

NOTA *técnica* AIPARDES

Nº 17

NOTAS SOBRE A QUESTÃO SOCIAL NO PARANÁ

Maria Luiza Marques Dias
Cleide Maria Perito de Bem
Paulo Roberto Delgado
Neda Mohtadi Doustdar
Eloise Helene Hatschbach Machado
Vilmar Gross

Curitiba
2010

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

Orlando Pessutti - *Governador*

SECRETARIA DE ESTADO DO PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO GERAL

Allan Jones dos Santos - *Secretário*

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL - IPARDES

Maria Lúcia de Paula Urban - *Diretora-Presidente*

Nei Celso Fatuch - *Diretor Administrativo-Financeiro*

Gracia Maria Viecelli Besen - *Diretora do Centro de Pesquisa*

Deborah Ribeiro de Carvalho - *Diretora do Centro Estadual de Estatística*

Thaís Kornin - *Diretora do Centro de Treinamento para o Desenvolvimento*

EDITORAÇÃO

Maria Laura Zocolotti - *Coordenação*

Claudia Ortiz - *Revisão*

Ana Batista Martins, Ana Rita Barzick Nogueira, Léia Rachel Castellar - *Edição Eletrônica*

Dora Silvia Hackenberg - *Normalização bibliográfica*

NOTA **técnica** AIPARDES

As notas técnicas do IparDES constituem breves abordagens sobre temas relevantes para a agenda de pesquisa e planejamento do Estado.

INTRODUÇÃO

Esta Nota Técnica tem como objetivo apresentar uma síntese dos principais processos e questões que afetaram as políticas sociais sob responsabilidade do Estado, neste início dos anos 2000, buscando entender em que medida a intervenção pública no campo social se traduz em ganhos para a população-alvo dessa intervenção.

Na impossibilidade de tratar integralmente o escopo de todas essas políticas, foram estabelecidos alguns recortes de clientelas para uma abordagem mais detalhada, o que não significa que os aspectos não abordados mereçam menor atenção – simplesmente não houve fôlego por parte da equipe para tanto.

O período considerado abarca duas gestões federais de programas governamentais que, na área social, não trouxeram mudanças de desenho das políticas mas sim de intensidade de intervenção.

Desde a Constituição de 1988, as políticas de caráter social vêm ganhando corpo e, ao longo dos anos 1990 e 2000, o país tem vivido um processo de reorganização institucional do sistema de proteção social, atingindo não apenas as políticas de seguridade social como também as tradicionais políticas de saúde e educação. A Constituição de 1988 representa um marco no sistema de proteção social brasileiro, alargando-o para além das fronteiras do emprego formal, ao inserir no marco jurídico da cidadania os princípios de seguridade social e de garantia de direitos mínimos de reprodução social (POLÍTICAS..., 2006).

Não obstante os avanços jurídico-legais observados na condução das políticas sociais, sua implementação foi fortemente restringida ao longo dos anos 1990, em virtude de fatores macroeconômicos e políticos que redundaram numa “universalização restrita” – assim entendida a universalidade da cobertura e do atendimento no que se refere ao conjunto das políticas de educação, saúde e seguridade (Previdência e Assistência Social), que não se firmou totalmente como prática do Estado na implementação dessas políticas (POLÍTICAS..., 2006).

Como marcas características dessas duas últimas décadas observou-se, a partir da implementação dos preceitos constitucionais, um aumento paulatino da cobertura dos programas sociais e do perfil redistributivo dos mesmos. Observou-se também uma ampliação das vinculações no gasto público de corte social, e um fortalecimento das relações diretas de repasse de recursos para execução de programas predefinidos entre o governo federal e os municípios, tema esse detalhadamente tratado na Nota Técnica "Federalismo e Políticas Sociais". O quadro 1 sintetiza os principais programas sociais que vêm sendo conduzidos no país. "Essa estrutura do Estado Brasileiro, atualmente voltada à atenção social, não se distancia do registrado nas economias avançadas" (IPEA, 2010e).

QUADRO 1 - SÍNTESE DA ESTRUTURA DE INTERVENÇÃO SOCIAL DO ESTADO BRASILEIRO

ÁREAS	PRINCIPAIS PROGRAMAS/AÇÕES
1. Previdência Social Regime Geral Previdência Social Previdência do Servidor Público (Regimes Próprios Previdência Social)	Aposentadorias e Pensões – Área Rural Aposentadoria e Pensões – Área Urbana Auxílio-Doença, Auxílio-Maternidade e outros Auxílios-áreas Urbana e Rural Pagamento de Aposentadorias e Pensões Executivo, Legislativo e Judiciário
2. Emprego e Defesa do Trabalhador	Seguro-Desemprego Abono PIS-PASEP
3. Desenvolvimento Agrário	PRONAF
4. Assistência Social	BPC – LOAS – Pessoa Idosa BPC – LOAS – Pessoa com Deficiência Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Pró-Jovem Programa Bolsa Família
5. Saúde	Atenção Básica em Saúde Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
6. Educação	Brasil Alfabetizado e Educação de Jovens e Adultos Brasil Escolarizado Qualidade na Escola Distribuição de Livros Didáticos Complementação da União para o FUNDEF Programa Nacional de Alimentação Escolar Brasil Universitário

FONTES: MEC/INEP, MPS - Boletim do Servidor/SIAPE, MTE, MDA, MPS - Anuário Estatístico da Previdência social, IBGE

As áreas de educação e saúde passaram a vivenciar um aprofundamento em seus processos de intervenção, a partir do fortalecimento da alocação de recursos vinculados a essas áreas e da descentralização do gasto público para as esferas subnacionais de governo.

Apesar de a oferta de bens e serviços públicos de educação e saúde ter alcançado uma cobertura quase universal, principalmente no que tange aos atendimentos de menor complexidade e custo, esse movimento foi acompanhado pelo avanço e concorrência dos serviços privados, notadamente em áreas de maior conteúdo tecnológico ou complexidade.

O acesso à educação no Ensino Fundamental foi praticamente universalizado e expandiu-se significativamente a cobertura dos demais níveis de ensino, inclusive o superior. No entanto, a qualidade e os resultados do processo educativo ainda deixam a desejar, a escolaridade média permanece em níveis baixos e o analfabetismo funcional se apresenta como um forte desafio ao processo educativo, da mesma forma que o atendimento voltado aos jovens requer profunda revisão em seus objetivos e métodos.

Na área de saúde, observou-se o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo o SUS uma política de Estado, tem sido possível observar ao longo do tempo uma permanência em seus princípios e diretrizes, os quais, associados a uma atuação pactuada entre os entes federados, têm permitido o avanço das políticas com a melhoria das ações na atenção básica através da rede de atenção primária à saúde, que engloba o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Esta última, embora com vínculos empregatícios ainda instáveis, vem se firmando e contrasta com a persistência de questões vinculadas ao financiamento, ao baixo valor repassado pelos serviços e às dificuldades recorrentes enfrentadas pelo atendimento de maior complexidade. A regulamentação da Emenda Constitucional 29 tem sido vista como essencial para estabilizar os recursos destinados às políticas públicas de saúde e assegurar o comprometimento dos três níveis de governo no financiamento do SUS. O envelhecimento da população coloca novas questões, exigindo também novas políticas de intervenção. O reforço às estratégias de ação descentralizadas e das ações de prevenção defronta-se com a concorrência em termos de recursos e dos interesses presentes nos atendimentos de maior complexidade. Aí reside um desafio importante para o fortalecimento de estratégias de trabalho focadas na prevenção e na atenção básica como porta de entrada do sistema.

Já a área de atendimento às necessidades habitacionais apenas mais recentemente começa a ser objeto de uma intervenção mais decisiva. A criação do Ministério das Cidades em 2003 e a aprovação da Política Nacional de Habitação em 2004 passam a orientar a intervenção nessa área, retomando o processo de planejamento do setor habitacional. A promulgação da Lei Federal n.º 10.527, criando o Estatuto das Cidades, pode ser considerada um novo marco no que diz respeito ao entendimento das questões ligadas à habitação e às intervenções no espaço urbano. O referido estatuto foi uma tentativa de conciliar o conceito de propriedade no Código Civil com as necessidades sociais preconizadas pela Constituição de 1988, que prevê uma função social para o imóvel urbano, oferecendo instrumentos para que, quando haja o entendimento dessa condição, ela possa suplantiar os direitos de propriedade.

Em que pesem os avanços no campo institucional, o déficit habitacional brasileiro só tem aumentado, somando hoje mais de 7 milhões de unidades habitacionais. Esses números têm origem em vários fatores, mas destacam-se dois em particular. O primeiro diz respeito ao forte processo migratório da população rural para as áreas urbanas, particularmente para as áreas metropolitanas onde o déficit é mais significativo. O outro refere-se ao modelo econômico altamente concentrador da renda no Brasil, produzindo uma carência habitacional localizada numa determinada faixa de renda.

Para superar esse obstáculo, o principal avanço foi a reorganização das bases de recursos que não haviam sido regulamentados no Projeto de Lei 2.700/92, que criara o Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social, concebido para viabilizar o acesso à habitação urbana e rural para a população de baixa renda (até 3 salários mínimos). O Projeto de Lei que previa a criação do Fundo Nacional de Moradia Popular excluiu a obrigatoriedade de os recursos do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) serem aplicados no Fundo Nacional para Moradia Popular. Esse impasse foi superado com a criação do Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social em 2005, que dispõe sobre a criação do Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social (FNHIS). A partir daí, o sistema passa a contar com os mecanismos necessários para dar conteúdo às suas ações.

A política de assistência social atingiu um novo *status* com a Constituição de 1988, sendo reconhecida como política pública e como direito do cidadão no contexto da seguridade social. Mas foi a partir da promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), em 1993, que teve andamento seu processo de reorganização.

A partir da Norma Operacional Básica que instituiu o Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS), em 2006, disciplinou-se – através de um sistema público não-contributivo, descentralizado e participativo, que objetiva assegurar proteção social e promover emancipação às populações em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social – a gestão pública da política de assistência social no território brasileiro.

A LOAS iniciou uma política pública efetiva de assistência social, restabelecendo o debate sobre os serviços e ações que deveriam ser prestados nessa área, avançando na discussão e concretização de uma política de natureza não-contributiva, que assegure o fornecimento de mínimos sociais à população mais vulnerável (crianças, jovens, idosos, deficientes, etc.), avançando também na definição de serviços, programas e projetos que passam a compor o escopo de atuação da assistência social. Criam-se ou aperfeiçoam-se mecanismos de transferência de renda que acabam se revelando como instrumentos decisivos no combate à pobreza e às desigualdades sociais. Persiste como desafio nessa área a definição de mecanismos de repasse permanentes de recursos, tal como definido nas áreas de educação e saúde.

Como instrumentos de controle social para as políticas públicas em geral foram institucionalizados, a partir da Constituição de 1988, os Conselhos de Gestão por segmentos (educação, saúde, etc.) ou por áreas temáticas (da mulher, do negro, do idoso, etc.). Embora criados e implantados, esses conselhos nem sempre cumprem sua função de controle social, colocando-se muitas vezes a serviço das administrações públicas. Assim, o fortalecimento da cidadania e o amadurecimento da sociedade se colocam como desafios para fazer valer esses instrumentos de controle da sociedade sobre a gestão pública.

Os textos que compõem esta Nota Técnica objetivam visualizar os avanços observados na consecução das políticas sociais no Paraná ao longo desta década, procurando, sempre que as informações permitirem ou que a interpretação dos dados o exija, uma visão comparativa entre o início e o final das década, e entre o Paraná, a Região Sul, o Brasil e a Região Metropolitana de Curitiba.

O primeiro texto procura situar o contexto econômico e social e os avanços possibilitados pela estabilidade da economia, sobre as variáveis determinantes da questão social. Seguem-se na apresentação as políticas mais tradicionais de saúde, educação, habitação, sendo depois apresentadas as políticas mais vinculadas aos ganhos trazidos pela Constituição de 1988 para a seguridade social, nomeadamente, a assistência social.

1 AVANÇOS DAS POLÍTICAS SOCIAIS NOS ANOS 2000 E DESAFIOS PARA OS PRÓXIMOS ANOS¹

Na primeira década do século XXI, após a crise enfrentada pelo sistema financeiro mundial no final da década passada, a economia do país se estabiliza e encontra uma conjuntura internacional favorável para a demanda sobre produtos de sua pauta de exportações. Inicia-se assim um ciclo de expansão assentado sobre o tripé: expansão do crédito para pessoas físicas e jurídicas; expansão do sistema de proteção social; e intervenção no mercado de trabalho com especial impacto do seguro desemprego e crescimento real do salário mínimo.

O resultado da combinação desses fatores acaba sendo o crescimento do investimento agregado e do investimento público, bem como a ampliação do consumo das famílias.

Esse crescimento torna-se particularmente visível a partir de 2009 com a adoção de medidas anticíclicas. O crédito passa de 23% do PIB em 2003 para 45,2% em 2010. O BNDES alavanca seu desembolso principalmente em 2008 e 2009, quando sua taxa de expansão atinge 64%.

Por sua vez, os desembolsos das transferências sociais – aí compreendidos os gastos com aposentadorias e pensões, o Programa Bolsa Família (PBF), o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o seguro desemprego – alavancam o mercado de consumo de massa e não apenas a superação da pobreza. Esses desembolsos que representavam 12% do PIB em 1999, passam a representar 15,8% em 2009.

Estudo recente do IPEA, considerando as transferências oriundas de aposentadorias e pensões, bem como as transferências do PBF e do BPC, estimou o impacto dessas transferências nas rendas das famílias em 2008. No Brasil, esse impacto foi da ordem de 19,3% e no Paraná representou 15,8% da renda das famílias, havendo unidades da Federação em que essas transferências chegam a representar 30% da renda familiar. O mesmo estudo revela que o Paraná participa com 5,4% do total das transferências monetárias ocorridas no Brasil naquele ano (IPEA, 2010f).

O gasto agregado com a política social (educação, saúde, habitação, assistência e previdência) nas três esferas da administração pública passa de 13,3%, em 1985, para 19% em 1990, e 19,2% em 1995, atingindo, em 2005, 21,9% do PIB. Observa-se simultaneamente a descentralização desse gasto. Reduz-se de 65,8% do total a parcela da União em 1980, para 61,9% em 2008, enquanto o gasto social feito pelos estados passa de 23,6% para 21,8% do total no mesmo período (IPEA, 2010e, p.11). Simultaneamente, parcela substancial desse gasto passa a ser feita pelos municípios, cuja contribuição para o gasto social passa de 10,6% em 1980 para 16,3% do total em 2008, aí incluídas as transferências de impostos dos demais

¹ Elaborado por Maria Luiza Marques Dias, economista do IPARDES.

níveis de governo. Esses resultados, aumento do peso do gasto social no PIB e descentralização da política social, refletem o impacto das prescrições da Constituição de 1988. “No ano de 2008, por exemplo, o conjunto dos municípios teve participação no gasto social brasileiro 53,8% superior ao verificado em 1980” (IPEA, 2010e, p.12).

Esses resultados representam a implantação de uma estrutura de intervenção nas áreas de saúde, educação, assistência e previdência, infraestrutura social e trabalho, acabando por gerar resultados positivos na direção da redução da pobreza.

Também o índice de Gini, que mede a desigualdade de renda, apresenta melhores resultados graças aos ganhos reais do salário mínimo observados entre 2002 e 2008, quando o ganho real foi da ordem de 34%, beneficiando “22% dos trabalhadores que recebiam abaixo de 1 salário mínimo e 13% [que] recebiam exatamente o mínimo” (IPEA, 2010a, p.9).

O mesmo trabalho revela que há ganhos maiores dos rendimentos do trabalho nas áreas rurais, nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, para os funcionários públicos e para os trabalhadores sem carteira (IPEA, 2010a, p.5, tabela 2), contribuindo assim para a redução da desigualdade. Esta diminui também graças ao aumento da participação dos salários na renda nacional, que passam de 30,8% em 2003 para 39,5% em 2009.

Há crescimento geral da renda no país mas em ritmo mais intenso para os 10% mais pobres da população – 8,7% ao ano. A massa salarial cresce 42% entre 2003 e o primeiro trimestre de 2010.

Entre 1995 e 2008, observa-se um crescimento médio anual do PIB no Brasil (3,1%) e em todas as regiões. Na Região Sul, essa evolução média anual é da ordem de 2,3%. O mesmo indicador no Paraná teve um crescimento médio anual de 2,9%.

Porém, quando se considera o PIB dos municípios brasileiros verifica-se que entre o período 1996-2007, embora tenha havido uma pequena redução dos índices de Gini (-1,6), a desigualdade permaneceu muito alta entre os municípios do Paraná: 0,82 em 1996 e 0,80 em 2007 (IPEA, 2010b, gráfico 18). Já a variação do índice de Gini do PIB *per capita* dos municípios do Estado, no mesmo período, foi bem mais acentuada (-10,5%), passando de 0,32 para 0,24, (IPEA, 2010b, gráfico 20), sendo que esse último indicador pode ser entendido como *proxy* da renda da população, enquanto o indicador anterior representa a renda municipal (IPEA, 2010b, p.9).

No Brasil, o crescimento do mercado formal de trabalho atinge 43% de trabalhadores com carteira assinada em 2008 (era de 38% em 2003). O crescimento real do salário mínimo, acompanhado do aumento do investimento e, na ausência de inflação, resultou em ampliação dos postos de trabalho e redução da taxa de desocupação (de 11% para 6%). No Paraná, o panorama é semelhante, o mercado formal de trabalho atinge 47% de trabalhadores com carteira assinada em 2008 (era de 40% em 2003), verificando-se ampliação dos postos de trabalho e redução da taxa de desocupação (de 7,6% para 4,8%).

Observa-se uma expansão do mercado de trabalho e da ocupação superior ao incremento da população economicamente ativa (PEA), e este panorama positivo do mercado de trabalho teve como resultado uma ampliação de cerca de um terço dos contribuintes da Previdência Social no Brasil e de 27% no Paraná.

As tabelas 1 e 2 apresentam essas informações.

