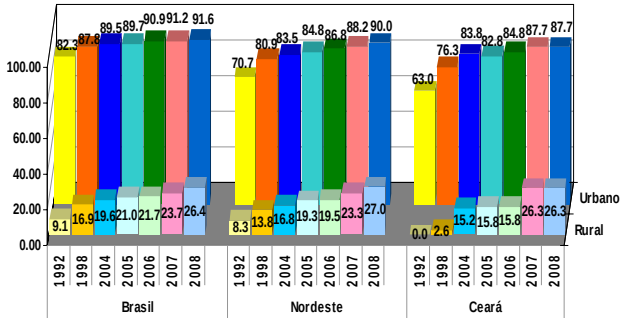
No Gráfico 7.2, é possível notar que houve um aumento gradativo nas três regiões. Já no Gráfico 7.3, podemos observar que aumentos significativos foram obtidos pelos domicílios situados em áreas rurais. Todavia, esse percentual

ainda é muito baixo, haja vista que somente 26% dos domicílios rurais possuem abastecimento de água via rede geral, com canalização interna. Outro fato que deve ser considerado é que o desempenho desse indicador está relacionado ao fato de que, em áreas rurais, a água utilizada pelas famílias ainda provém principalmente de poços, nascentes ou de outro tipo de fonte que não a rede de abastecimento geral.

Em contrapartida, em 2008, 87% dos domicílios cearenses particulares permanentes urbanos possuiam abastecimento de água via rede geral, com canalização interna. Porém esse percentual está aquém do nível nacional e regional, que superam 90%.

Ainda assim pode-se inferir, no que tange ao acesso a água, que o alcance da meta estabelecida é algo bastante plausível, principalmente quando se considera as áreas urbanas, inclusive no Estado do Ceará. No entanto, o acesso a esse recurso provavelmente continuará desigual, em função do déficit existente nas áreas rurais. Pelo Gráfico 7.3, nota-se, nesse aspecto, que a carência rural não é uma prerrogativa apenas da região nordeste.

Gráfico 7.3: Percentual de moradores em domicílios particulares permanentes, URBANO e RURAL, com abastecimento de água via rede geral com canalização interna



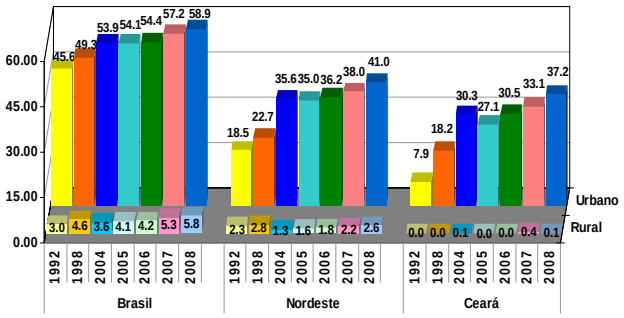
Fonte: PNAD/IBGE./IPECE

Se, com relação ao indicador de abastecimento de água, é possível inferir que a meta deverá ser cumprida, no que tange aos domicílios que acessam os serviços de esgotamento sanitário, a perspectiva não é tão otimista.

O Gráfico 7.4 apresenta o percentual de domicílios particulares com esgotamento sanitário via rede coletora, situados em áreas urbana e rural. Em relação aos domicílios urbanos, a situação é bem mais confortável do que nos rurais.

Em 1992, apenas 7,94% dos domicílios urbanos cearenses tinham serviços de esgotamento sanitário com rede coletora. Já em 2008, esse percentual passou para 37,22%. Contudo, ainda é inferior ao da região Nordeste e do Brasil.

Gráfico 7.4: Percentual de Domicílios particulares permanentes, URBANO e RURAL, com esgotamento sanitário com rede coletora



Fonte: PNAD/IBGE./IPECE

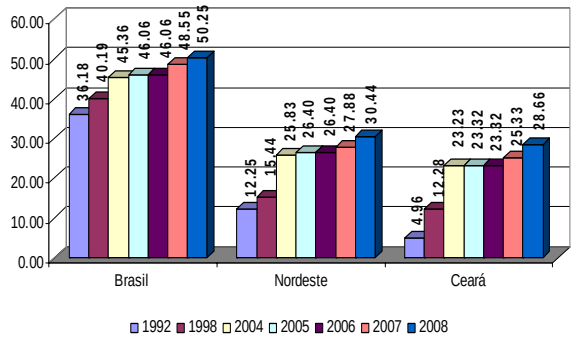
No caso dos domicílios situados em áreas rurais, pode-se dizer que praticamente esse tipo de serviço não é ofertado para os municípios cearenses, uma vez que não chega a 0,5% dos domicílios; enquanto isso, no Brasil, em 2008, observou-se que 5,83% desses domicílios são dotados de esgotamento sanitário com rede coletora.

Todavia, esse indicador possui algumas restrições por desconsiderar soluções alternativas de esgotamento sanitário, como é caso do uso de fossas sépticas como solução individual em áreas onde não existe rede coletora, que poderiam ser consideradas como uma opção de esgotamento sanitário adequado.