TABELA 1 - PEA OCUPADA SEGUNDO POSIÇÃO NO TRABALHO PRINCIPAL E CONTRIBUINTES DE PREVIDÊNCIA - BRASIL - 2003/2008

DISCRIMINAÇÃO	ANO		VARIÇÃO (%)
	2003	2008	
População Residente	175.954.185	189.952.795	7,96
População Economicamente Ativa	88.774.360	99.500.202	12,08
População Ocupada	80.147.048	92.394.585	15,28
Empregados	43.536.506	54.187.086	24,46
Com carteira de trabalho assinada	23.919.026	31.881.148	33,29
Funcionários públicos estatutários e militares	5.293.436	6.421.444	21,31
Outros e sem declaração	14.320.444	15.884.494	10,92
Trabalhador Doméstico	6.151.803	6.626.001	7,71
Com carteira de trabalho assinada	1.660.680	1.774.475	6,85
Sem carteira de trabalho assinada e sem declaração	4.491.123	4.851.526	8,02
Conta Própria + Empregador	21.284.048	22.832.745	7,28
Conta Própria	17.926.831	18.688.789	4,25
Empregador	3.357.217	4.143.956	23,43
Trabalhadores na produção para o próprio consumo e na construção para o próprio uso	3.484.013	4.161.275	19,44
Não-remunerados	5.690.678	4.587.478	-19,39
População Desocupada	8.627.312	7.105.617	-17,64
Contribuintes para Instituto de Previdência em qualquer trabalho	37.085.117	48.149.211	29,83
Não Contribuinte	43.060.003	44.245.374	2,75

FONTE: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

TABELA 2 - PEA OCUPADA SEGUNDO POSIÇÃO NO TRABALHO PRINCIPAL E CONTRIBUINTES DE PREVIDÊNCIA - PARANÁ - 2003/2008

DISCRIMINAÇÃO	ANO		VARIÇÃO (%)
	2003	2008	
População Residente	10.060.878	10.604.819	5,41
População Economicamente Ativa	5.448.268	5.842.316	7,23
População Ocupada	5.059.367	5.574.488	10,18
Empregados	2.697.000	3.323.697	23,24
Com carteira de trabalho assinada	1.689.094	2.161.773	27,98
Funcionários públicos estatutários e militares	278.666	351.261	26,05
Outros e sem declaração	729.240	810.663	11,17
Trabalhador Doméstico	382.366	399.398	4,45
Com carteira de trabalho assinada	88.817	118.968	33,95
Sem carteira de trabalho assinada e sem declaração	293.549	280.430	-4,47
Conta Própria + Empregador	1.280.286	1.325.812	3,56
Conta Própria	1.045.573	1.004.104	-3,97
Empregador	234.713	321.708	37,06
Trabalhadores na produção para o próprio consumo e na construção para o próprio uso	276.538	246.052	-11,02
Não-remunerados	423.177	279.529	-33,95
População Desocupada	388.901	267.828	-31,13
Contribuintes para Instituto de Previdência em qualquer trabalho	2.501.988	3.181.785	27,17
Não Contribuinte	2.557.379	2.392.703	-6,43

FONTE: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

Conforma-se assim um novo padrão de crescimento com incorporação de trabalhadores e de consumidores. Observa-se uma redução dos patamares de miséria e pobreza: a taxa de pobreza absoluta no Brasil em 1995 era de 43,4%, reduzindo-se para 28,8% em 2008. Na Região Sul, no mesmo período, esses valores passam de 34,0% para 18,0%, e no Paraná a redução é ainda maior: de 39,1% da população em 1995 a taxa de pobreza absoluta reduz-se para 18,7% em 2008 (IPEA, 2010c, p.6, gráfico 2).²

Porém, a desigualdade de renda permanece em níveis elevados. O índice de Gini para o Brasil reduz-se de 0,60 para 0,54, entre 1995 e 2008, enquanto no Paraná, no mesmo período, a redução observada é de 0,58 para 0,50.³

Ao analisar o comportamento de redução nas taxas de pobreza durante o período de estabilidade monetária, estudos do IPEA consideram a

possibilidade de o Brasil vir a superar a condição de pobreza extrema e reduzir sensivelmente a taxa de pobreza absoluta nos próximos anos. Quando se projeta no tempo a redução anual nas taxas de pobreza absoluta (3,1 pontos percentuais) e extrema (2,1 pontos percentuais) alcançada no período de maior registro de sua diminuição recente (2003-2008), pode-se inferir que em 2016 o Brasil terá superado a miséria e diminuído a 4% a taxa nacional de pobreza absoluta. (IPEA, 2010c, p.11)

Para que a projeção para o país se torne realidade é preciso que os estados apresentem ritmos diferenciados na redução de suas taxas de miséria e pobreza, visto que ainda existem enormes disparidades nas taxas observadas entre as unidades da Federação.

Assim, no caso do Paraná, a redução média anual na taxa de pobreza extrema no período 2009 a 2016, necessária para que o Brasil erradique a miséria em 2016, terá que ser da ordem de 1,4% ao ano. Com relação à pobreza absoluta, essa redução anual deverá ser da ordem de 2,8%, contribuindo assim para que o Brasil tenha somente 4% de pobres em 2016 (IPEA, 2010c, p.11-12, gráficos 7 e 8).

Mantendo-se as condições que asseguram o comportamento projetado, Paraná e Santa Catarina “deverão ser os primeiros estados da federação a superar a condição de miséria já em 2012”. Em “2013, por exemplo, o Paraná poderá ser o primeiro estado do país a ter superado a condição de pobreza absoluta” (IPEA, 2010c, p.13).

Para que essas projeções se verifiquem, a condição necessária é a persistência dos avanços sociais e do crescimento econômico observados no período recente. A continuidade desse processo defronta-se com três dilemas, a saber:

- a) As taxas de crescimento da economia (cerca de 5% a.a.) ainda são insuficientes para assegurar um crescimento autossustentado. Sua permanência e aceleração, bem como a manutenção da inflação sob controle são condições necessárias para a continuidade dos resultados positivos na redução da pobreza e desigualdade.

² Entende-se a pobreza absoluta como tendo um rendimento médio domiciliar *per capita* de até meio salário mínimo mensal.

³ O índice de Gini varia entre 0 e 1, quanto mais próximo de 1, maior a desigualdade.

- b) O investimento público cresceu, já é superior a 4% do PIB, mas ainda é insuficiente para atender à reestruturação exigida pelos centros urbanos nas áreas de habitação, saneamento e transportes, bem como a ampliação da infraestrutura econômica, ou seja, portos, aeroportos, rodovias, ferrovias, energia etc., que rapidamente tendem ao estrangulamento mesmo antes da aceleração do crescimento da economia a níveis compatíveis com sua autossustentação.
- c) O crescimento econômico do país ainda se apoia no consumo das famílias, sustentado pelo crédito, pelas transferências a pessoas e pela ampliação dos níveis de emprego. Na verdade, há a necessidade de que o investimento venha a sustentar novos investimentos, e que o investimento público não apenas atenuar os efeitos da crise como mantenha a sustentação da economia a longo prazo. Embora a taxa de investimento atingida em 2009 (4,37% do PIB) seja a maior desde 1994, ainda é insuficiente para a sustentação da formação bruta de capital. Em média, na década, o investimento público manteve-se em torno de 3% do PIB, quando em outros países esta cifra atinge cerca de 7%.

Os avanços sociais não podem prescindir da atuação do papel do Estado, em suas diferentes esferas administrativas, na condução de uma política de desenvolvimento efetivamente voltada para o enfrentamento das questões sociais. E este papel depende essencialmente da articulação e complementaridade das ações e políticas sociais executadas pelos três níveis de governo, complementada pela ampliação da qualidade dos gastos sociais.

Nos tópicos apresentados a seguir procura-se detalhar de que forma as políticas sociais contribuíram para a melhoria das condições de vida e redução da pobreza, bem como se discutem questões relevantes da agenda social para o Paraná.

2 CRIANÇAS, JOVENS E IDOSOS: TENDÊNCIAS RECENTES DA MORTALIDADE⁴

As condições de saúde de uma população representam um pré-requisito para garantir o desenvolvimento do país, inclusive para assegurar a qualidade de sua inserção no mercado de trabalho. No Brasil, a responsabilidade pela oferta dos serviços de saúde é do setor público, assegurada como direito constitucional da população.

Uma forma didática de compreender os determinantes da saúde consiste em agrupá-los em quatro categorias:

- Determinantes sociais estruturais: os padrões de desenvolvimento socioeconômico e os diferenciais de educação, renda, mercado de trabalho, etc.
- Condições concretas de vida, de trabalho, de meio ambiente e cultura: as formas como cada pessoa e família vivem em comunidade e exercem sua capacidade de trabalho; inclui os estilos de vida e o comportamento do indivíduo e da família, com suas escolhas implícitas.
- Características individuais: idade, hereditariedade, raça/cor, etc.

⁴ Elaborado por Neda Mohtadi Doustdar, socióloga da equipe do NESP/IPARDES.

- Acesso a bens e serviços e ao saneamento básico: não só acesso ao sistema de saúde mas também a medicamentos, a serviços de saneamento e outros. (POLÍTICAS..., 2006, p.116)

Neste texto, serão abordados, de um lado, a evolução recente da estrutura dos serviços de saúde colocada à disposição da população paranaense, analisando-se a capacidade estrutural da rede de atenção básica, atualmente focada na Estratégia de Saúde da Família (ESF), Estratégia de Saúde Bucal (ESB) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). E, de outro, a evolução de alguns tópicos relativos à mortalidade e suas principais causas, entendidos aqui como resultado das políticas e dos programas levados a efeito na área de saúde pública.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde.

Os municípios, gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica e pela organização e execução dessas ações em seu território, em parceria com o Ministério da Saúde, que repassa os recursos financeiros destinados a implementar essas estratégias.

Pode-se avaliar a cobertura da rede de assistência básica à saúde comparando-se o número de equipes de agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família e de saúde bucal preconizado pelo Ministério da Saúde, com o número de equipes efetivamente implantado pelos municípios paranaenses (tabela 3). Pode-se observar que em 2007 a oferta desses serviços avançava lentamente para o conjunto do Estado, dado que os municípios, responsáveis por essa implantação, são bastante desiguais em termos de capacidade de gestão.

TABELA 3 - COBERTURA DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE, PROPOSTA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E EFETIVADA PELOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ - 2007

ESPECIFICAÇÃO	CREENCIAMENTO (a)	COBERTURA (b)	(a/b) %
Agente Comunitário de Saúde	25.723	11.137	43,3
Equipes de Saúde da Família	4.292	1.572	37,0
Equipes de Saúde Bucal			
Modalidade I ⁽¹⁾	4.292	622	14,5
Modalidade II ⁽²⁾	4.292	353	8,2
TOTAL	4.292	975	22,8

FONTE: MS - Relatório dos Municípios Credenciados ao PACS/ESF/Saúde Bucal

(1) Composta por cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dental.

(2) Composta por cirurgião-dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dental.

Por outro lado, a estrutura física de atendimento à população do Estado é composta por um conjunto de unidades de saúde de atendimento ambulatorial e hospitalar, presente em todo o Estado de acordo com a hierarquização do atendimento em função do tamanho da população dos diferentes municípios. Atuam como prestadores de serviço estabelecimentos públicos, filantrópicos, privados e vinculados a sindicatos. Pode-se verificar pela tabela 4 que alguns tipos de estabelecimento são exclusiva ou majoritariamente públicos, de modo geral vinculados à Atenção Básica.

TABELA 4 - NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS POR TIPO DE PRESTADOR SEGUNDO TIPO DE ESTABELECIMENTO - PARANÁ - 2009

TIPO DE ESTABELECIMENTO	PÚBLICO	FILANTRÓPICO	PRIVADO	SINDICATO	TOTAL
Central de Regulação de Serviços de Saúde	4	-	-	-	4
Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica	5	-	1	-	6
Centro de Atenção Psicossocial	90	-	-	-	90
Centro de Apoio à Saúde da Família	5	-	-	-	5
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	1.488	12	13	6	1.519
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	147	139	1.743	1	2.030
Consultório Isolado	126	3	10.134	58	10.321
Cooperativa	-	-	10	-	10
Programa Farmácia Popular e Medic. Excepcionais	22	-	21	-	43
Hospital Dia	2	1	33	-	36
Hospital Especializado	6	14	47	-	67
Hospital Geral	152	76	227	-	455
Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN	2	-	-	-	2
Policlínica	24	17	394	4	439
Posto de Saúde	962	1	5	2	970
Pronto-Socorro Especializado	-	1	2	-	3
Pronto-Socorro Geral	23	-	1	-	24
Secretaria de Saúde	49	-	-	-	49
Unidade Mista - Atend. 24h, atenção básica, intern./urg.	14	-	1	-	15
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	1	-	-	-	1
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	36	11	1.334	2	1.383
Unidade de Vigilância em Saúde	155	-	-	-	155
Unidade Móvel Fluvial	-	-	-	-	-
Unidade Móvel Pré-Hospitalar - Urgência/Emergência	10	-	4	-	14
Unidade Móvel Terrestre	15	-	4	-	19
TOTAL	3.338	275	13.974	73	17.660

FONTE: MS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

NOTA: Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Os serviços mais especializados e as unidades de apoio a esses serviços são em sua grande maioria privados, enquanto os serviços filantrópicos ou vinculados a sindicatos têm atuação complementar.

Com relação às internações, observa-se pela tabela 5 que todos os tipos de prestadores atendem ao SUS. Os leitos privados e filantrópicos excedem em número aos leitos públicos, porém pode-se observar que no conjunto do atendimento cerca de 73% dos leitos existentes no Estado prestam atendimento ao SUS.

TABELA 5 - NÚMERO DE LEITOS DE INTERNAÇÃO EXISTENTES POR TIPO DE PRESTADOR SEGUNDO ESPECIALIDADE - PARANÁ - 2009

ESPECIALIDADE	PÚBLICO		FILANTRÓPICO		PRIVADO		TOTAL	
	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS
Cirúrgica	1.233	1.161	2.623	1.764	3.591	1.552	7.447	4.477
Clínica	2.705	2.589	2.559	1.854	4.536	2.787	9.800	7.230
Obstétrica	972	936	1.063	850	1.920	1.158	3.955	2.944
Pediátrica	1.297	1.262	1.065	841	1.942	1.475	4.304	3.578
Outras Especialidades	407	400	827	684	2.285	1.736	3.519	2.820
Hospital/Dia	15	15	216	168	428	337	659	520
TOTAL	6.629	6.363	8.353	6.161	14.702	9.045	29.684	21.569

FONTE: MS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

NOTA: Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Vale a pena considerar também os valores médios anuais de internação fornecidos pelo DATASUS. Em 2009, foram obtidas 7,1 internações para cada 100 habitantes, considerando o local de internação; e verificou-se 7,2 internações por 100 habitantes tendo como referência o local de moradia. No mesmo ano, o valor médio de internação por habitante foi de R\$ 73,95. Embora em termos agregados os valores médios de internação sejam equivalentes, estudos anteriores já indicaram que o sistema contempla uma desigualdade de acesso aos serviços por parte dos moradores de municípios não servidos por hospitais (RIBEIRO; DIAS; IGNÁCIO; FOERSTER, 2005).

No que se refere aos profissionais que atuam na área de saúde no Paraná, verifica-se pela tabela 6 que, de um total de 51,8 mil médicos, 70,2% atende ao SUS; dos 10,6 mil dentistas, 44,9% atendem ao SUS; e praticamente 90% dos 18,9 mil auxiliares de enfermagem e dos 5,6 mil técnicos de enfermagem atendem ao SUS. Entre as especialidades médicas, 25% são clínicos gerais, 9,3% atendem ginecologia e obstetrícia e 8,2% são pediatras, especialidades integralmente associadas ao atendimento básico.

TABELA 6 - RECURSOS HUMANOS (VÍNCULOS) SEGUNDO CATEGORIAS SELECIONADAS - PARANÁ - 2009

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE O SUS	NÃO ATENDE O SUS	PROF./ 1.000 HAB.	PROF. SUS/ 1.000 HAB.
Médicos	51.820	36.399	15.421	4,8	3,4
Anestesista	2.106	1.472	634	0,2	0,1
Cirurgião Geral	3.097	2.519	578	0,3	0,2
Clínico Geral	12.982	11.093	1.889	1,2	1,0
Gineco-Obstetra	4.839	3.043	1.796	0,5	0,3
Médico de Família	1.952	1.945	7	0,2	0,2
Pediatra	4.241	2.865	1.376	0,4	0,3
Psiquiatra	886	641	245	0,1	0,1
Radiologista	1.506	844	662	0,1	0,1
Cirurgião Dentista	10.681	4.801	5.880	1,0	0,4
Enfermeiro	7.124	6.605	519	0,7	0,6
Fisioterapeuta	4.181	2.373	1.808	0,4	0,2
Fonoaudiólogo	1.487	1.026	461	0,1	0,1
Nutricionista	951	652	299	0,1	0,1
Farmacêutico	3.703	2.897	806	0,3	0,3
Assistente Social	1.220	1.163	57	0,1	0,1
Psicólogo	2.841	1.859	982	0,3	0,2
Auxiliar de Enfermagem	18.998	17.084	1.914	1,8	1,6
Técnico de Enfermagem	5.639	4.938	701	0,5	0,5

FONTE: MS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

NOTAS: Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Se um profissional tiver vínculo com mais de um estabelecimento, ele será contado tantas vezes quantas forem os vínculos que tiver.

As maiores proporções de profissionais por 1.000 habitantes são encontradas nos médicos, 4,8 para profissionais em geral e 3,4 para profissionais SUS, seguidos pelos auxiliares de enfermagem com 1,8 e 1,6, respectivamente, e pelos dentistas, com 1,0 profissional e 0,5 profissional SUS por 1.000 habitantes.

São apresentados a seguir indicadores de mortalidade segundo suas causas, buscando conhecer alguns determinantes sociais da saúde no Estado.

O perfil de mortalidade infantil no Paraná vem sofrendo mudanças e apresenta o mesmo comportamento verificado no Brasil e na Região Sul. Entre 2003 e 2008, houve uma redução da taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano por mil nascidos vivos) no Paraná, a qual caiu de 16,5 para 13,1 óbitos infantis, contudo, ainda superior à da Região Sul, enquanto, na RMC, a taxa caiu de 15,4 para 12,1. Essa redução está certamente associada a medidas de caráter preventivo adotadas pelo governo, entre elas, as campanhas de vacinação (tabela 7).

TABELA 7 - ÓBITOS DE MENORES DE 1 ANO, NASCIDOS VIVOS, E COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL (ÓBITOS/MIL NV) - BRASIL, REGIÃO SUL, PARANÁ E RMC - 2003-2008

REGIÃO	2003			2008 ⁽¹⁾		
	Nascidos Vivos	Ob. <1 ano	CMI	Nascidos Vivos	Ob. <1 ano	CMI
Brasil	3.038.251	57.540	18,9	2917.432	43.638	15,0
Região Sul	389.675	6.150	15,8	371.314	4.690	12,6
Paraná	157.333	2.595	16,5	150.947	1.975	13,1
RMC	47.898	739	15,4	48.366	586	12,1

FONTES: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM e Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC

(1) Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

O perfil de causas de mortalidade no Paraná é bastante similar ao do Brasil⁵ e da Região Sul. Do total de óbitos ocorridos no Paraná (57,6 mil), em 2003, o principal grupo responsável pelas mortes ocorridas no Estado foi o de doenças do aparelho circulatório que, naquele ano, apontava com 32,7% (18,8 mil óbitos), proporcionalmente superior à Região Sul e ao Brasil. Em 2008, as mortes por doenças circulatórias somaram 19,6 mil, representando 30,7% do total de óbitos ocorridos no Paraná (63,7 mil), apontando para um declínio da participação desse grupo no total de mortes do Estado (tabelas 8 e 9).

Tanto em 2003 como em 2008, as doenças do aparelho circulatório incidiram em maior número sobre a população de 70 a 79 anos, e na de 80 anos e mais, representando aproximadamente um terço do total de mortes. Na população de 60 a 69 anos, as mortes nesse grupo mantiveram-se em torno de 20% (tabelas 10 e 11).

A RMC repete o mesmo perfil de mortalidade do Paraná. Em 2003, os óbitos da região (16,5 mil) representavam 28,6% do Estado. Em 2008, essa proporção se mantinha, com a ocorrência de 18,1 mil óbitos, mantendo a mesma representatividade. O grupo das doenças do aparelho circulatório foi responsável, em 2003, por 5 mil mortes, o que corresponde a 30,7%. Em 2008, manteve-se o total de mortes desse grupo, havendo, no entanto, um decréscimo em sua proporção (28,1%). Essas mortes incidiram com maior peso nas faixas etárias de 70 a 79 anos e de 80 anos e mais, representando, em 2003, 28% e 25,7% e, em 2008, 26,9% e 28%, respectivamente, provavelmente refletindo a maior expectativa de vida da população.

⁵ Em 2003, no Brasil e no Paraná, as duas primeiras causas coincidem, entretanto a terceira se diferencia: no Brasil aparece o grupo de sintomas, sinais e achados anormais como terceira causa. Provavelmente, isto se deve ao fato de que, em algumas regiões do país, pela ausência de diagnósticos e notificações mais precisas das causas de morte, este grupo está encobrendo os óbitos que deveriam estar recaindo em outros grupos, particularmente nas neoplasias.

TABELA 8 - NÚMERO E DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS - BRASIL, REGIÃO SUL, PARANÁ E RMC - 2003

GRUPOS DE CAUSAS	REGIÃO							
	Brasil		Região Sul		Paraná		RMC	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
TOTAL	1.002.340	100,0	157.625	100,0	57.566	100,0	16.477	100,0
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	46.533	4,6	6.218	3,9	2.005	3,5	582	3,5
Neoplasias (tumores)	134.691	13,4	28.143	17,9	9.283	16,1	2.815	17,1
Doenças sangue órgãos hemat. e transt. imunitár.	5.354	0,5	605	0,4	219	0,4	58	0,4
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	51.190	5,1	7.640	4,8	2.916	5,1	785	4,8
Transtornos mentais e comportamentais	7.356	0,7	1.256	0,8	478	0,8	139	0,8
Doenças do sistema nervoso	13.750	1,4	2.705	1,7	987	1,7	301	1,8
Doenças do olho e anexos	21	0,0	-	-	-	-	-	-
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	120	0,0	10	0,0	2	0,0	-	-
Doenças do aparelho circulatório	274.068	27,3	48.978	31,1	18.831	32,7	5.062	30,7
Doenças do aparelho respiratório	97.656	9,7	17.380	11,0	5.911	10,3	1.655	10,0
Doenças do aparelho digestivo	46.894	4,7	7.680	4,9	3.108	5,4	965	5,9
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.977	0,2	223	0,1	85	0,1	19	0,1
Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	3.001	0,3	584	0,4	209	0,4	70	0,4
Doenças do aparelho geniturinário	15.858	1,6	2.199	1,4	829	1,4	287	1,7
Gravidez parto e puerpério	1.597	0,2	205	0,1	67	0,1	24	0,1
Algumas afec. originadas no período perinatal	32.040	3,2	3.415	2,2	1.470	2,6	399	2,4
Malf. cong. deformid. e anomalias cromossômicas	10.143	1,0	1.568	1,0	628	1,1	195	1,2
Sint. sinais e achados anormais ex. clín. e laborat.	133.434	13,3	10.508	6,7	2.883	5,0	642	3,9
Causas externas de morbidade e mortalidade	126.657	12,6	18.308	11,6	7.655	13,3	2.479	15,0

FONTE: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

NOTA: Grupo de causas segundo o capítulo da CID-10.

TABELA 9 - NÚMERO E DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS - BRASIL, REGIÃO SUL, PARANÁ E RMC - 2008

GRUPOS DE CAUSAS	REGIÃO/UF							
	Brasil		Região Sul		Paraná		RMC	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
TOTAL	1.066.842	100,0	169.321	100,0	63.680	100,0	18.117	100,0
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	46.920	4,4	6.310	3,7	1.934	3,0	583	3,2
Neoplasias (tumores)	166.317	15,6	32.905	19,4	10.953	17,2	3.299	18,2
Doenças sangue órgãos hemat. e transt. imunitár.	5.793	0,5	665	0,4	246	0,4	54	0,3
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	63.742	6,0	9.192	5,4	3.438	5,4	915	5,1
Transtornos mentais e comportamentais	11.560	1,1	1.796	1,1	710	1,1	176	1,0
Doenças do sistema nervoso	21.341	2,0	3.956	2,3	1.359	2,1	409	2,3
Doenças do olho e anexos	40	0,0	3	0,0	1	0,0	-	-
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	121	0,0	14	0,0	3	0,0	3	0,0
Doenças do aparelho circulatório	314.506	29,5	51.206	30,2	19.570	30,7	5.097	28,1
Doenças do aparelho respiratório	104.459	9,8	17.466	10,3	6.562	10,3	1.705	9,4
Doenças do aparelho digestivo	54.826	5,1	8.485	5,0	3.589	5,6	1.019	5,6
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2.631	0,3	256	0,2	79	0,1	17	0,1
Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	4.051	0,4	658	0,4	222	0,4	92	0,5
Doenças do aparelho geniturinário	19.769	1,9	2.733	1,6	1.051	1,7	305	1,7
Gravidez parto e puerpério	1.517	0,1	206	0,1	70	0,1	22	0,1
Algumas afec. originadas no período perinatal	25.820	2,4	2.752	1,6	1.157	1,8	338	1,9
Malf. cong deformid e anomalias cromossômicas	10.413	1,0	1.487	0,9	583	0,9	184	1,0
Sint. sinais e achad. anorm. ex. clín. e laborat.	79.372	7,4	8.676	5,1	3.105	4,9	824	4,6
Causas externas de morbidade e mortalidade	133.644	12,5	20.555	12,1	9.048	14,2	3.075	17,0

FONTE: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

NOTAS: Grupo de causas segundo o capítulo da CID-10.

Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

TABELA 10 - NÚMERO E DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA - BRASIL, REGIÃO SUL, PARANÁ E RMC - 2003

FAIXA ETÁRIA	BRASIL		REGIÃO SUL		PARANÁ		RMC	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
TOTAL	274.068	100,0	48.978	100,0	18.831	100,0	5.062	100,0
40-49	20.274	7,4	3.067	6,3	1.237	6,6	369	7,3
50-59	36.167	13,2	5.983	12,2	2.363	12,5	701	13,8
60-69	55.339	20,2	10.032	20,5	4.097	21,8	1.103	21,8
70-79	74.168	27,1	13.982	28,5	5.458	29,0	1.418	28,0
80 e mais	76.331	27,9	14.614	29,8	5.098	27,1	1.302	25,7
Demais idades	11.789	4,3	1.300	2,7	578	3,1	169	3,3

FONTE: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

NOTA: Grupo de causas segundo o capítulo da CID-10.

TABELA 11 - NÚMERO E DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA - BRASIL, REGIÃO SUL, PARANÁ E RMC - 2008

FAIXA ETÁRIA	BRASIL		REGIÃO SUL		PARANÁ		RMC	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
TOTAL	314.506	100,0	51.206	100,0	19.570	100,0	5.097	100,0
40-49	20.641	6,6	2.915	5,7	1.176	6,0	342	6,7
50-59	40.436	12,9	6.118	11,9	2.510	12,8	724	14,2
60-69	60.244	19,2	9.931	19,4	4.135	21,1	1.102	21,6
70-79	82.202	26,1	14.396	28,1	5.556	28,4	1.369	26,9
80 e mais	99.161	31,5	16.662	32,5	5.692	29,1	1.425	28,0
Demais idades	11.822	3,8	1.184	2,3	501	2,6	135	2,6

FONTE: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

NOTAS: Grupo de causas segundo o capítulo da CID-10.

Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

O segundo grupo de causa responsável pelos óbitos no Estado do Paraná, as neoplasias, somaram 9,3 mil mortes em 2003, representando 16,1%. Em 2008, continuava sendo o segundo grupo responsável pelas mortes do Estado, com 10,9 mil mortes, porém, com proporção maior (17,2%) – ver tabelas 8 e 9.

Tanto em 2003 quanto em 2008, as neoplasias incidiram em maior número na população de 60 a 69 anos, e de 70 a 79 anos, representando cerca de um quarto do total de óbitos desse grupo de causa (tabelas 12 e 13).

TABELA 12 - NÚMERO E DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS POR NEOPLASIAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA - BRASIL, REGIÃO SUL, PARANÁ E RMC - 2003

FAIXA ETÁRIA	BRASIL		REGIÃO SUL		PARANÁ		RMC	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
TOTAL	134.691	100,0	28.143	100,0	9.283	100,0	2.815	100,0
40-49	14.238	10,6	2.848	10,1	920	9,9	286	10,2
50-59	23.782	17,7	5.146	18,3	1.689	18,2	555	19,7
60-69	32.116	23,8	7.119	25,3	2.370	25,5	706	25,1
70-79	33.087	24,6	7.079	25,2	2.294	24,7	672	23,9
80 e mais	20.550	15,3	4.162	14,8	1.323	14,3	387	13,7
Demais idades	10.918	8,1	1.789	6,4	687	7,4	209	7,4

FONTE: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

NOTA: Grupo de causas segundo o capítulo da CID-10.

TABELA 13 - NÚMERO E DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS POR NEOPLASIAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA - BRASIL, REGIÃO SUL, PARANÁ E RMC - 2008

FAIXA ETÁRIA	BRASIL		REGIÃO SUL		PARANÁ		RMC	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
TOTAL	166.317	100,0	32.905	100,0	10.953	100,0	3.299	100,0
40-49	15.924	9,6	2.910	8,8	1.003	9,2	279	8,5
50-59	30.047	18,1	6.163	18,7	2.052	18,7	629	19,1
60-69	38.811	23,3	8.155	24,8	2.690	24,6	803	24,3
70-79	40.376	24,3	8.318	25,3	2.716	24,8	828	25,1
80 e mais	29.670	17,8	5.564	16,9	1.763	16,1	540	16,4
Demais idades	11.489	6,9	1.795	5,5	729	6,7	220	6,7

FONTE: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

NOTAS: Grupo de causas segundo o capítulo da CID-10.

Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

Na RMC, as neoplasias foram responsáveis por 2,8 mil mortes em 2003, representando 17,1% dos óbitos ocorridos na região, aumentando para 18,2% (3,3 mil) em 2008 (ver tabelas 2 e 3). Esse grupo de causa incidu principalmente nos grupos etários de 60 a 69 anos e de 70 a 79 anos, representando, em ambos os períodos um quarto dos óbitos do grupo.

O terceiro grupo de mortes no Paraná se deveu às causas externas de morbidade e mortalidade, perfazendo 7,7 mil mortes em 2003 e 9 mil mortes em 2008. Houve um crescimento das mortes nesse grupo entre um período e outro, passando de 13,3% para 14,2% (ver tabelas 8 e 9). As causas externas incidiram fundamentalmente na população de 15 a 29 anos, somando, em 2003, quase 3 mil mortes, o que representava 37,2%. Na população de 30 a 39 anos, essas mortes representaram 18,4% (1,4 mil mortes). Em 2008, houve um crescimento das mortes ocorridas nesse grupo para o segmento etário de 15 a 29 anos, apontando para 3,5 mil mortes, representando 39,2%. Na população de 30 a 39 anos, o número de mortes nesse grupo foi de 1,6 mil, que representava 17,6% de todas as idades (tabelas 14 e 15).

TABELA 14 - NÚMERO E DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS,⁽¹⁾ SEGUNDO FAIXA ETÁRIA - BRASIL, REGIÃO SUL, PARANÁ E RMC - 2003

FAIXA ETÁRIA	BRASIL		REGIÃO SUL		PARANÁ		RMC	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
TOTAL	126.657	100,0	18.168	100,0	7.620	100,0	2.528	100,0
15-29	50.576	39,9	6.281	34,6	2.832	37,2	1.000	39,6
30-39	23.742	18,7	3.316	18,3	1.399	18,4	470	18,6
40-49	16.735	13,2	2.716	14,9	1.023	13,4	347	13,7
Demais idades	35.604	28,1	5.855	32,2	2.366	31,0	711	28,1

FONTE: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

NOTA: Grupo de causas segundo o capítulo da CID-10.

(1) Número de óbitos contados segundo o local de ocorrência.

TABELA 15 - NÚMERO E DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS,⁽¹⁾
SEGUNDO FAIXA ETÁRIA - BRASIL, REGIÃO SUL, PARANÁ E RMC - 2008

FAIXA ETÁRIA	BRASIL		REGIÃO SUL		PARANÁ		RMC	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
TOTAL	133.644	100,0	20.474	100,0	9.036	100,0	3.188	100,0
15-29	50.901	38,1	7.331	35,8	3.538	39,2	1.365	42,8
30-39	24.057	18,0	3.496	17,1	1.594	17,6	574	18,0
40-49	17.816	13,3	2.978	14,5	1.201	13,3	395	12,4
Demais idades	40.870	30,6	6.669	32,6	2.703	29,9	854	26,8

FONTE: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

NOTAS: Grupo de causas segundo o capítulo da CID-10.

Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

(1) Número de óbitos contados segundo o local de ocorrência.

Igualmente, na RMC, o terceiro maior grupo de causas das mortes é o decorrente das causas externas de morbidade e mortalidade que, em 2003, representavam 15% das mortes da região (2,5 mil). Em 2008, o grupo apresentava um aumento de dois pontos percentuais, somando 3 mil mortes, subindo para 17% (ver tabelas 8 e 9). Essas mortes incidiram principalmente no grupo etário de 15 a 29 anos, que em 2003 indicava mil mortes, representando 39,6%, passando para 42,8% em 2008.

Assim como as taxas de mortalidade infantil nos dão ideia da infraestrutura de atendimento infantil, das epidemias, das condições de higiene e saneamento básico, e dos mecanismos culturais, políticos e sociais de tratamento das crianças, as taxas de mortalidade de outras faixas etárias por grupos de causas, particularmente as atribuíveis às causas externas, indicam também os diversos modos de sociabilidade e as circunstâncias políticas e econômicas que expressam a especificidade desse grupo, em que são registrados, entre outros, os óbitos por suicídio, acidentes de transporte, homicídio, além da categoria das mortes ocasionadas por armas de fogo. Entre as causas estabelecidas pelo CID-10, utilizou-se aqui o agrupamento que recebe o título genérico de "Agressões" e que se caracteriza pela presença da agressão a terceiros, que utilizam qualquer meio para provocar danos, lesões ou a morte da vítima.

No Paraná, no grupo das causas externas, os acidentes de transporte representaram em 2003 seu principal subgrupo, com 2,8 mil mortes, representando 36,9%. As agressões formavam o segundo maior subgrupo, com 33,1% (2,5 mil mortes). As agressões representam 41,4% das causas de morte entre 15 a 49 anos, seguidas pelas mortes decorridas de acidentes de transporte, 35,9%.

O grupo etário de 15 a 29 anos apresentou a maior proporção dos óbitos por agressões, representando 47,5%, seguido da faixa etária de 30 a 39 anos, com 39%. Na faixa etária de 40 a 49 anos, as agressões representaram 27,8% (tabela 16). As mortes por causas violentas indicam uma situação de violência que ceifa e vitima a juventude do país e representa o grau extremo da violência que a relação entre os seres humanos pode atingir.

Em 2008, as mortes provocadas por agressões representaram 38,1% (3,4 mil), passando a ser o principal subgrupo das causas externas, seguido dos acidentes de transporte, com 35,7% (3,2 mil). Na população entre 15 a 49 anos, as agressões representaram 47,6% e os acidentes de transporte, 34,8%. As mortes por agressões incidiram fundamentalmente nas

populações de 15 a 29 anos, representando mais da metade das mortes no grupo etário (54,4%), e de 30 a 39 anos, apontando com 43,5%. Esses dados mostram um crescimento significativo comparativamente a 2003 e revelam a vulnerabilidade dos jovens, cada vez mais expostos à violência, principalmente urbana (tabelas 16 e 17).

TABELA 16 - NÚMERO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS,⁽¹⁾ SEGUNDO GRANDE GRUPO CID-10 E FAIXA ETÁRIA - PARANÁ - 2003

GRANDE GRUPO CID-10 DE CAUSAS EXTERNAS	15-29		30-39		40-49		DEMAIS IDADES		TOTAL (15-49)		TOTAL PARANÁ
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	
TOTAL	2.832	100,0	1.399	100,0	1.023	100,0	2.366	100,0	5.254	100,0	7.620
Acidentes de transporte	940	33,2	511	36,5	434	42,4	924	39,1	1.885	35,9	2.809
Outras causas externas de lesões acidentais	243	8,6	166	11,9	151	14,8	813	34,4	560	10,7	1.373
Lesões autoprov. voluntariamente	212	7,5	127	9,1	104	10,2	147	6,2	443	8,4	590
Agressões	1.345	47,5	545	39,0	284	27,8	351	14,8	2.174	41,4	2525
Eventos cuja intenção é indeterminada	61	2,2	42	3,0	37	3,6	83	3,5	140	2,7	223
Intervenções legais e oper. de guerra	22	0,8	1	0,1	0	0,0	0	0,0	23	0,4	23
Complic. Assist. médica e cirúrgica	2	0,1	4	0,3	6	0,6	38	1,6	12	0,2	50
Sequelas de causas externas	7	0,2	3	0,2	7	0,7	10	0,4	17	0,3	27

FONTE: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

NOTA: Grupo de causas segundo o capítulo da CID-10.