Outro indicador importante das condições de salubridade ambiental nos aglomerados populacionais refere-se ao percentual de pessoas em domicílios particulares permanentes (totais, urbanos, e rurais) com coleta direta do lixo domiciliar (gráficos 7.5 e 7.6). É possível observar um crescimento na prestação desse serviço, tanto na área urbana quanto na rural, com o percentual atendido na área rural representando

apenas 10% daquele registrado para a área urbana.

Gráfico 7.5: Percentual de moradores em domicílios particulares permanentes TOTAIS com coleta direta do lixo domiciliar



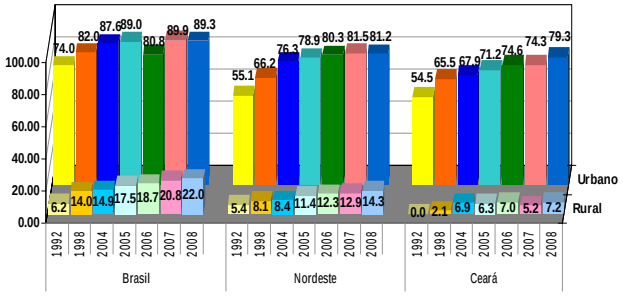
Fonte: PNAD/IBGE./IPECE

Na área urbana, por exemplo, mais de 50% dos cearenses, em 1992, moravam em domicílios permanentes particulares urbanos com coleta direta do lixo domiciliar e, em 2008, esse percentual é de quase 80%, enquanto que 81,20% dos nordestinos contam com este tipo de serviço.

De uma maneira geral, observa-se uma evolução no percentual de pessoas em domicílios particulares com prestação dos serviços de abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo, nas áreas urbanas e rurais do Ceará, da região Nordeste e do Brasil.

Todavia, ainda é preciso expandir a prestação desses serviços para os domicílios localizados nas áreas rurais, principalmente ao se considerar que esse tipo de serviço pode gerar externalidades positivas em relação à saúde da população.

Gráfico 7.6: Percentual de Domicílios particulares permanentes, URBANO e RURAL, com coleta direta do lixo domiciliar.



Fonte: PNAD/IBGE./IPECE

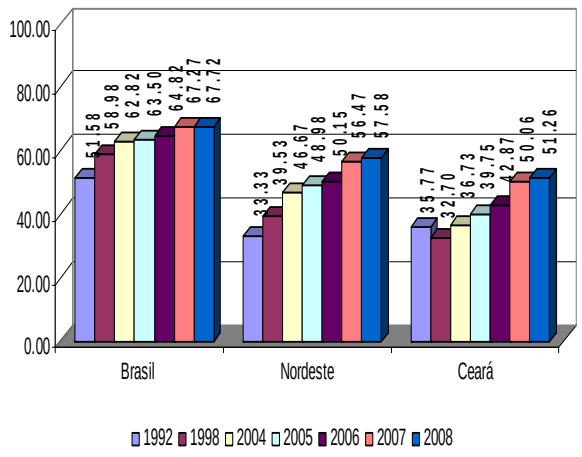
Em seguida, passa-se à meta 11 – "ter alcançado, até 2020, uma melhora significativa na vida de pelo menos 100 milhões de habitantes de assentamentos precários (na proporção de domicílios com segurança da posse na moradia)".

Entende-se por domicilio em assentamentos precários como um grupo de indivíduos, morando em domicílios, que careça de pelo menos um dos seguintes atributos: segurança da posse, qualidade estrutural e durabilidade da construção, acesso à água potável, acesso a esgotamento sanitário e área suficiente para morar.

Nesses termos, um critério que tende a condensar esses atributos é o da moradia adequada, que inclui água de rede geral com canalização interna, banheiro exclusivo com esgotamento sanitário por rede coletora ou fossa séptica, teto e parede duráveis, sem problemas de irregularidade fundiária ou inconformidade com o padrão urbanístico e adensamento domiciliar menor ou igual a 3 pessoas por dormitório. Por conseguinte, pode-se considerar o percentual da população urbana sob moradia adequada como uma boa medida para esse critério.

Conforme o Gráfico 7.7, nota-se que, em 1992, 51,58% da população urbana dos municípios brasileiros satisfazem a esse critério; no Ceará, o percentual é inferior ao nacional, porém superior ao da região Nordeste. No mesmo Gráfico, visualiza-se uma trajetória ascendente para as três áreas geográficas e, em 2008, o Ceará superou a marca de 50% dos domicílios urbanos satisfazendo, portanto, ao critério de moradia adequada.

Gráfico 7.7: População Urbana sob moradia adequada (%)



Fonte: PNAD/IBGE./IPECE

A partir das informações apreciadas neste capítulo, é possível inferir que o Estado do Ceará tem apresentado uma preocupação com o meio ambiente, e, a partir disso, observa-se que existe um grande esforço e empenho para garantir a sustentabilidade ambiental. Apesar disso, ainda é preciso aumentar as prestação de serviços de água, esgoto e lixo aos municípios localizados no meio rural cearense.