(1) Número de óbitos contados segundo o local de ocorrência.

TABELA 17 - NÚMERO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS,⁽¹⁾ SEGUNDO GRANDE GRUPO CID-10 E FAIXA ETÁRIA - PARANÁ - 2008

GRANDE GRUPO CID-10 DE CAUSAS EXTERNAS	15-29		30-39		40-49		DEMAIS IDADES		TOTAL (15-49)		TOTAL PARANÁ
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	
TOTAL	3.538	100,0	1.594	100,0	1.201	100,0	2.703	100,0	6.333	100,0	9.036
Acidentes de transporte	1.147	32,4	565	35,4	489	40,7	1.024	37,9	2.201	34,8	3.225
Outras causas externas de lesões acidentais	195	5,5	148	9,3	147	12,2	928	34,3	490	7,7	1.418
Lesões autoprov. voluntariamente	198	5,6	117	7,3	111	9,2	175	6,5	426	6,7	601
Agressões	1.926	54,4	694	43,5	396	33,0	430	15,9	3.016	47,6	3.446
Eventos cuja intenção é indeterminada	65	1,8	55	3,5	44	3,7	101	3,7	164	2,6	265
Intervenções legais e op. de guerra	2	0,1	3	0,2	0	0	0	0,0	5	0,1	5
Complic. assist. médica e cirúrgica	1	0,0	4	0,3	2	0,2	22	0,8	7	0,1	29
Sequelas de causas externas	4	0,1	8	0,5	12	1,0	23	0,9	24	0,4	47

FONTE: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

NOTAS: Grupo de causas segundo o capítulo da CID-10.

Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

(1) Número de óbitos contados segundo o local de ocorrência.

Esse quadro pode ser confirmado inclusive quando se toma por referência o crescimento populacional ocorrido no período. No Paraná, em 2003, para cada 100 mil habitantes, as causas externas foram responsáveis por 76,9 mortes, passando a 85,3 em 2008. Em 2003, o principal subgrupo era o dos acidentes de transporte, seguido das agressões, apontando, respectivamente, 28,4 e 25,5 mortes (100 mil hab.). Em 2008, as agressões passam a ser o principal subgrupo, representando 32,5 mortes. O aumento das mortes por agressões incidiu em todas as faixas etárias, contudo, o impacto maior ocorreu

no grupo etário de 15 a 29 anos, que de 49,5 passou para 68,4 mortes, representando, no período, um aumento de quase 19 mortes para cada 100 mil hab. (tabelas 18 e 19).

TABELA 18 - NÚMERO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS POR GRANDE GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS,⁽¹⁾ SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E POPULAÇÃO - PARANÁ - 2003

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO	TOTAL C. EXT.		ACIDENTES DE TRANSPORTE		OUTRAS CAUSAS EXTERNAS DE LESÕES ACIDENTAIS		LESÕES AUTOPROV. VOLUNTARIAMENTE		AGRESSÕES	
		Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil
Total Paraná	9.906.812	7.620	76,9	2.809	28,4	1.373	13,9	590	6,0	2.525	25,5
Total 15-49	5.461.057	5.254	96,2	1.885	34,5	560	10,3	443	8,1	2.174	39,8
15-29	2.715.455	2.832	104,3	940	34,6	243	8,9	212	7,8	1.345	49,5
30-39	1.567.770	1.399	89,2	511	32,6	166	10,6	127	8,1	545	34,8
40-49	1.177.832	1.023	86,9	434	36,8	151	12,8	104	8,8	284	24,1
Demais Idades	4.445.755	2.366	53,2	924	20,8	813	18,3	147	3,3	351	7,9

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO	EVENTOS CUJA INTENÇÃO É INDETERMINADA		INTERVENÇÕES LEGAIS E OP. DE GUERRA		COMPLIC. ASSIST. MÉDICA E CIRÚRGICA		SEQUELAS DE CAUSAS EXTERNAS	
		Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil
Total Paraná	9.906.812	223	2,3	23	0,2	50	0,5	27	0,3
Total 15-49	5.461.057	140	2,6	23	0,4	12	0,2	17	0,3
15-29	2.715.455	61	2,2	22	0,8	2	0,1	7	0,3
30-39	1.567.770	42	2,7	1	0,1	4	0,3	3	0,2
40-49	1.177.832	37	3,1	0	0,0	6	0,5	7	0,6
Demais Idades	4.445.755	83	1,9	0	0,0	38	0,9	10	0,2

FONTE: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

NOTA: Grupo de causas segundo o capítulo da CID-10.

(1) Número de óbitos contados segundo o local de ocorrência.

TABELA 19 - NÚMERO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS POR GRANDE GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS,⁽¹⁾ SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E POPULAÇÃO - PARANÁ - 2008

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO	TOTAL C. EXT.		ACIDENTES DE TRANSPORTE		OUTRAS CAUSAS EXTERNAS DE LESÕES ACIDENTAIS		LESÕES AUTOPROV. VOLUNTARIAMENTE		AGRESSÕES	
		Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil
Total Paraná	10.590.169	9.036	85,3	3.225	30,5	1.418	13,4	601	5,7	3.446	32,5
Total 15-49	5.875.268	6.333	107,8	2.201	37,5	490	8,3	426	7,3	3.016	51,3
15-29	2.816.920	3.538	125,6	1.147	40,7	195	6,9	198	7,0	1.926	68,4
30-39	1.621.231	1.594	98,3	565	34,9	148	9,1	117	7,2	694	42,8
40-49	1.437.117	1.201	83,6	489	34,0	147	10,2	111	7,7	396	27,6
Demais Idades	4.714.901	2.703	57,3	1.024	21,7	928	19,7	175	3,7	430	9,1

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO	EVENTOS CUJA INTENÇÃO É INDETERMINADA		INTERVENÇÕES LEGAIS E OP. DE GUERRA		COMPLIC. ASSIST. MÉDICA E CIRÚRGICA		SEQUELAS DE CAUSAS EXTERNAS	
		Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil
Total Paraná	10.590.169	265	2,5	5	0,0	29	0,3	47	0,4
Total 15-49	5.875.268	164	2,8	5	0,1	7	0,1	24	0,4
15-29	2.816.920	65	2,3	2	0,1	1	0,0	4	0,1
30-39	1.621.231	55	3,4	3	0,2	4	0,2	8	0,5
40-49	1.437.117	44	3,1	0	0	2	0,1	12	0,8
Demais Idades	4.714.901	101	2,1	0	0	22	0,5	23	0,5

FONTE: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

NOTAS: Grupo de causas segundo o capítulo da CID-10.

Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

(1) Número de óbitos contados segundo o local de ocorrência.

Em 2003, 33,2% das mortes por causas externas no Estado ocorreram na RMC. As agressões foram o principal grupo, com pouco mais de mil mortes, representando 41,4%. Os acidentes de transporte foram responsáveis por menos de 800 mortes, representando 30%. O grupo etário de 15 a 29 anos respondeu por 39,6% das mortes por causas externas, seguido dos grupos de 30 a 39 anos, com 18,6%, e de 40 a 49 anos, com 13,7%. No grupo mais jovem, as agressões corresponderam a 58,4% e, nas faixas etárias de 30 a 39 anos e de 40 a 49 anos, as agressões representaram 46,8% e 33,1% das mortes, respectivamente (tabela 20).

TABELA 20 - NÚMERO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS,⁽¹⁾ SEGUNDO GRANDE GRUPO CID-10 E FAIXA ETÁRIA - RMC - 2003

GRANDE GRUPO CID-10 DE CAUSAS EXTERNAS	15-29		30-39		40-49		DEMAIS IDADES		TOTAL (15-49)		TOTAL RMC
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	
TOTAL	1.000	100,0	470	100,0	347	100,0	711	100,0	1.817	100,0	2.528
Acidentes de transporte	254	25,4	134	28,5	124	35,7	246	34,6	512	28,2	758
Outras causas externas de lesões acidentais	58	5,8	52	11,1	57	16,4	256	36,0	167	9,2	423
Lesões autoprov. voluntariamente	56	5,6	32	6,8	26	7,5	26	3,7	114	6,3	140
Agressões	584	58,4	220	46,8	115	33,1	123	17,3	919	50,6	1.042
Eventos cuja intenção é indeterminada	39	3,9	29	6,2	21	6,1	45	6,3	89	4,9	134
Intervenções legais e op. de guerra	4	0,4	1	0,2	0	0,0	0	0,0	5	0,3	5
Complic. Assist. médica e cirúrgica	2	0,2	1	0,2	2	0,6	11	1,5	5	0,3	16
Sequelas de causas externas	3	0,3	1	0,2	2	0,6	4	0,6	6	0,3	10

FONTE: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

NOTA: Grupo de causas segundo o capítulo da CID-10.

(1) Número de óbitos contados segundo o local de ocorrência.

Em 2008, 35,3% das mortes por causas externas no Estado ocorreram na RMC. As agressões representaram o principal grupo, com 1,6 mil mortes, representando 51,8% e apontando um crescimento de dez pontos percentuais em relação a 2003. Os acidentes de transporte representam 25,6%, indicando uma diminuição das mortes nesse grupo comparativamente a 2003. No grupo etário de 15 a 29 anos, 69,3% das mortes se devem a agressões. Nos grupos etários de 30 a 39 anos e de 40 a 49 anos, as mortes por agressões alcançam 58% e 45,3%, respectivamente. Na população de 15 a 49 anos, as causas externas somam 2,3 mil das mortes, representando 73,2% (tabelas 20 e 21).

TABELA 21 - NÚMERO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS,⁽¹⁾ SEGUNDO GRANDE GRUPO CID-10 E FAIXA ETÁRIA - RMC - 2008

GRANDE GRUPO CID-10 DE CAUSAS EXTERNAS	15-29		30-39		40-49		DEMAIS IDADES		TOTAL (15-49)		TOTAL RMC
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	
TOTAL	1.365	100,0	574	100,0	395	100,0	854	100,0	2.334	100,0	3.188
Acidentes de transporte	286	21,0	142	24,7	120	30,4	267	31,3	548	23,5	815
Outras causas externas de lesões acidentais	40	2,9	38	6,6	39	9,9	295	34,5	117	5,0	412
Lesões autoprov. voluntariamente	56	4,1	20	3,5	31	7,8	29	3,4	107	4,6	136
Agressões	946	69,3	333	58,0	179	45,3	195	22,8	1.458	62,5	1.653
Eventos cuja intenção é indeterminada	32	2,3	32	5,6	21	5,3	55	6,4	85	3,6	140
Intervenções legais e op. de guerra	2	0,1	2	0,3	0	0,0	0	0,0	4	0,2	4
Complic. assist. médica e cirúrgica	1	0,1	3	0,5	1	0,3	5	0,6	5	0,2	10
Sequelas de causas externas	2	0,1	4	0,7	4	1,0	10	1,2	8	0,3	18

FONTE: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

NOTAS: Grupo de causas segundo o capítulo da CID-10.

Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

(1) Número de óbitos contados segundo o local de ocorrência.

Igualmente, na RMC, esse quadro pode ser confirmado ao se tomar por referência o crescimento populacional ocorrido no período, indicando, ao mesmo tempo, o impacto das mortes violentas nessa região. As mortes por causas externas aumentaram significativamente na região, passando de 85 para 107 mortes por 100 mil habitantes. As mortes por agressões aumentaram muito em todos os grupos etários, porém no grupo mais jovem, de 15 a 29 anos, elas cresceram assustadoramente, passando de 68 para 110 mortes para cada 100 mil habitantes (tabelas 22 e 23).

TABELA 22 - NÚMERO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS POR GRANDE GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS,⁽¹⁾ SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E POPULAÇÃO - RMC - 2003

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO	TOTAL C. EXTERNAS		ACIDENTES DE TRANSPORTE		OUTRAS CAUSAS EXTERNAS DE LESÕES ACIDENTAIS		LESÕES AUTOPROV. VOLUNTARIAMENTE		AGRESSÕES	
		Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil
Total RMC	2.973.774	2.528	85,0	758	25,5	423	14,2	140	4,7	1.042	35,0
Total 15-49	1.709.453	1.817	106,3	512	30,0	167	9,8	114	6,7	919	53,8
15-29	858.680	1.000	116,5	254	29,6	58	6,8	56	6,5	584	68,0
30-39	487.920	470	96,3	134	27,5	52	10,7	32	6,6	220	45,1
40-49	362.853	347	95,6	124	34,2	57	15,7	26	7,2	115	31,7
Demais idades	1.264.321	711	56,2	246	19,5	256	20,2	26	2,1	123	9,7

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO	EVENTOS CUJA INTENÇÃO É INDETERMINADA		INTERVENÇÕES LEGAIS E OP. DE GUERRA		COMPLIC. ASSIST. MÉDICA E CIRÚRGICA		SEQUELAS DE CAUSAS EXTERNAS	
		Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil
Total RMC	2.973.774	134	4,5	5	0,2	16	0,5	10	0,3
Total 15-49	1.709.453	89	5,2	5	0,3	5	0,3	6	0,4
15-29	858.680	39	4,5	4	0,5	2	0,2	3	0,3
30-39	487.920	29	5,9	1	0,2	1	0,2	1	0,2
40-49	362.853	21	5,8	0	0,0	2	0,6	2	0,6
Demais idades	1.264.321	45	3,6	0	0,0	11	0,9	4	0,3

FONTE: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

NOTA: Grupo de causas segundo o capítulo da CID-10.

(1) Número de óbitos contados segundo o local de ocorrência.

TABELA 23 - NÚMERO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS POR GRANDE GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS,⁽¹⁾ SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E POPULAÇÃO - RMC - 2008

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO	TOTAL C. EXTERNAS		ACIDENTES DE TRANSPORTE		OUTRAS CAUSAS EXTERNAS DE LESÕES ACIDENTAIS		LESÕES AUTOPROV. VOLUNTARIAMENTE		AGRESSÕES	
		Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil
Total RMC	2.973.774	3.188	107,2	815	27,4	412	13,9	136	4,6	1.653	55,6
Total 15-49	1.709.453	2.334	136,5	548	32,1	117	6,8	107	6,3	1.458	85,3
15-29	858.680	1.365	159,0	286	33,3	40	4,7	56	6,5	946	110,2
30-39	487.920	574	117,6	142	29,1	38	7,8	20	4,1	333	68,2
40-49	362.853	395	108,9	120	33,1	39	10,7	31	8,5	179	49,3
Demais idades	1.264.321	854	67,5	267	21,1	295	23,3	29	2,3	195	15,4

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO	EVENTOS CUJA INTENÇÃO É INDETERMINADA		INTERVENÇÕES LEGAIS E OP. DE GUERRA		COMPLIC. ASSIST. MÉDICA E CIRÚRGICA		SEQUELAS DE CAUSAS EXTERNAS	
		Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil	Abs.	Ob./100 mil
Total RMC	2.973.774	140	4,7	4	0,1	10	0,3	18	0,6
Total 15-49	1.709.453	85	5,0	4	0,2	5	0,3	8	0,5
15-29	858.680	32	3,7	2	0,2	1	0,1	2	0,2
30-39	487.920	32	6,6	2	0,4	3	0,6	4	0,8
40-49	362.853	21	5,8	0	0,0	1	0,3	4	1,1
Demais idades	1.264.321	55	4,4	0	0,0	5	0,4	10	0,8

FONTE: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

NOTA: Os grupos de causas têm como base o capítulo da CID-10, e a situação da base de dados nacional referente à população data de 14/12/2009.

(1) Número de óbitos contados segundo o local de ocorrência.

Apesar da política de desarmamento desenvolvida a partir de 2003, segundo o Mapa da Violência 2010 (WASELFSZ, 2010), o número de homicídios cresceu significativamente em todas as regiões brasileiras, salvo o Sudeste, que evidenciou quedas expressivas, coincidindo temporalmente com a campanha do desarmamento. Segundo o Mapa, em 1997, o Paraná tinha uma taxa de 17,3 homicídios, ocupando o 14.º lugar no *ranking* da violência homicida no Brasil. Mas, em 2007, essa taxa subiu para 29,6% e o Estado ocupava o 9.º lugar entre os estados brasileiros no *ranking* da violência homicida do país. A taxa nacional, no ano de 2007, foi de 25,2 homicídios por 100.000 habitantes, ou seja, abaixo da do Paraná. Ainda segundo o estudo, a RMC destaca-se entre as oito regiões metropolitanas com índices preocupantes de crescimento dos números. Em 1997, a RMC apresentava uma taxa de 23,9 homicídios em 100.000 habitantes, a qual subiu em 2007 para 39,8 homicídios por 100.000 habitantes.

Esses dados revelam uma questão extremamente preocupante quando se pensa que parcela significativa da juventude está se perdendo. Isto remete não apenas às políticas de segurança pública mas, principalmente, a políticas sociais voltadas para a inserção dessa juventude, tanto em termos educacionais e de ocupação, como em termos de lazer, cultura, informação, etc. Ou seja, políticas que transformem esses jovens em cidadãos responsáveis e participantes na vida do país.

Por outro lado, esses índices chamam a atenção para o fato de que todos os esforços de prover a população jovem com serviços de educação, saúde, qualificação para o trabalho, entre outros, acabam se perdendo com a morte prematura desses jovens, no início de sua vida adulta, jogando por terra os investimentos sociais que vinham sendo feitos para assegurar uma perspectiva de futuro para os mesmos.

3 EDUCAÇÃO E ESCOLARIDADE⁶

A educação é a base para o desenvolvimento de uma nação. É através dela que a sociedade produz os conhecimentos de que o país precisa para crescer, aumentando assim sua renda e a qualidade de vida das pessoas.

O Brasil tem avançado nessa área nas últimas décadas, mas ainda há muito para ser feito. A escola fundamental e média e a universidade sempre foram locais de importância para a ascensão social. Estudos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) mostram que a renda do trabalho aumenta cerca de 50% com a conclusão do nível superior. No Brasil, os ganhos excedem os 100% para os que conseguem um diploma de graduação.⁷

⁶ Elaborado por Vilmar Gross, sociólogo da equipe do NESP/IPARDES, e Paulo Roberto Delgado, sociólogo da equipe do Núcleo de Estudos Setoriais do IPARDES.

⁷ Disponível em: <<http://www.inep.gov.br/imprensa/noticias/internacional/news10-01.htm>>. Acesso em: 04 nov. 2010.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), o país está entre os que mais aumentaram e que obtiveram um significativo crescimento nos investimentos na área de educação. Em 2006, o investimento público direto em educação foi de 4,4% do PIB, um salto significativo em relação a 2005, quando o índice foi de 3,9%. A maior parte do investimento se concentra na educação básica (3,7%) e na superior, em que o percentual ficou em 0,7%. No período 2000-2007, segundo a OCDE, o Brasil aumentou em 66% o percentual de gastos em educação em todos os níveis de ensino.

3.1 QUADRO DA EDUCAÇÃO NACIONAL

A Constituição Federal de 1988 estabelece que a educação é “um direito para todos, um dever do Estado e da família, e deve ser promovida com a colaboração da sociedade, com o objetivo do desenvolvimento integral da personalidade humana e bem-estar comum”; ou seja, deve preparar os indivíduos e a sociedade para dominar recursos científicos e tecnológicos que lhes permitam a utilização das possibilidades existentes para o bem-estar.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), aprovada em 1996,⁸ representa um avanço na organização do sistema de educação do país. Essa lei visa tornar a escola um espaço de participação social, valorizando a democracia, o respeito, a pluralidade cultural e a formação do cidadão. Propugna, ainda, que a escola deve ganhar vida e mais significado para os estudantes.

A educação brasileira é regulamentada pelo Governo Federal, através do Ministério da Educação, que define os princípios orientadores da organização dos programas educacionais. Segundo a Constituição Federal e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), o Governo Federal, os estados, o Distrito Federal e os municípios devem gerir e organizar seus respectivos sistemas de ensino, prevendo-se, porém, que essa organização se dê em regime de colaboração.

A LDB estabelece dois níveis escolares: a educação básica e a superior, sendo que a primeira compreende a educação infantil e os ensinos fundamental e médio. Além disso, prevê a obrigatoriedade e a oferta gratuita relativamente ao Ensino Fundamental e Médio.

Estudo recente do IPEA, com base em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), do IBGE de 2009, indica que a população brasileira levará cinco anos para atingir a escolaridade mínima de oito anos de estudo no Ensino Fundamental, originalmente prevista pela Constituição Federal. O IPEA estimou um hiato educacional, ou seja, o número de anos de estudo que faltam aos brasileiros que estão abaixo dessa meta. O estudo revela que, quanto mais idosa a pessoa, maior é o hiato. Para pessoas com mais de 30 anos o hiato passou de 5,6 (em 1992) para 5,1 anos (em 2009); já para a população de 15 a 17 anos o hiato caiu de 4 (metade da meta) para 2,8 anos, no mesmo período. Esses dados revelam a dificuldade dos alunos para concluir o Ensino Fundamental no tempo adequado, em função dos problemas de repetência e evasão escolar (IPEA, 2010d).

⁸ Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

Segundo a PNAD, houve queda no índice de analfabetismo em nosso país nas últimas duas décadas. Em 1992, o número de analfabetos correspondia a 17,2% da população de 15 ou mais anos de idade, caindo para 12,4%, em 2001, e 9,7% em 2009; ou seja, trata-se de um avanço, embora ainda incompatível com o desenvolvimento do país. Ressalte-se que essa questão é ainda mais grave quando se considerada o analfabetismo funcional – a incapacidade de decodificação e compreensão de um texto ou de realização de operações matemáticas mais elaboradas; em 2009, 20,3% da população de 15 anos ou mais de idade estava enquadrada nessa categoria.⁹

O maior avanço no ensino relaciona-se à ampliação da escolarização nos níveis Fundamental e Médio. O percentual de crianças e jovens de 7 a 14 anos na escola, em 2009, foi de 98%, e entre aquelas com 15 a 17 anos de idade, 85,2%. Como resultado desse processo, vem aumentando o nível de escolaridade da população: a média de anos de estudo entre os que têm 15 anos ou mais de idade passou de 5,2 anos, em 1992, para 7,5, em 2009, ainda assim abaixo do tempo necessário para a conclusão do Ensino Fundamental.

Programas como o de Educação de Jovens e Adultos (EJA) também têm favorecido o retorno aos bancos escolares, para aqueles que abandonaram a escola prematuramente, muitas vezes em busca do mercado de trabalho. Em 2008, a matrícula de alunos no EJA no Brasil representou 3,9% e no Paraná 5% da matrícula total do Ensino Fundamental e Médio. Porém, essa proporção em 2003 já havia representado 4,4% no Brasil e 7% no Paraná.

Outro dado importante é o índice de repetência escolar, que tem diminuído nos últimos anos. A repetência acaba tirando muitos jovens da escola, pois os alunos desistem antes de concluir os estudos, sendo esta outra causa do abandono prematuro da escola.

Esse quadro tem mudado com reformas no sistema de ensino, o qual está estabelecendo metas a serem atingidas pelas escolas no que tange aos índices de aprovação, reprovação e rendimento escolar, através do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), e outros indicadores que permitem avaliar e acompanhar os resultados do sistema educacional.

3.2 QUADRO EDUCACIONAL NO PARANÁ

3.2.1 O analfabetismo

Como destacado acima, o analfabetismo continua afetando importante segmento da população brasileira. No Paraná, a taxa de analfabetismo foi reduzida de 8,7%, em 2001, para 6,7% em 2009 (tabela 24). No entanto, em 2009, 551 mil pessoas de 15 ou mais anos afirmaram não saber ler nem escrever, sendo consideradas analfabetas absolutas.

⁹ Na ausência de pesquisas específicas para captar essa incapacidade, o cálculo da taxa de analfabetismo funcional é feito considerando o percentual da população com nenhuma ou com baixa escolaridade (menos de 4 anos de estudo).

TABELA 24 - POPULAÇÃO DE 15 OU MAIS ANOS DE IDADE E CONDIÇÃO DE ANALFABETISMO - PARANÁ - 2001/2009

CONDIÇÃO	2001	2009
Pessoas de 15 ou mais anos de idade	7.064.126	8.237.051
Não sabe ler nem escrever	611.078	551.196
Taxa de analfabetismo	8,7	6,7
Menos de quatro anos de estudo	1.795.307	1.480.401
Taxa de analfabetismo funcional	25,4	18,0

FONTE: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

Educadores destacam que muitas pessoas, mesmo quando capazes de ler ou escrever pequenos textos, não possuem habilidade para interpretar textos, realizar cálculos e estabelecer associações mais complexas. Esse fenômeno mais amplo caracteriza o analfabetismo funcional,¹⁰ o qual, nas estatísticas sociais do IBGE, corresponde ao contingente populacional com nenhuma ou baixa escolaridade (menos de quatro anos de estudo).¹¹ No Paraná, apesar da redução ocorrida na década, havia, em 2009, cerca de 1,5 milhão de pessoas nessa condição, correspondendo a 18% da população de 15 ou mais anos de idade (ver tabela 24). Em termos absolutos, o número de analfabetos funcionais foi reduzido em 315 mil.

É no âmbito dessa concepção mais ampla de analfabetismo que deve ser considerada a atuação do Programa Paraná Alfabetizado, o qual, durante suas sete edições, atendeu a 368 mil pessoas no Estado.¹² Dada essa magnitude, seria de se esperar uma queda mais acentuada na taxa de analfabetismo absoluto, fato não verificado. Porém, tais números são compatíveis com a importante redução observada na taxa de analfabetismo funcional, e também com a redução absoluta ocorrida no contingente de analfabetos funcionais.

O analfabetismo, no Paraná, continua sendo um problema social relevante que afeta principalmente a população idosa, a qual representa mais de 40% do total de analfabetos, nas duas concepções adotadas (tabela 25). No entanto, mesmo com participação relativa menor, há um importante contingente de jovens adultos (até 39 anos) na condição de analfabetos funcionais. Nesse caso, sua possibilidade de inserção ocupacional poderá ser comprometida dada a tendência de crescente requerimento de escolaridade pelo mercado de trabalho.

¹⁰ A Unesco define o analfabeto funcional como toda pessoa que sabe escrever seu próprio nome, assim como lê e escreve frases simples, efetua cálculos básicos, porém é incapaz de interpretar o que lê e de usar a leitura e a escrita em atividades cotidianas, sendo impossibilitado o seu desenvolvimento pessoal e profissional. Ou seja, o analfabeto funcional não consegue extrair o sentido das palavras, colocar ideias no papel por meio da escrita, tampouco fazer operações matemáticas mais elaboradas.

¹¹ Apesar de esse indicador se enquadrar em recomendações da Unesco, há pesquisas específicas que demonstram que o problema do analfabetismo funcional, no Brasil, atinge estudantes dos mais elevados níveis de escolaridade. Disponível em: <<http://revistaescola.abril.com.br/politicas-publicas/avaliacao/uma-lenta-caminhada-analfabetismo-funcional-alfabetismo-inaf-instituto-paulo-montenegro-leitura-escrita-518768.shtml>> . Acesso em: 24 nov. 2010.

¹² Disponível em: <<http://www.paranaalfabetizado.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=4>> Acesso em: 24 nov. 2010.

TABELA 25 - NÚMERO E DISTRIBUIÇÃO DOS ANALFABETOS POR GRUPO ETÁRIO - PARANÁ - 2009

GRUPO ETÁRIO	ANALFABETOS		ANALFABETOS FUNCIONAIS	
	Abs.	%	Abs.	%
15 a 24 anos	20.090	3,6	51.690	3,5
25 a 39 anos	67.010	12,2	215.409	14,6
40 a 59 anos	194.487	35,3	583.244	39,4
60 anos e mais	269.609	48,9	630.058	42,6
Total	551.196	100,0	1.480.401	100,0

FONTE: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

Os dois grupos de analfabetos possuem um perfil bastante similar. Embora a taxa de analfabetismo seja maior na área rural, a maioria deles reside em áreas urbanas (tabela 26). As mulheres constituem a maioria dos analfabetos, condição que é mais acentuada entre os idosos; entre os jovens adultos, os homens predominam.¹³

TABELA 26 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO ANALFABETA SEGUNDO SITUAÇÃO DO DOMÍLIO, SEXO, CONDIÇÃO DE ATIVIDADE E RENDA FAMILIAR *PER CAPITA* - PARANÁ - 2009

CONDIÇÃO	ANALFABETOS	ANALFABETOS FUNCIONAIS
Urbano	72,2	74,0
Rural	27,8	26,0
Homem	42,9	45,7
Mulher	57,1	54,3
Inativo	58,6	48,8
Economicamente ativo	41,4	51,2
Renda familiar <i>per capita</i> (salário mínimo)		
Até 1/2	27,5	24,1
Mais de 1/2 a 1	44,8	38,8
Mais de 1 a 2	23,3	29,0
Mais de 2	3,6	7,3
Sem declaração	0,9	0,8

FONTE: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

Em relação à condição de atividade, percebe-se que a inatividade é uma situação que caracteriza pelo menos a metade dos analfabetos (representando 58,6% dos analfabetos *stricto sensu*). Esse fato, quando conjugado à idade elevada, deve contribuir para a menor participação dessa população em programas de alfabetização. Na realidade, entre os inativos, dois terços possui 60 anos ou mais de idade, participação que se reduz para menos de 30% no caso dos analfabetos economicamente ativos.

Quando se considera a incidência do analfabetismo segundo a renda familiar, as taxas são mais elevadas quanto menor o rendimento familiar. Entretanto, como pode ser

¹³ A qualificação das características dos analfabetos tem por base tabulações especiais da PNAD, que deram origem aos resultados apresentados na tabela 26.

observado na tabela 26, o analfabetismo não está restrito ao grupo mais pobre (com renda até ½ salário mínimo *per capita*), o qual representa em torno de 25% do total de analfabetos do Estado. Mesmo assim, como esse grupo é o principal foco das políticas sociais de combate à pobreza, e como já se dispõe de cadastro dessa população, ele poderia se constituir numa prioridade para a alfabetização no Estado. A condicionalidade de escolaridade para as crianças, já presente nos programas sociais, poderia ser complementada com a mobilização dos adultos em programas de alfabetização, fato que não apenas aumentaria as possibilidades de inserção ocupacional, como habilitaria, também, os pais a acompanhar o progresso educacional dos filhos, pelo menos nas séries iniciais de ensino.

3.2.2 Escolaridade

Nas duas últimas décadas houve intenso esforço no sentido de ampliar o acesso à escola. Para acompanhar o progresso na escolarização, serão avaliados, na sequência, alguns indicadores relacionados à frequência e ao atraso escolar, nos três níveis da educação básica.

O primeiro indicador – taxa de atendimento – refere-se ao percentual da população em idade escolar que frequenta escola. O maior avanço, na década, se deu em relação às crianças de 0 a 6 anos, cuja taxa expandiu em quase 15 pontos percentuais (tabela 27). Este segmento populacional está vinculado basicamente à educação infantil (creche e pré-escola), sendo que a evolução da taxa foi resultado de dois fenômenos concomitantes: a expansão de vagas na educação infantil¹⁴ e a redução, no Estado, da população deste grupo etário, resultado de uma dinâmica demográfica marcada pela acentuada queda da fecundidade.

TABELA 27 - TAXA DE ATENDIMENTO ESCOLAR - PARANÁ - 2001/2009

GRUPO ETÁRIO	2001	2009
0 a 6 anos	30,7	45,5
7 a 14 anos	96,5	97,6
15 a 17 anos	75,1	80,5

FONTE: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

Em que pese este avanço, menos da metade das crianças deste grupo etário frequentava creche ou pré-escola, déficit que, segundo dados da PNAD, em 2009, envolvia um contingente de 537 mil crianças.

Em relação às crianças e jovens de 7 a 14 anos, correspondente ao ensino fundamental, verifica-se que o Estado, desde o início da década, apresenta índice considerado compatível com a universalização do acesso escolar.

¹⁴ Na realidade, aumentou o número de crianças em creches e reduziu o contingente na pré-escola, uma vez que as crianças de seis anos passaram, em sua maioria, a ser atendidas pelo ensino regular, na nova seriação do Ensino Fundamental.

Quanto aos jovens de 15 a 17 anos, aumentou o percentual que está frequentando escola, mas a questão preocupante é que esse aumento se deu nos anos iniciais da década, ocorrendo, desde então, certa estabilização da taxa em torno de 80%, o que significa que, recorrentemente, uma parcela importante destes jovens fica fora da escola.

O indicador acima permitiu avaliar o acesso à escola, mas necessita ser complementado com indicadores que informem se a oferta escolar, nos diversos níveis de ensino, é suficiente para atender a demanda e se a frequência escolar está ocorrendo adequadamente à idade recomendada.

A taxa de escolarização bruta permite avaliar a oferta escolar, relacionando o total de matrícula de um dado nível de ensino com o respectivo grupo etário adequado a este nível. O número de matrícula corresponde ao número de pessoas que, na PNAD, declaram estar frequentando creche ou pré-escola, no caso da educação infantil, ou as respectivas séries do Ensino Fundamental e Médio (tabela 28).

TABELA 28 - TAXA DE ESCOLARIZAÇÃO BRUTA - PARANÁ - 2001-2009

NÍVEL	2001	2009
Educação Infantil	25,8	32,5
Ensino Fundamental	115,7	115,6
Ensino Médio	89,1	95,1

FONTE: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

No caso da educação infantil, as matrículas correspondiam, em 2009, a apenas 32,5% das crianças de 0 a 6 anos de idade. Em parte esse problema é minorado devido à participação de parcela das crianças de seis anos no Ensino Fundamental, fato que explica porque a taxa de atendimento desse grupo, visto acima, é superior (45,5%). Ressalte-se que essa participação vem ampliando como resultado da implementação do Ensino Fundamental de nove anos, cujo início se dá a partir dos seis anos de idade.¹⁵

Em relação ao Ensino Fundamental, o número de matrícula excede em 15% o número de pessoas de 7 a 14 anos. Apesar de a taxa não ter sofrido variação no período em foco, sua composição se alterou devido, por um lado, à já mencionada participação crescente das crianças de seis anos neste nível de ensino e, por outro, à redução da participação de jovens com idade superior a 14 anos, ou seja, de pessoas com atraso escolar. Esse último aspecto constitui um importante avanço, desde que não corresponda ao abandono escolar, pelos jovens.

Em relação ao Ensino Médio, praticamente se atingiu um equilíbrio entre as matrículas e o número de jovens de 15 a 17 anos de idade, condição fundamental para se viabilizar a plena universalização desse nível de ensino.

¹⁵ Previsto na LDB, essa alteração foi transformada em meta da educação básica a partir da Lei Federal n.º 10.172, de 2001. No Paraná, em 2009, segundo a PNAD, dois terços dos alunos da 1.ª série do Ensino Fundamental já estavam no ciclo de nove anos.

Resta avaliar se o progresso na escolarização tem correspondido à efetiva adequação entre idade e nível de ensino adequado. A taxa de escolarização líquida permite essa avaliação, pois ela considera o percentual de pessoas de um dado grupo etário que se encontra matriculado no nível de ensino adequado à sua idade; quanto maior a taxa, maior a eficiência do processo de escolarização, pois significa maior acesso, permanência e menor atraso escolar (RIANI; GOLGUER, 2004 citado por RIOS NETO *et al.*, 2010, p.10).

Nesse sentido, os dados reafirmam que a questão do acesso escolar das crianças e jovens de 7 a 14 anos no nível adequado – Ensino Fundamental –, no Estado, já se encontrava resolvida desde o início da década. Nos outros dois níveis houve avanço importante na década, particularmente no Ensino Médio, cuja taxa aumentou em 10 pontos percentuais; em 2009, cerca de 60% dos jovens de 15 a 17 anos que frequentavam escola, encontravam-se no nível de ensino adequado para sua idade.¹⁶ Porém, a continuidade desse avanço pode vir a ser comprometida dada a persistência de uma parcela ainda expressiva desses jovens fora da escola (tabela 29).

TABELA 29 - TAXA DE ESCOLARIZAÇÃO LÍQUIDA - PARANÁ - 2001/2009

NÍVEL	2001	2009
Educação Infantil	25,3	31,9
Ensino Fundamental	95,2	94,5
Ensino Médio	49,0	59,6

FONTE: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

Complementarmente, pode ser verificado se a progressão dos alunos, em cada nível, vem se dando conforme a recomendação idade/série. Na seriação anterior do Ensino Fundamental, uma criança deveria cursar a 1.^a série com sete anos de idade, a 5.^a série com 11 anos e iniciar o Ensino Médio com 15 anos. Assim, no cálculo da taxa de distorção idade/série era considerada como inadequada a participação de crianças com 8 ou mais anos de idade na 1.^a série do Fundamental; de jovens de 12 ou mais anos, na 5.^a série, e de 16 ou mais anos, na série inicial do Ensino Médio.