Box 6: Ações do Governo do Estado do Ceará para aumentar a Qualidade de Vida e Respeito ao Meio Ambiente:

➔ Ampliação do número de ligações domiciliares de água e esgoto pelo Projeto de Desenvolvimento Urbano e Gestão de Recursos Hídricos (PROURB-Urbano) e do Programa Pró-Saneamento;

➔ Elevação da qualidade do meio ambiente pelos Programas de Controle Proteção Ambiental e de Educação Ambiental;

➔ Recuperação e proteção da biodiversidade pelo Programa de Proteção e Conservação de Ecossistemas.

Objetivo 8:

Estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento

Meta 12

Avançar no desenvolvimento de um sistema comercial e financeiro aberto.

Meta 13

Atender às necessidades especiais dos países menos desenvolvidos.

Meta 14

Atender às necessidades especiais dos países sem acesso ao mar e dos pequenos estados insulares em desenvolvimento;

Meta 15

Tratar globalmente o problema da dívida dos países em desenvolvimento.

Meta 16

Executar estratégias que permitam trabalho digno e produtivo aos jovens.

Meta 17

Proporcionar o acesso a medicamentos essenciais nos países em vias de desenvolvimento.

Meta 18

Tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, especialmente nos setores de informação e comunicações.

Objetivo 8: Estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento

O oitavo Objetivo de Desenvolvimento do Milênio é composto por sete metas, com a ideia fundamental de promover uma rede de cooperação que potencialize os esforços em alcançar os ODMs. Essas metas estimulam a cooperação internacional além de incorporar o compromisso que as nações mais desenvolvidas assumiram de fornecer ajuda técnica e financeira às nações pobres para que possam superar restrições que dificultam o combate à pobreza e o crescimento econômico (Brasil, 2007). As metas são as seguintes:

Meta 12: Avançar no desenvolvimento de um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em regras, previsível e não discriminatório.

Meta 13: Atender às necessidades especiais dos países menos desenvolvidos, incluindo um regime isento de direitos e não sujeito a cota para as exportações dos países menos desenvolvidos; um programa reforçado de dedução da dívida dos países pobres muito endividados e anulação da dívida bilateral oficial; e uma ajuda pública para o desenvolvimento mais generoso aos países empenhados na luta contra a pobreza.

Meta 14: Atender às necessidades especiais dos países sem acesso ao mar e dos pequenos estados insulares em desenvolvimento.

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.

Meta 16: Em cooperação com os países em desenvolvimento, formular e executar estratégias que permitam trabalho digno e produtivo aos jovens.

Meta 17: Em cooperação com as empresas farmacêuticas, proporcionar o acesso a medicamentos essenciais, nos países em vias de desenvolvimento.

Meta 18: Em cooperação com o setor privado, tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, especialmente nos setores de informação e comunicações.

Segundo Nogueira et al (2009), essas metas, no âmbito da análise subnacional, são difíceis e até mesmo inviáveis de se monitorar e avaliar, pois foram vislumbradas em um contexto mais amplo, ou seja, foram contextualizadas para serem alcançadas em nível nacional.

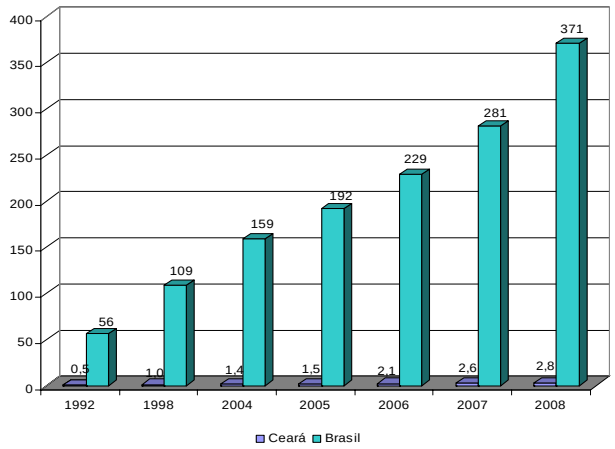
Dessa forma, são apresentados alguns indicadores que se aproximam, em parte ou totalmente, das metas 12, 15 e 18.

Como uma forma de avançar no desenvolvimento de um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em regras, previsível e não discriminatório, para atender a meta 12 da ODM, o Governo do Estado definiu, como um de seus resultados estratégicos, estimular a inserção internacional do Ceará, por meio do incentivo à capacidade de inovação das empresas e à criação de condições objetivas para o aumento da competitividade de sua economia, priorizando-se o incremento no valor das exportações. Para tanto, deve-se citar a continuidade da execução das obras estratégicas de infraestrutura logística, destacando-se o Complexo Industrial e Portuário do Pecém.

O Gráfico 8.9 demonstra o Fluxo do Comércio Internacional, determinado aqui pelo somatório de todas as transações de exportação e de importação do Brasil e do Estado do Ceará. De forma geral, ambas as regiões apresentam crescimento contínuo desse fluxo.

Como mostra o mesmo gráfico, o Estado do Ceará apresenta aumentos sucessivos e consistentes nos valores transacionados com o exterior, atingindo um valor de US$ 2,83 bilhões em 2008. Isso representa um crescimento acumulado do indicador, durante o período 1992-2008, de consideráveis 424%, evidenciando que a economia cearense está se tornando cada vez mais aberta, o que é fundamental para a elevação dos seus níveis de competitividade e para a atração de novos empreendimentos para o Estado.

Gráfico 8.1: Fluxo do comércio internacional – Brasil e Ceará - US$ bilhões



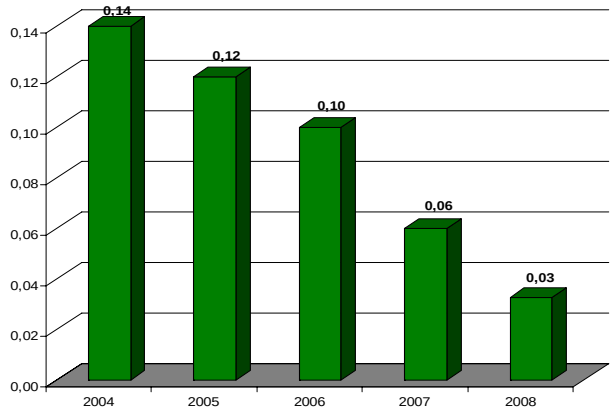
Fonte: IPEA/IPECE.

A relação entre a Dívida Consolidada Líquida (DCL) e o PIB, que é um indicador padrão para medir o equilíbrio fiscal do setor público, é uma relação estadual que se aproxima da 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".

Entende-se aqui como DCL as dívidas interna e externa, além das garantias assumidas da Companhia de Habitação do Ceará (COHAB), Fundação Universidade Estadual do Ceará (FUNECE) e Fundação de Saúde do Estado do Ceará (FUSEC) e ainda os parcelamentos junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e ao Programa de Formação do Patrimônio do Servidor (PASEP), deduzindo-se os ativos financeiros.

A evolução da Dívida Consolida Líquida em relação ao PIB, no Ceará, é mostrada no Gráfico 8.10.

Gráfico 8.2: Dívida pública/PIB – Ceará – 2004 a 2008

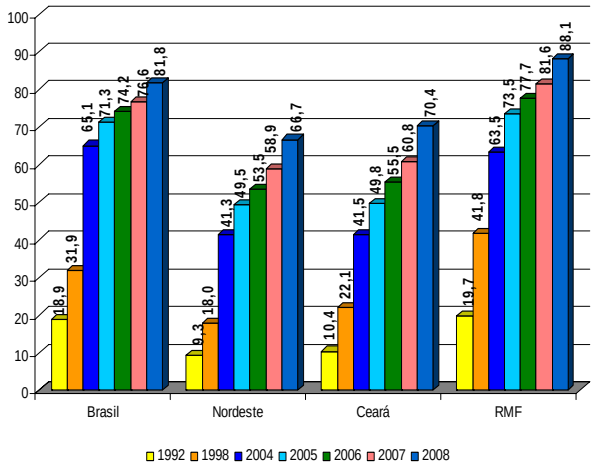


Fonte: IPECE.

De uma maneira geral, esse indicador vem diminuindo de forma ininterrupta durante os anos analisados. Observa-se que, em 2004, seriam necessários 14% do Produto Interno Bruto para que a DLC do Estado fosse totalmente liquidada, enquanto que, em 2008, esse indicador diminuiu para 3%. Portanto, pode-se afirmar que o custo dessa dívida sobre as contas públicas estaduais segue uma trajetória decrescente e tende a comprometer cada vez menos da capacidade de investimento do Governo do Estado do Ceará.

Já com relação à meta 18, dados disponíveis estão presentes na PNAD e possibilitam o acompanhamento de indicadores de acesso a novas tecnologias de comunicação e informação. Os Gráficos 8.1 e 8.2 demonstram a proporção de domicílios particulares permanentes, que possuem telefone fixo ou celular. Em 1992, somente 10,4% dos domicílios no Ceará possuíam telefone fixo ou móvel, enquanto que, no Brasil, essa proporção era de 18,9%. Já em 2008, esse percentual passou para 70,4%, no Ceará, e para 81,8%, no Brasil, como indica o Gráfico 8.1. Vale ressaltar que a evolução tecnológica do setor ocorre de maneira cada vez mais ágil, principalmente após o processo de privatização, que fomentou a concorrência, reduziu custos e possibilitou uma forte ampliação do acesso.

Gráfico 8.3: Proporção de domicílios particulares permanentes com telefone fixo ou celular

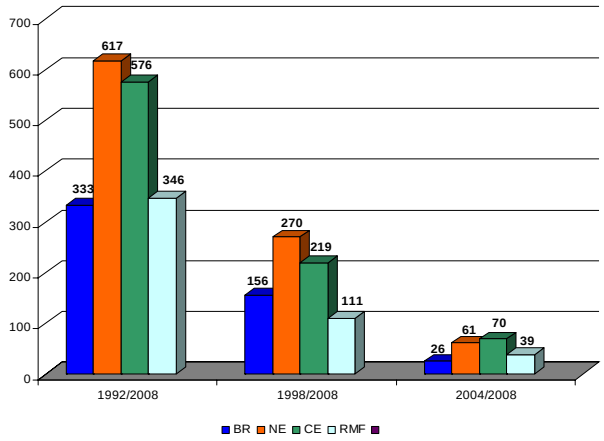


Fonte: IBGE/PNAD/IPECE.