Como o sistema de seriação mudou gradativamente durante a década, foi necessário, para 2009, compatibilizar os critérios de distorção à nova seriação de 9 anos para o Ensino Fundamental: crianças de 8 ou mais anos cursando as 1.^o ou 2.^o ano, no novo sistema, estavam inadequadas ao novo padrão, o mesmo ocorrendo com os jovens de 12 ou mais anos cursando o 5.^o ou 6.^o ano. Em relação à série inicial do Ensino Médio não houve mudança na idade de entrada (15 anos).

Nas séries do Ensino Fundamental, a redução na taxa de distorção idade/série foi pequena no período 2001-2009 (tabela 30). O único aspecto interessante é que, entre os

¹⁶ Para esse grupo etário, a taxa brasileira, em 2009, era de 50,9%.

estudantes dessas séries, vem diminuindo a participação daqueles com mais de um ano de atraso, embora estes ainda constituam um contingente importante dos jovens nessa situação. A diferença entre as taxas da 1.^a e da 5.^a série evidencia que o atraso escolar é definido, em boa medida, nas séries iniciais do Ensino Fundamental.

TABELA 30 - TAXA DE DISTORÇÃO IDADE/SÉRIE - PARANÁ - 2001/2009

SÉRIE	2001	2009
1. ^a Série/Fundamental (8 ou mais anos de idade)	20,6	18,4
5. ^a Série/Fundamental (12 ou mais anos de idade)	37,7	34,6
1. ^a Série/Médio (16 ou mais anos de idade)	51,9	33,2

FONTE: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

NOTA: Para o ano de 2009, dada a nova seriação do Ensino Fundamental foi necessário adaptar o critério idade/série (ver observações no texto).

Observa-se, novamente, um importante avanço no Ensino Médio, com redução de quase 19 pontos percentuais em sua taxa de distorção idade/série. Essa queda, porém, deve estar relacionada ao esgotamento do processo, iniciado na década passada, de retorno à escola de pessoas mais velhas que a haviam abandonado, diante das novas exigências de escolaridade no mercado de trabalho, gerando aumento na demanda pelo Ensino Médio. Atualmente, o grau de distorção neste nível de ensino parece reproduzir, inercialmente, aquele estabelecido nas séries finais do Ensino Fundamental.

3.2.3 Indicadores de resultado

Em que medida o maior acesso à escola tem resultado na efetiva conclusão dos dois níveis da educação básica propugnados como obrigatórios pela LDB? Na tabela 31 são apresentadas as proporções de jovens que concluíram o Ensino Fundamental (8 ou mais anos de estudo) e o Ensino Médio (11 ou mais anos de estudo).

TABELA 31 - ANOS DE ESTUDO DA POPULAÇÃO JOVEM - PARANÁ - 2001/2009

ANOS DE ESTUDO	2001		2009	
	15 a 17	18 a 24	15 a 17	18 a 24
8 anos ou mais	57,8	67,3	70,1	83,6
11 anos ou mais	-	40,2	-	58,0

FONTE: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

A taxa de jovens de 15 a 17 anos, com 8 ou mais de estudo, aumentou no período 2001-2009; neste último ano, 70% dos jovens dessa faixa etária tinham concluído o Ensino Fundamental. Entretanto, dada a elevada taxa de escolarização referente a esse nível de ensino, conforme visto anteriormente, seria de se esperar um percentual maior de concluintes nessa faixa etária. Esse percentual aumenta quando são considerados aqueles com idade entre 18 e 24 anos, dos quais 84% concluíram essa etapa de ensino. De qualquer modo, o problema do atraso escolar e/ou do abandono escolar parece continuar a comprometer uma maior eficiência da educação fundamental no Estado.

Em relação ao Ensino Médio (11 ou mais anos), o avanço foi mais expressivo – aumento de quase 18 pontos percentuais na taxa de conclusão. Mesmo assim, em 2009, pouco mais da metade (58%) dos jovens de 18 a 24 anos tinha atingido esse nível de escolaridade, fato ainda mais preocupante quando se recorda que nessa faixa etária aumenta a parcela de jovens que está fora da escola.

Desde 2007, o MEC vem divulgando o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), que pretende refletir a evolução da educação básica no país em termos de resultados, avaliando “dois conceitos igualmente importantes para a qualidade da educação: fluxo escolar e médias de desempenho nas avaliações”.¹⁷ A escala de avaliação vai de 0 a 10 e, para os diversos níveis, tem-se como meta atingir a nota 6,0, padrão compatível com a média dos países da OCDE.

O Paraná apresentou avanços nos três níveis considerados: séries iniciais e finais do fundamental e nível médio; comparando as notas de 2005 com as de 2009, nos três níveis o avanço foi da mesma magnitude – 0,6 pontos (tabela 32). O Paraná, entre as unidades da Federação, possui a maior nota relacionada ao Ensino Médio (4,2), mas é nesse nível que o Estado tem seu pior desempenho.

TABELA 32 - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA - 2005/2009

REGIÃO	FUNDAMENTAL						MÉDIO		
	Séries Iniciais			Séries Finais					
	2005	2007	2009	2005	2007	2009	2005	2007	2009
Brasil	3,8	4,2	4,6	3,5	3,8	4,0	3,4	3,5	3,6
Sul	4,4	4,8	5,1	3,8	4,1	4,3	3,7	3,9	4,1
Paraná	4,6	5,0	5,4	3,6	4,2	4,3	3,6	4,0	4,2
Maior índice UF	-	-	5,6	-	-	4,5	-	-	4,2

FONTES: MEC/INEP

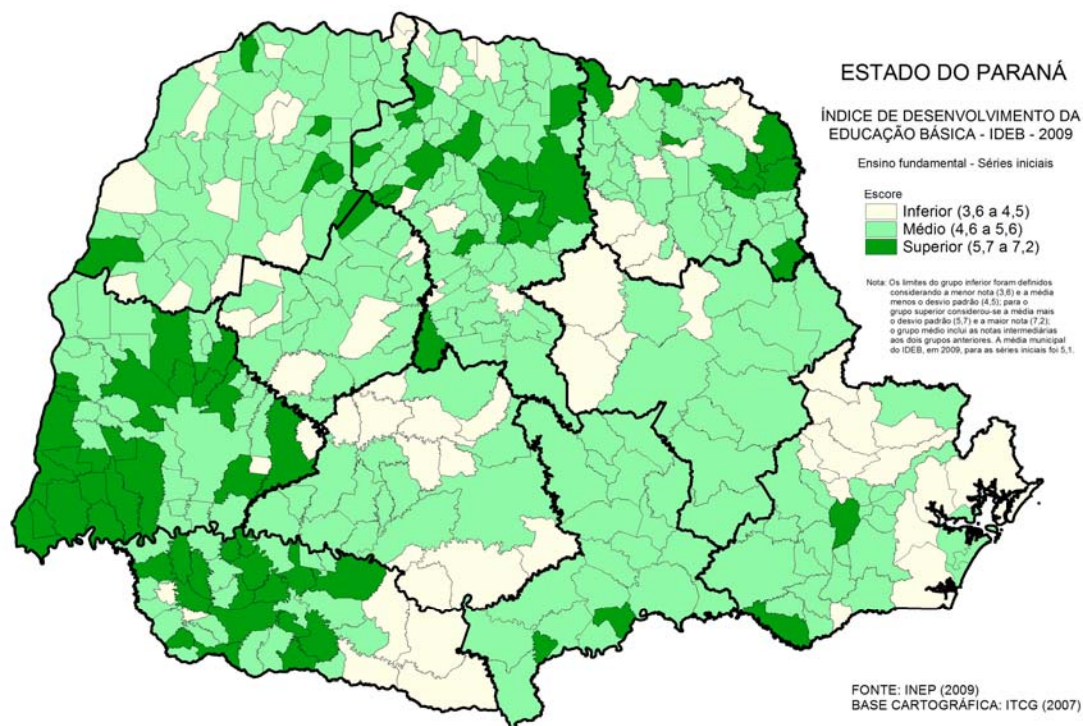
Nas séries iniciais, o Paraná possui nota superior à média da Região Sul e à do país e, mantendo o ritmo de crescimento do período 2005-2009, poderá atingir a meta antes do ano previsto (2017). Para as séries finais e o nível médio, o esforço para se atingirem as metas deverá ser bem maior, pois além de as notas obtidas em 2009 serem ainda baixas, o ritmo de desempenho diminuiu entre 2007 e 2009.

Como destacado acima, o IDEB avalia rendimento escolar (aprovação) e desempenho (proficiências). No caso do Paraná, o avanço no IDEB resultou de variações positivas nessas duas dimensões. Porém, no Ensino Fundamental, a melhoria relativa foi maior em termos de evolução do desempenho (maiores notas na Prova Brasil), enquanto, no Ensino Médio, o avanço esteve relacionado principalmente às maiores taxas de aprovação. Esse resultado do Ensino Médio é, de certo modo, condizente com todo o esforço que vem sendo realizado para aumentar o acesso e a permanência dos jovens na escola, mas aponta, também, a necessidade de se alcançarem resultados mais expressivos em termos de proficiência.

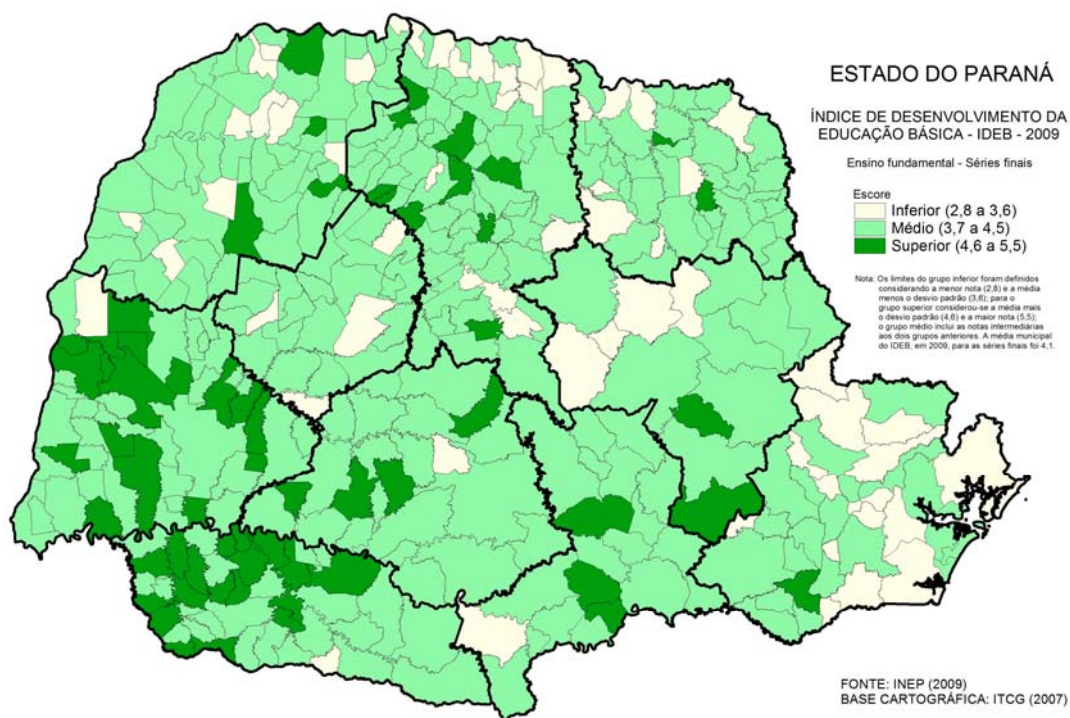
¹⁷ Disponível em: <http://portalideb.inep.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=5>.

Apesar de não haver diferenciação expressiva no desempenho da maioria dos municípios paranaenses, a nota do melhor município, nas duas etapas do Ensino Fundamental, é o dobro da mínima verificada. Os mapas 1 e 2 permitem visualizar as manchas de municípios com desempenho inferior, médio e superior. Para o Ensino Médio, o INEP não divulga as informações municipais.

MAPA 1 - CLASSIFICAÇÃO MUNICIPAL NO IDEB - SÉRIES INICIAIS - PARANÁ - 2009



MAPA 2 - CLASSIFICAÇÃO MUNICIPAL NO IDEB - SÉRIES FINAIS - PARANÁ - 2009



4 AS NECESSIDADES HABITACIONAIS NO PARANÁ¹⁸

A moradia está relacionada a muitos aspectos que compõem a qualidade de vida da população. Um padrão de habitação permite que se avalie a inserção da população em um dado contexto social tanto no que diz respeito à construção do imóvel, como em relação ao consumo de bens e serviços urbanos a ele associados.

A multiplicidade de alternativas ligadas ao domicílio faz da habitação um item imprescindível quando se avalia um determinado grupo social, permitindo a compreensão da questão social a partir de uma abordagem mais integrada dos elementos que evidenciam os enormes contrastes da sociedade brasileira.

No Brasil, são cerca de 58 milhões de domicílios, 85% deles nas áreas urbanas, e destes, 36% concentrados nas regiões metropolitanas. Os domicílios particulares permanentes urbanos abrigam mais de 80% da população brasileira, e 51% apresentam renda média familiar mensal de até 3 salários mínimos.

No Paraná encontram-se 5,9% dos domicílios brasileiros, apresentando características semelhantes às encontradas no resto do país, guardadas as magnitudes de cada região. Em 2008, eram 3.384 mil unidades domiciliares, 85,4% delas nas áreas urbanas, das quais mais de 30% concentradas na Região Metropolitana de Curitiba (RMC). Do total, 89,5% são casas, 10,4% apartamentos e menos de 0,01% cômodos.

O Paraná, onde no passado era muito comum o uso da madeira na construção de moradias, tem hoje 24,5% de seus domicílios construídos com esse material mas, como na maioria dos estados, a alvenaria é o material predominante em 74,2% das habitações. Não obstante, apresenta 41,9 mil domicílios rústicos, representando 1,2% do total.¹⁹

Como nos demais estados da Federação, os domicílios no Paraná são ocupados, em sua maioria, por proprietários. É interessante que se destaque o papel que a propriedade da moradia assume no Brasil. A fragilidade financeira a que está sujeita a maioria dos trabalhadores, aliada à instabilidade nas condições de emprego e à precariedade dos serviços básicos ofertados pelo Estado – direcionando as famílias na busca de serviços privados em geral dispendiosos para o orçamento familiar – fazem da posse do imóvel um item de seguridade social. Tanto é assim que a proporção de proprietários nas faixas de rendas menores (59%), em 2008, é quase tão elevada como nas mais altas (73%). No Paraná, 72,6% dos domicílios são próprios, sendo que 90,2% deles estão totalmente pagos e 9,8% ainda em pagamento. Essa proporção de domicílios próprios está abaixo da encontrada nos estados da Região Sul – 78,7% e 79,7% em Santa Catarina e Rio Grande do Sul, respectivamente. A posse, contudo, não assegura qualidade à habitação.

¹⁸ Elaborado por Cleide Maria Perito de Bem, socióloga da equipe do NESP/IPARDES.

¹⁹ Domicílios rústicos, segundo o IBGE, são aqueles cujas paredes não são de alvenaria ou madeiras aparelhadas.

Observa-se que o déficit habitacional do Paraná em 2007, por classe de rendimento médio mensal familiar, está concentrado na faixa até 3 salários mínimos (86,8%), alcançando 95,7% do total quando se acrescentam os domicílios com renda média mensal de até 5 salários mínimos. Considera-se déficit a necessidade de um novo domicílio, tanto para incrementar o estoque atendendo a quem não tem uma habitação, como para repor uma habitação existente mas em estado precário, que não atende às condições mínimas de habitabilidade (BRASIL, 2009).

Além do déficit, às necessidades habitacionais acrescenta-se também a inadequação dos domicílios, ou seja, aquelas moradias que para atender às condições de habitabilidade necessitam de um ou mais reparos quanto a infraestrutura, ampliação do imóvel ou regularização dos terrenos. A inadequação atinge uma parcela maior de domicílios que o montante do déficit, mas é menos oneroso às famílias porque, à exceção da ampliação, a intervenção diz respeito fundamentalmente aos investimentos públicos. No Paraná, enquanto o déficit por novas habitações nas áreas urbanas somou, em 2007, 136 mil habitações, a inadequação atingiu 640 mil domicílios com carências de infraestrutura básica. Já, na RMC o déficit, no mesmo ano, foi de 47 mil moradias e a inadequação por infraestrutura somou 56 mil. Observe-se que a relação entre déficit e inadequação por infraestrutura no Estado é substancialmente maior que a encontrada nos aglomerados metropolitanos de Curitiba, Londrina e Maringá (IPARDES, 2004), isto porque é nos grandes centros que se concentram os investimentos em infraestrutura urbana.

As tabelas 33 e 34 mostram as proporções das inadequações habitacionais no Paraná e na RMC, detalhando sua composição e sua distribuição entre as faixas de renda. Observa-se que o déficit, tanto numa como noutra unidade geográfica, concentra-se nas faixas de população com renda mensal até 3 salários mínimos. Já, no que se refere à inadequação sua presença, embora maior para essa faixa de renda, é significativa também para faixas de maior renda, evidenciando o quanto o problema da inadequação está associado aos investimentos do Estado.

TABELA 33 - SÍNTESE DOS INDICADORES DAS NECESSIDADES HABITACIONAIS - PARANÁ - 2007

NECESSIDADES HABITACIONAIS	CLASSES DE RENDA MENSAL FAMILIAR (salário mínimo)				TOTAL
	Até 3	>3 até 5	>5 até 10	>10	
Domicílios particulares permanentes urbanos	43,0	24,1	19,9	13,0	100,0
Déficit habitacional urbano	86,8	8,9	2,9	1,4	100,0
Por coabitação	85,8	9,3	2,9	2,0	100,0
Inadequação					
Adensamento urbano excessivo	72,4	13,6	10,5	3,5	100,0
Inadequação fundiária	49,4	23,8	19,7	7,1	100,0
Cobertura inadequada	55,9	29,4	9,6	5,1	100,0
Sem banheiro exclusivo	88,0	10,7	0,0	1,3	100,0
Por infraestrutura - energia elétrica, água, esgoto e lixo	57,6	25,4	12,5	4,5	100,0

FONTE: MCIDADES/SNH - Déficit Habitacional no Brasil (2007)

TABELA 34 - SÍNTESE DOS INDICADORES HABITACIONAIS - REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA - 2007

NECESSIDADES HABITACIONAIS	CLASSES DE RENDA MENSAL FAMILIAR (salário mínimo)				
	Até 3	>3 até 5	>5 até 10	>10	TOTAL
Domicílios particulares permanentes urbanos	33,3	24,1	25,7	16,9	100,0
Déficit habitacional urbano	80,3	12,0	6,0	1,7	100,0
Por coabitação	79,7	10,9	6,4	3,0	100,0
Inadequação					
Adensamento urbano excessivo	60,0	17,6	20,0	3,3	100,0
Inadequação fundiária	40,5	27,0	25,7	6,8	100,0
Cobertura inadequada	57,2	31,4	5,7	5,7	100,0
Sem banheiro exclusivo	76,2	19,0	0,0	4,8	100,0
Por infraestrutura - energia elétrica, água, esgoto e lixo	92,6	7,4	0,0	0,0	100,0

FONTE: MCIDADES/SNH - Déficit Habitacional no Brasil (2007)

A ausência de infraestrutura, como já foi dito, é a principal variável da inadequação domiciliar no Paraná e, entre os componentes dessa inadequação, o principal é a ausência de saneamento adequado. Em 2003, cerca de 30% dos domicílios não eram atendidos por rede geral de esgoto nem dispunham de fossa séptica, formas aceitáveis de despejo de dejetos, proporção esta que atinge cerca de 25% dos domicílios em 2008. Deve-se ressaltar que, não obstante haja ligação à rede coletora, a PNAD não discrimina a rede coletora de esgoto da rede de águas pluviais, como também não indica a proporção de esgoto que é tratada. A Região Sul apresenta nessa questão situação um pouco mais favorável, mas é interessante notar que embora a proporção de domicílios não atendidos adequadamente tenha diminuído, em números absolutos aumentou o número de domicílios nessa condição (tabela 35).

TABELA 35 - DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES URBANOS, SEGUNDO A EXISTÊNCIA OU NÃO DE INFRAESTRUTURA - PARANÁ E REGIÃO SUL - 2003/2008

UNIDADE GEOGRÁFICA/ ANO	DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES											
	TOTAL	Com Abast. Energia Elétrica	%	Abast. de Água por Rede Geral	%	Abast. de Água por Rede Geral sem Canalização Interna	%	Sem Rede de Esgoto ou Fossa Séptica	%	Com Coleta de Lixo	%	
Paraná												
2003	2.980.644	2.938.425	98,58	2.538.341	85,16	85.619	2,87	966.839	32,44	2.597.459	87,14	
2008	3.384.741	3.358.428	99,22	2.920.629	86,29	43.591	1,29	878.426	25,95	3.044.366	89,94	
Região Sul												
2003	7.987.699	7.882.401	98,68	6.587.918	82,48	187.997	2,35	1.872.538	23,44	6929631	86,75	
2008	8.993.253	8.940.106	99,41	7.533.837	83,77	120.041	1,33	1.969.607	21,90	8159709	90,73	

FONTE: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003, 2008)

O atendimento com energia elétrica é o mais frequente e crescente, tanto no Paraná como na Região Sul, atingindo praticamente todos os domicílios.

Já, com relação ao abastecimento de água por rede geral, mais de 85% dos domicílios paranaenses contam com esse serviço desde 2003. No entanto, parte deles não

conta com canalização interna, quase 3% do total de domicílios em 2003, reduzindo-se a 1,2% em 2008. Na Região Sul essas proporções são ligeiramente menores: tanto os domicílios atendidos por rede geral como os sem canalização interna.

Observa-se finalmente, com relação à coleta de lixo, que a situação melhora entre 2003 e 2008, tanto no Paraná como na Região Sul, rapidamente se aproximando de 90% de atendimento, índice que poderá ser ligeiramente superior quando se excluírem do total os domicílios rurais.

A política habitacional no Brasil, desde a criação do BNH, não tem dado conta de superar a problemática da escassez de moradia da população, ainda que os recursos do Sistema Financeiro da Habitação tenham sido importantes para financiar a estruturação e o crescimento das cidades brasileiras. A demanda por habitação das famílias, notadamente as de baixa renda, não tem sido atendida mesmo quando é alvo das políticas de governo, e o déficit por habitações não tem cessado de crescer, ainda que com oscilações ora para mais ora para menos.

Enquanto a população brasileira expandiu-se em 8,4% no período 2000-2007, a expansão do déficit habitacional no mesmo período foi de 0,89%. No mesmo período, a expansão da população no Paraná foi de 7,5% enquanto o déficit apresentou expansão de 2,5%. Já, a expansão da população urbana paranaense foi de 11,2% para uma ampliação do déficit de 6,6%. Na RMC, por sua vez, a população cresceu 13,6% e o déficit 22,4%. O déficit do conjunto de regiões metropolitanas no Brasil foi de 13,1% entre 2000 e 2007 (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2006b; BRASIL, 2009).

A necessidade de remuneração do capital utilizado na construção dos imóveis, entre outras questões típicas de mercado, impediu à população pobre o acesso à moradia adequada. Os dados disponíveis permitiram identificar que o déficit habitacional persiste porque está concentrado nas faixas de renda de até 3 salários mínimos. Essa faixa de renda compõe a parcela da demanda não-solvável, que não cumpre os requisitos que lhe permitem o acesso ao crédito. Tanto é assim que o tamanho do déficit no país é levemente menor que o total de habitações vagas no mercado. No ano 2000, por exemplo, o déficit habitacional era de 5.890 mil habitações, e o estoque de domicílios vagos era de 6.030 mil, sendo 73,7% deles nas áreas urbanas, justamente onde o déficit era mais expressivo. O problema habitacional no Brasil, portanto, é uma questão de renda e não de simples oferta de produto.

Sob essa perspectiva do déficit, o primeiro marco importante de intervenção se deu nos anos 90 com a criação do Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social, pelo Projeto de Lei 2.700/92. A lei se mostrou um tanto inócua porque não regulamentou as bases dos recursos a serem destinados a essa faixa da demanda, impasse sanado com a criação do Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social (FNHIS), em 2005, propondo a divisão do sistema em dois subsistemas, o de mercado e o de interesse social. A partir daí, inúmeras ações de política foram estabelecidas, inclusive o programa Minha Casa, Minha Vida, concebido inclusive como um programa anticíclico, voltado para a manutenção da atividade econômica e do emprego.

Uma avaliação dessa e de outras medidas observadas para esse segmento na presente década ainda é prematura – quiçá, a partir dos resultados do Censo Demográfico do IBGE de 2010, isto seja possível. No entanto, antecipa-se a ideia de que uma correlação positiva ou não entre as novas políticas e o déficit habitacional estará diretamente associada ao uso correto dos recursos, uma vez que os números demonstram com clareza que a faixa de intervenção, aquela onde o déficit está concentrado, é a parcela da população pobre com renda mensal familiar de até 3 salários mínimos e alvo do destino de uma parte significativa dos recursos habitacionais nos anos mais recentes.

5 PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA E A REDUÇÃO DA POBREZA²⁰

Com o objetivo de inserir a discussão de aspectos que vêm caracterizando a queda atual da pobreza, enfatizam-se aqui as especificidades dos programas sociais de transferência de renda como um dos determinantes dessa queda. Para isso, serão analisados de forma breve os principais programas sociais que têm como objetivo atender crianças, adolescentes, idosos e pessoas portadoras de deficiência, com risco de vulnerabilidade social.

Como se sabe, a pobreza no Brasil é resultado de seu processo de desenvolvimento e decorre da histórica desigualdade regional e social. Existe uma parcela da população de baixa renda que vive em condições inadequadas, excluída da distribuição de riqueza do país. De acordo com a Constituição de 1988, a situação da pobreza no país foi reconhecida como responsabilidade do Estado. Para tanto, a Política de Assistência Social, cuja espinha dorsal é a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), aprovada em 1993, estabeleceu as diretrizes e princípios para a Política Nacional de Assistência Social, na qual se reconhecem os direitos sociais e universais como política não-contributiva que dá garantia aos mínimos sociais.

O desafio é discutir a assistência social como política pública enquanto um direito social e de inclusão, retomando o papel das políticas sociais como instrumento de enfrentamento da questão da pobreza. Entretanto, romper com a indiferença, a naturalização e a reprodução das desigualdades exige medidas que favoreçam os padrões de equidade social.

Observa-se que nas classes de baixa renda os grupos mais vulneráveis são as crianças e adolescentes, os quais devido à exclusão social crescem sem ter acesso a condições sociais básicas no seu cotidiano. Essa desigualdade provoca o crescimento das crianças e jovens sem preparo para o mercado de trabalho, principalmente como consequência da falta de educação, alimentação inadequada, moradias precárias e uma sequência de situações de risco, como as ligadas à violência. Também em relação aos idosos, os benefícios assistenciais têm garantido a proteção dessa população. Nesse sentido, os programas de transferência de renda pretendem garantir os mínimos sociais e

²⁰ Elaborado por Eloise Helene Hatschbach Machado, economista da equipe do NESP/IPARDES.

gerar oportunidades de inserção social, configurando um cenário favorável de futuro, na perspectiva da emancipação, pela inserção de condicionalidades em sua concessão.

Como citado e com base em evidências empíricas (IPEA, 2010f), a desigualdade social no Brasil apresenta uma diminuição nos últimos anos, mas continua acentuada, considerando-se os níveis históricos. Ao que tudo indica, parte desta queda vincula-se ao sistema de proteção social que apresentou um aperfeiçoamento dos programas de transferência de renda, implementados em todo o Brasil, contribuindo para a redução da pobreza e objetivando uma maior igualdade de oportunidades.

De acordo com dados do IPEA (IPEA, 2010f), quando se analisa a participação das transferências nos rendimentos da população do país, observa-se que para a faixa dos mais pobres houve uma mudança até 2008, alcançando 25% da renda domiciliar *per capita* no Brasil, enquanto em 1978 o percentual era de 7 pontos nessa faixa dos mais pobres.

Na tabela 36, constata-se o peso das transferências na composição dos rendimentos familiares no país em 2008, que atinge 19,3% de participação, verificando-se um aumento expressivo entre 1988 e 1998, com o acréscimo de benefícios assistenciais como Bolsa Escola e Benefício de Prestação Continuada (BPC). O BPC substituiu, a partir de 1996, a Renda Mensal Vitalícia (RMV), criada em 1974 e extinta a partir de janeiro de 1996, mantendo apenas os beneficiários que já tinham o direito adquirido.

TABELA 36 - PARTICIPAÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS NOS RENDIMENTOS FAMILIARES - BRASIL - 1978/2008

ANO	PARTICIPAÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS (%)
1978	8,1
1988	9,5
1998	15,6
2008	19,3

FONTES: IPEA, IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

NOTA: Considera-se aqui, como transferências, o total de recursos financeiros que o setor público concede ao setor privado sem receber qualquer contrapartida, incluindo-se o conjunto das transferências assistenciais e previdenciárias.

Como foi dito anteriormente, o Paraná em 2008 alcançou 15,8% de participação dessas transferências no total de rendimentos do Estado (na Região Sul, pode-se citar Santa Catarina, com 17,6%, e o Rio Grande do Sul, com 22,6% de participação), mas abaixo do percentual do Brasil (19,3%), observando um dinamismo econômico e social diferenciado em relação a outros estados, que possuem uma dependência maior em relação às transferências de renda, devido às altas taxas de pobreza.

Os estudos apontam que os programas de transferência de renda Bolsa Família²¹ (BF), Benefício de Prestação Continuada (BPC) e Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) foram determinantes na redução da pobreza, mas ainda encontram limites que esbarram em fenômenos estruturais. Essas transferências não estão vinculadas à contribuição prévia das famílias que usufruem o benefício, embora apresentem condicionais para sua obtenção.

Vale ressaltar que os recursos dos benefícios de transferência de renda possuem diferença legal e orçamentária. Enquanto o BPC possui garantia constitucional (art. 203 CF), o Bolsa família e o PETI são programas de governo. Assim, os recursos do BPC são disponibilizados pelo Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) e não podem ser objeto de limitações de pagamento, enquanto os demais estão previstos no orçamento do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, através de secretaria exclusiva.

Entre os programas focalizados, o Bolsa Família é o mais significativo atualmente, como iniciativa pública instituída para combater a fome e promover as famílias em situação de pobreza, vulnerabilidade e risco. Outro fator a destacar se refere à melhoria da renda dos indivíduos e famílias, que potencializam as atividades econômicas locais das comunidades que sustentam o município, contribuindo para o rompimento da dependência, mobilizando a comunidade e os agentes econômicos locais e promovendo o desenvolvimento local sustentável. O programa segue três eixos estratégicos: transferências de renda (que visam ao alívio imediato da pobreza), condicionalidades e programas complementares (que visam à superação da situação de pobreza). As condicionalidades, na área de saúde e educação, são assumidas tanto pelas famílias beneficiárias do BF quanto pelo setor governamental, como compromisso para o acesso aos direitos básicos das famílias.

Na área da saúde as famílias assumem o compromisso de apresentar o cartão de vacinação e acompanhar o crescimento/desenvolvimento das crianças de até seis anos, bem como as mulheres na gravidez devem realizar o exame pré-natal e o acompanhamento do bebê.

Na condicionalidade referente ao acompanhamento da educação, todas as crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos devem estar matriculados e ter frequência escolar mínima de 85% da carga horária; e os adolescentes entre 16 e 17 anos devem ter frequência mínima de 75%. Com o cumprimento dessas condicionalidades, é possível associar renda, acesso e permanência na educação básica, acesso do núcleo familiar na rede de saúde e afastamento das crianças do trabalho infantil.

²¹ O programa Bolsa Família foi criado pela Lei n.º 10.836, de 9 de janeiro de 2004. O PETI foi criado em 1996, e os benefícios são concedidos conforme a renda e a composição da família. Em 28 de dezembro de 2005, o Governo Federal integrou os dois programas, pois identificou objetivos similares, quais sejam, o combate à pobreza e a erradicação do trabalho infantil e de adolescentes. O BPC previsto no art.º 20 da Lei n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993, é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com idade de 65 anos ou mais, que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção. (MDS).

Os programas complementares podem ser implementados em diversas áreas: formação de microempreendimentos, concessão ou reforma de unidade habitacional, proteção e acesso à cultura, emissão de documentos, etc. Nesse sentido, pode-se dizer que a articulação dos beneficiários do BF com outros programas governamentais aumenta a possibilidade de se reduzirem as desigualdades, devido à oferta de oportunidades.

As famílias beneficiárias são atendidas de acordo com critérios definidos por lei, selecionadas e cadastradas no CADÚNICO.²² O número de benefícios depende da composição familiar e da faixa etária; ou seja, de 0 a 15 anos, o teto dos benefícios é de até três benefícios por família, e para adolescentes de 16 a 17 anos que estejam na escola, o teto é de até dois benefícios.

O Bolsa Família possui instrumentos de controle, auditoria e monitoramento das condicionalidades e aperfeiçoamento de dados, aumentando a transparência e gerando um acompanhamento contínuo. Estes mecanismos melhoram a fiscalização e a focalização do programa. Outra preocupação refere-se aos erros de exclusão, que são famílias que deveriam ser beneficiadas, mas não estão incluídas no Cadastro Único, e também aos erros de focalização de beneficiários que recebem o benefício e não têm o perfil adequado. Essa identificação é importante para o mapeamento da pobreza.

O Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) criou um Sistema de Gestão de Condicionalidades (SICON), que tem como objetivo elevar o grau de efetivação dos direitos sociais. Assim, a gestão do programa também é avaliada com base no Índice de Gestão Descentralizada (IGD),²³ que varia entre 0 e 1 e demonstra a qualidade do desempenho do programa no município, além de revelar o compromisso assumido pelos estados e municípios na sua adesão ao programa. O IGD vincula o repasse dos recursos para gestão do programa, inclusive com relação à manutenção e atualização cadastral. O repasse de recursos varia conforme o valor assumido pelo IGD, e quanto maior o IGD, ou seja, mais próximo de 1, maior será o valor repassado ao município, significando que este investiu na melhoria da gestão, tanto nas ações de cadastramento das famílias como no acompanhamento das condicionalidades (saúde e educação) e ações complementares, produzindo ganhos de atendimento às demandas locais. Conforme dados do MDS, o IGD-E do Estado do Paraná, em maio de 2010, era de 0,75.

Na tabela 37, pode-se observar como os componentes desse indicador contribuem para o cálculo do IGD. De acordo com o MDS, que segue alguns critérios, o município que

²² Cadastro Único – Cadúnico é um instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras com baixa renda. Dessa forma, o número de famílias cadastradas no Cadúnico é maior que a quantidade de famílias beneficiadas pelo programa Bolsa Família, já que outros programas sociais utilizam como fonte o cadastro. Cabe destacar que o cadastro não tem uma data definida para atualização, embora deva ser atualizado a cada dois anos, e refere-se a diferentes períodos de coleta, o que implica uma limitação como referência estatística. (MDS).

²³ O IGD foi criado em 2006, mas com a medida provisória n.º 462, de 14 de maio de 2009, alterou-se sua legalidade, passando de Portaria para Lei Federal.

não atingir valor mínimo de 0,2 em cada componente do IGD-M, tem seu recurso bloqueado, mesmo que seja apenas em um componente. Nesse sentido, mensalmente são bloqueados os recursos destinados a diversos municípios em razão da falta de comprometimento em atingir a meta do programa. O valor mínimo do IGD-E estabelecido para os estados é 0,55, mas não acontece o corte do recurso, porque um município compensa o outro, no caso de algum deles não atingir o valor mínimo.

TABELA 37 - COMPONENTES DO IGD-E NO ESTADO DO PARANÁ - 2010

COMPONENTES	ÍNDICE
Condicionalidades	
Educação	0,89
Saúde	0,71
Cadastro	
Cobertura/Qualificação	0,71
Atualização Cadastral	0,70

FONTE: MDS (2010)

Esses recursos são repassados mensalmente do Fundo Nacional de Assistência Social para o Fundo de Assistência do Município. Podem ser gastos com a gestão do programa, com a gestão das condicionalidades, dos benefícios, implementação de programas complementares e atividades ligadas ao acompanhamento técnico e operacional do programa.

Na tabela 38, observa-se o número de municípios paranaenses que não atingiram os índices mínimos estabelecidos do IGD-E por componente. Esses municípios podem aprimorar a qualidade da gestão das ações locais, com o cumprimento das metas e o melhor atendimento aos usuários.