O Gráfico 8.2 salienta que a variação percentual da proporção de domicílios particulares permanentes com telefone fixo ou celular foi positiva e significativa em todas as regiões geográficas. Especificamente no Ceará, a variação foi de 578%, entre 1992 a 2008. Segundo Nogueira et al (2009), esse crescimento deve-se

ao impressionante avanço no uso de telefones celulares, aparelhos que vêm se tornando cada vez mais baratos e, consequentemente, mais acessíveis para um maior número de pessoas e domicílios.

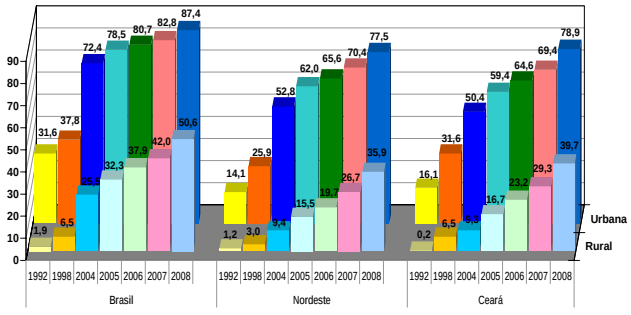
Gráfico 8.4: Variação percentual da proporção de domicílios particulares permanentes com telefone fixo ou celular



Fonte: IBGE/PNAD/IPECE.

O Gráfico 8.3 mostra esse indicador para os domicílios particulares urbanos e rurais. De forma geral, verifica-se que, nas três regiões geográficas, a proporção de domicílios que possuem telefone fixo ou celular na zona urbana é maior que aquela das zonas rurais, como era de se esperar. Observa-se que, em 1992, 16% dos domicílios urbanos cearenses possuíam telefone fixo ou móvel, enquanto que, no Brasil, essa proporção era de 32%, e, no Nordeste, 14%. Esse indicador obteve um crescimento bastante significativo no período em análise, pois, em 2008, o percentual passou para 79% no Ceará, 87% no Brasil e 77% no Nordeste.

Gráfico 8.5: Proporção de domicílios particulares permanentes com telefone fixo ou celular por zona



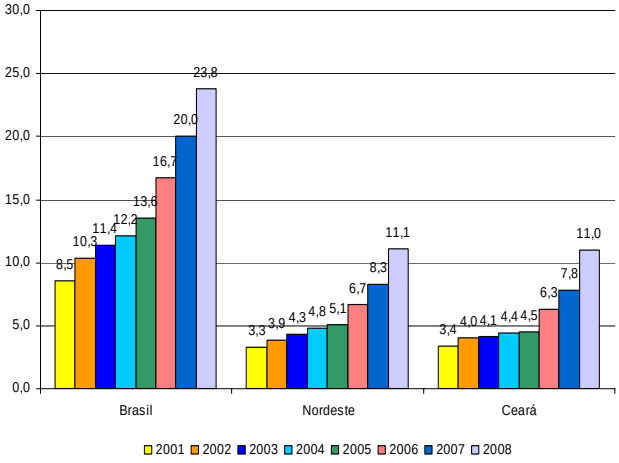
Fonte: IBGE/PNAD/IPECE.

Apesar das proporções de domicílios particulares permanentes rurais com telefone fixo ou celular serem inferiores às verificadas nas regiões urbanas, pode-se observar uma ampliação do uso dessa tecnologia, mesmo em áreas rurais, nas diferentes regiões estudadas.

Por exemplo, no Estado do Ceará, essa proporção era de apenas 0,2% em 1992, e cresceu para 39,7%, em 2008, representando um crescimento positivo e expressivo. Verifica-se que o Ceará estava numa posição inferior à região Nordeste em 1992 e conseguiu ultrapassá-la, a partir de 2007. No entanto, quando se compara com o Brasil, observa-se que os telefones, fixo ou celular, ainda são pouco acessíveis para a grande maioria dos domicílios cearense.

Com relação ao segundo indicador - proporção de domicílio particulares com acesso à Internet – observa-se, pelo Gráfico 8.4, que a tendência crescente é mantida em todas as regiões analisadas. No Estado do Ceará, apenas 3,4% dos domicílios possuíam acesso a essa tecnologia, em 2001. Já em 2008, a proporção observada foi de 11,0%. De acordo com o mesmo gráfico, a cobertura por essa tecnologia tem avançado bastante no Estado do Ceará.