TABELA 38 - NÚMERO DE MUNICÍPIOS COM VALORES DOS COMPONENTES DO CÁLCULO DO IGD-E QUE NÃO ATINGIRAM O ÍNDICE MÍNIMO ESTABELECIDO PELO MDS, SEGUNDO QUANTIDADE DE MUNICÍPIOS - PARANÁ - 2010

COMPONENTES/VALORES MÍNIMOS	QUANTIDADE DE MUNICÍPIOS
Acompanhamento Escolar (inferior a 0,75)	5
Acompanhamento da Ag. e Saúde (inferior a 0,60)	56
Cobertura/Qualificação de Cadastros (inferior a 0,80)	188
Atualização Cadastral (inferior a 0,80)	300

FONTE: MDS (2010)

Vale ressaltar que os valores mínimos para todos os estados é estabelecido pelo MDS. No caso do Paraná, os valores alcançados nos componentes do IGD-E descritos na tabela 37 diferem da tabela 38, porque esta apresenta os valores somados de todos os municípios, e um município compensa o outro, no caso de algum município não atingir o mínimo estabelecido, sendo os valores apresentados no total.

Na tabela 38, percebe-se que 300 municípios não conseguiram atingir o valor mínimo de 0,80 no componente atualização cadastral, ou seja, não conseguiram manter suas bases operacionais atualizadas nos 24 meses anteriores à última atualização ou inclusão de famílias no CADÚNICO, comprometendo a avaliação e o monitoramento dos programas. Também em relação ao cadastro, é possível identificar que é significativo o número de municípios que não atingiram o valor mínimo de 0,80 neste componente, ou seja, não atualizaram a quantidade de famílias com cadastro válido em relação à estimativa de famílias de baixa renda, sendo no total 188 municípios.

Na análise das transferências de renda no Estado do Paraná, a comparação entre a proporção de famílias beneficiárias dos vários tipos de programas sociais inscritas no cadastro único permite observar que houve um acréscimo no total de famílias cadastradas e também um aumento no atendimento das famílias beneficiárias entre 2008 e 2009 (tabela 39). Em decorrência desse aumento, gerou-se um complemento da renda para mais famílias, contemplando aproximadamente metade das famílias cadastradas. Vale ressaltar que não são todos os cadastrados que são atendidos, devido a critérios estabelecidos nos diversos programas. Os cadastros válidos precisam estar de acordo com critérios predefinidos.

TABELA 39 - PROPORÇÃO DE FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS NOS DIVERSOS PROGRAMAS SOCIAIS EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE CADASTRADOS NO CADÚNICO - PARANÁ - 2008-2009

ANO	TOTAL DE FAMÍLIAS CADASTRADAS (A)	TOTAL DE FAM. BENEFICIÁRIAS (B)	B/A (%)
2008	922.669	433.651	46,9
2009	967.252	482.335	49,8

FONTES: MDS/SNRC/CAIXA

NOTA: Mês de referência julho/2010.

Continuando a análise dos programas sociais, pode-se acompanhar na tabela 40 o histórico do Bolsa Família, no Paraná, de 2005 a 2008. Como foi dito anteriormente, o Bolsa Família é o programa de transferência de renda mais importante atualmente, e como o programa unificou os programas sociais anteriores (Bolsa Escola, Auxílio Gás, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação), os resultados dessa continuidade mudaram o rendimento das famílias brasileiras mais pobres, reduzindo a pobreza absoluta.

TABELA 40 - PROPORÇÃO DE FAMÍLIAS ATENDIDAS PELO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM RELAÇÃO AO TOTAL DE FAMÍLIAS POBRES NO PARANÁ - 2005-2008

ANO	FAMÍLIAS ATENDIDAS NO BOLSA FAMÍLIA (A)	NÚMERO DE FAMÍLIAS POBRES QUE RECEBEM ATÉ ½ SALÁRIO MÍNIMO PER CAPITA MENSAL (B)	A/B (%)
2005	447.186	1.168.838	38,3
2006	452.172	1.141.786	39,6
2007	410.885	1.017.595	40,4
2008	367.247	916.445	40,1

FONTES: IBGE - Censo Demográfico (2000) e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2004, 2006, 2007, 2008), MDS/SAGI

Observa-se que houve aumento no número de famílias pobres atendidas, no período 2005-2006, com posterior redução nesse atendimento. A variação no percentual de atendimento teve seu ponto máximo situado em 40,4%, no ano de 2007.

Essa estimativa de famílias pobres foi obtida a partir dos dados das PNAD e considerou como pobres as famílias com filhos até 17 anos e renda de até meio salário mínimo *per capita* mensal. Teoricamente, esse critério de renda é considerado para o atendimento do Bolsa Família, e por esse critério cerca de 40% das famílias pobres paranaenses estão sendo atendidas pelo programa. As variações na proporção de famílias beneficiárias podem ser motivadas, por exemplo, por cancelamento dos cadastros que muitas vezes não atendem às condicionalidades exigidas pelo programa, ou até mesmo por melhorias na renda familiar no período.

Outro programa social de transferência de renda, o BPC, atende aos idosos com idade de 65 anos ou mais sem condições de sobrevivência, e às pessoas portadoras de deficiência, incapacitadas para a vida independente e para o trabalho. Na tabela 41, pode-se acompanhar a evolução no número de beneficiários entre 2004 e 2009, demonstrando que a concessão do benefício aumentou sistematicamente ao longo do período. Esses números sugerem uma associação com o aumento da longevidade da população, que vem conquistando grandes avanços nos últimos anos, em função da redução da mortalidade e melhoria das condições de vida em geral, bem como melhorias na gestão do programa e na sua capacidade de identificação de beneficiários.

TABELA 41 - TOTAL DE BENEFICIÁRIOS DO BPC POR COMPONENTE - PARANÁ - 2004-2009

ANO	TOTAL DE BENEFICIÁRIOS DO BPC	IDOSOS	DEFICIENTES
2004	99.468	47.026	52.442
2005	110.290	52.612	57.678
2006	121.224	57.708	63.516
2007	132.245	62.651	69.594
2008	144.445	67.867	76.578
2009	154.271	72.482	81.489

FONTE: MDS/SAGI (2010)

Na análise dos deficientes incapacitados para o trabalho e beneficiários do BPC, pode-se verificar na tabela 41 que aumentou o número de deficientes que recebem o BPC no período 2004-2009. Como razão para isso pode-se pensar no aprimoramento dos instrumentos de coleta, que registram de forma mais precisa essa população. No entanto, vale observar que a informação “deficientes com incapacidade para o trabalho”, que é o público-alvo do BPC/Deficientes, não é coletada pelo Censo Demográfico e/ou PNAD. Nesse sentido, não é possível estabelecer uma relação precisa entre a população de deficientes com renda familiar *per capita* de até um quarto de salário mínimo, que é o critério de renda para receber o benefício, com o total de beneficiários.

Na tabela 42, pode-se calcular a proporção de população idosa que recebe o benefício, em relação ao total da população de 65 anos ou mais com renda familiar *per capita* mensal de até ¼ de salário mínimo, verificando-se o aumento tanto da população idosa de 2004 a 2008 como dos beneficiários. Porém, a tabela indica uma proporção de beneficiários que extrapola em muito a clientela indicada pelas estatísticas, e deste fato pode-se inferir que ocorre um erro de focalização que extrapola o universo. Cabe lembrar que a identificação de beneficiários para o BPC é extraída dos Cadastros do INSS e não do CADÚNICO.

TABELA 42 - PROPORÇÃO DE IDOSOS QUE RECEBEM O BPC EM RELAÇÃO AO TOTAL DA POPULAÇÃO COM 65 ANOS OU MAIS COM RENDA MENSAL FAMILIAR *PER CAPITA* DE ATÉ ¼ DE SALÁRIO MÍNIMO - PARANÁ - 2004/2008

ANO	POP. TOTAL COM 65 ANOS OU MAIS (A)	POP. ATENDIDA PELO BPC/ IDOSO (B)	B/A (%)
2004	3.550	47.026	132,5
2007	8.255	62.651	758,9
2008	9.680	67.867	701,1

FONTES: MDS/SAGI, IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2004/2007/2008)

O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) atende a crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 6 anos, em que a família recebe o benefício sem a obrigação de frequência à ação socioeducativa de convivência. Atende também aos jovens de 7 a 15 anos, envolvidos precocemente no trabalho, em atividades consideradas como trabalho infanto-juvenil, mas neste caso o recebimento do benefício está vinculado à frequência em atividades de convivência no contraturno. A tabela 43 indica que a proporção de crianças e jovens de 5 a 15 anos ocupadas, em relação à população com idade inferior a 15 anos, decresceu de 6,3% em 2005 para 4,2% em 2009. Também se observa a proporção de beneficiários do PETI em relação às crianças e jovens ocupados. Percebe-se que a proporção de atendimento se ampliou de 27% para 37% no período considerado, mesmo havendo redução no número de beneficiários do programa, assim como de crianças ocupadas.

TABELA 43 - PROPORÇÃO DE PESSOAS OCUPADAS E CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE RECEBEM O PETI EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO TOTAL - PARANÁ - 2005/2009

ANO	POPULAÇÃO TOTAL DE 0 A 15 ANOS NO PR (A)	PESSOAS DE 5 A 15 ANOS OCUPADAS (B)	BENEFICIÁRIOS DO PETI (C)	B/A (%)	C/A (%)
2005	2.831.258	176.976	48.433	6,3	27,4
2009	2.668.606	111.328	38.329	4,2	34,4

FONTES: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2005/2009), MDS/SAGI

Segundo estudos demográficos, a população infanto-juvenil diminuiu, mas o trabalho nessa faixa de idade, embora decrescente no Estado, continua sendo um grande problema social. Assim, programas sociais como o PETI são importantes não só no sentido de reprimir o trabalho infanto-juvenil, mas também cumprem um papel na ajuda financeira às famílias que acabam enviando os filhos à escola, buscando também as atividades de contraturno para as crianças envolvidas.

Este segmento – o trabalho infanto-juvenil²⁴ – representa um desafio contínuo ao governo e à sociedade. As soluções exigidas, a curto prazo, devem partir prioritariamente do conhecimento da complexidade dos problemas sociais, que derivam das frágeis condições das famílias diante da impossibilidade de oferecer a seus filhos condições de desenvolvimento dentro de padrões socialmente aceitáveis.

A entrada em vigor do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, e o apoio da OIT/PEC e da UNICEF têm atenuado o problema de maneira perceptível, desde então. A atuação combinada do Governo Federal, estados e municípios vem transformando em ações concretas a intervenção nessa área. Mas para a erradicação do trabalho infanto-juvenil é necessário que instituições governamentais e não-governamentais venham fortalecer a estrutura de funcionamento da assistência social e de redes de serviços socioassistenciais, com foco prioritário na família, assim como políticas e compromissos de apoio a esse segmento da sociedade, de forma a não comprometer física e psicologicamente uma geração de crianças e adolescentes, resultando em custos muito elevados para a sociedade.

Outro aspecto, analisado na tabela 44, refere-se aos programas sociais Bolsa Escola, Auxílio Gás, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação, que foram unificados ao Bolsa Família ao longo dos últimos anos. Como se pode observar, desde 2004 esses benefícios foram gradativamente diminuindo, passando as famílias beneficiárias a receber somente o Bolsa Família. Nesse sentido, percebe-se que o impacto das transferências de renda já era positivo sobre as condições de vida das famílias.

TABELA 44 - FAMÍLIAS BENEFICIADAS COM PROGRAMAS SOCIAIS: BOLSA ESCOLA, AUXÍLIO GÁS, BOLSA ALIMENTAÇÃO E CARTÃO ALIMENTAÇÃO NO PARANÁ - 2004-2009

ANO	BOLSA ESCOLA	AUXÍLIO GÁS	BOLSA ALIMENTAÇÃO	CARTÃO ALIMENTAÇÃO
2004	156.222	313.006	3.427	312
2005	83.274	190.073	2.027	279
2006	4.321	55.716	380	91
2007	284	19.631	6	48
2008	19	14.301	0	35
2009	0	-	0	18

FONTE: MDS/SAGI (2010)

Para concluir, cabe mencionar os programas estaduais voltados para a população mais pobre. Todo esse conjunto de programas, tanto federais como estaduais e mesmo alguns municipais, volta-se para uma mesma clientela, permitindo uma melhoria em suas condições de vida.

O Programa do Leite do governo estadual, que vigora desde 2003 e que em julho de 2010, segundo a Unidade Gestora do Programa – Leite das Crianças, atendeu a 152,7 mil

²⁴ O Brasil ratificou as Convenções Internacionais número 138 (idade mínima para início de trabalho) e 182 (proibição das piores formas de trabalho infantil), ambas da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

crianças no Paraná, tem como objetivo reduzir a desnutrição infantil de crianças de 6 a 36 meses, atender gestantes e nutrizes com renda baixa, bem como apoiar os pequenos produtores de leite.

Também o Programa Luz Fraterna, que foi lançado em 2003, atende às famílias de baixa renda inscritas no CADÚNICO, com baixo consumo de energia elétrica, que ficam isentas da tarifa. Em 2008, foram atendidas em torno de 200 mil famílias e cerca de 1 milhão de pessoas foram beneficiadas.

Pode-se citar ainda o Programa Tarifa Social da Água, em vigor desde 2004, voltado para fornecer um subsídio sobre o consumo excedente para as famílias com consumo de até 10m³/mês, por pessoa residente em imóveis residenciais de até 70m². Em 2008, o programa atendeu a 271 mil famílias, beneficiando-as com o pagamento de tarifa reduzida pelos serviços de saneamento, complementando assim sua renda familiar.

Como foi visto, pode-se dizer que o avanço social ocorrido no Paraná com o aperfeiçoamento das políticas de proteção social implementadas é significativo para a melhoria do quadro social apresentado, mas insuficiente para sustentar a queda da desigualdade social das famílias e o rompimento com o ciclo da pobreza entre gerações.

Uma solução a curto prazo é complexa, pois depende de diversas condições, como: vontade política, compromisso com direitos sociais, política econômica mais eficiente, uso racional de recursos e continuidade das políticas específicas sociais, além do combate às diferentes formas de discriminação social de alguns segmentos. Nesse sentido, o estabelecimento de uma agenda social, articulada com a política econômica, que leve em consideração a natureza demográfica e social local, e com as características das famílias, pode gerar uma maior equidade de oportunidades.

Os grandes desafios que se colocam para as políticas sociais para os próximos anos são:

- Usar racionalmente os recursos públicos;
- Tornar efetiva a redução da pobreza;
- Coordenar e articular as ações entre os setores políticos e a gestão dos programas, para as três esferas de governo;
- Promover a parceria entre as entidades governamentais envolvidas e a sociedade civil organizada.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, Marta. **Estado federativo e políticas sociais**: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAFESP, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Disponível em:
<<http://www.portal.mec.gov.br/inep/investimento>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de procedimentos do Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional da Saúde, 2001. Disponível em:
<<http://www.ms.datasus.gov.br>>.

BRASIL. Ministério da Saúde/SVS/DASIS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Brasília. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/svs>>. 2009.

BRASIL. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Habitação. **Déficit habitacional no Brasil 2007**. Belo Horizonte: FJP, 2009. Projeto PNUD-BRA-00/019 - Brasil - BID.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Disponível em:
<<http://www.mds.gov.br>>.

CASTRO, Jorge Abrahão de; AQUINO, Luseni Maria C. de; ANDRADE, Carla Coelho de (Org.). **Juventude e políticas sociais no Brasil**. Brasília: IPEA, 2009.

CASTRO, Jorge Abrahão de; RIBEIRO, José Aparecido Carlos (Org.). **Situação social brasileira 2007**. Brasília: IPEA, 2009.

DIAS, Maria Luiza M. S. Marques. **Limites e possibilidades de uso das informações do Cadastro Único para programas sociais do Governo Federal**. Curitiba: IPARDES, 2009. (Primeira versão, n, 9).

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Centro de Estatística e Informações. **Déficit habitacional no Brasil 2005**. Belo Horizonte: FJP, 2006a. Projeto PNUD-BRA-00/019 - Brasil - BID.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Centro de Estatística e Informações. **Déficit habitacional no Brasil**: municípios selecionados e microrregiões geográficas. 2. ed. Brasília: [s.n.], 2006b. Projeto PNUD-BRA-00/019 - Brasil - BID.

IBGE. **Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br>>.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios** - de microdados. 2003 a 2008. Rio de Janeiro, 2003 - 2008.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2007. Rio de Janeiro. 2007.

IPARDES. **Atlas das necessidades habitacionais no Paraná**. Curitiba, 2004.

IPARDES. **Famílias pobres no Paraná**. Curitiba, 2003.

IPARDES. **Mapa do trabalho infanto-juvenil no Paraná**. Curitiba, 2007.

IPEA. **A evolução recente dos rendimentos do trabalho e o papel do salário mínimo.** Brasília, maio 2010a. (Comunicados do IPEA, 49).

IPEA. **Desigualdade da renda no território brasileiro.** Brasília, ago. 2010b. (Comunicados do IPEA, 60).

IPEA. **Dimensão, evolução e projeção da pobreza por região e por estado no Brasil.** Brasília, jul. 2010c. (Comunicados do IPEA, 58).

IPEA. Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br/temas/social/educação>>. 2003-2004-2005-2006-2007.

IPEA. **PNAD 2009 – primeiras análises:** situação da educação brasileira – avanços e problemas. Brasília, nov. 2010d. (Comunicados do IPEA, 66).

IPEA. **Pobreza, desigualdade e políticas públicas.** Brasília: jan. 2010e. (Comunicados da Presidência, 38).

IPEA. **Previdência e assistência social:** efeitos no rendimento familiar e sua dimensão nos estados. Brasília, jul. 2010f. (Comunicados do IPEA, 59).

POLÍTICAS SOCIAIS: acompanhamento e análise – edição especial 1995-2005, Brasília: IPEA, n. 13, 2006.

POLÍTICAS SOCIAIS: acompanhamento e análise – vinte anos de constituição federal. Anexo estatístico,. Brasília: IPEA, n. 17, 2009.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. RIPSAs. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RIBEIRO, Carmem R.; DIAS, Maria Luiza M. S. Marques; IGNÁCIO Sérgio; FOERSTER, Arion C. Regionalização em saúde e procedimentos hospitalares: uma abordagem metodológica. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, Curitiba: IPARDES, n. 109, p. 81-118, jul./dez. 2005.

RIOS NETO, Eduardo Luiz Gonçalves et al. **Análise da evolução de indicadores educacionais no Brasil:** 1981 a 2008. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar., 2010. (Texto para discussão, n. 386).

SINGLY, François de. **Sociologia da família contemporânea**, Rio de Janeiro: FGV, 2007.

TAFNER, Paulo. Previdência no Brasil: debates e desafios. **Sinais Sociais**, Rio de Janeiro: SESC, v.3, n.7, p. 122-173, maio/ago. 2008.

TELLES, Vera da Silva. **Pobreza e cidadania.** São Paulo: Ed. 34, 2001.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2010:** anatomia dos homicídios no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2010.