Gráfico 8.6: Proporção de domicílios particulares com acesso a Internet

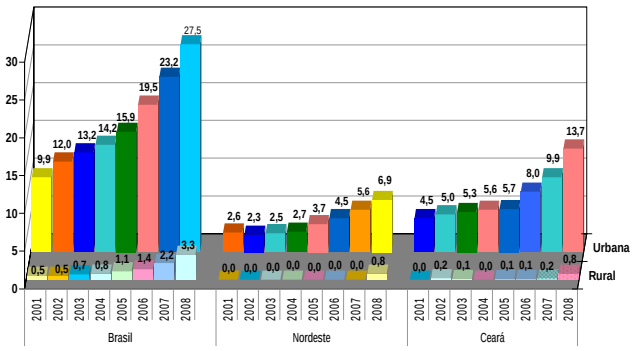


Fonte: IBGE/PNAD/IPECE.

Já o Gráfico 8.5 apresenta esse indicador considerando a população residente nas zonas urbana e rural. Como era esperado, verificou-se que a proporção de domicílios na zona urbana, que possuem acesso à Internet, é maior que as verificadas para zona rural, nas três regiões geográficas, em todos os anos analisados. Observa-se que é praticamente inexistente o acesso dessa tecnologia na zona rural nordestina e cearense. A zona rural brasileira também

apresenta uma proporção muito baixa; em 2008, apenas 3,3% dos domicílios rurais do País tinham acesso a microcomputadores ligados à Internet.

Gráfico 8.7: Proporção de domicílios particulares com acesso a Internet por zona

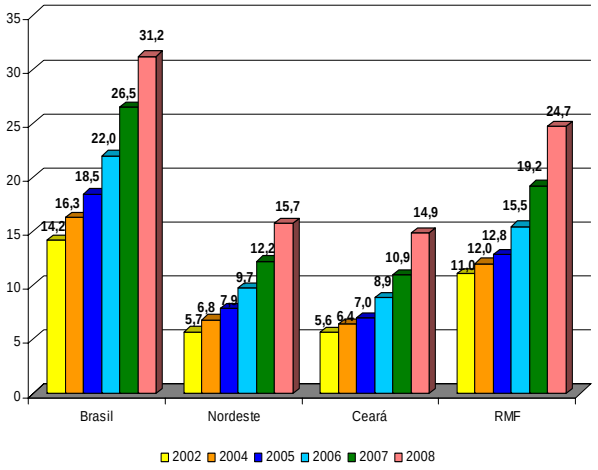


Fonte: IBGE/PNAD/IPECE.

Os Gráficos 8.6 e 8.7 reportam a proporção de domicílios com microcomputadores no Brasil, no Nordeste, no Ceará e na Região Metropolitana de Fortaleza, durante o período 2002 a 2008, e sua variação percentual. Observa-se que todas as áreas geográficas analisadas apresentam crescimento positivo no acesso a esse recurso tecnológico.

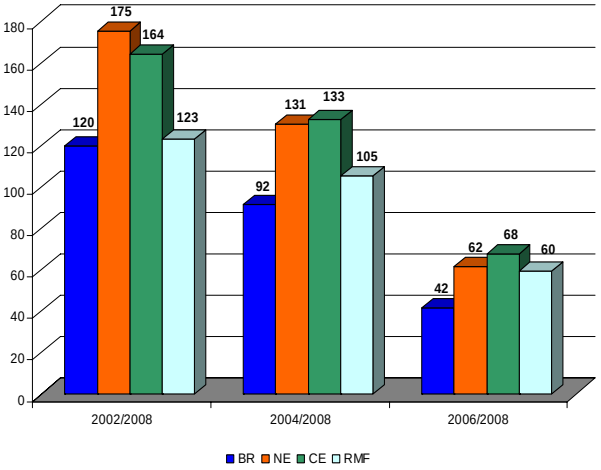
No caso do Estado do Ceará, a proporção de domicílios que possuem microcomputadores era de 5,6%, em 2002, e cresceu para 14,9%, em 2008, representando aumento de 164% durante todo o período. A Região Metropolitana de Fortaleza também obteve avanços consideráveis, com elevação de 123% desse indicador, que era de 11%, em 2002, e passou para 24,7%, em 2008. No entanto, quando se faz um paralelo com o Brasil e o Nordeste, verifica-se que os computadores ainda são pouco acessíveis para a grande maioria da população cearense.

Gráfico 8.8: Proporção de domicílios com microcomputadores



Fonte: IBGE/PNAD/IPECE.

Gráfico 8.9: Variação percentual da proporção de domicílios com microcomputador



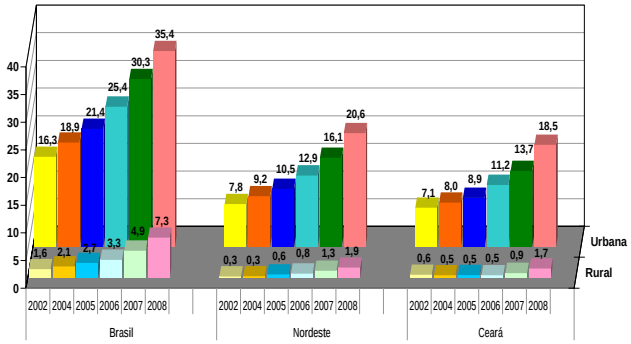
Fonte: IBGE/PNAD/IPECE.

No Gráfico 8.8, tem-se a proporção de domicílios com microcomputadores, por zona, considerando-se a população residente na zona urbana e rural. De forma geral, a proporção de domicílios nas zonas urbanas, que possuem microcomputadores, é maior que as verificadas para zona rural, nas três regiões geográficas, em todos os anos analisados.

O mesmo Gráfico mostra que o Brasil e Ceará conseguiram mais que dobrar esse indicador para a zona urbana, durante o período 2002 – 2008. O Estado do Ceará, que possuía 7% de domicílios urbanos com microcomputadores, em 2002, aumentou para 18%, em 2008. No entanto, esse indicador para o nosso Estado ainda é inferior ao observado para as outras duas dimensões geográficas consideradas, apesar de

seguir a mesma tendência do Brasil e da região Nordeste.

Gráfico 8.10: Proporção de domicílios com microcomputadores por zona



Fonte: IBGE/PNAD/IPECE.

Já nas zonas rurais, observa-se que a grande maioria da população não tem acesso a essa tecnologia, nas diferentes áreas geográficas. Por exemplo, no Ceará essa porcentagem era de 0,56%, em 2002, e, sete anos depois, a proporção variou apenas para 1,70%, bastante baixo, como se observa. Aliás, esse pequeno percentual também é notado para o País e para o Nordeste.

Box 7: Ações do Governo do Estado do Ceará para promover o desenvolvimento:

Segundo Nogueira et al (2009), o governo no Estado do Ceará promove esforços na implementação de políticas públicas de geração de emprego e renda, direcionadas à população de jovens cearenses, como também direcionadas ao acesso à capacitação tecnológica.

- O programa Portas Abertas, criado em outubro de 2003, conseguiu inserir aproximadamente 29.643 jovens no mercado de trabalho. Esse programa propicia condições favoráveis para a inserção econômica e social de jovens de 16 a 24 anos.
- A geração de desenvolvimento tecnologia e a difusão de conhecimentos científicos e técnicos são executadas pelos programas de Capacitação Tecnologia e Difusão Tecnológica e pelo Instituto Centro de Ensino Tecnológico (CENTEC). Juntos capacitam jovens e trabalhadores em cursos de nível básico, técnico e tecnológico.
- Em 2007, o Governo adotou modelo de gestão, que contemplou a criação do Conselho Estadual de Desenvolvimento Econômico – CEDE, e da Agência de Desenvolvimento Econômico – ADECE.
- Iniciada também a implantação do Polo Industrial de Jaguaribe, envolvendo 10 empresas com protocolos de intenções já assinados, cuja área foi cedida pela prefeitura municipal, ficando a infraestrutura sob responsabilidade do Governo do Estado.

Referências Bibliográficas

ARAUJO, J. A. **Pobreza, Desigualdade e Crescimento Econômico:** Três Ensaios em Modelos de painel dinâmico. 2009. 101 p. Tese (Doutorado em Economia) – CAEN, Universidade Federal do Ceará.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anuário Estatístico de Saúde do Brasil 2001**, Brasília: Funasa/Cenepi: 2003. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> Acesso em: 23 set. 2003.

BRASIL. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.** Ministério da Saúde: Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Datasus. **Mortalidade Infantil**. Disponível: http:\\ www.datasus.gov.br/cgi/mortinf/miopcao.htm. 2000. Acesso em: 23 set. 2003.

CALDEIRA, A. P. et al. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n.1, p. 67-74, 2005.

HOFFMANN, R. Transferência de renda e a redução da desigualdade no Brasil e cinco regiões entre 1997 e 2004. **Econômica.** v. 8, n. 1, p. 55-81, jun. 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/cpgeconomia/economica.htm>. Acesso em: 25 de março de 2010.

HOLANDA, M. C. et al. **As Metas do Milênio e os Avanços Socioeconômicos do Ceará**. Fortaleza: IPECE, 2006. 68 p.

IPEA. **Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.** Brasília: IPEA: MP, SPI, 2004.

IPEA. **Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.** Brasília: IPEA: MP, SPI, 2007.

IPEA. **Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.** Brasília: IPEA: MP, SPI, 2010.

IRFFI, G.; OLIVEIRA, J. L.; CARVALHO, E. B. S. **Análise dos Determinantes Socioeconômicos da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Ceará.** Fortaleza: IPECE, abr. 2008. (texto para discussão n. 48).

IRFFI, G.; SOARES, R. B.; DESOUZA, S. Fatores Socioeconômicos, Demográficos, Regionais e Comportamentais que Influenciam no Conhecimento sobre HIV/AIDS. In: XXXVI ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 2008, Salvador. **Anais...**, Salvador: 2008. v. 36.

LUZ, T.P. et al. Magnitude do problema do baixo peso ao nascer. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, São Paulo, v. 108, n. 5, p. 133-144, 1998.

MEDEIROS, M.; BRITO, T. SOARES F. **Programas focalizados de transferência de renda no Brasil: contribuições para o debate.** Rio de Janeiro: IPEA, 2007. (Texto para Discussão n. 1283).

NOGUEIRA, C. A. G et al. **Acompanhamento das metas do milênio e dos avanços socioeconômicos no Ceará.** Fortaleza: IPECE, 2009. 70p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Reducion de la morbilidad e mortalidad debidas an enfermidades diarrecas. **Reseña Boletin Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 102, p. 412-422, 1987.

PNUD. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. 2003.

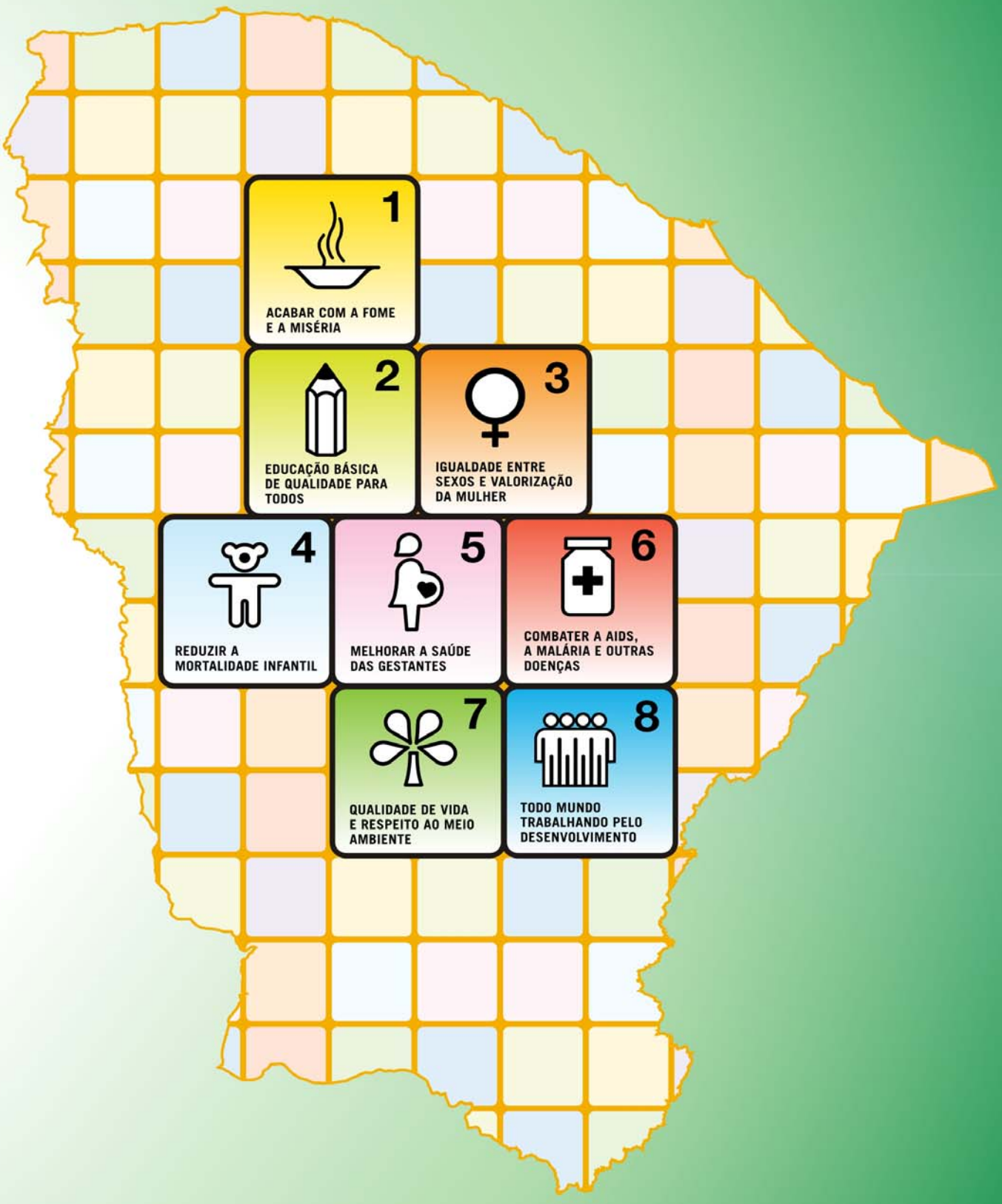
QUIROGA, J.; REZENDE, S. **A mortalidade infantil por causas de morte no Vale do Jequitinhonha-MG**. Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais. Anais do X Seminário sobre a Economia Mineira. 2003.

RIBAS, R. P., MACHADO, A. F., GOLGHER, A. B. **Fluctuations and persistence in poverty:** a transient-chronic decomposition model for pseudo-panel data. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2006. (Texto para discussão, n. 289).

SOARES S. et al. **Programas de transferência condicionada de renda no Brasil, Chile e México: impactos sobre a desigualdade.** Rio de Janeiro: IPEA, 2007. (Texto para Discussão, 1293).

VINHAIS, P; SOUZA, A. P. Pobreza Relativa ou Absoluta? A Linha Híbrida de Pobreza no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 34, 2006. **Anais...** .Salvador: ANPEC, 2006.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria do Planejamento e Gestão



IPECE INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATEGIA ECONÔMICA DO CEARÁ

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada