

**Relatório de
Acompanhamento
Objetivos de
Desenvolvimento
do Milênio
Belo Horizonte**

2010



OBSERVATÓRIO DO MILÊNIO
BELO HORIZONTE

**Relatório de
acompanhamento
Objetivos de
Desenvolvimento
do Milênio
Belo Horizonte**

2010

expediente

Uma publicação do Observatório do Milênio de Belo Horizonte, formado por:

Governo do Estado de Minas Gerais

Governador Antonio Augusto Junho Anastasia

Prefeitura de Belo Horizonte

Prefeito Marcio Lacerda

Prefeitura de Contagem

Prefeita Marília Campos

Fundação João Pinheiro (FJP)

Presidente Afonso Henriques Borges Ferreira

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Reitor Clélio Campolina Diniz

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas)

Reitor Dom Joaquim Giovanni Mol Guimarães

Grupo Ânima Educação

Presidente Daniel Faccini Castanho

Centro Universitário UNA

Reitor Padre Geraldo Magela Teixeira

Centro Universitário de Belo Horizonte (UNI-BH)

Reitora Sueli Maria Baliza Dias

Fundação Mineira de Educação e Cultura (FUMEC)

Reitor Antonio Tomé Loures

Federação das Indústrias do Estado de Minas Gerais (FIEMG)

Presidente Olavo Machado Júnior

Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos

Escritório Regional para América Latina e Caribe (ONU-Habitat/Rolac)

Diretora Cecília Martinez Leal

Especialistas responsáveis pelas análises

Amélia Augusta de Lima Friche, Ana Cristina de Carvalho Fonseca Fernandes, Ana Paula da Cruz, Carla Bronzo Ladeira Carneiro, Carlota Virgínia Pereira Alves, Celeste de Souza Rodrigues, Daniela Resende, Duval Fernandes, Emerson Augusto Baptista, Ester Couto Santos, Junia Márcia Neves, Fátima Luzia Morelli, Leandro Cardoso, Letícia Mourão Cerqueira, Luciana Moreira Barbosa Ostos, Márcia Faria Moraes Silva, Maria Cristina de Mattos Almeida, Maria da Consolação Gomes de Castro, Maria das Graças Rodrigues Oliveira, Marlise Miriam de Matos Almeida, Matheus Rodrigues Westin, Nícia Raies Moreira de Souza, Plínio de Campos Souza, Ralfo Matos, Raquel Arantes Braga, Ricardo de Miranda Aroeira, Rodrigo Nunes Ferreira, Samir Haddad, Sarah Guimarães Guedes, Silvana Veloso, Sonia Lansky, Virgílio José Queiroz, Waleska Teixeira Caiaffa.

Coordenação Executiva

Haydée da Cunha Frota
Jadir de Assis
Rosane Castro

Equipe Técnica PBH

Ana Lúcia Macedo, Caetano Roberto Alves, Celeste de Souza Rodrigues, Daiane Vanessa de Miranda, Emerson Augusto Baptista, Flavia Mourão Parreira do Amaral, Leda Lúcia Couto Vasconcelos, Lincoln Avelino de Barros, Maria Cristina de Mattos Almeida, Pablo Maia Barbosa, Rodrigo Nunes Ferreira, Sarah Guimarães Guedes

Projeto Gráfico e Diagramação

Fernando Vilasboas

Produção Gráfica, Revisão e Edição

Traço Leal

Fotos

Arquivo da Prefeitura de Belo Horizonte

Realização

Prefeitura de Belo Horizonte

Prefeito

Marcio Lacerda

Secretário Municipal de Planejamento, Orçamento e Informação

Helvécio Miranda Magalhães Junior

Secretário Municipal Adjunto de Planejamento

Márcio Parreira Duarte

Impressão

Gráfica Modelo

Tiragem

1.200 exemplares

Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Informação

Rua Domingos Vieira n.º 120 – CEP 30150-240

Telefones:

(55) 31 3277-1086

(55) 31 3277-1950

Fax:

(55) 31 3277-1093

E-mail:

observatorio@pbh.gov.br

Site:

observatoriodomilenio.pbh.gov.br

*É permitida a reprodução dos artigos,
desde que citada a fonte.*

apresentação



OBSERVATÓRIO DO MILÊNIO
BELO HORIZONTE



A

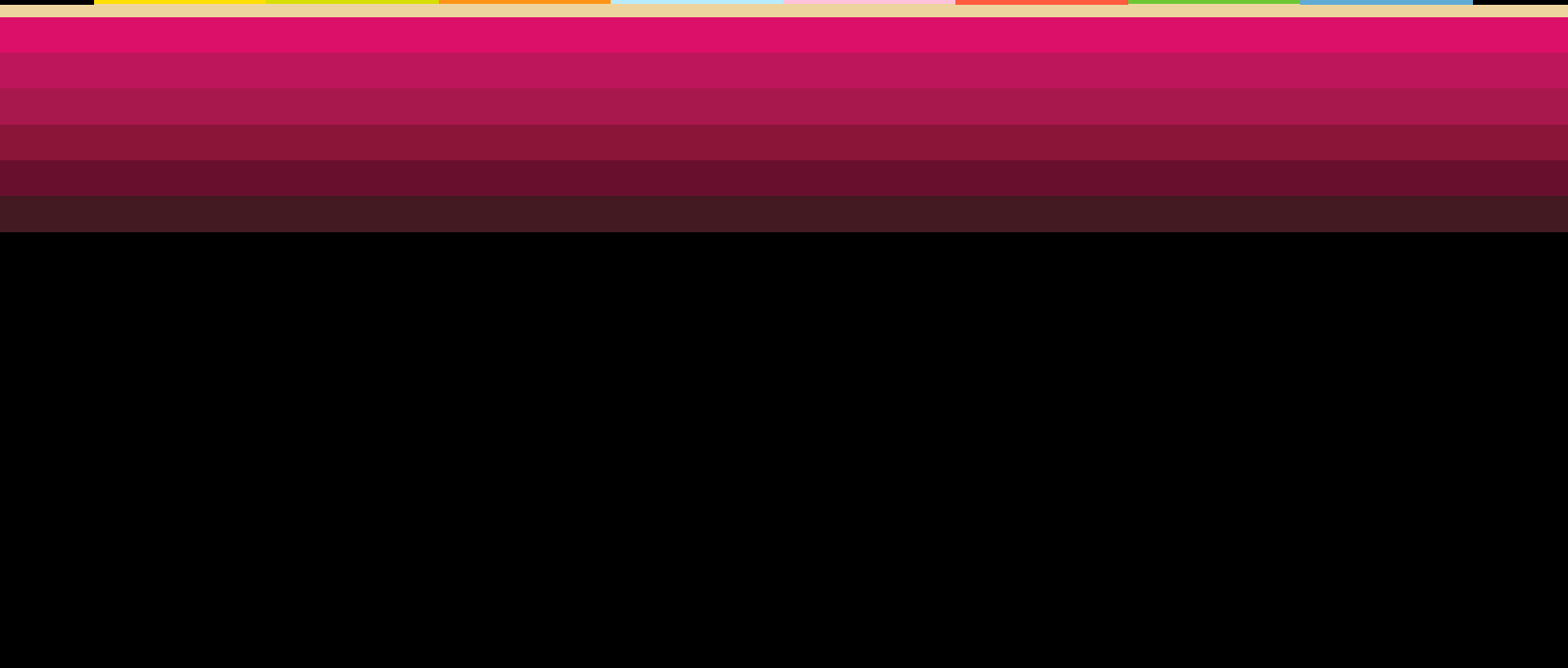
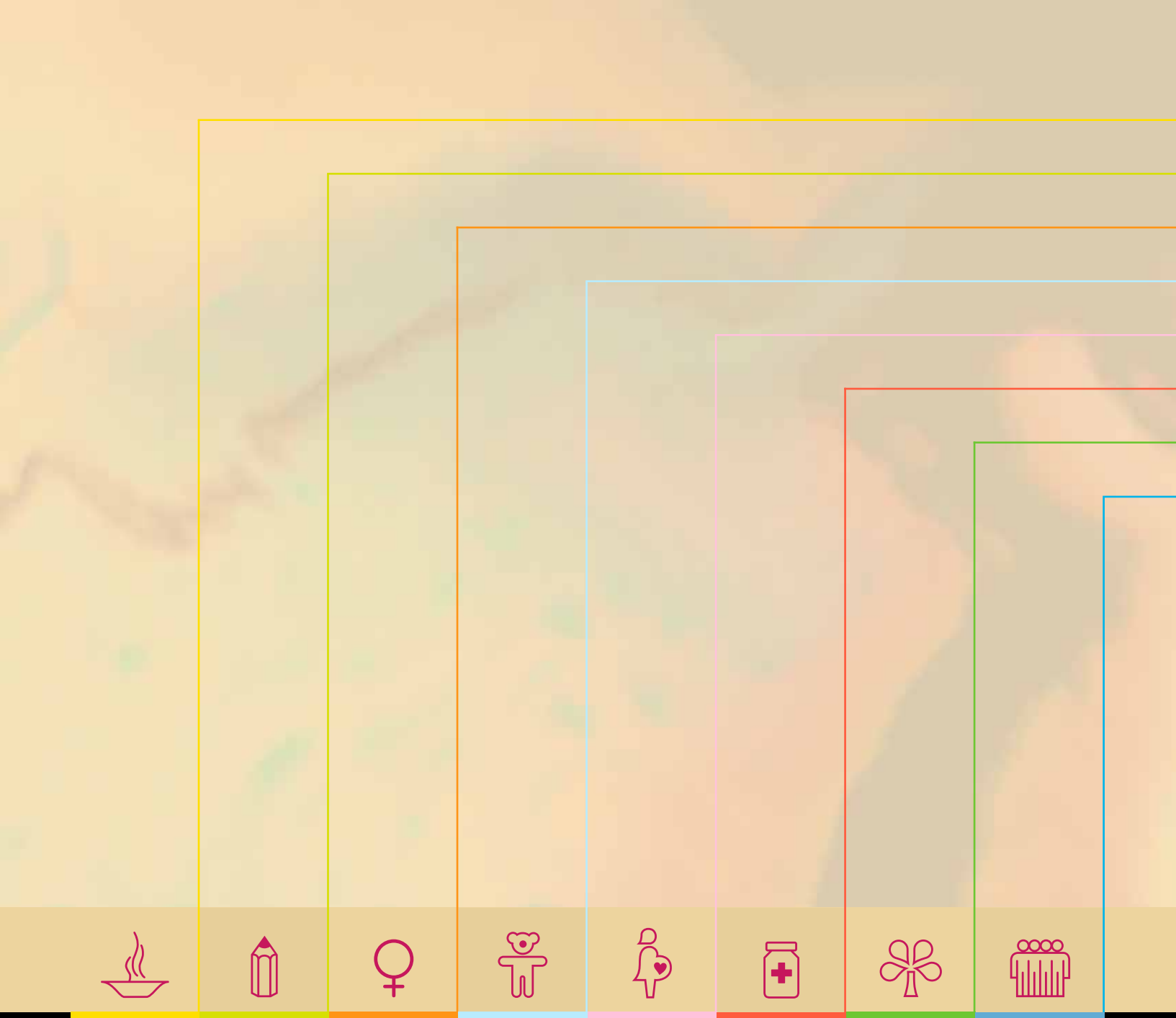
apresentação do Relatório de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de Belo Horizonte - 2010 é um momento muito especial para a nossa cidade. Este documento permite a toda sociedade analisar a realidade de Belo Horizonte e, assim, avaliar se as nossas ações estão em sintonia com o cumprimento das metas do milênio, assumidas há quatro anos pela Prefeitura, com apoio do Observatório do Milênio. Naquele ano de 2006, firmamos o pacto em torno dos oito objetivos que, em seu conjunto, têm o desafio de erradicar a fome e a pobreza até 2015. O desafio é grande, mas a parceria entre poder público e instituições sociais, como universidades, centros de pesquisa, fundações e associações empresariais, tem se mostrado eficaz nesta nossa caminhada.

Belo Horizonte tem uma tradição de compartilhamento de políticas públicas com grande participação da sociedade organizada. As últimas gestões municipais construíram uma nova relação política, de continuidade e aperfeiçoamento de projetos, e estabeleceram um conjunto de programas de enfrentamento das questões urbanas e sociais que começaram a inverter a lógica da exclusão social. Programas e ações sociais, que nasceram em Belo Horizonte, passaram a ser reconhecidos nacional e internacionalmente e serviram de base para ações semelhantes desenvolvidas por outros governos municipais, estaduais e federal.

Vale também destacar que o envolvimento das entidades representativas da cidade, por meio dos mais diversos mecanismos, como os conselhos e as associações de moradores, abriu espaço para o acompanhamento e a participação popular na definição das nossas políticas públicas, em especial, as sociais. Essa parceria e comprometimento formaram a base para o êxito das ações desenvolvidas em nossa capital.

O objetivo deste Relatório é democratizar as informações relativas aos Objetivos do Milênio na cidade e manter a mobilização de todos os setores na construção desta sociedade que idealizamos: sem fome, sem miséria, com qualidade de educação e saúde, que saiba conciliar o crescimento econômico com a sustentabilidade ambiental, enfim, uma sociedade mais justa e humana, onde os direitos são de todos. Este deve ser o compromisso de todos aqueles que, no dia a dia, fazem do seu ato de viver um ato em favor da justiça social.

Marcio Lacerda
Prefeito de Belo Horizonte



objetivo 1 – Erradicar a Extrema Pobreza e a Fome	12
objetivo 2 – Atingir o Ensino Básico Universal	28
objetivo 3 – Promover a Igualdade entre os Sexos e a Autonomia das Mulheres	40
objetivo 4 – Reduzir a Mortalidade Infantil	62
objetivo 5 – Melhorar a Saúde Materna	74
objetivo 6 – Combater o HIV/AIDS e Outras Doenças	86
objetivo 7 – Garantir a Sustentabilidade Ambiental	110
objetivo 8 – Estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento	148

sumário

introdução

O Pacto do Milênio que, neste ano,
completa 10 anos de existência,
consolidou-se como uma força
mundial poderosa para o
enfrentamento da pobreza e da fome.

O Pacto dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) expressa um ideal a ser alcançado (o combate à pobreza e à fome), mas também o compromisso com a produção e a democratização da informação. Organizado por meio de objetivos, metas e indicadores, o Pacto favorece, por um lado, o estabelecimento de uma cultura de produção de conhecimento, com foco nos problemas urbanos, e de monitoramento da realidade, o que propicia o aprimoramento das ações de combate à pobreza no mundo. Por outro lado, a disseminação dos dados, informações e conhecimentos possibilita a transparência pública, a participação da sociedade e o controle social, imprescindíveis ao fortalecimento da democracia.

É com essa compreensão que o Observatório do Milênio de Belo Horizonte apresenta o 3.º Relatório de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de Belo Horizonte (Relatório ODM - BH, 2010).

O Observatório, criado em 2008, é uma rede coordenada pela Prefeitura de Belo Horizonte, composta pelos seguintes parceiros: Universidade Federal de Minas Gerais, Pontifícia Universitária Católica de Minas Gerais, Anima Educação (centros universitários UNA e UNI), Fundação Mineira de Educação e Cultura, Fundação João Pinheiro,

Federação das Indústrias do Estado de Minas Gerais e Governo do Estado de Minas Gerais, e apoiada pelo Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos (ONU-Habitat).

O Relatório de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de Belo Horizonte - 2010 subdivide-se em 8 capítulos, sendo que cada um aborda um dos oito Objetivos do Milênio. Na perspectiva de assumir novos compromissos, mediante as metas já cumpridas, a Prefeitura incorporou ao sistema de monitoramento ODM mais quatro

metas, oriundas do seu Planejamento Estratégico. No capítulo 2, dedicado à educação, destacam-se as metas:

- a) elevar o IDEB, nos 5 primeiros anos do ensino fundamental, de 5,3 para 5,9.
- b) elevar o IDEB, nos 4 últimos anos do ensino fundamental, de 3,8 para 4,9.

No capítulo 7, relativo à sustentabilidade ambiental, destacam-se as metas:

- a) universalizar o saneamento básico.
- b) reduzir, até 2015, a taxa de mortalidade por acidentes de trânsito para 8 vítimas por 100 mil.

Os indicadores apresentados neste relatório são originários dos censos demográficos, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), da Pesquisa por Amostra de Domicílios/MG e de bancos de dados das diversas áreas da Prefeitura de Belo Horizonte. Vale mencionar que os dados utilizados da PNAD são dados publicados no Caderno do BDMG n.º 20, resultantes de estudos realizados por especialistas da Fundação João Pinheiro, pois a referida pesquisa não divulga dados para municípios, apenas para estados e regiões metropolitanas. (ver PRATES; AGUIAR; NOGUEIRA, 2010).

Destacamos que somente foi possível atualizar mais de 80% dos indicadores apresentados no Relatório de 2008 devido à iniciativa inédita da Fundação João Pinheiro de realizar a Pesquisa por Amostra de Domicílios/MG - 2009.

A Pesquisa por Amostra de Domicílios (PAD-MG), realizada em parceria com o Banco Mundial, pretende ser uma ferramenta capaz de construir um retrato regionalizado do Estado, mostrando sua realidade social, econômica e cultural (FJP, 2010). A coleta se deu em 18 mil domicílios e em 308 municípios de Minas Gerais.

Um das grandes vantagens da PAD-MG é sua representatividade nos seguintes extratos: urbano e rural, região

metropolitana e capital, municípios, mesorregiões e regiões de planejamento. Essa desagregação permitiu calcular e atualizar vários indicadores para o município de Belo Horizonte que, caso contrário, só poderiam ser computados segundo o Censo (disponível apenas a cada dez anos). Nesse sentido, a PAD-MG representa um importante avanço da gestão da informação no Estado e, principalmente, no município, contribuindo para um monitoramento mais acurado dos ODM.

Imbuído de democratizar os conhecimentos acerca de Belo Horizonte, o Observatório do Milênio lança também a Cartilha Popular “Belo Horizonte e os Objetivos do Milênio”, documento que compartilha dados, informações e análises com lideranças comunitárias, estudantes, conselheiros municipais e outros atores sociais.

Por fim, destaca-se que o Pacto do Milênio que, neste ano, completa 10 anos de existência, consolidou-se como uma força mundial poderosa para o enfrentamento da pobreza e da fome. Após o encontro da ONU, em setembro último, diante dos desafios colocados para o alcance das metas, os países desenvolvidos decidiram investir novos recursos: somente para saúde da mulher e da criança foram destinados US\$ 40 bilhões para salvar a vida de 16 milhões de mulheres e crianças, evitar 33 milhões de casos de gravidez não planejada, proteger 120 milhões de meninos e meninas contra a pneumonia e combater a desnutrição de 88 milhões de crianças.

Embora tenhamos, no âmbito mundial, dificuldades para cumprir integralmente com os objetivos propostos, esse cenário significa que os esforços contínuos e colaborativos de países, regiões e governos locais em torno de objetivos compartilhados representam a grande força propulsora em prol do desenvolvimento humano e da melhoria da qualidade de vida de milhões de pessoas.

Erradicar a extrema pobreza e a fome





objetivo 1

indicador

Proporção da população que vive abaixo da linha de pobreza (em %)

Proporção da população que vive abaixo da linha de indigência (em %)

Índice de Hiato de Pobreza

Porcentagem da renda dos 20% mais pobres no total da renda apropriada

Taxa de internação de crianças com menos de 1 ano de idade por desnutrição (por mil)

descrição

Número de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal inferior a meio salário mínimo dividido pela população (multiplicado por 100)

Número de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal inferior a um quarto do salário mínimo dividido pela população (multiplicado por 100)

Distância média que separa a população da linha de pobreza, expressa como % da linha de pobreza

Total da renda dos 20% mais pobres dividido pelo total da renda da população (multiplicado por 100)

Número de crianças menores de um ano de idade internadas e com diagnóstico de desnutrição dividido pelo número de crianças menores de um ano de idade (multiplicado por 100)

fonte

Atlas do Desenvolvimento Humano da RMBH/Fundação João Pinheiro e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD

Atlas do Desenvolvimento Humano da RMBH/Fundação João Pinheiro

Atlas do Desenvolvimento Humano da RMBH/Fundação João Pinheiro

Atlas do Desenvolvimento Humano da RMBH/Fundação João Pinheiro

Sistema de Informações Hospitalares/Secretaria Municipal de Saúde

**Erradicar a extrema
pobreza e a fome**

meta 1

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

meta 2

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

objetivo 1





objetivo 1

meta 1

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

Como avança o enfrentamento da pobreza na cidade de Belo Horizonte? Essa parte do relatório apresenta, com base nos dados da PNAD de 2001 a 2008 e de informações produzidas pela Prefeitura de Belo Horizonte – PBH (Índice de Vulnerabilidade à Saúde de 2003), alguns aspectos que permitem identificar as condições de privação e vulnerabilidade no município. A redução, pela metade, da incidência da pobreza e da fome constitui o primeiro objetivo e certamente um dos mais centrais desafios do milênio. Para capturar a realidade da destituição, foram considerados inicialmente quatro indicadores que são tradicionalmente relacionados à mensuração da pobreza: incidência da pobreza, incidência da indigência, hiato da pobreza e participação do quintil mais pobre na renda municipal.

Esses indicadores são insuficientes para dimensionar de forma adequada as distintas condições de pobreza, no entanto, os 7 capítulos seguintes analisam outros aspectos da pobreza relacionados à saúde, à educação, ao saneamento, à habitação, às questões de gênero e à juventude.

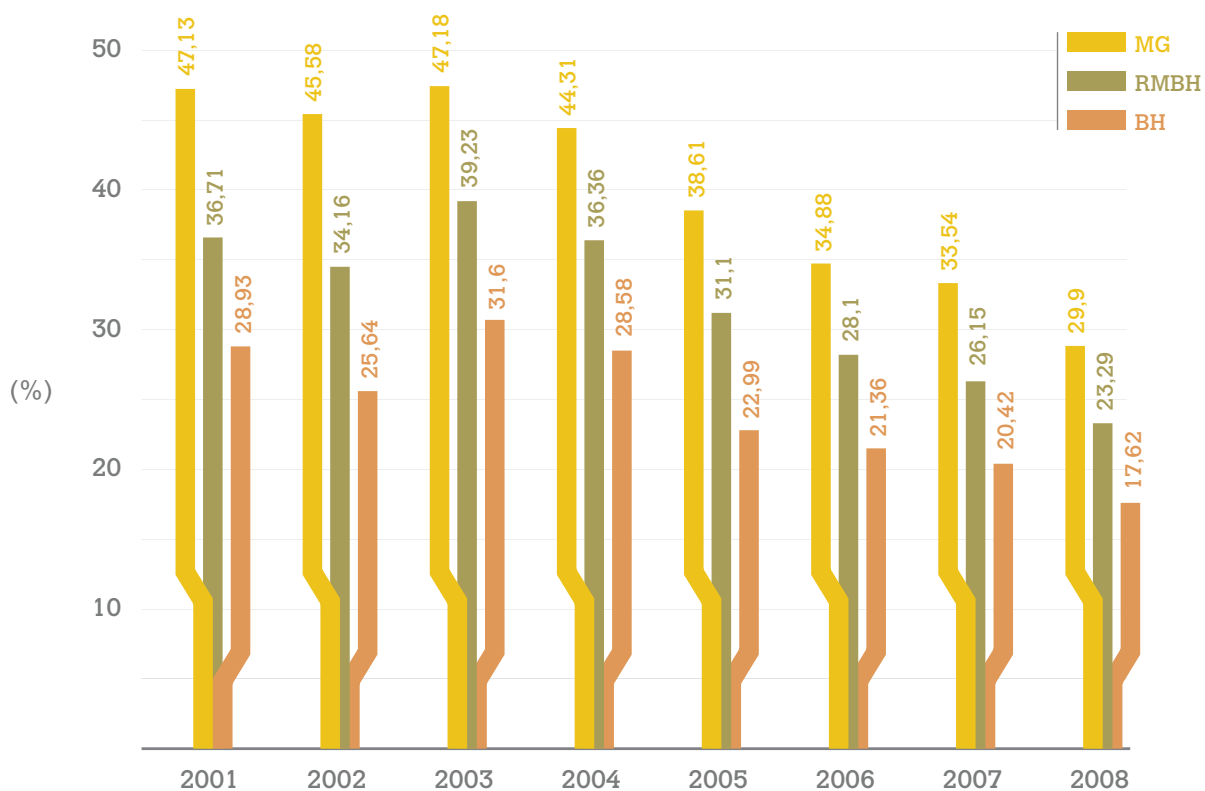
A perspectiva mais tradicional e mais utilizada considera o fenômeno da pobreza a partir da dimensão da renda, do consumo, que se expressa pela identificação dos pobres por meio do estabelecimento de padrões mínimos de vida que são traduzidos em um valor monetário. Estabelecer a distinção entre pobres e não pobres constitui, pois, uma primeira etapa na quantificação da pobreza. A incidência da pobreza se refere a essa quantificação para áreas ou populações específicas. A brecha (ou hiato) da pobreza, por sua vez, permite determinar a profundidade da pobreza, através da distância média entre a renda dos pobres e a linha da pobreza.

Em relação à incidência da pobreza (proporção da população que vive abaixo da linha de pobreza), de acordo com os dados da PNAD para 2009, a cidade de Belo Horizonte obteve uma queda na proporção de pessoas que viviam abaixo da linha de pobreza, de 28% em 2001 para 17,62% em 2008, o que significa uma redução de quase

Belo Horizonte obteve uma queda na proporção de pessoas que viviam abaixo da linha de pobreza, de 28% em 2001 para 17,62% em 2008, o que significa uma redução de quase 40%.

Gráfico 1.1

Proporção de pessoas vivendo abaixo da linha de pobreza*



Fontes: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Região Metropolitana de Belo Horizonte, 2001–2008

Elaboração: Equipe de Desenvolvimento Humano (Fundação João Pinheiro – FJP)

(*) As linhas de pobreza estão a preços de agosto de 2009 e correspondem à metade do valor do salário mínimo nesse ano: meio salário mínimo de 2009 (R\$ 232,50).

40%. Considerou-se a linha de pobreza no valor de $\frac{1}{2}$ salário mínimo com valores de 2009 (R\$ 232,50).

Já na região metropolitana, a queda foi de 36% para 23% o que, em termos percentuais, significa uma queda de 36,3%. O estado de Minas Gerais obteve uma queda de 47,13% para 29,9%, o que significa uma redução de 35,5%

das pessoas que vivem abaixo da linha de pobreza. O gráfico 1 aponta os dados explicitados.

Em Belo Horizonte, entre 1991 e 2000, a distância que separa a renda dos pobres e indigentes em relação às linhas de pobreza e indigência aumentou de 37,97 para 40,64, no caso da pobreza; e de 33,84 para 55,92, no caso da

indigência. A desigualdade aumentou ao longo da década, com o incremento da renda apropriada pelos mais ricos e o decréscimo da renda apropriada pelos mais pobres: em Belo Horizonte, o aumento da renda apropriada pelos 10% mais ricos ao longo da década foi de 1,18%. Para o Brasil, a trajetória é a mesma: a pobreza se aprofunda (o valor passa de 49,18 para 49,68) e a indigência também (de 42,04 para 53,87), ao longo do período. Para o Brasil, houve um aumento de 2,36 pontos percentuais no montante de renda apropriada pelos 10% mais ricos. Em compensação, percebe-se o decréscimo do percentual de renda apropriada pelos 40% mais pobres: para Belo Horizonte, o decréscimo foi de 0,5 ponto percentual e para o Brasil o percentual de renda apropriada pelos 40% mais pobres passou de 6,70% para 6,36%. Portanto, embora tenha havido uma redução da incidência da pobreza e da indigência ao longo dos anos noventa, a intensidade da pobreza e da pobreza extrema aumentou, ou seja, a pobreza se tornou mais profunda e a desigualdade se ampliou.

Tabela 1.1

Alguns indicadores da pobreza e desigualdade para BH, MG e Brasil, 1991-2000

	% pobreza	% indigência	Intensidade da pobreza*	Intensidade da indigência*	% renda apropriada pelos 10% mais ricos	% renda apropriada pelos 40% mais pobres
Belo Horizonte						
1991	18,89	6,05	37,97	33,84	47,40	7,64
2000	14,17	4,92	40,64	55,92	48,58	7,14
Minas Gerais						
1991	43,27	19,72	45,83	37,50	50,38	8,01
2000	29,77	12,57	43,78	48,54	50,56	7,96
Brasil						
1991	40,08	20,24	49,18	42,04	50,00	6,70
2000	32,75	16,32	49,68	53,87	52,36	6,36

*Na definição utilizada no Atlas de Desenvolvimento Humano de 2004, produzido pela FJP, intensidade da pobreza refere-se à "distância que separa a renda domiciliar per capita média dos indivíduos pobres (definidos como indivíduos com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 75,50) do valor da linha de pobreza, medida em termos de percentual do valor dessa linha de pobreza" e Intensidade da indigência: "distância que separa a renda domiciliar per capita média dos indivíduos indigentes (definidos como indivíduos com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 37,75) do valor da linha de pobreza, medida em termos de percentual do valor dessa linha de pobreza".

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano, PNUD/FJP, 2004

Embora essas medidas não sejam suficientes, permitem uma comparação no tempo e no espaço em relação ao aspecto monetário presente nas condições de destituição. A análise desses dados revela que a pobreza pode ter diminuído em sua extensão, mas tornou-se mais aguda em sua profundidade: alguns pobres ficaram mais pobres, aumentando a brecha da renda, ou a distância entre a renda média dos pobres e as linhas de pobreza e indigência.

A literatura mais recente sobre o tema enfatiza que a pobreza é um fenômeno multidimensional, que envolve privações, de formas e abrangências diversas, em distintos campos da vida humana. Os enfoques ampliados sobre a pobreza (considerando o enfoque das necessidades básicas, capacidades, exclusão e vulnerabilidade) reconhecem que processos de privação envolvem, além da renda, o acesso a serviços públicos e sociais de qualidade; relações sociais, familiares e comunitárias de caráter mais positivo; acesso a trabalhos qualificados, que confirmam aos indivíduos não apenas renda, mas também uma identidade e um “lugar social”.

Além disso, envolve aspectos relativos aos territórios, que podem ser em si mesmos fontes e reprodutores das condições de desigualdade. Existem áreas que, por conta também dos efeitos de estigmatização, podem exacerbar e recriar a pobreza. Pessoas que moram em áreas segregadas têm mais dificuldades de conseguir emprego, crédito, contam com serviços piores, os seguros são mais caros, o que faz com que as condições dos pobres em alguns territórios sejam piores do que se eles morassem em outras áreas. Quer dizer, mantendo-se sob controle as demais variáveis, dentre as pessoas que apresentam a mesma renda, as que moram em áreas segregadas apresentam uma condição pior de vida e menos chances de superação da condição de pobreza. Ao afirmar a faceta territorial da pobreza, o que se quer enfatizar é que parte da pobreza não é

explicada por nenhuma outra variável senão a partir da questão do espaço ou do território. A vulnerabilidade é cumulativa territorialmente.

Nessa perspectiva, a concepção de infraestrutura social é central para perceber e enfrentar os efeitos de área. Por esse termo – infraestrutura social – entendem-se tanto as redes de serviços e bens existentes na comunidade (habitação, acesso a crédito, educação, saúde, assistência à infância, meio ambiente bem cuidado e transporte, dentre outros) quanto os aspectos da organização social (existência e qualidade das redes de amizade, existência de pequenos grupos informais e desempenho dos mecanismos de controle social, como regras e normas coletivamente partilhadas).

Dessa forma, é necessário incorporar, para uma adequada compreensão do problema e das estratégias de superação, não apenas a dimensão mais tangível de bens e serviços oferecidos pelo Estado como também a dimensão relacional e o foco no território, porque a pobreza é também fruto de relações sociais e de processos de segregação e marginalização socioespacial.

A década de 1990 trouxe grandes mudanças na estrutura econômica do município, com a queda na produção e na absorção de mão de obra pela indústria e pelo setor de construção civil. A expansão dos empregos se deu, praticamente, no setor de serviços, que abriu, entre 1996 e 2001, mais de 43 mil postos de trabalho, mas que constituem, em sua ampla maioria, trabalhos com baixa remuneração. A cidade apresentava uma alta desigualdade em relação à renda média do chefe do domicílio, com algumas regiões apresentando renda três vezes superior à média do município e seis vezes superior à renda média de outras regiões. Por exemplo, a regional Centro Sul apresentava, de acordo com os dados do Censo de 2000, uma renda média do chefe de R\$ 3.150,00, ao passo que a regional Barreiro apresentava uma renda média do chefe de R\$ 550,00. Outras cinco

regionais apresentavam uma renda média do chefe inferior a mil reais, sendo que, além da Centro Sul, apenas a regional Oeste e a Pampulha apresentavam renda acima desse valor (R\$ 1.413,00 e R\$ 1.389,00, respectivamente).

A população estimada de vilas, favelas e conjuntos habitacionais totalizava, em 2000, 483.075 habitantes, aproximadamente 22% da população urbana de Belo Horizonte, distribuída em 175 vilas e favelas (sendo que algumas são aglomerados) e em 21 conjuntos habitacionais precários. Já em 2007, havia um total de 129.702 domicílios, nos quais residia uma população estimada em 471.344 pessoas, ocupando uma área total de 16,8 km², o que significava uma densidade demográfica de 28 mil habitantes por km², bem superior à média municipal de 7,3 mil habitantes por km².

De acordo com o diagnóstico de situação de risco geológico, realizado em 2004, 10.153 moradias localizavam-se em áreas de risco alto e muito alto, localizadas nas periferias, em áreas insalubres, morros e vales sujeitos a deslizamentos, desmoronamentos e alagamentos.

Para identificar, ainda que brevemente, as condições dos distintos territórios em Belo Horizonte, a fonte de dados mais atualizada é a do Índice de Vulnerabilidade à Saúde, produzido pela Secretaria Municipal de Saúde, em 2003 (ver detalhes na caixa 1.1). Os resultados para as diferentes regionais de Belo Horizonte encontram-se na tabela 1. 2.

Nas regionais Norte, Venda Nova e Barreiro, grande parte das famílias residentes vive em áreas de risco muito elevado (53%, 48% e 46,3%, respectivamente), o que no

Tabela 1.2

População por Risco segundo Regional – ano 2000

Distrito Sanitário	Elevado e muito elevado		Médio		Baixo		Pop. Total
	Pop.	%	Pop.	%	Pop.	%	
Barreiro	121.443	46,3	134.933	51,5	5.817	2,2	262.193
Centro Sul	58.229	21,9	6.943	2,6	200.831	75,5	266.003
Leste	65.772	26,4	89.510	35,9	93.805	37,7	249.087
Nordeste	94.742	34,6	125.968	46,0	53.350	19,5	274.060
Noroeste	71.663	21,2	169.249	50,2	96.439	28,6	337.351
Norte	102.663	53,0	83.863	43,3	7.238	3,7	193.764
Oeste	98.105	36,5	76.481	28,5	94.112	35,0	268.698
Pampulha	31.550	22,1	42.957	30,1	68.095	47,8	142.602
Venda Nova	117.286	48,0	119.707	49,0	7.537	3,1	244.530
Total	761.453	34,0	849.611	38,0	627.224	28,0	2.238.288

Fonte: Índice de Vulnerabilidade à Saúde/SMSA e CENSO 2000-IBGE

caso da população total da cidade representa 34%, ou mais de 760 mil pessoas vivendo em áreas de risco muito elevado, o que significa uma situação de intensa vulnerabilidade.

Se o espaço é parte do problema, também pode ser parte da solução. A gestão ativa do território significa que áreas segregadas precisam ser claramente identificadas e ser objeto de políticas específicas. Belo Horizonte tem feito um esforço no desenvolvimento de ações estratégicas, orientadas para o “planejamento integral” do território o que envolve, por um lado, aspectos relativos ao desenvolvimento e crescimento urbano e, por outro, aspectos relativos à provisão e articulação da rede de serviços e ao tema da adesão comunitária e da cidadania. A combinação de diferentes estratégias, de intervenções multi e intersetoriais, constitui uma aposta para a reversão do quadro de pobreza e desigualdade na cidade. Combinar ações de garantia de renda e provisão de serviços socioassistenciais com ações de infraestrutura urbana voltadas para uma gestão ativa dos territórios constitui uma estratégia potencialmente efetiva, mas cujos resultados são de médio e longo prazos e demandam um esforço mais articulado e comprometido, não apenas no âmbito do governo municipal, mas de outros níveis de governo e de outras esferas sociais.

As políticas sociais encontram limites muito fortes e que dizem respeito a salários, emprego e distribuição de renda, dinâmicas do mercado de trabalho, de desenvolvimento urbano e rural, o que remete a outros conjuntos de políticas do Estado. As implicações das políticas econômicas, de desenvolvimento, urbanas e de infraestrutura estão diretamente relacionadas com as situações de pobreza e exclusão e funcionam como barreiras ou, em caso de ausência ou má qualidade dos serviços, como elementos potencializadores e perpetuadores dessas mesmas condições

de vulnerabilidade e destituição. Portanto, por mais abrangente que sejam as iniciativas como as do Programa BH Cidadania e por maior que seja sua cobertura territorial (ver quadro 1.1), para que a população pobre tenha condições de incrementar sua renda, é necessário que exista um ambiente favorável à geração de emprego e renda, que exista um dinamismo econômico que possa ter impactos positivos sobre a população mais pobre. Sabe-se, contudo, que dada à alta taxa de desigualdade existente, o crescimento da produção pode não levar necessariamente à redução da pobreza. Para que o crescimento econômico possa contribuir para a redução da pobreza, é necessário que as políticas econômicas enfatizem a geração de incentivos para incrementar a capacidade produtiva dos setores mais pobres. A necessidade de se alterar a estrutura de desigualdades, para assim reverter as condições de

O crescimento da produção pode não levar necessariamente à redução da pobreza.

pobreza, é reconhecida. Entretanto, trata-se de uma estratégia de difícil efetivação, pela complexidade política, institucional e social envolvida. De qualquer forma, é mister o desenvolvimento de políticas mais universais de provisão de bens e serviços sociais, bem como estratégias redistributivas para reduzir os níveis de desigualdade. Além da incorporação da temática da desigualdade e da exclusão na agenda pública, tem-se o desafio de garantir as condições para a sua implementação, o que se desdobra em recursos, alterações no padrão de financiamento, condições institucionais e gerenciais para maior eficiência do gasto e maior efetividade das políticas implementadas.

Caixa 1.1

Quadro 1.1

Indicadores utilizados na construção das áreas de vulnerabilidade à saúde por setores censitários, Belo Horizonte, 2003

Fonte de Informação	Indicadores	
	Peso	Descrição
Saneamento	0,50	1-Percentual de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água inadequado ou ausente
	1,00	2-Percentual de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário inadequado ou ausente
	0,50	2-Percentual de domicílios particulares permanentes com destino de lixo de forma inadequada ou ausente
	Total = 2,00	
Habitação	0,75	4-Percentual de domicílios improvisados no setor censitário
	0,25	5-Razão de moradores por domicílio
	Total = 1,00	
Educação	1,50	6-Percentual de pessoas analfabetas
	0,50	7-Percentual de chefes de família com menos de 4 anos de estudo
	Total = 1,50	
Renda	0,50	8-Percentual de chefes de família com renda de até 2 salários mínimos
	1,50	9-Renda média do chefe de família (invertida)
	Total = 2,00	
Sociais/Saúde	0,25	10-Coeficiente de óbitos por doenças cardiovasculares em pessoas de 30 a 59 anos
	1,50	11-Óbitos proporcionais em pessoas com menos de 70 anos
	0,25	12-Coeficiente de óbitos em menores de 5 anos de idade
	1,00	13-Proporção de chefes de família de 10 a 19 anos
	Total = 3,00	

Índice de vulnerabilidade à saúde 2003 de Belo Horizonte

O Índice de Vulnerabilidade à Saúde – IVS, desenvolvido pela equipe de epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, associa diferentes variáveis socioeconômicas e de ambiente (saneamento, educação, habitação, renda e sociais/saúde) num indicador sintético para analisar as características de grupos populacionais vivendo em determinadas áreas geográficas (setores censitários). O objetivo é ter um índice que identifica no território grupos sociais distintos, permitindo evidenciar as desigualdades no perfil epidemiológico destes grupos.

O índice, composto por um total de 13 indicadores agregados em cinco componentes com seus respectivos pesos, é calculado para os 2.560 setores censitários definidos pelo IBGE para o Censo 2000 (ver quadro 1.1).

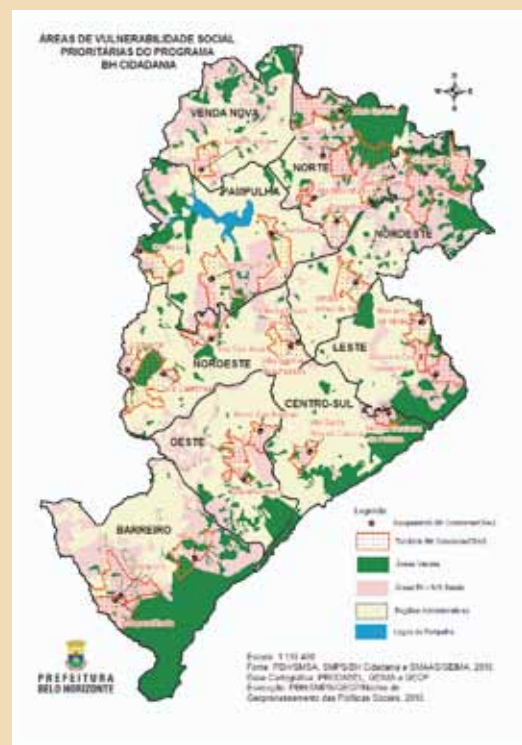
A partir da composição do índice, tem-se sua categorização em quatro níveis:

- I) risco médio – setores censitários que tinham valores do índice de vulnerabilidade à saúde em $\frac{1}{2}$ desvio padrão em torno da média;
- II) risco baixo – setores com valores inferiores ao médio;
- III) risco elevado – setores com valores acima do risco médio até o limite de 1 desvio padrão;
- IV) risco muito elevado – setores com valores acima do risco elevado.

Além do seu uso para o planejamento das ações na área de saúde, o IVS também é utilizado para definição de territórios prioritários para intervenções na área de Políticas Sociais, como na estruturação do Programa BH Cidadania. O Programa é desenvolvido em 25 áreas selecionadas a partir dos indicadores de vulnerabilidade e tem como objetivo promover a inclusão social das famílias residentes em áreas socialmente críticas consolidando modelos integrados de atuação na área social. Pelo mapa 1.1, percebe-se ainda algumas áreas de risco elevado que não estão cobertas, de forma adequada e suficiente, pelo Programa BH Cidadania, que constitui uma estratégia prioritária do nível municipal para o enfrentamento da pobreza em territórios de intensa vulnerabilidade social.

Mapa 1.1

Territórios do BH Cidadania e Áreas de vulnerabilidade social em Belo Horizonte



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ Gerência de Epidemiologia e Informação – GEEPI. Índice de Vulnerabilidade à Saúde 2003, Julho 2003 (Mimeo). Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=ivesaude.pdf>, acessado em 15 de outubro de 2010.



objetivo 1

meta 2

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

O mapa da fome no Brasil reflete o mapa das desigualdades econômicas entre as diversas regiões do País. As regiões Nordeste e Norte, assim como o entorno das grandes cidades, concentram a maior proporção de pessoas com dificuldade de acesso à alimentação (IBGE, 2004). Com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2004 (PNAD 2004), constatou-se que, nos três meses anteriores à data de referência desta pesquisa, 7,7% da população do país passou pelo menos um dia inteiro sem ter com o que se alimentar. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, que foi a campo em 2006 (PNDS 2006), detectou que, em 4,8% dos domicílios pesquisados, houve restrição quantitativa importante na disponibilidade de alimentos. Nas regiões Norte e Nordeste foram observadas as prevalências mais elevadas de insegurança alimentar grave, 13% e 7%, respectivamente (BRASIL, 2008a).

Deve-se destacar, ainda, que o problema da fome no Brasil não passa especificamente pela escassez de alimentos, uma vez que a produção agrícola nacional é uma das mais dinâmicas do mundo. De fato, a disponibilidade anual de alimentos para a população brasileira é de 340 quilos per capita, representando 1/3 a mais do que o mínimo nutricional

Tabela 1.3

Taxa de internação por desnutrição em menores de 1 ano (por mil hab.) Belo Horizonte 1998 a 2009

Ano	Taxa
1998	2,14
1999	1,21
2000	2,96
2001	1,48
2002	0,69
2003	0,55
2004	0,68
2005	0,40
2006	0,55
2007	0,33
2008	0,19
2009	0,23

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/ Secretaria Municipal de Saúde

necessário para uma vida saudável (BELIK et al., 2001; MEADE et al., 2004). Portanto, a disponibilidade de alimentos, em si, é fundamental, mas não suficiente para determinar a condição nutricional de uma população. Em uma sociedade contemporânea, o principal determinante do acesso aos alimentos é o poder aquisitivo das pessoas, e, como uma parcela considerável da população brasileira possui restrição de renda, a disponibilidade de alimentos nos domicílios, em quantidade e qualidade adequadas, fica comprometida (MEADE et al., 2004). O baixo poder aquisitivo faz com que as pessoas adotem estratégias para maximizar a compra de alimentos com o recurso financeiro disponível, o que pode comprometer a qualidade nutricional das refeições. Para conseguir adquirir uma quantidade maior de alimentos, opta-se por comprar uma maior quantidade de itens, em detrimento da qualidade e requisitos nutricionais.

No caso do município de Belo Horizonte, observa-se, para os últimos anos, uma redução significativa do problema da fome. Devido à escassez local de outras bases de dados, optou-se por utilizar, como estimativa para o monitoramento da fome, a taxa de internação por desnutrição de crianças menores de um ano, que é igual ao número de crianças menores de um ano de idade, internadas e com diagnóstico de desnutrição, dividido pelo total de crianças menores de um ano na população. Conforme apresentado na tabela 1.3, nota-se um decréscimo de 89% na taxa de internação de crianças com menos de um ano de idade por desnutrição entre os anos de 1998 e 2009 no município: enquanto em 1998 a taxa de internação era de 2,14 crianças, para cada

Meta alcançada: entre 1998 e 2009 a taxa de internação de crianças com menos de 1 ano de idade por desnutrição apresentou uma redução de 89%.

Tabela 1.4

Taxa de internação por desnutrição em menores de 1 ano Brasil e regiões, 2005

Região	Taxa
Norte	1,59
Nordeste	1,92
Centro-Oeste	1,24
Sudeste	0,71
Sul	1,13
Brasil	1,26

Fonte: Brasil/Ministério da Saúde (2006)

mil crianças, em 2009, a taxa é de 0,23. Comparando a taxa de internação por desnutrição de menores de um ano de Belo Horizonte com a estimada para o Brasil em 2005, observa-se que a desnutrição, no município, fica abaixo da média nacional (1,26) e da região Sudeste (0,71) (tabela 1.4).

O declínio do nível de desnutrição em Belo Horizonte, tal como no Brasil, segundo a literatura (MONTEIRO, 2003), está associado a uma conjunção de fatores, tais como a melhoria das condições socioeconômicas, o aumento da escolaridade das mães, a melhoria no saneamento básico e o maior acesso a serviços de saúde por parte da população. Em Belo Horizonte, deve-se ressaltar, ainda, que a Prefeitura desenvolve uma série de programas de segurança alimentar, tendo como objetivo o combate à fome e à desnutrição, tais como o Programa Restaurante Popular, o Projeto Abastecer, o Programa de Fomento à Agricultura Urbana, o Projeto Centros de Vivência Agroecológica e o Programa de Segurança Alimentar Pré-Escolar.

Apesar de o declínio da desnutrição em Belo Horizonte ser bastante destacado, deve-se ressaltar, com base nos conceitos que foram discutidos anteriormente, a necessidade de estimativas complementares que permitam o monitoramento mais direto e preciso do número de pessoas que passam fome no município. O acesso à alimentação é um direito universal, assegurado inclusive pela Lei nº 11.346, mas, na prática, essa garantia não abarca toda a população, e uma parcela dela ainda vivencia a experiência de não ter com o que se alimentar ou a incerteza de que o que dispõe seja suficiente para garantir suas necessidades nutricionais básicas, o que demonstra a importância de seu monitoramento.





**Atingir o ensino
básico fundamental**





objetivo 2

indicador	descrição	fonte
Taxa líquida de frequência do Ensino Fundamental	Número de alunos matriculados no Ensino Fundamental na faixa etária correspondente dividido pela população na faixa etária correspondente (multiplicado por 100)	PNAD/IBGE
Taxa bruta de frequência do Ensino Fundamental	Número de alunos matriculados no Ensino Fundamental dividido pela população na faixa etária correspondente (multiplicado por 100)	PNAD/IBGE
Percentual da população de 15 a 24 anos com menos de 4 anos de estudo	População de 15 a 24 anos de idade com menos de 4 anos de estudo dividido pela população de 15 a 24 anos de idade (multiplicado por 100)	PNAD/IBGE
Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB	Indicador calculado a partir de dois componentes: taxa de rendimento escolar (aprovação) e médias de desempenho nos exames padronizados (proficiência em língua portuguesa e matemática)	Inep/Ministério da Educação

**Atingir o ensino
básico fundamental**

meta 3

Garantir que, até 2015,
as crianças de ambos os sexos
concluam o ensino elementar

objetivo 2





objetivo 2

meta 3

Garantir que, até 2015, as crianças de ambos os sexos concluam o ensino

O Brasil compõe o grupo dos estados-membros das Nações Unidas que assumiu o compromisso de alcançar os objetivos propostos na área de educação, ainda que no caso do País, o ensino elementar é direito universal e também obrigatório. A década de 1990 representou, para o Brasil, um momento de grande avanço em relação ao acesso à escola. Os estudiosos e teóricos da educação vêm recolocando a dinâmica do funcionamento da escola no centro de suas preocupações. Como exemplo dessa afirmativa, pode-se observar a taxa de atendimento escolar de 7 a 14 anos de idade¹, que não atingia 62% em 1970 (RIGOTTI, 2001), passando para aproximadamente 98% em 2000, segundo dados do Censo Demográfico 2000. Essas taxas demonstram que o Brasil já está próximo de universalizar o acesso ao ensino básico, embora também possam encobrir algumas mazelas, tais como a repetência e a evasão.

O percentual de crianças que ingressam na primeira série do Ensino Fundamental e atingem a quinta série configura um dos indicadores do segundo Objetivo do Milênio. Seu valor para o Brasil era de apenas 72% em 1991, passando a 80% em 2000². Estes números apontam para uma virtual universalização do atendimento escolar na década de 1990. Mas a universalização da matrícula escolar é só o início da revolução necessária para o investimento em capital humano. Embora esse índice tenha crescido, pode-se concluir que aproximadamente 20% daqueles que iniciam os estudos evadem do sistema de ensino antes de atingir a quinta série, pois nem todos os integrantes de uma geração ingressam na primeira série, uma vez que muitos podem ter perdido a oportunidade de estudar quando estariam na idade de frequentar a escola.

Somado a esse quadro, observa-se a redução da taxa de analfabetismo no Brasil que, em 1980, situava-se em 25%, ou seja, 1/4 da população brasileira acima de 15 anos não sabia ler ou escrever. Em 2000 essa taxa era da ordem de 14%, chegando em 2009 a 8,8%, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

A taxa de analfabetismo no Brasil em 1980 situava-se em 25%, ou seja, 1/4 da população brasileira acima de 15 anos não sabia ler ou escrever. Em 2000 essa taxa era da ordem de 14%, chegando em 2009 a 8,8%

É reconhecido o avanço, ainda que persistam as desigualdades entre ricos e pobres, brancos e não-brancos, além da diversidade característica de cada região do País. Os indicadores utilizados nesta apreciação objetivam evidenciar o panorama da escolaridade da população de Belo Horizonte a partir de alguns aspectos tais como sexo e raça/cor. As taxas líquida e bruta de matrícula no Ensino Fundamental são referências simples de participação da população nas faixas etárias adequadas a esse nível de ensino.

Destaca-se, antes de situar o cenário de Belo Horizonte, a Lei Federal nº 11.274, promulgada em 06 de fevereiro de 2006, que tornou obrigatória a oferta de nove anos de Ensino Fundamental para todas as escolas de educação básica situadas no território nacional. De acordo com os órgãos oficiais brasileiros, o Ensino Fundamental de Nove Anos, denominado EF9A, surge como resposta à necessidade de melhoria desse nível de escolaridade, considerando a posição pouco invejável que o Brasil tem ocupado na classificação organizada pelo Programa Internacional de Avaliação Escolar (Pisa). Ao refletir os resultados do Pisa, conclui-se que os estudantes brasileiros pouco entendem do que leem. O Brasil ficou em penúltimo lugar numa pesquisa que envolveu 32 países e avaliou, sobretudo, a compreensão de textos em alunos de 15 anos.

Para Belo Horizonte, a taxa líquida de frequência aponta o percentual da população que frequenta o Ensino Fundamental na idade adequada. Todas as crianças, idealmente, deveriam estar frequentando não apenas o nível de ensino adequado, como também a série adequada à idade. Sendo assim, um percentual significativo da taxa líquida de frequência não representa, necessariamente, que não haja

distorção idade-série. De forma hipotética, todos poderiam estar frequentando o nível de ensino adequado, no entanto, atrasados em relação à série. Vale lembrar que uma elevada taxa líquida de frequência no Ensino Fundamental é condição essencial para alcançar o Objetivo 2, especialmente em sua meta 3, que é garantir que as crianças completem o ensino elementar.

Por sua vez, a taxa bruta favorece uma comparação entre o número de matrículas no Ensino Fundamental, independentemente da idade, e a população na faixa etária adequada a esse nível de ensino. A taxa complementa a taxa líquida, pois auxilia no entendimento da distorção entre o nível de ensino frequentado e a idade. O desejável é que essa taxa seja de 100%, bem como a taxa líquida. Se assim fosse, todas as matrículas do Ensino Fundamental corresponderiam à população de 7 a 14 anos, ou de 6 a 14 anos para o EF9A. No Brasil, no entanto, é comum que a taxa bruta exceda 100%, devido ao fato de que muitos matriculados no Ensino Fundamental já ultrapassaram a idade indicada. Essa taxa, no cenário brasileiro, reflete uma grave distorção idade-série; como exemplo, em 2005 essa taxa foi de 59,2%³. Esse indicador pode ter resultado de uma alta repetência, atraso no ingresso escolar ou retorno daqueles que haviam evadido da escola. A combinação dessas três possibilidades geralmente contribui para o inflado resultado da taxa bruta.

Alfabetização

A taxa de analfabetismo da população entre 15 e 24 anos de idade, além dos indicadores citados anteriormente, também é utilizada para compor o perfil educacional do Brasil medido pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Ela reflete o grau de analfabetismo da população de uma faixa etária que já deveria ter completado o Ensino Fundamental, obrigatório no Brasil. Segundo dados da PNAD/IBGE, em 2009 a taxa de analfabetismo seria da ordem de 9,7% na faixa de 15 anos ou mais. Essas informações permitem comparar a evolução do sistema de ensino nas duas décadas do século passado.

Considerando o município de Belo Horizonte, pode-se observar que a cidade apresenta um quadro mais favorável em relação ao país como um todo. O indicador de analfabetismo da população de 25 anos ou mais de idade em Belo Horizonte variou de 4,59% em 2001 para 4,29% em 2008. O indicador de analfabetismo funcional, que se refere àqueles com menos de 4 anos de estudo, manteve-se praticamente estável, reduzindo de 12,95% para 12,65%. Por outro lado, os dados sobre o analfabetismo funcional para a população jovem (de 15 a 24 anos), mostram que as recentes políticas de universalização têm surtido efeito, reduzindo de 3,28% para 2,36% entre 2001 e 2008 o percentual da população nesta faixa etária que possui pelo menos 4 anos de estudo, equivalente à conclusão das quatro primeiras séries do Ensino Fundamental, antigo Primário (tabela 2.1).

Tabela 2.1

Percentual de Analfabetos e de pessoas com menos de 4 anos de estudo na população de 25 anos ou mais e de 15 a 24 anos de idade Belo Horizonte, 2001–2008

Ano	Pop. de 25 anos ou mais de idade		Pop. de 15 a 24 anos de idade
	Analfabetos	Menos de 4 anos	Menos de 4 anos
2001	4,59	12,95	3,28
2002	4,82	13,35	3,96
2003	5,72	14,11	3,15
2004	4,60	11,62	2,04
2005	4,25	11,8	1,9
2006	3,95	11,65	2,53
2007	3,54	10,58	2,09
2008	4,29	12,65	2,36

Fontes: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Região Metropolitana de Belo Horizonte, 2001 - 2008
Elaboração: Equipe de Desenvolvimento Humano (Fundação João Pinheiro – FJP), disponível em PRATES, AGUIAR e NOGUEIRA (2010)

Tabela 2.2

Taxas líquida e bruta de frequência ao Ensino Fundamental
(em %) - Belo Horizonte, 2001–2008

Ano	Taxa Líquida de Frequência no Ensino Fundamental	Taxa Bruta de Frequência no Ensino Fundamental
2001	95,2	123,6
2002	94,8	121,2
2003	94,5	115,0
2004	97,1	119,0
2005	94,7	114,5
2006	95,4	114,5
2007	94,7	115,7
2008	95,9	116,3

Fontes: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Região Metropolitana de Belo Horizonte, 2001 – 2008

Elaboração: Equipe de Desenvolvimento Humano (Fundação João Pinheiro - FJP), disponível em PRATES, AGUIAR e NOGUEIRA (2010)

Entretanto, as médias municipais podem esconder desigualdades entre os grupos e as regiões da cidade. O Relatório de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de Belo Horizonte - 2008 mostrou que, de acordo com os dados do Censo Demográfico de 2000, a taxa de alfabetização na faixa etária entre 15 e 24 anos para a população preta e parda estava ligeiramente abaixo da média municipal, respectivamente, 98,5% e 97,9%, enquanto a média municipal estava em 98,8%. Recentemente, a Síntese de Indicadores Sociais 2009 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁴, destacou que, no Brasil, a redução da taxa de analfabetismo funcional foi mais expressiva para pretos e pardos do que para brancos, entre 1997 e 2007. No entanto, a desigualdade em favor dos brancos se mantém. Em 2007, a taxa de analfabetismo funcional para essa população (16,1%) era mais de dez pontos percentuais inferior a de pretos e pardos (27,5%) – sendo que essa taxa dos pretos e pardos ainda está mais alta do que a dos brancos de dez anos atrás, conforme o estudo dos dados apresentados no referido estudo do IBGE.

Ensino fundamental

Ao analisar os dados referentes à taxa líquida de frequência no Ensino Fundamental, observa-se que Belo Horizonte, no período de 2001 a 2008, manteve o mesmo percentual identificado em 2000, ou seja, 94,3%, índice que não difere muito da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) e do estado de Minas Gerais, que apresentaram, respectivamente, percentuais de 94,0% e 93,8%. Quanto à taxa bruta de frequência no Ensino Fundamental, segundo a mesma fonte de informação, esta sofreu uma leve queda. Em 2001 a taxa apresentou um índice de 123,6% e em 2008, 116,3%, o que pode representar um melhor ajuste no binômio idade-série (tabela 2.2). Essa taxa não se distancia da taxa da RMBH no ano de 2008, identificada em 120,7% e de Minas Gerais, que apresentou percentual de 119,2%.

Dados do Censo Escolar, operacionalizados pela Secretaria Estadual de Educação de Minas Gerais – SEEMG, indicam que as taxas de rendimento escolar para o Ensino Fundamental da Rede Municipal de Ensino de Belo Horizonte oscilaram muito pouco nos anos de 2007 e 2008. Em 2007, o percentual de aprovação foi de 85,10% e, em 2008, foi de 86,38%, na rede municipal e, respectivamente, 87,25% e 87,83% no conjunto do Ensino Fundamental do município. A mesma observação é vista em

relação à taxa de reprovação e abandono que, somadas, apresentaram os seguintes percentuais: 14,89%, em 2007 e 13,61%, em 2008. No conjunto do Ensino Fundamental, essa taxa era de 12,17 em 2008. A taxa total de distorção idade-série, outro importante indicador de desempenho dos sistemas de ensino, também apresenta sinais de redução, passando de 19,8% em 2007 para 19,23% em 2009 na rede municipal, e 17,65% para 15,09% no mesmo período para o conjunto de alunos matriculados no Ensino Fundamental do município⁵.

Conforme mencionado na Introdução deste relatório, novas metas foram incluídas em consonância com o Planejamento Estratégico da cidade⁶. Dado que a meta proposta pela ONU de conclusão do ensino básico até 2015 já foi praticamente cumprida, optou-se pela inclusão de uma nova meta relativa à qualidade da educação, que será monitorada tendo como referência o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB).

Tabela 2.3

Proficiência média em Português e Matemática na Prova Brasil para as séries iniciais e finais do Ensino Fundamental por rede de ensino Belo Horizonte, 2005/2007/2009

Indicador	Séries Iniciais (1 ^a a 4 ^a série)			Séries Finais (5 ^a a 8 ^a série)		
	Estadual	Municipal	Pública	Estadual	Municipal	Pública
Nota Prova Brasil - 2005						
Matemática	190,8	187,6	189,4	247,3	239,8	243,9
Língua Portuguesa	184,8	183,6	184,4	231,6	225,5	228,8
Nota Prova Brasil - 2007						
Matemática	208,2	192,1	201,1	253,7	238,9	247,4
Língua Portuguesa	190,9	174,0	183,4	241,4	226,1	234,8
Nota Prova Brasil - 2009						
Matemática	227,1	217,4	222,4	258,5	243,1	250,9
Língua Portuguesa	205,6	195,5	200,7	251,8	234,1	243,0

Fonte: MEC/Inep

Caixa 2.1

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB e as metas para Belo Horizonte

Nesse sentido, a Prefeitura de Belo Horizonte incorporou as metas, propostas pelo Ministério da Educação para a cidade, a saber:

- a) melhorar a educação, aumentando o IDEB, nos 5 primeiros anos do ensino fundamental, de 5,3 para 5,9, até 2015;
- b) melhorar a educação, aumentando o IDEB, nos 4 últimos anos do ensino fundamental, de 3,8 para 4,9, até 2015.

Os indicadores de proficiência média, que avaliam o aproveitamento escolar do aluno por meio de testes padronizados de língua portuguesa e matemática, objetivam avaliar as habilidades e características de competência cognitiva dos alunos. Segundo dados do IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica, entre 2005 e 2009, houve melhoria na proficiência média dos alunos nas avaliações de matemática e português das duas principais redes públicas de ensino fundamental (estadual e municipal) e nas duas etapas do ensino fundamental (anos iniciais e anos finais) (tabela 2.3). Os resultados positivos nas avaliações de proficiência, somados aos bons indicadores de fluxo escolar, têm contribuído para que o município atinja as metas de melhoria do ensino básico, estipuladas pelo Ministério da Educação por meio do IDEB, com destaque para o desempenho das séries iniciais do Ensino Fundamental (ver caixa 2.1).

O IDEB é um indicador de qualidade educacional que combina informações de desempenho dos estudantes com informações sobre rendimento escolar. O indicador obtido, que varia de 0 a 10, é calculado a partir de dois componentes: taxa de rendimento escolar (aprovação) e médias de desempenho nos exames padronizados de português e matemática aplicados pelo Inep. Os índices de aprovação são obtidos a partir do Censo Escolar, realizado anualmente pelo Inep. As médias de desempenho utilizadas são as da Prova Brasil para IDEBs de escolas e municípios.

A forma geral do IDEB é dada por:

$$IDEB_{ji} = N_{ji} P_{ji};$$

em que,

i = ano do exame (Saeb e Prova Brasil) e do Censo Escolar;

N_{ji} = média da proficiência em Língua Portuguesa e Matemática, padronizada para um indicador entre 0 e 10, dos alunos da unidade j , obtida em determinada edição do exame realizado ao final da etapa de ensino;

P_{ji} = indicador de rendimento baseado na taxa de aprovação da etapa de ensino dos alunos da unidade j .

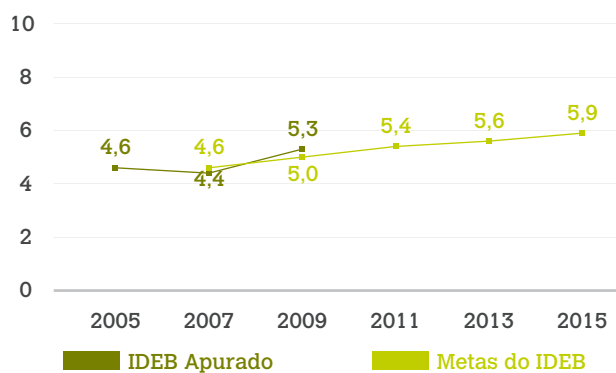
A lógica preconizada pelo sistema de avaliação parte do suposto de que um sistema educacional que reprova sistematicamente seus estudantes, fazendo com que grande parte deles abandone a escola antes de completar a educação básica, não é desejável, mesmo que aqueles que concluem essa etapa de ensino atinjam elevadas pontuações nos exames padronizados. Por outro lado, um sistema em que todos os alunos concluem o ensino médio no período correto não é de interesse, caso os alunos aprendam muito pouco na escola. Em suma, um sistema de ensino ideal seria aquele em que todas as crianças e adolescentes tivessem acesso à escola, não desperdiçassem tempo com repetências, não abandonassem a escola precocemente e, ao final de tudo, aprendessem.

Para cumprir seu objetivo de condutor de política pública pela melhoria da qualidade da educação, foram projetadas metas para que o Brasil atinja o patamar educacional que têm hoje a média dos países da OCDE. Em termos numéricos, isso significa evoluir da média nacional 3,8, registrada em 2005, para um IDEB igual a 6,0, na primeira fase do ensino fundamental. As metas são diferenciadas para cada rede e escola, e apresentadas bianualmente de 2007 a 2021. Estados, municípios e escolas deverão melhorar seus índices e contribuir, em conjunto, para que o Brasil chegue à meta de 6,0 em 2022.

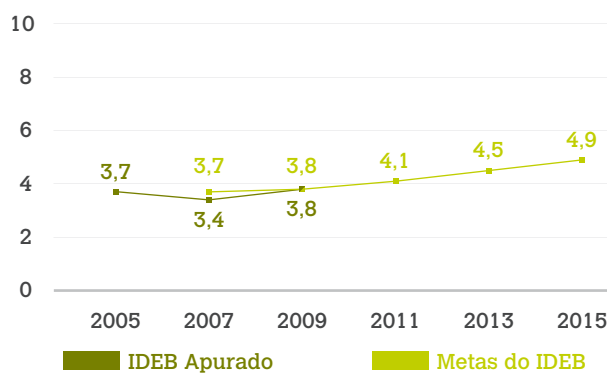
Figura 2.1

Valor apurado e metas do IDEB para as redes de ensino municipal e estadual e rede de ensino pública – Belo Horizonte, 2005/2007/2009

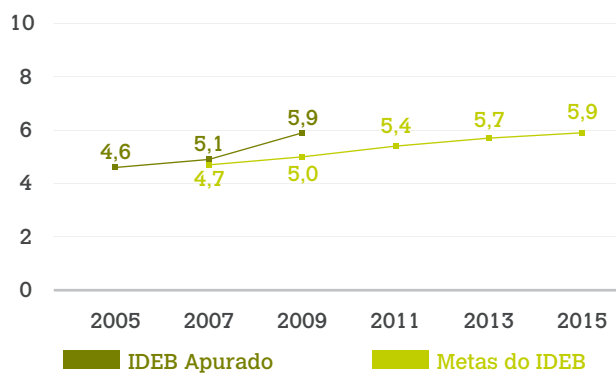
Rede de Ensino Municipal – Séries Iniciais (até a 4ª série)



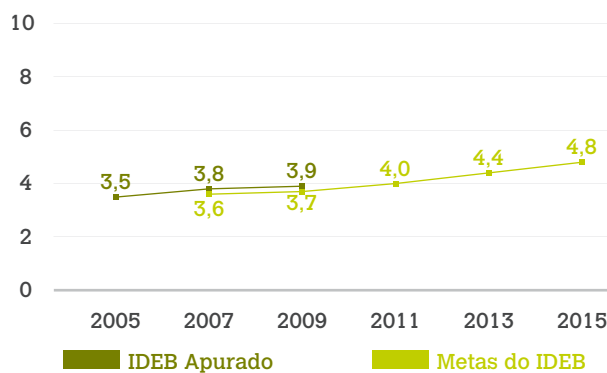
Rede de Ensino Municipal – Séries Finais (5ª a 8ª série)



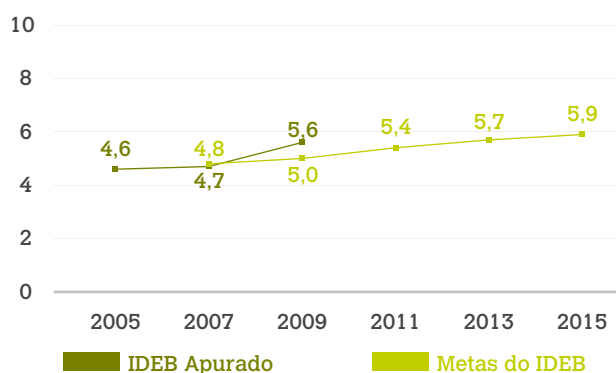
Rede de Ensino Estadual – Séries Iniciais (até a 4ª série)



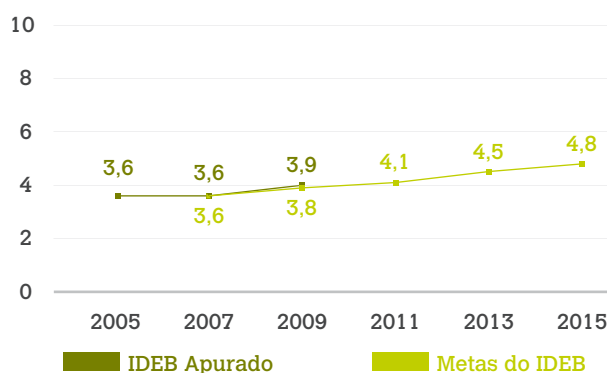
Rede de Ensino Estadual – Séries Finais (5ª a 8ª série)



Rede de Ensino Pública – Séries Iniciais (até a 4ª série)



Rede de Ensino Pública – Séries Finais (5ª a 8ª série)



Fonte: MEC/Inep

Para maiores informações sobre o IDEB consulte: <http://portalideb.inep.gov.br>

Na figura 2.1 são apresentadas as metas e as notas para o Ensino Fundamental alcançadas pelas duas principais redes de ensino público do município de Belo Horizonte – redes municipal e estadual que atendiam em 2009, cada uma, em torno de 39% dos alunos matriculados no Ensino Fundamental – e para o conjunto da rede pública do município – que também inclui a rede federal de ensino, muito pouco expressiva no município, com apenas 0,3% das matrículas nesse nível de ensino em 2009.

Observa-se que o município tem cumprido com as metas estabelecidas pelo MEC para o IDEB. Nas séries iniciais do Ensino Fundamental, o IDEB da rede pública foi de 5,6 em 2009, superando a meta estabelecida de 5,0. Para as séries finais, a meta de 3,8 para o conjunto da rede pública em

2009 também foi superada, alcançando a nota de 3,9. No comparativo das duas grandes redes públicas, observa-se um melhor desempenho da rede estadual, que cumpriu nos últimos anos com as metas do IDEB estabelecidas para ambas as etapas do Ensino Fundamental, ao passo que a rede municipal não alcançou as metas estabelecidas para 2007, mas conseguiu se recuperar e cumprir com as metas de 2009.

A necessidade e a importância de se alcançar as metas estipuladas para a melhoria da qualidade do Ensino Básico, por meio do IDEB, reforçam a importância da continuidade e da ampliação dos investimentos feitos na melhoria da qualidade do Ensino fundamental e na ampliação da educação infantil pública no município.

Considerações finais

Pode-se observar pelos dados apresentados anteriormente que, em termos de escolarização, o Brasil avançou muito, especialmente a partir de meados dos anos 1990. Foi assegurado às crianças e aos jovens o direito à escolaridade, o direito à permanência na escola e, sobretudo, à aprendizagem em escolas públicas qualificadas. No entanto, para materializar suas pretensões, o Brasil ainda continuará enfrentando muitos desafios, entre eles, a questão do financiamento educacional que continua sendo o meio privilegiado de se assegurar a expansão e a qualidade do ensino público.

É notório, porém, o compromisso, no âmbito da sociedade contemporânea, de ressignificar o conhecimento, levando em conta que, hoje, ocorrem mudanças significativas no mundo todo, pois a configuração da informação em rede coloca em dimensões diferenciadas aspectos antes considerados fundamentais. Pode-se dizer que vivemos, hoje, na chamada sociedade do conhecimento. Ou seja, face às novas postulações da cidadania e do mundo do trabalho, a escolarização adquire papel ainda mais significativo e estratégico. O conhecimento constitui-se, cada vez mais, como base necessária à participação social e política, devido às exigências de novas formas de trabalho, de ocupação e de lazer.

A escola, nessa perspectiva, torna-se viveiro da sociedade do conhecimento, que exige ao mesmo tempo a inclusão (a educação como direito de todos e dever do Estado) e um padrão de qualidade que coloque o conhecimento no centro das preocupações de uma nação que deseja a emancipação pela pesquisa científica séria, crítica e compromissada com os valores democráticos.

Isto posto, pode-se afirmar que o Objetivo do Milênio 2 será atingido, isto é, o acesso ao Ensino Fundamental estará garantido para todas as crianças e jovens. Belo Horizonte, como um dos municípios que apresenta os melhores indicadores educacionais do estado de Minas Gerais, já sinaliza o alcance da meta proposta para 2015. No entanto, não se pode desconsiderar que, no conjunto das taxas líquida e bruta, os indicadores apontam que ainda há muito a se avançar, em relação à reprovação e ao abandono.

Outro desafio que se coloca é referente à baixa qualidade do ensino, demonstrada pelos sistemas de avaliação oficiais. Há que se investir nessa área e nos diferenciais não desprezíveis dos indicadores de educação, no que tange à raça/cor e mesmo entre as regionais da cidade.

**Promover a igualdade entre os sexos
e a autonomia das mulheres**





objetivo 3

indicador	descrição	fonte
Razão entre Mulheres e Homens no Ensino Fundamental	Número de mulheres que frequentam a escola no Ensino Fundamental dividido pelo número de homens que frequentam a escola no Ensino Fundamental (multiplicado por 100)	Censo Demográfico/IBGE PAD/FJP
Razão entre Mulheres e Homens no Ensino Médio	Número de mulheres que frequentam a escola no Ensino Médio dividido pelo número de homens que frequentam a escola no Ensino Médio (multiplicado por 100)	Censo Demográfico/IBGE PAD/FJP
Razão entre Mulheres e Homens no Ensino Superior	Número de mulheres que frequentam a escola no Ensino Superior dividido pelo número de homens que frequentam a escola no Ensino Superior (multiplicado por 100)	Censo Demográfico/IBGE PAD/FJP
Razão entre Mulheres e Homens Alfabetizados 15 a 24 anos	Número de mulheres entre 15 e 24 anos de idade alfabetizadas dividido pelo número de homens entre 15 e 24 anos de idade (multiplicado por 100)	Censo Demográfico/IBGE PAD/FJP
Taxa de atividade feminina	Número de mulheres com 15 anos ou mais ocupadas ou desempregadas dividido pelo número de mulheres com 15 anos ou mais (multiplicado por 100)	Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte (PED/RMBH)

**Promover a
igualdade entre os
sexos e a autonomia
das mulheres**

meta 4

Eliminar a disparidade entre os sexos no ensino fundamental e médio

objetivo 3



indicador

Proporção de Mulheres Ocupadas no Setor Não-agrícola (em %)

Rendimento Mediano Feminino

Proporção de Mulheres Exercendo Mandatos no Poder Legislativo (em %)

descrição

Número de mulheres ocupadas no setor não-agrícola dividido pela população ocupada no setor não-agrícola e com rendimento positivo (multiplicado por 100)

Mediana do rendimento feminino

Número de vereadores do sexo feminino dividido pelo total de vereadores (multiplicado por 100)

fonte

Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte (PED/RMBH)

Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte (PED/RMBH)

Câmara Municipal de Belo Horizonte

**Promover a
igualdade entre os
sexos e a autonomia
das mulheres**

meta 4

Eliminar a disparidade entre os sexos no ensino fundamental e médio

objetivo 3





objetivo 3

meta 4

Eliminar a disparidade
entre os sexos no ensino
fundamental e médio

O Objetivo do Milênio “Promover a Igualdade entre os Sexos e a Autonomia das Mulheres” é dedicado à temática mais geral das desigualdades relacionadas a gênero. Diferentemente dos demais objetivos, as questões vinculadas a gênero, assim como as de raça, precisam ser analisadas, invariavelmente, de um modo transversal. A conquista de maior igualdade de gênero, com vistas à autonomia das mulheres, pressupõe a completa eliminação das assimetrias existentes no conjunto de indicadores relativos à participação das mulheres na estrutura social e econômica, além de implicar também na erradicação de toda e qualquer forma de violência e discriminação relativas a gênero.

A presente seção apresenta indicadores relativos à educação, ao mercado de trabalho, à participação política e à violência. No entanto, vale destacar que o relatório possui um capítulo dedicado somente à saúde materna, que tem como indicador principal a taxa de mortalidade materna.

Educação

Eliminar as disparidades entre os sexos na educação não se configura, na realidade brasileira, como aspecto central para o alcance do objetivo de promoção da autonomia das mulheres, uma vez que as meninas apresentam, em geral, indicadores mais elevados do que os meninos no campo educacional. As limitações de ascensão da escolarização são mais expressivas para os meninos e aumentam a cada etapa ou nível de ensino: começa no ensino fundamental – nível no qual os meninos parecem permanecer por mais tempo do que as meninas – e se prolonga até o ensino superior, onde a presença feminina é bem mais elevada. Apesar disso, destaca-se que o objetivo de promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres está ainda longe de ser uma realidade na nossa cidade.

Tabela 3.1

Razão entre Mulheres e Homens no Ensino Fundamental, Médio e Superior
por região administrativa – Belo Horizonte, 2000

Nível	Total	Regional								
		BA	CS	L	NE	NO	N	O	PA	VN
Ensino Fundamental	95,6	91,3	102,8	99,0	94,3	93,1	93,4	98,9	96,5	94,5
Ensino Médio	109,8	111,7	111,7	111,5	107,6	107,6	115,4	109,5	105,5	107,8
Ensino Superior	109,5	127,4	109,5	110,1	110,9	110,5	108,3	106,0	104,4	112,0

Fonte: Censo Demográfico/IBGE

Fórmula de cálculo: Número de mulheres por nível de ensino / número de homens no mesmo nível de ensino x 100

Observam-se significativos avanços, inclusive no que se refere às questões de gênero, em vários dos indicadores educacionais ora avaliados. O resultado do indicador “Razão entre mulheres e homens no Ensino Fundamental” demonstra que a participação das mulheres no Ensino Fundamental vem se ampliando e, inclusive, aponta para o fato de as mulheres serem maioria neste nível de ensino: no Relatório de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio de Belo Horizonte de 2008, os dados indicavam que esta participação era ainda ligeiramente inferior à dos homens – 99,6 em 1991 e 95,5 em 2000. Entretanto, ao considerar o período compreendido entre os anos de 2000 e 2009 (tabelas 3.1 e 3.2), observa-se que esta relação já se alterou, havendo, em 2009, mais mulheres matriculadas neste nível de ensino em Belo Horizonte: 102,6 mulheres para cada 100 homens.

Para os níveis Médio e Superior, os resultados de 2009 são semelhantes aos de 2000, ou seja, a participação das mulheres nestes dois níveis de ensino continua superior à dos homens. No Ensino Médio ela era de 109,8 em 2000, ampliando-se para 117,4 em 2009. No Ensino Superior, havia 109,5 mulheres para cada 100 homens matriculados, em 2000, passando para 131,4 mulheres para cada 100 homens em 2009.

Em relação à alfabetização na faixa etária de 15 a 24 anos, os dados da TAB. 3.3 demonstram que as mulheres também se encontram numa posição relativa mais favorável. Sabe-se que o analfabetismo junto a esse grupo populacional apresentou rápido declínio ao longo

Tabela 3.2

Razão entre Mulheres e Homens no Ensino Fundamental, Médio e Superior Belo Horizonte, 2009

Nível	Total
Ensino Fundamental	102,6
Ensino Médio	117,4
Ensino Superior	131,4

Fonte: PAD/FJP

Tabela 3.3

Razão entre Mulheres e Homens não-alfabetizados entre 15 e 24 anos Belo Horizonte, 1991, 2000 e 2009

Ano	Razão entre mulheres e homens alfabetizados (15 a 24 anos)
1991	109,0
2000	106,3
2009	108,5

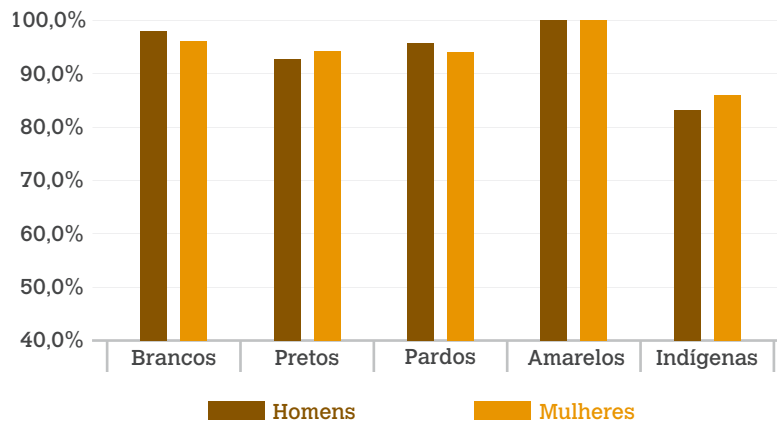
Fonte: Censo Demográfico, IBGE – para os anos de 1991 e 2000
PAD, FJP – para o ano de 2009

do período 1992-2005. Considerando esta faixa etária, em 1991, este valor era de 109 mulheres para cada grupo de 100 homens alfabetizados e, em 2000, existiam 106,3 mulheres nessa situação, sendo que, em 2009, havia 108,5 mulheres alfabetizadas para cada grupo de 100 homens. Avanço significativo também foi registrado em relação à redução das desigualdades raciais. Entre pardos e brancos, as mulheres superavam o número de homens alfabetizados em 2000, respectivamente 111,9 e 100,9 mulheres para cada grupo de 100 homens. Essa conclusão também é válida para a população de cor preta, pois o valor, em 2000, de 97,5 mulheres para cada 100 homens ainda é superior à proporção de mulheres nesse grupo específico da população e na faixa etária considerada, em que, para cada 100 homens, existiam 95,3 mulheres no ano considerado (IBGE, 2000).

O gráfico 3.1 indica que, considerando-se a taxa de alfabetização acima de 15 anos, desagregada por categorias de raça/cor, é possível verificar que as mulheres ainda estão em desvantagem com relação aos homens. Entre brancos e pardos na faixa etária acima de 15 anos, as mulheres estão em pior situação do que os homens. Entre os indivíduos pretos, no entanto, as mulheres desta vez aparecem em situação de vantagem e, já no grupo dos amarelos, a taxa de alfabetização

Gráfico 3.1

Taxa de alfabetização acima de 15 anos por categoria de raça/cor - Belo Horizonte, 2009



Fonte: PAD, FJP - 2009

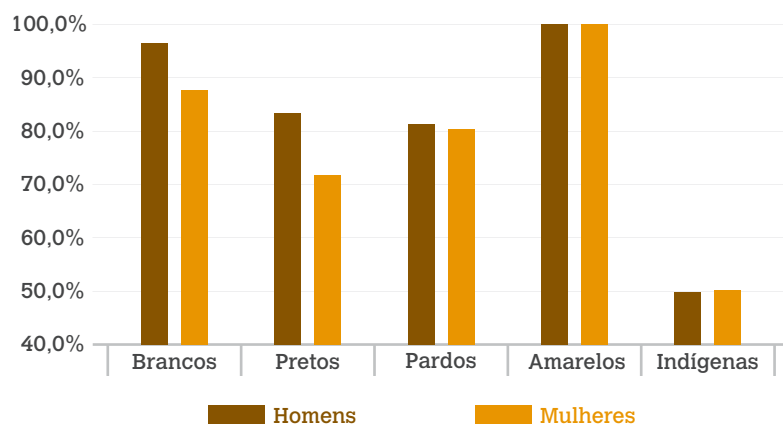
acima de 15 anos é igual para mulheres e homens, sendo este grupo o que apresenta maior taxa.

Se a escolarização foi atingida por uma boa parte das meninas e mulheres brasileiras, o mesmo não pode ser dito para as mulheres negras e as mais velhas. Sabe-se que as mulheres não-brancas, de uma forma geral, freqüentam menos as escolas, apresentam menores médias de anos de estudo e maior índice de defasagem escolar. As mulheres com 60 anos de idade ou mais, por sua vez, ainda apresentam as mais altas taxas de analfabetismo. Nessa faixa etária, as desigualdades entre os grupos raciais aumentam consideravelmente, como indica o gráfico 3.2. Nota-se que as mulheres indígenas possuem

Gráfico 3.2

Taxa de alfabetização de idosos (acima de 60 anos)

Belo Horizonte, 2009



Fonte: PAD, FJP - 2009

as menores taxas de alfabetização, seguidas pelas mulheres pretas, pardas e, finalmente, pelas brancas. Há igualdade entre homens e mulheres apenas entre os idosos declarados amarelos, grupo que também apresenta as maiores taxas de alfabetização na cidade.

De um modo geral, o país experimenta tendência de universalização do acesso aos estágios de educação obrigatória e melhoria no comportamento de alguns indicadores educacionais. Especialmente nos últimos três anos, reduziram-se as diferenças segundo diversos recortes analíticos. Em relação aos avanços educacionais alcançados pelo Brasil, vale destacar a criação do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), instituído no ano de 2007, que estabeleceu uma estratégia de enfrentamento de problemas que historicamente têm obstaculizado o sistema de educação. Ao abarcar uma visão sistêmica, o PDE reconhece as conexões entre educação básica, educação superior, educação profissional e alfabetização e a necessidade do compartilhamento de competências políticas, técnicas e financeiras entre os três entes federados, para execução dos programas de desenvolvimento da educação.

No entanto, muitos são os desafios na área educacional. Configurações sociais e valores culturais tradicionais, presentes em nosso país, fazem com que grande parte das escolas reproduza estereótipos de gênero que, normalmente, impõem às mulheres uma posição subalternizada e tradicional; contribuem para que haja, desde muito cedo, uma forte segmentação do conhecimento e das profissões por sexo. Assim sendo, as jovens escolhem cursos/profissões diferentes dos homens e, em geral, acabam por ocupar espaços que costumam ser menos valorizados social e economicamente, o que resultará em desvantagens de participação no mercado de trabalho - salários menores que os homens e ocupações em postos que possuem menor proteção social.

Mercado de trabalho

As mulheres são responsáveis por uma das mais marcantes transformações das sociedades contemporâneas. A queda da taxa de fecundidade, o aumento do número de famílias cujos principais responsáveis são as mulheres, o aumento da escolaridade, os novos valores relativos ao papel das mulheres na sociedade são alguns dos indicadores desta transformação. A inserção no mercado de trabalho é apenas pequena parte desse cenário, mas impactou de forma vital tanto o espaço privado – família – quanto o público.

Muitos são os estudos de gênero que demonstram as diferenças de inserção da força de trabalho feminina frente à masculina no mercado de trabalho. Neste estudo tem destaque a questão da inserção das mulheres em espaços mais desvalorizados no mercado de trabalho do município de Belo Horizonte. Os dados apresentados são da Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED/RMBH) para o ano de 2009.

Por um lado, a participação feminina no mercado de trabalho é condicionada por uma identidade construída em

Tabela 3.4

Estimativas da População em Idade Ativa (PIA), População Economicamente Ativa (PEA), Ocupados e Desempregados por sexo e cor/raça (valores em 1.000) – Belo Horizonte, 2009

	PIA	PEA		Ocupados		Desempregados	
		Freq.	Taxa de participação	Freq.	Taxa de ocupação	Freq.	Taxa de desemprego
Total	2.094	1.261	59,9	1.151	91,3	110	8,7
Masculino	970	660	68,0	610	92,5	49	7,4
Branca	459	315	68,7	293	93,1	21	6,8
Preta	57	39	67,8	36	92,5	3	7,2
Parda	454	305	67,2	280	91,9	24,5	8,0
Feminino	1.124	601	53,5	541	89,9	61	10,7
Branca	549	293	53,5	266	90,9	27	9,1
Preta	65	35	54,3	32	89,9	4	10,1
Parda	511	273	53,5	243	88,9	30	11,1

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI), Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte (PED/RMBH); Convênio FJP/Dieese/Seade/Sedese-MG

torno da esfera doméstica em sobreposição à sua qualificação e à oferta de trabalho. Assim, as mulheres tendem a ocupar espaços que são extensão de suas tarefas no lar. Por outro, a “obrigação” de articular papéis familiares e profissionais restringe a disponibilidade das mulheres para o trabalho. A participação no mercado depende de uma complexa combinação entre características pessoais e familiares, como o estado conjugal e a presença de filhos, associados à idade e à escolaridade da mulher, assim como as características do grupo familiar, como o ciclo de vida e estrutura familiar (BRUSCHINI, 2000).

Em Belo Horizonte, no ano de 2009, a taxa de participação foi de 68% para os homens e 53,5% para as mulheres¹. Desde a década de 1970 verifica-se esse movimento de ampliação da participação feminina no mercado de trabalho. No entanto, notam-se diversas mudanças no perfil das trabalhadoras nos últimos 40 anos. A probabilidade de participação no mercado de trabalho outrora era muito maior entre as mulheres mais jovens, solteiras e pouco escolarizadas. Na década de 1980, há uma elevação da participação de mulheres com mais de 25 anos, responsáveis pelos domicílios e seus cônjuges e com escolaridade mais elevada (BRUSCHINI E LOMBARDI, 1996; HOFFMANN E LEONE, 2004). O nível mais baixo de participação feminina em relação à masculina resulta dos diversos constrangimentos sofridos por aquelas e pela necessidade de equilibrar várias atividades e esferas da vida.

Um dos indicadores selecionados pelas Nações Unidas para monitorar as disparidades entre homens e mulheres no mercado de trabalho refere-se à proporção de trabalhadoras assalariadas no setor não agrícola. A parcela de mulheres empregadas e com rendimento positivo no setor não-agrícola representa o percentual de mulheres dentre o total de empregados nesse setor. A desigualdade entre homens e mulheres, medida por esse indicador, vem diminuindo em Belo Horizonte. Em 1991, do total de pessoas empregadas e com rendimento no setor não-agrícola, 41,9% eram mulheres e 58,1%, homens. Em 2000, esses valores passam para, respectivamente, 45,1% e 54,9%. Em 2009, há ampliação da participação das mulheres em empregos remunerados no setor não-agrícola: elas passam a ser 48% e os homens 52%.

O desemprego afeta mais as mulheres do que homens; enquanto 92,5% dos homens que se encontravam no mercado de trabalho, em 2009, tinham uma ocupação, somente 89,9% das mulheres encontravam-se nessa condição. Ou seja, a taxa de desemprego dos homens

As pessoas de cor ou raça preta e parda sofrem constrangimentos maiores no mercado do que as de cor branca.

equivale a 7,4% e das mulheres, 10,7%. Além disso, nota-se uma desigualdade de inserção na esfera produtiva de acordo com seu grupo cor ou raça. As pessoas de cor ou raça preta e parda sofrem constrangimentos maiores no mercado do que as de cor branca. Assim, a taxa de desemprego dos homens brancos é de 6,8% (abaixo da média de 7,4%), dos homens de cor ou raça preta, 7,2% e parda, 8%. As mulheres brancas têm taxa de desemprego de 9,1%, maior do que a dos homens pretos ou pardos, mas menor do que a das mulheres de cor ou raça preta (10,1%) ou parda (11,1%).

Segundo Bruschini (apud HOFFMAN E LEONE, 2004), a inserção ocupacional das mulheres não sofreu grandes mudanças ao longo do tempo. Há uma persistência de nichos ocupacionais femininos, como por exemplo, o emprego doméstico. Geralmente, a inserção feminina é mais vulnerável e precária do que a dos homens, em ocupações

informais, sem regulamentação que não permitem o acesso à licença maternidade, entre outros direitos. Deve-se salientar que o aumento de ocupações precárias tem ajudado também a absorver uma parcela de homens, o que reduz a segmentação do mercado por sexo. Assim, há uma redução das diferenças entre o trabalho de homens e mulheres, só que agora não somente pela capacidade das mulheres de entrarem no mercado reservado aos homens, mas pela participação conjunta de homens e mulheres em empregos de pior qualidade (HOFFMAN E LEONE, 2004).

As tabelas 3.5a e 3.5b mostram os nichos do mercado de trabalho por sexo. Em Belo Horizonte o setor de serviços emprega 61,3% da força de trabalho, seguido do comércio, 14%; da indústria de transformação 11,3%; dos serviços domésticos 6,6% e da construção civil (6,2%). A tabela 3.5a apresenta a distribuição dos ocupados num determinado

Tabela 3.5a

Distribuição da população ocupada segundo setor de atividade econômica, sexo e cor/raça
Belo Horizonte, 2009 (% da categoria sexo-cor/raça por setor de atividade)

Setor de Atividade Econômica	Masculino			Feminino			Total
	Branca/Amarela	Preta/Parda	Total	Branca/Amarela	Preta/Parda	Total	
Ind. Transformação	31,5	36	67,4	16,4	16,1	32,6	100
Construção civil	31,5	59,7	91,1	5,3	3,6	8,9	100
Comércio	25,6	30,8	56,4	20,3	23,3	43,6	100
Serviços	26,3	24,7	51	26,5	22,5	49	100
Serv.Domésticos	1,2	2,6	3,8	25,8	70,4	96,2	100
Outros	48,2	18,5	66,7	18,9	14,4	33,3	100
Total	25,5	27,5	53	23,1	23,9	47	100

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI), Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte (PED/RMBH); Convênio FJP/Dieese/Seade/Sedese-MG

Tabela 3.5b

Distribuição da população ocupada segundo setor de atividade econômica, sexo e cor/raça
Belo Horizonte, 2009 (% do setor de atividade por categoria sexo–cor/raça)

Setor de Atividade Econômica	Masculino			Feminino			Total
	Branca/Amarela	Preta/Parda	Total	Branca/Amarela	Preta/Parda	Total	
Ind. Transformação	14	14,8	14,4	8,1	7,7	7,9	11,3
Construção civil	7,7	13,5	10,7	1,4	0,9	1,2	6,2
Comércio	14,1	15,7	14,9	12,3	13,7	13	14
Serviços	63,4	55,1	59,1	70,5	58	64,2	61,5
Serv.Domésticos	0,3	0,6	0,5	7,4	19,5	13,5	6,6
Outros	0,6	0,2	0,4	0,3	0,2	0,2	0,3
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI), Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte (PED/RMBH); Convênio FJP/Dieese/Seade/Sedese-MG

setor de atividade econômica por sexo e cor. Assim, vê-se que a Construção Civil é um nicho de trabalho masculino com 91,1% dos ocupados homens e grande parte desses, de cor preta ou parda. Da mesma forma, os serviços domésticos constituem um segmento feminino do mercado de trabalho onde 96,2% dos ocupados são mulheres, com clara maioria de mulheres da cor preta ou parda (70,4%). A Indústria de Transformação é um setor possui mais homens do que mulheres, mas não há diferença grande de cor ou raça, assim como no comércio.

Na tabela 3.5b vê-se a distribuição das pessoas de determinado sexo e cor ou raça nos diversos setores de atividade econômica. Assim, constata-se, nessa tabela, o efeito de composição dos setores, ou seja, que o setor de serviços emprega uma quantidade muito maior de pessoas, mas percebe-se a importância de cada setor para os grupos de cor ou raça e sexo.

Se 70,4% dos ocupados nos serviços domésticos são mulheres pretas ou pardas, tem-se que 19,5% das mulheres pretas ou pardas estão ocupadas nesse setor. A construção civil, que é um nicho de trabalho masculino,

não é tão importante assim para os homens pretos ou pardos, já que somente 13,5% deles estão lá ocupados.

As diferenças de inserção no mercado de trabalho também podem ser vistas pela posição na ocupação. Nota-se pela tabela 3.6a, por um lado, a importância do setor público para as mulheres de cor ou raça branca: 22,4% delas são assalariadas no setor público, contra 15,8% dos homens do mesmo grupo de cor ou raça. No grupo de assalariados com carteira assinada há 37,6% das mulheres brancas e 42,8% dos homens brancos. Por outro lado, percebe-se que 10,7% dos homens brancos são empregadores.

Vale notar que do grupo de empregadores 70,3% são homens, sendo que 48,5% são homens brancos.

As posições na ocupação podem ser agregadas de tal forma que indiquem a vulnerabilidade da inserção no mercado de trabalho. Considera-se não vulnerável o trabalho assalariado com carteira assinada, os assalariados no setor público, os autônomos que trabalham para empresas, e os empregadores. São vulneráveis os assalariados sem carteira de trabalho assinada, os

Tabela 3.6a

Distribuição da população ocupada segundo posição na ocupação, sexo e cor/raça
Belo Horizonte, 2009 (% da posição na ocupação por categoria de sexo–cor/raça)

POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO	Masculino			Feminino			Total
	Branca/Amarela	Preta/Parda	Total	Branca/Amarela	Preta/Parda	Total	
Assal. C/ carteira assinada	42,8	52,1	47,6	37,6	41,0	39,3	43,7
Assal. S/ carteira assinada	7,8	8,2	8,0	8,0	7,0	7,5	7,8
Assal. Setor público	15,8	10,4	13,0	22,4	14,3	18,3	15,5
Autônomo para o público	11,9	17,9	15,0	10,3	11,5	10,9	13,1
Autônomo para empresa	6,6	5,1	5,8	4,6	3,8	4,2	5,1
Empregador	10,7	4,5	7,5	5,3	1,9	3,6	5,6
Doméstico	0,3	0,6	0,5	7,4	19,5	13,5	6,6
Outros	4,1	1,3	2,6	4,6	1,0	2,8	2,7
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI), Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte (PED/RMBH); Convênio FJP/Dieese/Seade/Sedese-MG

autônomos para o público, os domésticos e os trabalhadores familiares sem remuneração salarial.

Verifica-se uma clara distinção de inserção entre essas atividades. Assim, enquanto somente 19,4% dos trabalhadores em posições vulneráveis no mercado de trabalho são homens brancos, 36,6% são mulheres da cor preta ou parda. 55,5% dos trabalhadores não vulneráveis são homens (27,6% brancos e 27,9% pretos ou pardos), e 44,5% são mulheres, sendo que 23,8% brancas e 20,7% pretas ou pardas.

O resultado da diferença de inserção de homens e mulheres na esfera produtiva resulta, por fim, na desigualdade de renda. A renda das mulheres é menor do que a dos homens quando se controla a escolaridade e a raça/cor (tabela 3.8).

Considerando as pessoas que não completaram o ensino fundamental, constata-se que a renda média

dos homens de cor ou raça preta/parda de R\$871 equivale a 90,7% da dos homens de cor branca (R\$960). Já as mulheres brancas perceberam renda equivalente a 58,4% da renda dos homens da mesma cor e 64,4% da renda dos homens de cor preta ou parda com o mesmo nível de escolaridade.

Comparando-se os dados para os mais escolarizados, que possuem curso superior completo vê-se o mesmo padrão. Os homens de cor preta/parda auferiram rendimentos equivalentes a 82,3% do dos homens de cor ou raça branca. Já as mulheres brancas com curso superior perceberam renda média equivalente a 67,7% da dos homens de cor branca e 82,2% dos homens de cor preta/parda. As mulheres de cor preta ou parda receberam em média 54,9% do rendimento dos homens de cor branca, 66,8% da dos de cor ou raça preta/parda e 81,2% da das mulheres de cor ou raça branca.

Tabela 3.6b

Distribuição da população ocupada segundo posição na ocupação, sexo e cor/raça
Belo Horizonte, 2009 (% da categoria de sexo-cor/raça por posição na ocupação)

POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO	Masculino			Feminino			Total
	Branca/Amarela	Preta/Parda	Total	Branca/Amarela	Preta/Parda	Total	
Assal. C/ carteira assinada	25,0	32,8	57,8	19,8	22,4	42,2	100
Assal. S/ carteira assinada	25,8	29,1	54,8	23,7	21,5	45,2	100
Assal. Setor público	26,0	18,4	44,5	33,4	22,1	55,5	100
Autônomo para o público	23,2	37,6	60,9	18,2	21,0	39,1	100
Autônomo para empresa	33,4	27,8	61,2	20,8	18,0	38,8	100
Empregador	48,4	21,8	70,3	21,7	8,0	29,7	100
Doméstico	1,2	2,6	3,8	25,8	70,4	96,2	100
Outros	38,8	2,7	51,5	39,3	9,2	48,5	100
Total	25,5	27,5	53,0	23,1	23,9	47,0	100

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI), Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte (PED/RMBH); Convênio FJP/Dieese/Seade/Sedese-MG

Tabela 3.7

Distribuição da população ocupada segundo vulnerabilidade da posição na ocupação por
sexo e cor/raça - Belo Horizonte, 2009 (%)

	Masculino			Feminino			Total
	Branca/Amarela	Preta/Parda	Total	Branca/Amarela	Preta/Parda	Total	
Não vulnerável	27,6	27,9	55,5	23,8	20,7	44,5	100
Vulnerável	19,4	26,2	45,6	20,9	33,6	54,4	100
Total	25,5	27,5	53	23,1	23,9	47	100

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI), Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte (PED/RMBH); Convênio FJP/Dieese/Seade/Sedese-MG

Tabela 3.8

Distribuição da renda média, mediana e renda por hora da população ocupada segundo sexo, raça/cor e escolaridade – Belo Horizonte, 2009 (%)

Sexo	Raça/cor	R\$	Fund. Inc.	Fund. Compl. + Med. Inc.	Med. Compl. + Sup. Inc.	Sup. Compl.
Masculino	Branca/Amarela	Média	960	1092	1727	4050
		Mediana	758	743	1262	3189
		Renda hora	5,5	6,4	10,9	26,7
	Negra/Parda	Média	871	958	1329	3335
		Mediana	715	715	963	2550
		Renda hora	5	5,3	7,9	21
Feminino	Branca/Amarela	Média	561	676	1002	2743
		Mediana	492	517	735	2104
		Renda hora	3,9	4,6	7	20,8
	Negra/Parda	Média	498	577	787	2227
		Mediana	490	493	624	1593
		Renda hora	3,5	3,9	5,1	15,5
Total	Branca/Amarela	Média	779	921	1383	3321
		Mediana	628	632	945	2617
		Renda hora	4,8	5,7	9,1	23,5
	Negra/Parda	Média	693	793	1063	2712
		Mediana	532	577	740	2094
		Renda hora	4,3	4,7	6,5	18

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI), Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte (PED/RMBH); Convênio FJP/Dieese/Seade/Sedese-MG

Violência de gênero

Ainda persiste no Brasil o fenômeno da violência doméstica contra as mulheres. As ocorrências mais frequentes são a ameaça e a lesão corporal. Contudo, são apenas os registros de ocorrência da Polícia Civil que se encontram disponíveis para análise. Mesmo assim foram compiladas informações confiáveis apenas para os anos de 2004 e 2005, através da SENASP, vinculada ao Ministério da Justiça. Nessas compilações de dados aparecem especialmente aqueles tipos de crimes mais recorrentes perpetrados contra as mulheres, na forma como os mesmos são coletados pelas Delegacias de Polícia Civil. Destaca-se também que boa parte das

violências cometidas contra a mulher não chegam de fato a se constituir como registros, haja visto que apenas 1,33%² das ocorrências de violências físicas cometidas contra as mulheres na Região Metropolitana foram registradas, nas respectivas Delegacias (ANDRADE, 2004).

A tabela 3.9 indica que a taxa de crimes violentos não letais contra a pessoa – que incluem crimes sexuais como atentado violento ao pudor e estupro –, para Belo Horizonte (41,3) apresenta valores mais elevados do que aqueles registrados para o Brasil (34,5), a região Sudeste (33,3) e o Estado de Minas Gerais (32,6)³.

Tabela 3.9

Distribuição das Ocorrências⁽¹⁾ de Crimes Violentos Não Letais Contra Pessoa⁽³⁾, registradas pelas Polícias Cíveis por 100.000 habitantes, em 2004 e 2005

Brasil, Regiões e Unidades da Federação	2004			2005		
	População	Número de Ocorrências	Taxa por 100.000 habitantes ⁽²⁾	População	Número de Ocorrências	Taxa por 100.000 habitantes ⁽²⁾
Brasil	169.092.709	58.418	34,5	173.922.234	61.232	35,2
Região Sudeste	76.333.625	25.435	33,3	78.472.036	26.385	33,6
Minas Gerais	18.762.405	6.117	32,6	19.237.434	6.671	34,7
Espírito Santo	3.298.541	1.068	32,4	3.408.360	1.976	58,0
Rio de Janeiro	15.033.317	5.490	36,5	15.383.422	6.291	40,9
São Paulo	39.239.362	12.760	32,5	40.442.820	11.447	28,3
Belo Horizonte	2.327.049	961	41,3	2.375.330	895	37,68

Fontes: Ministério da Justiça - MJ/ Secretaria Nacional de Segurança Pública - SENASP/ Secretarias Estaduais de Segurança Pública/ Departamento de Pesquisa, Análise da Informação e Desenvolvimento de Pessoal em Segurança Pública - Coordenação Geral de Pesquisa/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

Observações: 1) O indicador relativo à tabela 3.9 é composto pela soma do número de ocorrências dos seguintes delitos: atentado violento ao pudor, estupro, tentativa de homicídio e tortura. 2) Cálculo feito com base nos censos demográficos, contagem populacional e MS/SE/Datasus, a partir de totais populacionais fornecidos pelo IBGE, para os anos intercensitários. 3) As informações fornecidas pelas Secretarias Estaduais de Segurança Pública podem variar de acordo com a cobertura dos dados em termos das delegacias que informam o sistema.

A tabela 3.10 trata apenas de crimes de estupro cometidos contra mulheres. Nesse caso, verifica-se que o estado de São Paulo apresenta a maior taxa (19,91), seguido do Brasil (16,48) e de Belo Horizonte (16,4).

Destaca-se, ainda, que após a promulgação da Lei Maria da Penha – Lei nº 11.340/06 – no ano de 2006, esses registros sofreram significativa alteração. Dados da Delegacia de Mulheres de Belo Horizonte mostram que as ocorrências envolvendo o sexo feminino cresceram 42,2% na capital desde 2007, quando a Lei Maria da Penha começou a vigorar. Foram 10.851 registros naquele ano, contra 15.437 em 2009. O aumento foi de 34,1% ante os números de 2008, quando foram

instaurados 11.505 procedimentos. No entanto, após completar quatro anos, a nova legislação, modelo para vários países, revela-se ainda impotente para conter a violência contra as mulheres.

Ressalta-se que entre os assassinatos cometidos contra a mulher, em Belo Horizonte, 219 foram averiguados pela Polícia Civil, entre 2006 e 2008, e desses, 116 atestavam nos registros como “causa indeterminada”. A partir da análise desses dados, pode-se inferir que há certa negligência na forma como os casos estão sendo resolvidos e/ou que os órgãos responsáveis estão pouco aparelhados para intervir na realidade da violência contra a mulher.

Tabela 3.10

Distribuição das Ocorrências Registradas⁽²⁾ pelas Polícias Cíveis relativas a Estupro, segundo Número e Taxas por 100.000 mulheres em 2004 e 2005

Brasil, Regiões e Unidades da Federação	2004			2005		
	População Feminina	Total de Ocorrências de Estupro	Taxa por 100.000 mulheres ⁽¹⁾	População Feminina	Total de Ocorrências de Estupro	Taxa por 100.000 mulheres ⁽¹⁾
Brasil	85.883.857	14.153	16,48	88.332.009	14.557	16,48
Região Sudeste	38.977.633	6.216	15,95	40.064.296	6.419	16,02
Minas Gerais	9.480.663	959	10,12	9.721.532	1.047	10,77
Espírito Santo	1.664.355	142	8,53	1.719.969	140	8,14
Rio de Janeiro	7.821.643	1.130	14,45	8.001.992	1.329	16,61
São Paulo	20.010.972	3.985	19,91	20.620.803	3.903	18,93
Belo Horizonte	1.227.976	201	16,4	1.253.455	144	15,72

Fonte: Ministério da Justiça - MJ/ Secretaria Nacional de Segurança Pública - SENASP/ Secretarias Estaduais de Segurança da Informação e Desenvolvimento de Pessoal em Segurança Pública - Coordenação Geral de Pesquisa/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE

Observações: 1) o cálculo foi feito com base nos censos demográficos, contagem populacional e MS/SE/Datasus, a partir de totais populacionais fornecidos pelo IBGE, para os anos intercensitários. 2) As informações fornecidas pelas Secretarias Estaduais de Segurança Pública podem variar de acordo com a cobertura dos dados em termos das delegacias que informam o sistema.

Caixa 3.1

Desde 2008, o Estado de Minas Gerais aderiu ao Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, criado pelo Governo Federal em 2007. Esse Pacto é parte constitutiva da Agenda Social do governo e tem por finalidade atuar na prevenção, atenção e proteção, e garantia dos direitos das mulheres em situação de violência, ampliando-se a rede de atendimentos a essas mulheres, realizando campanhas de conscientização, entre outras ações. A partir da formalização da parceria, o Conselho Estadual dos Direitos da Mulher, órgãos estaduais e municipais e SPM/PR definem estratégias para a implementação do Pacto Nacional e o projeto básico para liberação de recursos para a rede de atendimento à mulher. O Pacto também prevê recursos para o Consórcio Mulheres das Gerais, cujas ações prioritárias são constituição de estrutura para abrigamento e para prevenção à violência em Betim, Belo Horizonte, Contagem e Sabará.

Participação política

A proporção de mulheres no poder legislativo municipal apresenta-se em regime lento de expansão, como indicam dados do relatório anterior: de 8,1% em 1990 para 17,1% em 2005, o que não significa a reversão da desigualdade entre homens e mulheres, uma vez que tais valores estão muito longe de indicar paridade entre os sexos na ocupação de mandatos eletivos. O dado fica mais claro quando se observa que aos 17,1% de participação de mulheres em cargos eletivos no legislativo municipal correspondem 82,9% de participação masculina. Ademais, os dados para o ano de 2009 indicam que a participação das mulheres nesta esfera foi reduzida, passando dos já citados 17,1% em 2005 para 12,2% em 2009 (tabela 3.11).

Tabela 3.11

Proporção de mulheres exercendo mandatos no poder Legislativo Municipal – Belo Horizonte 1990/1993/1997/2001/2005/2009

Ano	Eleitos	Mulheres	% de Mulheres
1990	37	3	8,1
1993	37	3	8,1
1997	37	6	16,2
2001	37	6	16,2
2005	41	7	17,1
2009	41	5	12,2

Fonte: Câmara Municipal de Belo Horizonte

Caixa 3.2

Como resultado da luta dos diversos organismos de defesa dos direitos da mulher, foi aprovada a Lei no. 12.034/2009 que favorece a participação das mulheres na política: (a) obriga os partidos e coligações a “preencher” e não apenas reservar o mínimo de 30% e o máximo de 70% para candidaturas de cada sexo; (b) prevê a aplicação de recursos partidários na criação e manutenção de programas de promoção e formação política de mulheres, observando o percentual de, no mínimo, 5% do total de recursos do Fundo Partidário destinados a esse fim; (c) prevê que a propaganda partidária gratuita garanta a promoção e difusão da participação política das mulheres, observando-se o mínimo 10% desse tempo para as mulheres.

Considerando a participação feminina em cargos de poder no Executivo municipal, verifica-se que as mulheres são a maioria em todos os níveis hierárquicos, com exceção do primeiro e do segundo níveis⁵ (tabela 3.12). Nota-se, mais uma vez, a expressiva diferença entre homens (90, 91%) e mulheres (9,09%) no que se refere ao primeiro grau hierárquico, que sofre pequena redução quando se considera desta vez o segundo nível da hierarquia de cargos: os homens ocupam 70,21% destes cargos e as mulheres 29,79%.

Esse dado pode indicar que é limitada a ascensão de mulheres a cargos mais elevados da hierarquia do Executivo Municipal de Belo Horizonte, o que aponta para a necessidade de se atentar para as políticas de promoção e de nomeação para tais cargos, devendo-se considerar inclusive a adoção de políticas de ação afirmativa visando a enfrentar esta marcante desigualdade.

Nos últimos anos, desenvolveram-se várias ações destinadas a ampliar a participação das mulheres em diferentes espaços de poder e decisão. Criou-se, por exemplo, o Fórum Nacional de Instâncias de Mulheres de Partidos Políticos composto por 16 partidos políticos das mais diferentes tendências ideológicas. Em abril de 2010, foi igualmente criado o Fórum Estadual de Instâncias de Mulheres de Partidos Políticos de Minas Gerais. Os Fóruns vêm promovendo, desde agosto de 2008, a campanha “Mais Mulheres no Poder – Eu assumo!”, tendo sido lançada a Plataforma eleitoral que elenca políticas a serem incorporadas nas plataformas políticas de candidatos e candidatas.

Tabela 3.12

Participação masculina e feminina em cargos no Poder
Executivo de Belo Horizonte em 2009

Grau	Homens		Mulheres		Total
	Freq.	Freq. Relativa	Freq.	Freq. Relativa	
Primeiro grau hierárquico	20	90,91%	2	9,09%	22
Segundo grau hierárquico	33	70,21%	14	29,79%	47
Demais graus hierárquicos	866	48,00%	938	52,00%	1804
Total	919	49,07%	954	50,93%	1873

Fonte: Secretaria Adjunta de Recursos Humanos - PBH

Considerações finais

Conclui-se que, em Belo Horizonte, a ausência de autonomia da mulher não se relaciona diretamente ao nível de escolaridade ou ao acesso à saúde, mas, sobretudo, a sua ainda precária inserção no mercado de trabalho, ao limitado acesso aos espaços de poder e decisão e permanência das violações de direitos e das múltiplas formas de violência.

O enfrentamento à violência e a redução das desigualdades de gênero estão intrinsecamente relacionados à capacidade de a sociedade civil se organizar e de o poder público atender às demandas sociais.

Avalia-se que é imprescindível avançar na forma como são coletados e analisados os dados relativos à mulher, com vistas a favorecer avaliações mais profundas sobre a realidade da mulher e o aprimoramento das ações em

andamento. A desagregação dos indicadores para o espaço intraurbano, por idade, raça/cor, e renda possibilitará identificar a heterogeneidade espacial e social da cidade no que tange às diferenciadas formas de opressão exercidas sobre as mulheres.

A posição ainda desfavorável para as mulheres em espaços decisivos e de poder, assim como a inserção também desigual no mercado de trabalho, a violação de seus direitos no âmbito das relações sociais, sobretudo as relações afetivas e amorosas, são fenômenos inadmissíveis dentro de um estado democrático de direito. A reversão desse quadro dependerá certamente de políticas públicas de natureza transversal e intersetorial.

Reduzir a mortalidade infantil





objetivo 4

indicador

Taxa de mortalidade na infância (crianças menores de 5 anos)

Taxa de mortalidade infantil

Taxa de mortalidade infantil - Neoprecoce

Taxa de mortalidade infantil - Neotardia

Taxa de mortalidade infantil - Pós-neonatal por mil

descrição

Número de óbitos de crianças menores de 5 anos dividido pelo número de nascidos vivos (multiplicado por 1.000)

Número de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade dividido pelo número de nascidos vivos (multiplicado por 1.000)

Número de óbitos até 6 dias de vida dividido pelo número de nascidos vivos (multiplicado por 1.000)

Número de óbitos entre 7 e 27 dias de vida dividido pelo número de nascidos vivos (multiplicado por 1.000)

Número de óbitos entre 28 dias e 1 ano de vida incompleto dividido pelo número de nascidos vivos (multiplicado por 1.000)

fonte

Secretaria Municipal de Saúde/PBH (SIM e SINASC)

Secretaria Municipal de Saúde/PBH (SIM e SINASC)

Secretaria Municipal de Saúde/PBH (SIM e SINASC)

Secretaria Municipal de Saúde/PBH (SIM e SINASC)

Secretaria Municipal de Saúde/PBH (SIM e SINASC)

Reduzir a mortalidade na infância

meta 5

Reduzir em 2/3, até 2015,
a mortalidade de crianças
menores de cinco anos

objetivo 4





objetivo 4

meta 5

Reduzir em 2/3, até 2015,
a mortalidade de crianças
menores de cinco anos

A Meta 5 dos Objetivos do Milênio é reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade, denominada mortalidade na infância. A análise do desempenho de 68 países prioritários, realizada em 2008, indicou que o Brasil está entre os 16 países que têm condições de atingir a meta desse objetivo.¹

A taxa de mortalidade infantil (óbitos de menores de um ano de idade) e a taxa de mortalidade na infância (óbitos de menores de cinco anos) são indicadores que dimensionam a qualidade de vida das populações. Apesar do declínio observado no país nas últimas décadas, persiste como desafio para os serviços de saúde e para a sociedade, uma vez que os patamares atuais são incompatíveis com o nível de desenvolvimento econômico do Brasil. As mortes infantis são mortes precoces que resultam de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de assistência de saúde e que em sua maioria são consideradas evitáveis pelo acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde (LANSKY; FRANÇA, 2006). Destaca-se, ainda, que a distribuição heterogênea da mortalidade infantil na população, consequência da desigualdade social brasileira, gera graves disparidades na chance de sobrevivência das crianças, muito menor para a população pobre e para a população negra (MALTA, 2001; VICTORA, 2003)

Mortalidade na infância

A taxa de mortalidade na infância (número de óbitos de crianças menores de cinco anos por mil nascidos vivos) apresentou uma redução de 71,7% em Belo Horizonte entre 1994 e 2009, passando de 47,4/1000 em 1994 para 13,4/1000 em 2009 (gráfico 4.1). Os dados permitem afirmar que o município já atingiu a meta de reduzir em 2/3 a mortalidade de menores de cinco anos. Para o país, a taxa de mortalidade na infância em 2008 foi de 22,8/1000 Nascidos Vivos (NV) (IPEA, 2010).

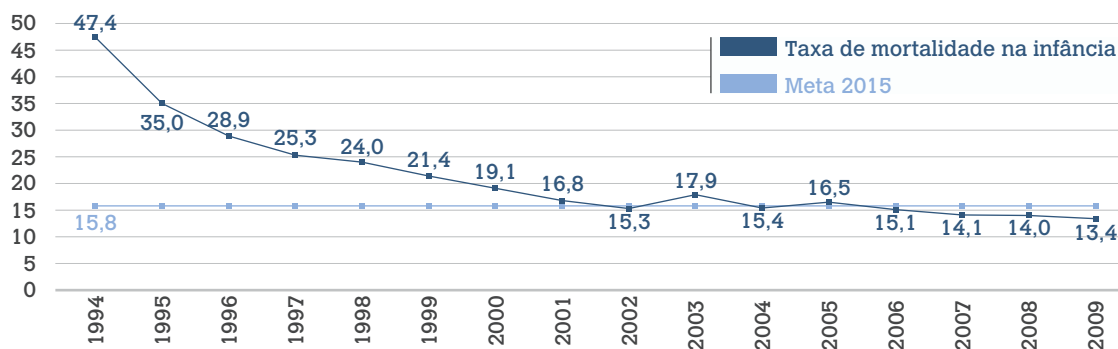
A taxa de mortalidade na infância (número de óbitos de crianças menores de cinco anos por mil nascidos vivos) apresentou uma redução de 71,7% em Belo Horizonte entre 1994 e 2009

Em relação às causas da mortalidade em menores de cinco anos, observa-se o predomínio das afecções perinatais (46,8%), seguidas das malformações congênitas (24,9%), perfil semelhante às causas da mortalidade infantil (gráfico 4.2). As causas respiratórias, infecciosas e relativas às doenças parasitárias diminuem sua expressão em relação às relacionadas às afecções perinatais e malformações nesta faixa de idade. No entanto, é necessário intensificar as ações dirigidas a estes agravos, dado o seu grande potencial de evitabilidade. Cabe ressaltar a importância das causas externas nesta faixa etária e os desafios colocados para a sua redução, por tratar-se de

ações que pressupõem uma abordagem intersetorial, envolvendo questões culturais, de segurança pública e outras. Já as causas mal definidas apontam para a necessidade de sensibilização e qualificação dos profissionais para o adequado preenchimento da declaração de óbito, além da necessidade de implantação do Serviço de Verificação de Óbitos.

Gráfico 4.1

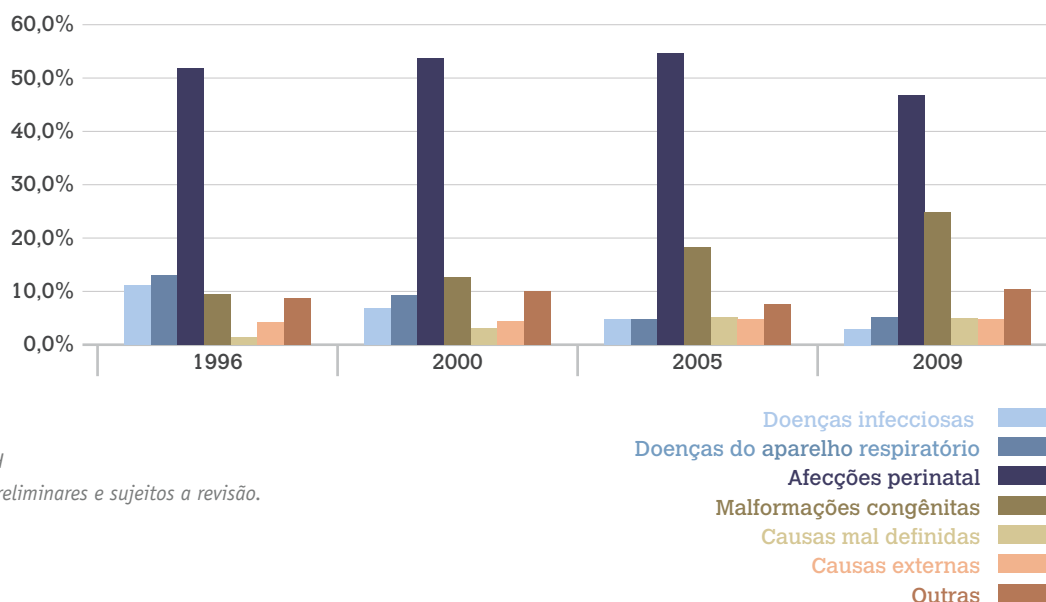
Taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos (por mil)
Belo Horizonte, 1994 a 2009*



Fontes: SIM e SINASC/GEEPI/SMSA/PBH

*Para 2008 e 2009, dados preliminares e sujeitos a revisão.

Mortalidade Proporcional por causas de óbito
de menores de 5 anos – Belo Horizonte, 1996/2000/2005/2009*



Fonte: SIM/GEEPI/SMSA/PBH

*Para 2008 e 2009, dados preliminares e sujeitos a revisão.

Tendências da mortalidade infantil

De acordo com LEAL (2005), durante a década de 1990, na mortalidade infantil predominou-se o componente neonatal (0 a 27 dias de vida), que contribuiu significativamente para a manutenção das elevadas taxas no país.

Na última década, foram observadas mudanças expressivas no perfil da mortalidade infantil no Brasil, com queda importante do componente pós-neonatal (óbitos de crianças com 28 dias a menores de 1 ano vida). Essas transformações podem ser atribuídas a fatores relacionados à melhoria do nível educacional das mulheres, à queda da natalidade e ao espaçamento entre os nascimentos, à ampliação do acesso aos serviços de saneamento básico, assim como ao maior acesso à assistência de saúde e ao desenvolvimento de tecnologias como a reidratação oral, a imunização, antibioticoterapia, entre outras.

Em Belo Horizonte é expressiva a queda da mortalidade infantil observada nas últimas décadas, com uma redução

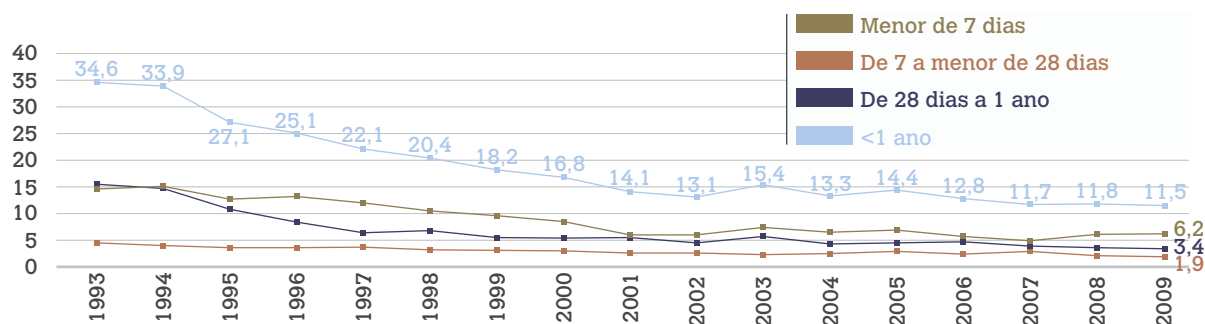
de 68,6%, que passou de 36,6 óbitos por mil nascidos vivos em 1993 para 11,5/1000 em 2009.

Até o início da década de 1990, prevalecia o componente pós-neonatal na mortalidade e as causas de óbito como a pneumonia, diarreia e desnutrição, que sofreram impacto de diversas ações de saúde e da melhoria das condições de vida na cidade. A partir de então, a mortalidade neonatal passou a ser o principal componente da mortalidade infantil em termos proporcionais respondendo, no ano de 2009, por 70,4% dos óbitos no primeiro ano de vida (TAB. 4.1). Os óbitos infantis se concentram na primeira semana e predominantemente nas primeiras horas de vida (37,8% dos óbitos infantis ocorridos em 2009 aconteceram no primeiro dia de vida), demonstrando a estreita relação com a assistência à saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido durante o período pré-parto, o parto e o nascimento.

Gráfico 4.3

Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil e de seus componentes

Belo Horizonte, 1993 a 2009*



Fontes: SIM e SINASC/GEEPI/SMSA/PBH

*Para 2008 e 2009, dados preliminares e sujeitos a revisão.

Tabela 4.1

Distribuição relativa dos componentes da mortalidade infantil
Belo Horizonte, 1993 a 2009*

Ano	Componentes da mortalidade infantil				
	Neonatal			Pós-neonatal	Total
	Precoce	Tardia	Total		
1993	42,2	13,0	55,2	44,8	100,0
1994	44,5	11,8	56,3	43,4	100,0
1995	46,9	13,3	60,1	39,9	100,0
1996	52,6	14,3	66,9	33,5	100,0
1997	54,3	16,7	71,0	29,0	100,0
1998	51,5	15,7	67,2	33,3	100,0
1999	52,7	17,0	69,8	30,2	100,0
2000	50,3	17,8	68,0	32,0	100,0
2001	42,6	18,4	61,0	39,0	100,0
2002	45,8	19,8	65,6	34,4	100,0
2003	48,2	15,6	63,8	36,9	100,0
2004	48,5	18,7	67,2	32,8	100,0
2005	48,7	20,2	68,9	31,3	100,0
2006	44,7	19,3	64,0	36,2	100,0
2007	41,5	25,4	66,9	33,0	100,0
2008	51,7	17,8	69,5	30,5	100,0
2009	53,9	16,5	70,4	29,6	100,0

Fonte: SIM/GEEPI/SMSA/PBH

*Para 2008 e 2009, dados preliminares e sujeitos a revisão.

Se, por um lado, o município apresenta uma taxa de mortalidade infantil menor do que a taxa nacional (19/1000 nascidos vivos em 2008)⁷ e equiparável à de outras cidades de mesmo porte, por outro, a taxa de mortalidade infantil atual é considerada ainda elevada se comparada com as de outras localidades da América Latina, como o Chile, Cuba e Costa Rica, que apresentam taxas menores do que 10/1000 nascidos vivos (LANSKY et al., 2007).

Mortalidade Infantil e seus componentes

Observa-se, na última década, a prevalência das Afecções Perinatais como primeira causa de óbito infantil e a crescente contribuição das Malformações Congênitas, que passou de 10,6% em 1996 para 26,3% em 2009, representando um aumento proporcional das causas de mais difícil controle na mortalidade infantil.

Observa-se, ainda, o decréscimo das taxas de mortalidade por causas evitáveis (gráfico 4.4). As causas infecciosas e as doenças respiratórias diminuíram substancialmente sua participação, passando de aproximadamente 10% em 1996, para menos de 3% em 2009.

Mortalidade Pós-Neonatal

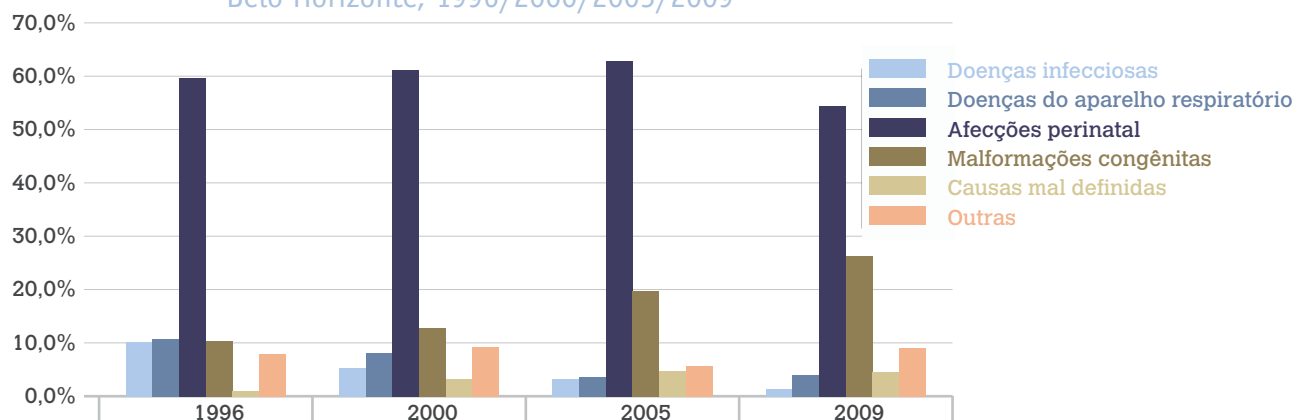
A maior redução da Taxa de Mortalidade Infantil – TMI – em Belo Horizonte ocorreu no componente pós-neonatal, de 15,5 em 1993 para 3,4 em 2009, ou seja, uma redução de 78,1%. A partir de 1999, observa-se uma menor velocidade na queda do componente pós-neonatal, como é esperado quando as taxas alcançam patamares baixos. Porém, mudanças importantes nas causas de óbito apontam uma melhoria progressiva com relação a esse indicador, com redução dos óbitos por doenças respiratórias (especialmente as pneumonias), e por doenças infecciosas como a diarreia (gráfico 4.5). Ou seja, houve declínio acentuado dos óbitos pós-neonatais por causas evitáveis e aumento da participação das malformações congênitas (24,3%) e das afecções perinatais (17,5%) que passaram a ser as principais causas de morte.

O aumento relativo dos óbitos por malformações congênitas e afecções perinatais no período pós-neonatal indica ampliação do acesso à assistência de saúde, repercutindo em maior sobrevivência destas crianças e deslocamento dos óbitos por estas causas do período neonatal para o pós-neonatal. Portanto, no lugar das causas decorrentes de condições de vida mais precárias, predominam hoje as causas de óbito pós-neonatal de mais difícil prevenção, apontando uma aproximação do perfil de óbitos locais de um melhor desenvolvimento social e de maior assistência à saúde.

Entretanto, o componente pós-neonatal representa ainda cerca de um terço da mortalidade infantil, que deveria ser composta apenas por óbitos de mais difícil controle, como a prematuridade extrema, o muito baixo peso ao nascer (menor que 1.500 g) e a malformação congênita.

Mortalidade Proporcional por causas de óbito infantil

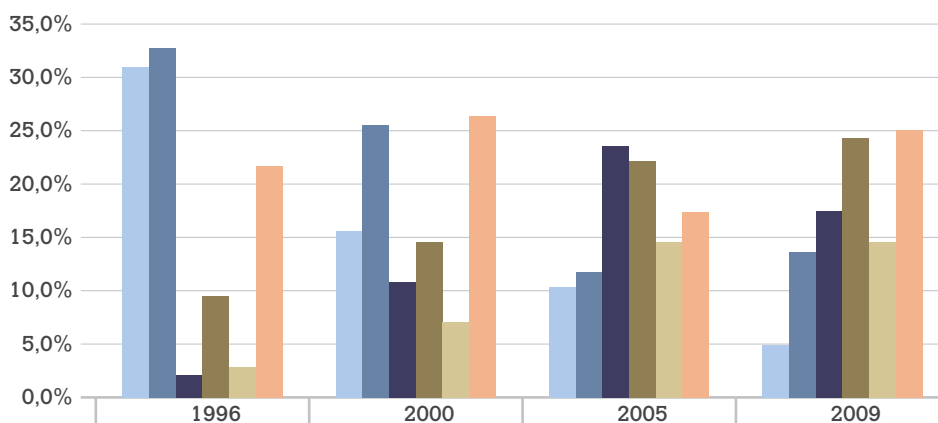
Belo Horizonte, 1996/2000/2005/2009*



Gráficos 4.5

Mortalidade Proporcional por causas de óbito Pós-Neonatal

Belo Horizonte, 1996/2000/2005/2009*



Fonte: SIM/GEEPI/SMSA/PBH

*Para 2008 e 2009, dados preliminares e sujeitos a revisão.

Mortalidade Neonatal

Este componente da mortalidade infantil se coloca hoje como um desafio para o país, uma vez que vem se mantendo em níveis elevados ao longo da última década. Em Belo Horizonte houve queda de 56,8% no componente neonatal precoce (0 a 6 dias de vida) e de 57,8% no neonatal tardio (7 a 27 dias de vida) entre 1993 e 2009.

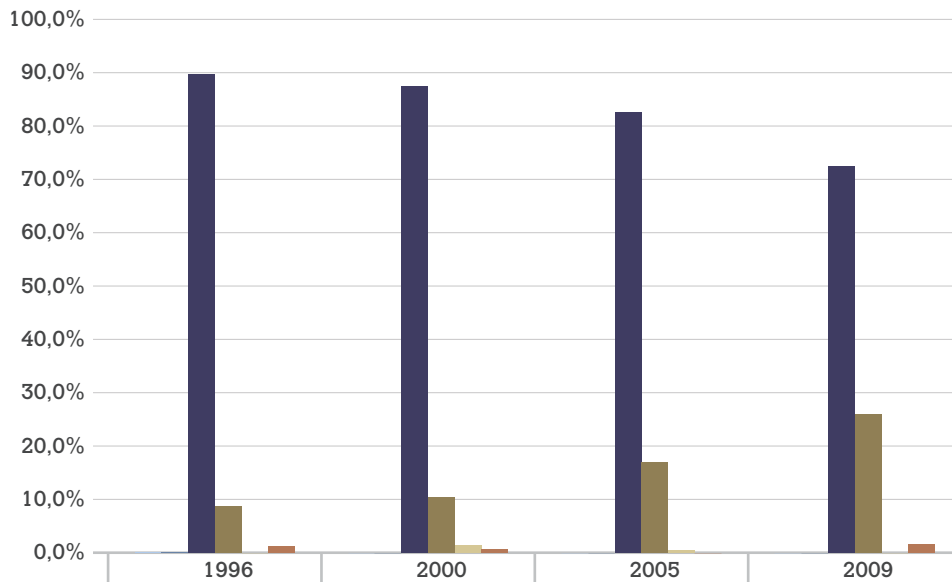
A redução expressiva de 38,1% no componente neonatal, entre 1999 e 2002, de 9,7 para 6,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos, foi consequência da ampliação e qualificação das ações realizadas pela Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde. Dentre outras, destacam-se o fechamento de maternidades de baixa qualidade, o

investimento em leitos para gestantes e recém-nascidos de alto risco, a regulação assistencial e a qualificação do pré-natal, do serviço de atenção ao parto e ao nascimento.

Os óbitos de bebês com muito baixo peso ao nascer (menos de 1.500 g) representaram, em 2009, 48,7% das mortes infantis na cidade, reflexo da melhoria do acesso à assistência de maneira geral (pré-natal, atenção ao parto e ao recém-nascido). Por outro lado, o aumento da prematuridade (de 5,8% em 1994, para 9,3 em 2009) e do baixo peso ao nascer (10,7% em 1994 para 11% em 2009), decorrentes do aumento de intervenções para interrupção da gravidez de alto risco e das taxas crescentes de

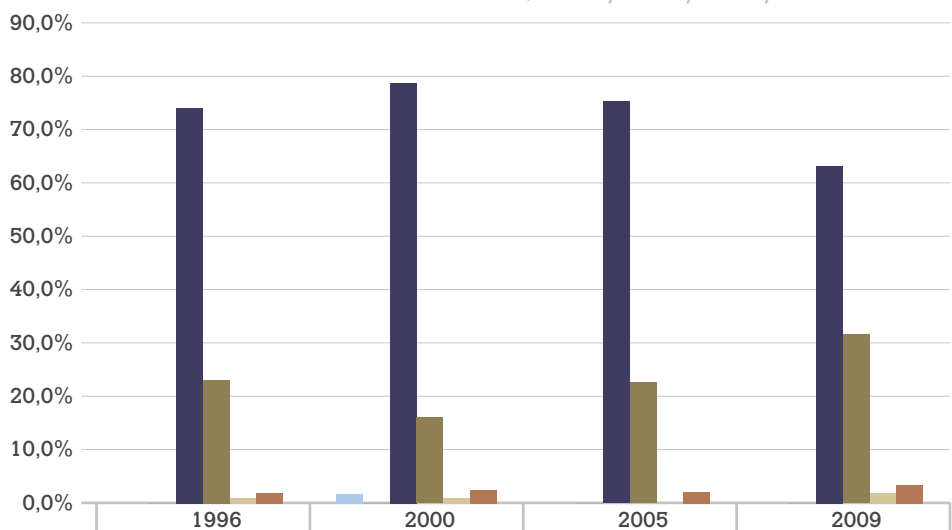
Mortalidade Proporcional por causas de óbito neonatal precoce

Belo Horizonte, 1996/2000/2005/2009*



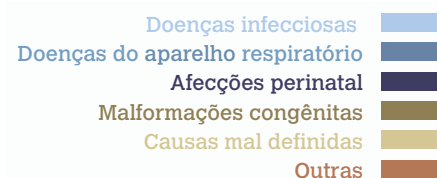
Mortalidade Proporcional por causas de óbito neonatal tardio

Belo Horizonte, 1996/2000/2005/2009*



Fonte: SIM/GEEPI/SMSA/PBH

*Para 2008 e 2009, dados preliminares e sujeitos a revisão.



cesariana sem indicação técnica, são fatores que devem ser considerados para a manutenção das taxas de mortalidade neonatal precoce nos últimos anos. Além disso, a contínua qualificação da informação ao longo dos anos, com cada vez menor sub-registro de óbitos e de nascimento, pode também influenciar na aparente estabilização das taxas.

As afecções perinatais, representadas em sua maioria pelos transtornos relacionados com a prematuridade, a asfixia neonatal, os problemas cardiorrespiratórios do feto e as infecções específicas do recém-nascido, particularmente a septicemia neonatal, são a primeira causa de óbito neonatal e responderam por 72,5% dos óbitos no período neonatal precoce em 2009 (gráfico 4.6). No período neonatal tardio, estas causas responderam por aproximadamente 75% da mortalidade entre 1996 e 2005, com queda para 63,2% em 2009, devido ao aumento proporcional das malformações congênitas (gráfico 4.7). Destaca-se a asfixia durante o trabalho de parto como causa com grande potencial de evitabilidade pela qualificação da atenção ao parto, responsável por cerca de 20% dos óbitos infantis. As malformações congênitas, segunda causa de óbito infantil, apresentaram aumento proporcional importante

no período, passando de 8,7% em 1996 para 25,9% em 2009 entre os óbitos neonatais precoces (gráfico 4.6), e de 23,1% em 1996 para 31,6% em 2009 entre os óbitos neonatais tardios (gráfico 4.7).

Considerações finais

Os indicadores de mortalidade infantil e de mortalidade na infância em Belo Horizonte mostraram uma tendência expressiva de queda, na última década, decorrente da melhoria das condições de vida da população e da assistência à saúde. Contudo é fundamental dirigir esforços para a redução das desigualdades sociais e das iniquidades, sobretudo relacionadas à raça/cor na mortalidade.

Persistem ainda alguns desafios para o alcance de índices ainda mais satisfatórios, a saber: a) a redução da mortalidade neonatal por causas evitáveis, com destaque para a asfixia durante o trabalho de parto e a prematuridade evitável e b) as doenças respiratórias na mortalidade na infância e no componente pós-neonatal.



Melhorar a saúde materna





objetivo 5

indicador

Razão da mortalidade materna por 100 mil

Proporção de partos realizados em hospitais (em %)

Proporção de gestantes que fizeram 7 ou mais consultas no pré-natal (em %)

descrição

Número de óbitos de mulheres por causas relacionadas à gestação e/ou parto dividido pelo número de nascidos vivos (multiplicado por 100 mil)

Número de partos realizados em hospitais dividido pelo total de partos realizados (multiplicado por 100)

Número de gestantes que fizeram 7 ou mais consultas médicas de pré-natal dividido pelo número de nascidos vivos (multiplicado por 100)

fonte

Secretaria Municipal de Saúde/PBH

Secretaria Municipal de Saúde/PBH

Secretaria Municipal de Saúde/PBH

Melhorar a saúde materna

meta 6

Reduzir em 3/4, de 1990 a 2015, a
Taxa de Mortalidade Materna

objetivo 5





objetivo 5

meta 6

Reduzir em 2/3, até 2015,
a mortalidade de crianças
menores de cinco anos

A morte materna, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é aquela que ocorre durante a gestação ou dentro de um período de 1 ano após o término da mesma, independentemente da duração ou da localização da gravidez, em função de qualquer causa relacionada (obstétrica direta) ou agravada pela gravidez (obstétrica indireta), ou por medidas tomadas referentemente a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais (não obstétrica). A ocorrência de uma morte materna tem grande relevância, na medida em que sua mensuração em uma população constitui excelente indicador, não apenas da saúde da mulher como, indiretamente, do nível de saúde da população geral (LAURENTI, 2008).

A morte materna pode ser considerada uma questão de cidadania e, como parte desta, a garantia dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres. Ademais, este evento reflete condições de vida e a apropriação de direitos sociais, atuando como um componente sensível da qualidade de vida de um país e da atenção ofertada à saúde da mulher (ALENCAR, 2006).

Além de se relacionar à pobreza, o óbito materno reflete discriminações de gênero, raça e etnia. A condição de desigualdade cultural entre mulheres e homens expõe a condição inferior da mulher e contribui para que se dê pouca importância à sua saúde. Mulheres negras, pobres, com baixa escolaridade e com dificuldade de acesso ao pré-natal de qualidade possuem maior suscetibilidade e coeficientes mais elevados de morte materna (MANDU, ANTIQUEIRA, LANZA, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, a cada ano, 20 milhões de mulheres apresentam complicações graves da gestação, com a ocorrência de 529 mil óbitos. A morte materna significa muito mais do que uma tragédia individual, constituindo um aspecto de avaliação do desenvolvimento humano (CECATTI, et al., 2006).

Em países da África subsaariana, a morte materna é um evento frequente, capaz de produzir uma razão de morte materna tão elevada quanto 1.500 óbitos por 100.000 nascidos vivos (NV), enquanto que

A Organização das Nações Unidas estipulou como um dos objetivos do milênio reduzir a mortalidade materna em 75% até o ano de 2015.

nos países desenvolvidos as razões de morte materna são baixas, de 10 ou menos óbitos por 100.000 nascidos vivos. Em Bangladesh, um dos países mais pobres do mundo, houve uma redução considerável na mortalidade materna ao se aplicar recursos para maior acesso a cuidados de obstetrícia de emergência e de planejamento familiar (MANDU, ANTIQUEIRA, LANZA, 2008).

A dispersão desses óbitos por todo o país faz com que eles sejam eventos institucionalmente muito raros, o que dificulta o reconhecimento da mortalidade materna como problema de saúde pública e dificulta o estudo dos determinantes da mortalidade materna.

As variações nos coeficientes de morte materna estão ligadas às políticas sociais e, especificamente, políticas de saúde dos países, regiões e localidades. Sobretudo, as políticas refletem as decisões dos governos de enfrentar esse problema, incluindo nelas o papel histórico das lutas sociais.

Este aspecto é tão importante que países como o Chile, Cuba, Costa Rica e Uruguai atingiram coeficientes menores do que 40/100.000 NV como consequência das políticas adotadas, apesar de possuírem condições socioeconômicas semelhantes às de outros países latino-americanos com altas taxas de morte materna. Já na América Latina e Caribe, estima-se que ocorram cerca de 22.000 mortes maternas por ano, e a razão de morte materna é estimada em 190 mortes por 100.000 nascidos vivos (OMS, 2007)

No Brasil, a morte materna, entendida como óbitos ocorridos em mulheres de 10 a 49 anos por causas ligadas à gestação, parto ou pós-parto, configura-se hoje como um grave problema de saúde pública. Na sua maioria, estão relacionadas a falhas na linha de cuidado da saúde da mulher, principalmente no planejamento familiar, pré-natal e assistência ao parto e puerpério. São mortes precoces

que geram graves repercussões na família e na sociedade. Concentram-se na população pobre e negra, refletindo as desigualdades socioeconômicas e raciais da sociedade brasileira, acometendo principalmente mulheres jovens, solteiras e de baixa escolaridade. As altas taxas de mortalidade materna compõem um quadro de violação dos direitos humanos, atingindo desigualmente as mulheres, no que diz respeito à etnia e ao perfil socioeconômico (Brasil, 2009).

A deficiência da cobertura e da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, bem como limites ainda existentes na sociedade brasileira para o pleno exercício dos direitos reprodutivos das mulheres contribuem para a manutenção do problema.

O enfrentamento da mortalidade materna figura entre as seis ações prioritárias em saúde no atual Pacto pela Saúde 2006, comprometendo estados, regiões e municípios com sua redução. Preocupada com esse problema, a Organização das Nações Unidas estipulou como um dos objetivos do milênio reduzir a mortalidade materna em 75% até o ano de 2015.

No Brasil, em 2001, nasceram cerca de 3.106.525 nascidos vivos em aproximadamente 5.390 hospitais, com cerca de 1.600 de óbitos maternos notificados. Esses números indicam que, se a distribuição fosse homogênea, ocorreria cerca de 0,3 óbito materno por hospital que atende partos por ano no Brasil. Em nosso país, o óbito materno é um problema subdimensionado, tendo sido estimado, em 2002, em cerca de 73 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (DATASUS, 2004). Esse problema acomete principalmente mulheres afrodescendentes, mestiças, indígenas e residentes nas regiões mais pobres (CECATTI, et al., 2006).

No Brasil, a assistência à saúde reprodutiva e sexual avançou muito no século 20, sobretudo a partir do final

dos anos 1970, com a expansão da atenção básica e, a partir de 1984, com a implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher. O desenvolvimento desse Programa produziu impacto positivo frente ao óbito materno, que ainda se apresenta como um problema em destaque na agenda das políticas públicas brasileiras e nas práticas em saúde.

Em 2004, foi firmado no Brasil o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, buscando dar visibilidade ao problema, promover a realocação de recursos financeiros para viabilizar ações prioritárias, facilitar a introdução de novas ações em sintonia com a política nacional de atenção obstétrica, bem como favorecer a articulação intersetorial e articular atores sociais mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, para garantir que as políticas nacionais sejam de fato executadas e respondam às reais necessidades locais da população.

O pacto propõe, ainda, a criação de comitês de prevenção de mortalidade na esfera nacional, estadual e municipal para levantamento da situação real, a identificação dos problemas relacionados e a proposição de ações para redução da mortalidade materna.

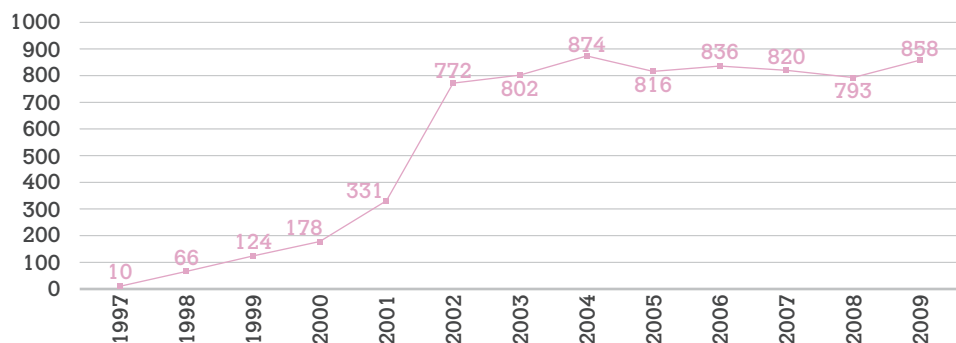
Mortalidade materna em Belo Horizonte

Em Belo Horizonte, desde 1994 foram desenvolvidas ações importantes para a redução dos índices de mortalidade materna, infantil e fetal, tais como a implantação da rede de atenção integral desde o planejamento familiar pré-natal, pré-natal de alto risco, a regulação da assistência e a qualificação do cuidado ao parto e puerpério.

Com o objetivo de dar visibilidade à ocorrência de óbito materno e infantil, o município de Belo Horizonte, desde 1997, investiga todos os óbitos de mulheres de 10 a 49 anos (gráfico 5.1) e, a partir de 2008, unificou os Comitês (materno e infantil) compondo o Comitê de Prevenção de Óbitos BH VIDA (CMPO BH VIDA), vinculado diretamente à Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde – SMSA.

Gráfico 5.1

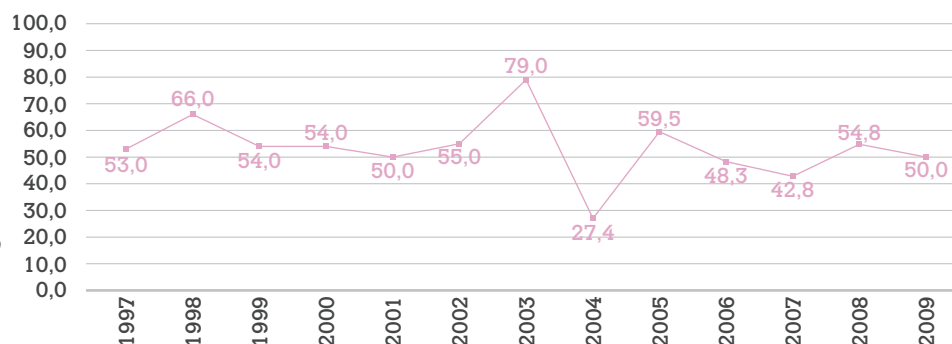
Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos investigados
Belo Horizonte - 1997 a 2009



Fonte: Comitê Municipal de Prevenção de Óbitos BH VIDA / SMSA-BH
*Para 2008 e 2009, dados preliminares e sujeitos a revisão.

Razão de mortalidade materna (por 100 mil)
Belo Horizonte - 1997 a 2009

Fonte: Comitê Municipal de Prevenção de Óbitos BH VIDA / SMSA-BH
*Para 2008 e 2009, dados preliminares e sujeitos a revisão.



Considerando as informações registradas nas Declarações de Óbitos, sabe-se que a subnotificação dos óbitos maternos é elevada no país, demonstrando a baixa visibilidade deste problema. Em Belo Horizonte, o percentual de óbitos maternos não informados (declarado no campo 43 ou 44 ou causa de óbito relacionada) na Declaração de Óbito (DO) ainda é alto (41,8% no período entre 2006 a 2009), apontando a necessidade de melhor preenchimento deste instrumento. Por isto, a importância das investigações pelo CMPO BH VIDA para a qualificação da informação nas declarações de óbitos.

Em Belo Horizonte, apesar da tendência de queda da Razão de Mortalidade Materna (RMM), que passou de 66/100.000 em 1998 para 50,0/100.000 nascidos vivos em 2009 – uma redução de 24,2%, esta se mantém em níveis elevados considerando-se os parâmetros da OMS (gráfico 5.2). Quando se compara a RMM entre hospitais públicos e

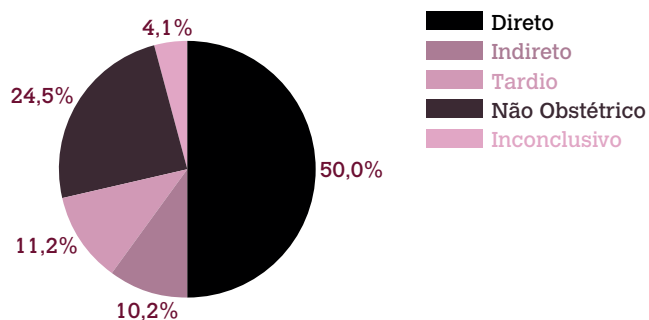
privados, é importante lembrar que mesmo nos privados a razão é acima do esperado (14,7/100.000NV no período de 2006 a 2009).

No período de 2006 a 2009, foram investigados 4.278 óbitos de mulheres de 10 a 49 anos. Destes, foram identificados 98 óbitos maternos, sendo 59 casos (60,2%) classificados como obstétricos diretos e indiretos, resultando na razão média de mortalidade materna (RMM) no período de 48,2/100.000 NV, 2,4 vezes maior do que a recomendada pela Organização Mundial da Saúde (< 20/100.000) (gráfico 5.3).

Os óbitos predominaram em mulheres negras (N= 60, 61,2%) e solteiras (N=63, 64,3%), e grande parte das mulheres tinha menos de 8 anos de estudo (N=39, 39,8 %).

As principais causas de óbitos foram as síndromes hipertensivas (N=20, 19,8%), hemorragia (N=10, 9,9%), complicações de aborto (N = 9, 8,9%), e infecção (N=6, 5,9%). Registrou-se pelo menos 3 óbitos devido a cesari-

Óbitos Maternos segundo classificação
Belo Horizonte - 2006 a 2009 (N=98)



Fonte: Comitê Municipal de Prevenção de Óbitos BH VIDA / SMSA-BH
*Para 2008 e 2009, dados preliminares e sujeitos a revisão.

anas eletivas sem indicação técnica evidente (1 por hemorragia, 1 por complicação anestésica e 1 por infecção pós-cirúrgica), o que aponta a necessidade de controle de intervenções iatrogênicas.

Em relação às principais causas dos óbitos maternos, as doenças hipertensivas, a hemorragia, a infecção puerperal e o aborto são as principais causas diretas de morte materna. A cardiopatia, a hipertensão arterial crônica e o diabetes são as principais causas indiretas. (gráfico 5.4)

Como principais problemas relacionados à morte materna em Belo Horizonte, após investigação dos óbitos nos últimos três anos, destacam-se a gravidez não planejada, o grande número de filhos, o início tardio de pré-natal, a inadequação do planejamento familiar para mulheres com risco reprodutivo, a falta de busca ativa da gestante ausente nas consultas, a baixa valorização das queixas e do quadro clínico, a demora na identificação do risco, as dificuldades no acolhimento, a responsabilização e vinculação com as equipes de saúde, a demora na tomada de decisão no atendimento das intercorrências e urgências, o não seguimento dos protocolos e a não realização da consulta de puerpério.

Dois outros indicadores têm sido utilizados para mensurar as dificuldades de acesso e qualidade do atendi-

mento – proporção de partos hospitalares e proporção de gestantes que fizeram mais de sete consultas pré-natais. Esses indicadores sugerem a boa cobertura no pré-natal, efetivo acompanhamento da gestante e garantia de acesso a procedimentos de maior complexidade para casos de complicações ou risco. O baixo número de consultas no pré-natal, assim como a realização de partos domiciliares, tem sido associado à morbimortalidade materna/infantil e às condições socioeconômicas desfavoráveis.

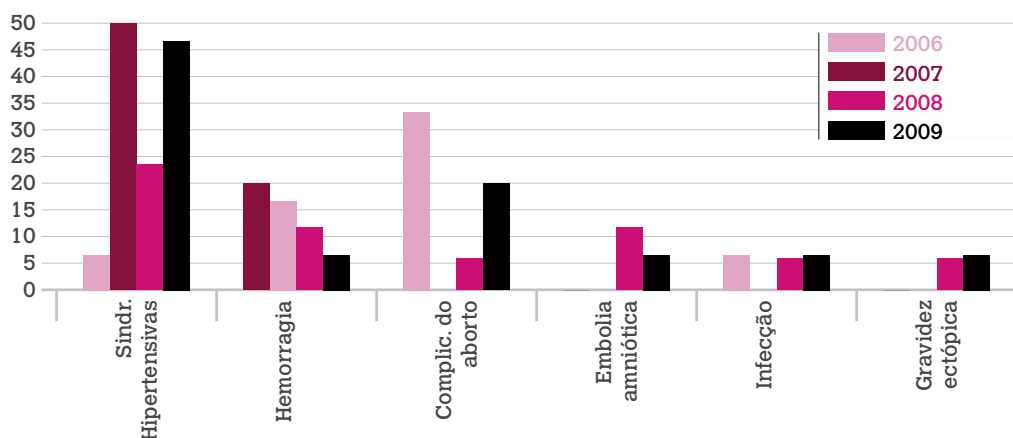
Proporção de partos realizados em hospitais

Em relação à proporção de partos hospitalares realizados em Belo Horizonte, observa-se que esse indicador manteve-se estável no período de 1993 a 2005, apresentando índices elevados de cobertura, em torno de 99,5%, conforme pode ser observado no gráfico 5.5.

A partir de 2005 até 2009, não houve mudanças significativas, mantendo-se a proporção de 2008 (99,7%) e 2009 (99,6%).

Gráfico 5.4

Principais causas de óbitos maternos por causas diretas ou indiretas
Belo Horizonte - 2006 a 2009



Fonte: Comitê Municipal de Prevenção de Óbitos BH VIDA / SMSA-BH
*Para 2008 e 2009, dados preliminares e sujeitos a revisão.

Gráfico 5.5

Proporção (em porcentagem) de partos hospitalares
Belo Horizonte – 1993 a 2009*

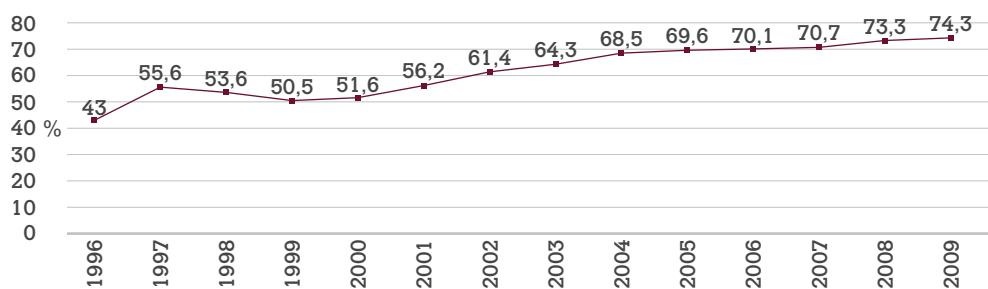


Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/PBH

*Para 2008 e 2009, dados preliminares e sujeitos a revisão.

Gráfico 5.6

Proporção (em porcentagem) de Gestantes que fizeram mais de sete
consultas no pré-natal Belo Horizonte, 1996 a 2009*



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/PBH

*Para 2008 e 2009, dados preliminares e sujeitos a revisão.

Proporção de gestantes que fizeram 7 ou mais consultas no pré-natal

Quanto à cobertura do pré-natal em Belo Horizonte, observa-se que a proporção de gestantes que fizeram sete ou mais consultas no período gestacional aumentou expressivamente, especialmente a partir do ano 2000, passando de 43,0% em 1996 para 70,7% em 2007, conforme o GRAF. 5.6

A partir de 2007, mantém-se um crescimento da cobertura de pré-natal com 7 ou mais consultas com proporção crescente superior a 70%, chegando, em 2008, a uma cobertura de 73,3% e em 2009 a 74,3%. Esse aumento significativo na cobertura do pré-natal aconteceu em decorrência das medidas de reorganização da assistência à saúde da mulher e da gestante realizadas pela Secretaria

Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Dentre essas medidas, destacam-se a criação da Comissão Perinatal (1994); a criação do Comitê de Óbito Materno (1997); a reorganização e qualificação da atenção à gestante, com redefinição do fluxo e vinculação da mesma à unidade básica de saúde e à maternidade; a qualificação da assistência ao parto e puerpério; a avaliação da qualidade e segurança das maternidades; a centralização das consultas de pré-natal de risco na Central de Marcação de Consultas, garantindo o acesso; o treinamento dos profissionais da rede para o preenchimento das DO, dentre outras.

Considerações finais

Apesar de a grande maioria dos óbitos maternos serem evitáveis, e das ações desenvolvidas nos últimos anos, a redução da mortalidade materna ainda permanece como um grande desafio. A concentração dos óbitos na população pobre, de raça negra e com baixos índices de escolaridade, demonstra sua relação com as condições socioeconômicas da população. A vigilância dos óbitos evidencia a importância da melhoria e resolutividade das ações de saúde reprodutiva, além da melhoria nas ações voltadas ao pré-natal, puerpério e planejamento familiar, além da atenção ao parto (LANSKY et al., 2006).

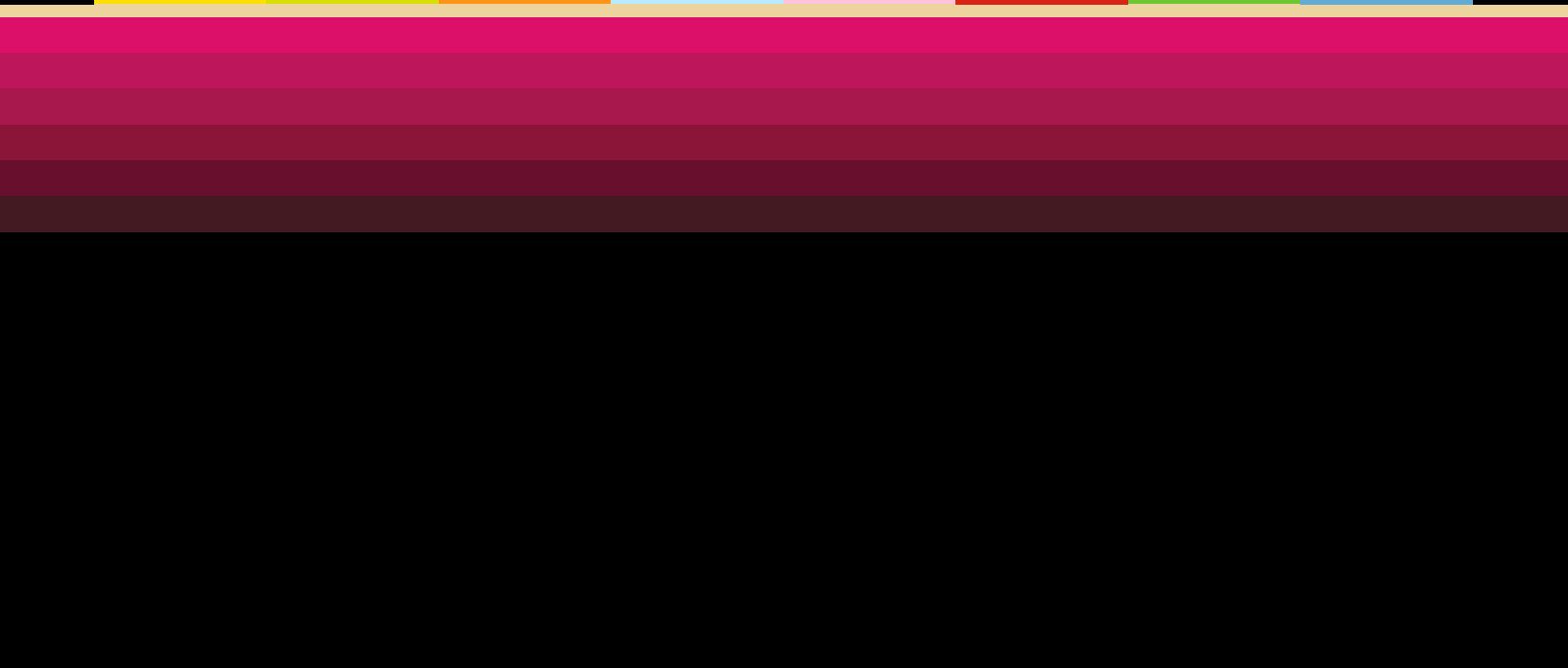
A razão de mortalidade materna em Belo Horizonte mostra uma tendência de queda de 66 para 50/100.000 NV de 1998 para 2009, com uma redução de 24%, decorrente da melhoria das condições de vida da população e da assistência de saúde, porém ainda longe do alcance da meta do

milênio proposta que é reduzir a mortalidade materna para 33/100.000 NV em 2015.

Contudo, para que se consiga aumentar a velocidade da redução da razão de mortalidade materna é necessário intensificar as ações relacionadas à saúde reprodutiva da mulher desde a pré-concepção até o puerpério, buscando qualificar a assistência prestada à mulher, efetivar a implementação e uso dos protocolos existentes, implementar as ações de humanização do parto e nascimento, qualificar o acompanhamento de gestantes e puérperas consideradas de risco e capacitar as equipes de saúde da atenção primária, UPAs e assistência hospitalar. E, acima de tudo, é necessário que os gestores e profissionais se indignem diante de cada morte materna ocorrida e promovam ações para enfrentamento deste grande problema de saúde pública.



**Combater o HIV/AIDS, a malária
e outras doenças**





objetivo 6

indicador

Taxa de incidência de AIDS entre pessoas com 13 anos ou mais de idade (por 100 mil habitantes)

Proporção de gestantes que fizeram o exame anti-HIV frente ao número de gestantes que fizeram pré-natal (em %)

Taxa de incidência de dengue (por 100 mil)

Taxa de incidência de leishmaniose visceral (por 100 mil)

Taxa de mortalidade de tuberculose (por 100 mil)

descrição

Número de indivíduos com 13 anos de idade ou mais com HIV/AIDS dividido pelo número de indivíduos maiores de 13 anos (multiplicado por 100.000)

Número de gestantes que realizaram o exame anti-HIV dividido pelo número de gestantes cadastradas no Sis prenatal (multiplicado por 100)

Número de casos confirmados de dengue dividido pela população total do município (multiplicado por 100 mil)

Número de casos confirmados de leishmaniose visceral dividido pela população total do município (multiplicado por 100 mil)

Número de óbitos por tuberculose como causa básica dividido pela população total do município (multiplicado por 100 mil)

fonte

Secretaria Municipal de Saúde/PBH

Secretaria Municipal de Saúde/PBH

Secretaria Municipal de Saúde/PBH

Secretaria Municipal de Saúde/PBH

Secretaria Municipal de Saúde/PBH

**Combater o
HIV/AIDS e outras
doenças**

meta 7

Até 2015, ter detido e começado a reverter a propagação do HIV/AIDS

meta 8

Até 2015, ter detido e começado a reverter a propagação da malária e outras doenças (dengue, leishmaniose visceral humana e tuberculose)

objetivo 6



indicador

Taxa de incidência de tuberculose (por 100 mil)

Percentual de cura de tuberculose

Cobertura do Programa Saúde da Família

Percentual de consultas médicas básicas que geraram encaminhamento para especialidades

Taxa de internação por diabetes (por 10 mil)

Taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral - AVC (por 10 mil)

descrição

Número de casos novos diagnosticados no ano dividido pela população total do município (multiplicado por 100 mil)

Número de casos de tuberculose curados dividido pelo número de casos de tuberculose notificados (multiplicado por 100 mil)

Número de pessoas atendidas pelo PSF dividido pela população total do município (multiplicado por 100)

Número de encaminhamentos para consulta médica especializada dividido pelo de consultas médicas de atenção básica (multiplicado por 100)

Número de internações por diabetes dividido pela população total do município (multiplicado por 10 mil)

Número de internações por AVC na população de 40 anos e mais dividido pela população de 40 anos e mais do município (multiplicado por 10 mil)

fonte

Secretaria Municipal de Saúde/PBH

Secretaria Municipal de Saúde/PBH

Secretaria Municipal de Saúde/PBH

Secretaria Municipal de Saúde/PBH

Secretaria Municipal de Saúde/PBH

Secretaria Municipal de Saúde/PBH

**Combater o
HIV/AIDS e outras
doenças**

meta 8

Até 2015, ter detido e começado a reverter a propagação da malária e outras doenças (dengue, leishmaniose visceral humana e tuberculose)

meta 8a

Aprimorar a cobertura de atenção básica à saúde (meta local)

objetivo 6





objetivo 6

meta 7

Até 2015, ter detido e começado a reverter a propagação do HIV/AIDS

O perfil epidemiológico do HIV/AIDS no Brasil sofreu muitas transformações desde o registro dos primeiros casos, no início da década de 1980. A epidemia, inicialmente restrita aos homens que fazem sexo com outros homens (HSH), sofreu processos epidemiológicos de feminização, heterossexualização, pauperização e interiorização (FONSECA et al., 2003; SZWARCWALD et al., 2000). No estado de Minas Gerais e no município de Belo Horizonte observou-se a mesma tendência epidemiológica.

Em Belo Horizonte, nos últimos 20 anos, a difusão da epidemia em populações cada vez mais heterogêneas tem ocorrido paralelamente aos avanços no conhecimento dos aspectos relacionados à transmissão do HIV/AIDS, melhoria das condições diagnósticas, busca de correção das subnotificações e alinhamento com a tecnologia alcançada no tratamento do HIV/AIDS. A evolução temporal indica declínio da taxa de incidência (em maiores de 13 anos residentes em Belo Horizonte) após a taxa mais elevada, registrada em 2003 (30,5 novos casos/100.000 habitantes), com sinais de estabilização em torno de 20 novos casos por 100.000, nos últimos cinco anos (gráfico 6.1).

Caixa 3.2 O controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/

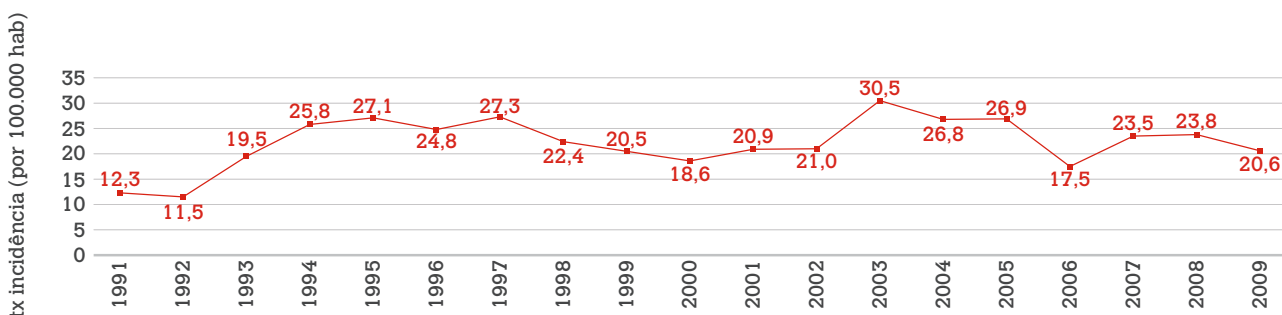
A Coordenação Municipal de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e Hepatites Virais (DST/AIDS e HV) trabalha com o objetivo de atingir os vários grupos de exposição à epidemia através de diversas estratégias de prevenção. O programa “BH de Mãos Dadas Contra AIDS” oferece formação, por meio de oficinas sobre efetividade, sexualidade e pre-

venção às DST/AIDS, para aqueles(as) que se propõem a se tornar multiplicadores(as) (jovens, mulheres, idosos, funcionários de empresas públicas e privadas, portadores de sofrimento mental, usuários e profissionais das Unidades Básicas de Saúde, igrejas, polícias e outros grupos para trabalharem em suas comunidades).

Gráfico 6.1

Taxa de incidência de AIDS entre pessoas com 13 anos ou mais de idade

Belo Horizonte, 1991 – 2009*



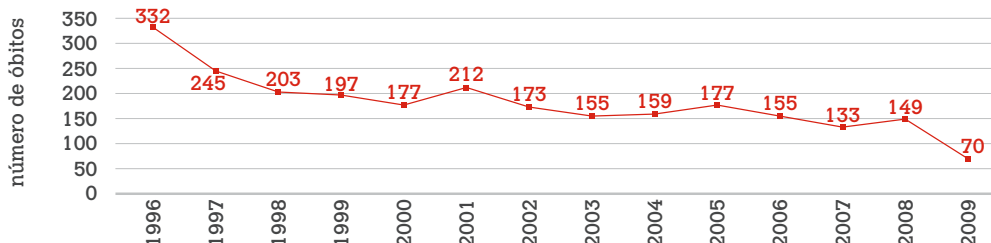
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – PBH

Obs.: os dados para o período 2000-2007, publicados no Relatório 2008, foram corrigidos em função da notificação contínua de novos casos, diagnosticados em anos anteriores, e da inclusão de casos de residentes no município de Belo Horizonte notificados em outros municípios.

* Dados preliminares a partir de 2008 e sujeitos a revisão.

Gráfico 6.2

Óbitos por AIDS de residentes em Belo Horizonte, 1996 a 2009*



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – PBH

* Dados preliminares a partir de 2008 e sujeitos a revisão.

AIDS e Hepatites Virais (DST/AIDS e HV) em Belo Horizonte

Nas 147 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Prefeitura de Belo Horizonte, a prevenção é trabalhada durante o atendimento individual, nos grupos operativos de saúde reprodutiva (que passa por reformulações atualmente), na sala de espera ou em visitas domiciliares, reforçando-se a necessidade de dupla proteção (prevenção da gravidez não planejada e das

DST/AIDS). Para apoiar esse trabalho local, os servidores dessas unidades são supervisionados e formados continuamente por profissionais de nível superior do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), acompanhando e incentivando a testagem anti-HIV, fluxos de exames e resultados, além das ações de educação continuada junto à população.

Cabe ressaltar que, em Belo Horizonte, o número anual de óbitos por AIDS tem caído progressivamente, o que reflete as contínuas melhorias na assistência ambulatorial especializada às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Em 2001, foram registrados 212 óbitos, ao passo que em 2009, apenas 70 óbitos por AIDS foram documentados (gráfico 6.2).

Exame anti-HIV em gestantes

A testagem anti-HIV no primeiro e no terceiro trimestres da gestação, as ações das Equipes de Saúde da Família (ESF) e o sistema laboratorial informatizado permitem acesso ágil aos resultados, priorizando gestantes HIV soropositivas no referenciamento para pré-natal de alto risco e para os serviços de infectologia e programas de prevenção.

Apesar dos esforços empreendidos no diagnóstico do HIV durante o pré-natal, os dados do Sisprenatal (Sistema de acompanhamento de gestantes do Sistema Único de Saúde) indicam que, nos últimos sete anos, o número de gestantes testadas no pré-natal apresentou um crescimento de 53% em 2002 para 72,5% em 2006, sendo que em 2007 e 2008 apresentou uma queda, retornando em 2009 com um aumento (66,0%) (gráfico 6.3).

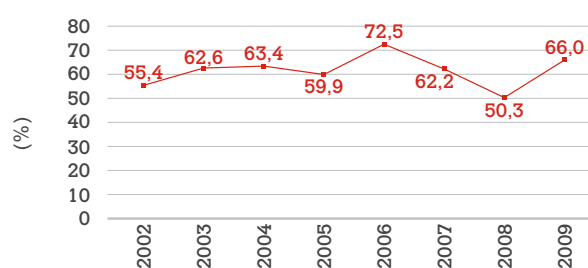
Uma vez que a maior chance de infecção do bebê ocorre no momento do parto, o diagnóstico da gestante, mesmo que já esteja em trabalho de parto, permite a adoção de medidas, reduzindo assim a taxa de transmissão materno-fetal em até 40%. Em Belo Horizonte, existe um fluxo bem estabelecido para acompanhamento das gestantes HIV+ com disponibilização de antirretrovirais na gestação, dispensação de AZT venoso para a parturiente e Xarope para os recém nascidos, tanto em casos eletivos como nas urgências. O número de crianças infectadas vem sendo reduzido acentuadamente desde a implantação do Projeto Nascer em 2002 (gráfico 6.4).

Vale mencionar que as gestantes não testadas no pré-natal realizam o teste rápido anti-HIV nas maternidades

O número de crianças infectadas vem sendo reduzido acentuadamente desde a implantação do Projeto Nascer em 2002

Gráfico 6.3

Proporção de gestantes testadas para anti-HIV durante o pré-natal em Belo Horizonte, 2002 a 2009



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/PBH

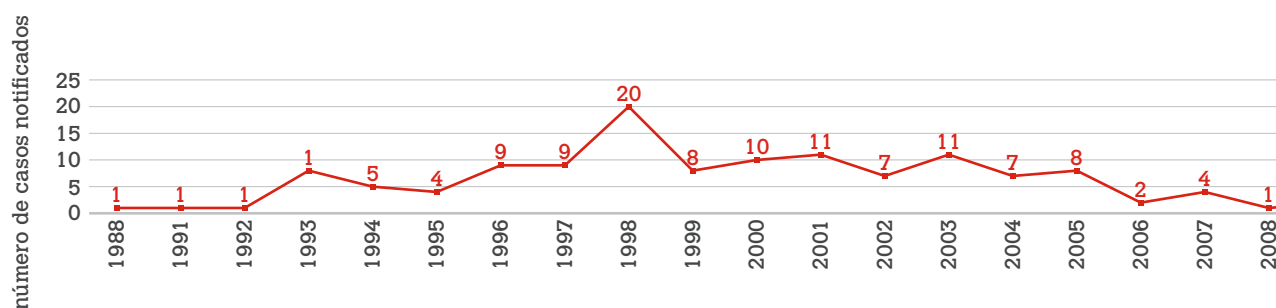
ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS-Belo Horizonte), ao serem admitidas.

No âmbito da prevenção de DST/AIDS, projetos são desenvolvidos com o objetivo de diminuir a incidência dos casos de DST/AIDS, assim como combater o preconceito sexual e o estigma em relação ao portador do vírus HIV no município de Belo Horizonte.

Atingir populações excluídas do sistema de saúde tem sido um grande desafio para a Coordenação Municipal de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde/PBH, como também para equipes das UBS e do PSF (Programa de Saúde da Família), sendo fundamental, para alcançar esse objetivo, a parceria com todos os setores da sociedade.

Gráfico 6.4

Casos de AIDS em menores de 13 anos, residentes em Belo Horizonte, 1988/1991-2009*



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – PBH

* Dados preliminares a partir de 2008 e sujeitos a revisão.



objetivo 6

meta 8

Até 2015, ter detido e começado a reverter a propagação da malária e outras doenças (dengue, leishmaniose visceral humana e tuberculose)

Estima-se que cerca de um terço da população mundial vive em áreas de risco de transmissão de dengue. A Organização Mundial de Saúde estima que, anualmente, entre 50 a 100 milhões de pessoas em mais de 100 países sejam infectadas pelo vírus da dengue, com cerca de 20.000 óbitos e com necessidade de internação para 550.000 pacientes.

Devido à inexistência de vacinas para a prevenção da doença, o combate ao vetor ainda é a principal medida para prevenir a infecção. Entretanto, o vetor da doença, o *Aedes aegypti*, possui grande capacidade de adaptação aos ambientes urbanos, que oferecem condições favoráveis ao seu desenvolvimento e dispersão, o que configura um desafio para o controle da doença.

A primeira epidemia de dengue em Belo Horizonte ocorreu no Distrito Sanitário (DS) Venda Nova, localizado ao norte da cidade, em 1996. No primeiro semestre de 1997, a segunda epidemia registrou maior incidência da doença na região Oeste do município. Em ambas, foi identificado apenas o sorotipo 1 do vírus da dengue (DEN-1). Nos últimos meses daquele ano, nova epidemia atingiu o município e se estendeu até o final do primeiro semestre de 1998, quando foi detectada circulação simultânea dos sorotipos 1 (DEN-1) e 2 (DEN-2), com cerca de 80.000 casos da doença confirmados (TAB. 6.1). Até 2009, esse foi o maior número absoluto de casos já registrado em Belo Horizonte em um único ano. A dengue apresenta sazonalidade anual, com maior número de casos observados no primeiro semestre de cada ano, coincidindo com o período de maior volume de chuvas (ALMEIDA et al., 2007; ALMEIDA et al., 2008).

Inquérito soropidemiológico, realizado no final de 1999 e início de 2000, em dois Distritos Sanitários da cidade, apontou uma soroprevalência de 22,3%, com cerca de 2/3

Devido à inexistência de vacinas para a prevenção da doença, o combate ao vetor ainda é a principal medida para prevenir a infecção

Tabela 6.1

Número de casos confirmados da dengue por distrito sanitário e ano de ocorrência – Belo Horizonte, 1996 a 2010*

Distrito	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Barreiro	0	53	9010	37	23	304	374	72	21	4	22	77	118	139	1699
Centro Sul	6	32	2884	8	3	153	214	38	30	7	34	155	190	167	700
Leste	1	10	15420	29	21	449	428	77	17	8	19	398	919	820	4068
Nordeste	42	134	15651	21	26	813	715	132	49	9	57	1115	7062	1392	4762
Noroeste	44	477	15352	72	38	867	1142	667	77	19	285	2146	1610	822	8728
Norte	66	80	6620	30	19	768	158	74	21	4	36	170	1153	6062	8545
Oeste	15	1299	6866	22	11	438	340	103	51	6	123	447	374	903	6255
Pampulha	38	63	4752	31	52	529	451	244	41	5	77	429	872	1025	5368
Venda Nova	1592	162	10338	24	29	257	318	148	99	6	21	293	543	1581	11415
Total	1806	2310	86893	274	222	4578	4140	1555	406	66	674	5230	12841	12911	51140

Fonte: SISVE/GEEPI/SMSA-BH

*A partir de 2008, dados preliminares atualizados em 13/09/2010 e sujeitos a revisão.

dos soropositivos, simultaneamente, para os sorotipos DEN-1 e DEN-2 (PESSANHA et al., 2003; CUNHA et al., 2008). Em fevereiro de 2002, o sorotipo 3 (DEN-3) foi, pela primeira vez, identificado no município.

Belo Horizonte, após a grande epidemia ocorrida em 1997-1998, passou a receber recursos do Plano de Erradicação do Aedes aegypti (PEAa) do Ministério da Saúde e intensificou o controle vetorial, com ciclos bimensais de tratamento de focos em 100% dos imóveis e realização de pesquisas entre os ciclos de tratamento (PROIETTI; CAIAFFA, 1997). A partir de 2003, com a implantação do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) (BRASIL, 2002), foi mantida

a rotina de tratamento vetorial, objetivando o controle do Aedes. A série histórica das pesquisas de focos larvários no município mostra, a partir de 1998, uma redução no índice anual médio de infestação predial do Aedes aegypti, mantendo sistematicamente índices mais elevados durante os meses em que ocorre elevação da precipitação pluviométrica.

Almeida (2007, 2008) descreveu a ocorrência das epidemias na cidade, com diferentes durações e intensidades, evidenciando repetidamente a concentração de casos em algumas áreas. Ficou caracterizada também a alternância anual das incidências mais elevadas entre os nove Distritos Sanitários - DS da cidade (tabela 6.2).

Tabela 6.2

Taxa de incidência da dengue (por 100 mil habitantes) por distrito sanitário e ano de ocorrência – Belo Horizonte, 1996 a 2010*

Distrito	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Barreiro	0	22,4	3800,9	15,6	8,8	115,9	142,6	27,5	8,0	1,5	8,4	29,4	45,0	53,0	648,0
Centro Sul	2,33	12,5	1123,7	3,1	1,1	57,5	80,5	14,3	11,3	2,6	12,8	58,3	71,4	62,8	263,2
Leste	0,41	4,1	6337,8	11,9	8,4	180,3	171,8	30,9	6,8	3,2	6,8	159,8	368,9	329,2	1633,1
Nordeste	16,72	53,4	6232,2	8,3	9,5	296,7	260,9	48,2	17,9	3,3	20,4	406,8	2576,8	507,9	1737,6
Noroeste	13,08	141,9	4565,9	21,4	11,3	257,0	338,5	197,7	22,8	5,6	83,9	636,1	477,2	243,7	2498,3
Norte	38,72	45,6	3769,8	17,1	9,8	396,4	81,5	38,2	10,8	2,1	18,6	87,7	595,1	3128,5	4358,4
Oeste	5,94	514,8	2720,9	8,7	4,1	163,0	126,5	38,3	19,0	2,2	45,8	166,4	139,2	336,1	2327,9
Pampulha	31,44	52,1	3931,7	25,6	36,5	371,0	316,3	171,1	28,8	3,5	54,0	300,8	611,5	718,8	3764,3
Venda Nova	566,2	57,6	3676,5	11	11,9	105,1	130,0	60,5	40,5	2,5	8,6	119,8	222,0	646,5	4667,5
Total	86,35	110,5	4154,8	13,1	9,9	204,5	185,0	69,5	18,1	3,0	29,9	233,7	573,7	576,8	2284,7

Fonte: SISVE/GEEPI/SMSA-BH

*A partir de 2008, dados preliminares atualizados em 13/09/2010 e sujeitos a revisão.

Tabela 6.3

Casos de Febre Hemorrágica da Dengue (FHD) e óbito, por ano de ocorrência 1996 a 2010*

Distrito	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
FHD	0	0	27	3	0	5	54	33	11	4	0	3	13	6	33
Óbitos	0	0	3	0	0	1	2	0	0	0	0	2	3	0	15

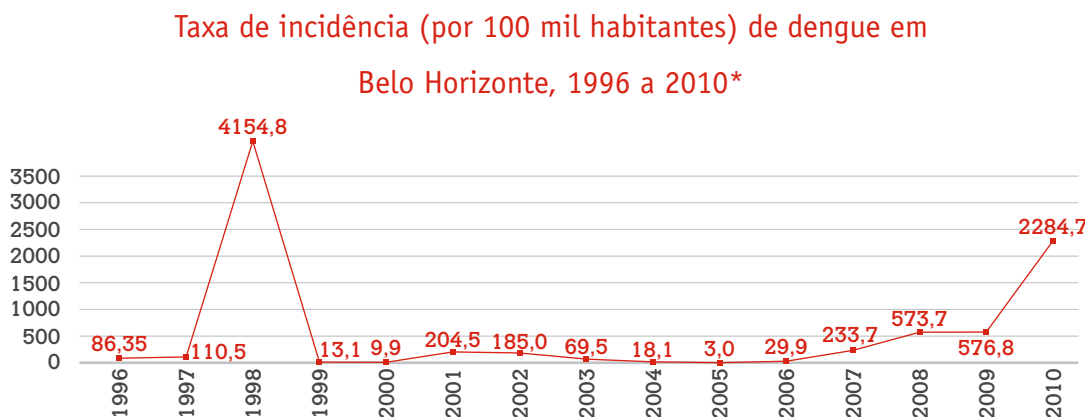
Fonte: SISVE/GEEPI/SMSA-BH

Atualizado em 13/09/2010

*A partir de 2008, dados preliminares e sujeitos a revisão.

No que se refere à ocorrência de casos novos, é preocupante a manutenção ou agravamento do cenário dos últimos anos. Entre 2003 e 2005, observaram-se sucessivas reduções dos casos incidentes. Entretanto, a partir de 2006, há reversão nessa tendência. Cabe ressaltar que essa reversão na tendência de diminuição da incidência acompanha o ocorrido no Brasil após a detecção, em 2000, do DEN-3 no Rio de Janeiro (BRASIL, 2008c). A co-circulação dos três sorotipos em Belo Horizonte, a partir de 2008 (DEN-1, DEN-2 e DEN-3), aumenta o risco de epidemias e ocorrência de casos de febre hemorrágica da dengue (FHD). Em

Gráfico 6.5



Fonte: SISVE/GEEPI/SMSA-BH

*A partir de 2008, dados preliminares atualizados em 13/09/2010 e sujeitos a revisão.

2009, aproximadamente 37% dos casos notificados incidiram entre moradores de um único DS, o Norte.

Em 2010, apesar de os dados serem preliminares, o Distrito Sanitário com maior número de casos foi o de Venda Nova, seguido pelos DS Norte e Noroeste. De acordo com a tabela 6.4, em 2010 foram investigados e confirmados 15 óbitos por dengue, sendo 6 óbitos por dengue com complicações e 9 por FHD.

A situação atual indica fortemente a necessidade de adoção de novas estratégias para o combate e controle da dengue. Os resultados alcançados até o momento sugerem que, mesmo considerando a importância do processo de implantação do PNCD como uma política permanente de prevenção e controle da dengue, suas ações não têm sido suficientes para alcançar as metas estabelecidas de deter e reverter a ocorrência da dengue em Belo Horizonte. A cocirculação atual dos sorotipos 1, 2 e 3 no município e a perspectiva de introdução do sorotipo 4 exigem um esforço ainda maior para se evitar a ocorrência de grandes epidemias.

Leishmaniose Visceral

A leishmaniose visceral humana (LVH) é hoje um problema de saúde pública e de saúde urbana, tendo em vista o seu rápido crescimento nas regiões metropolitanas e capitais brasileiras nos últimos 20 anos (JERONIMO et al., 1994; CUNHA et al., 1995; GENARO et. al., 1990). Um dos aspectos importantes dessa expansão é o fato de que o controle dessa antrozoose em grandes centros urbanos é dificultado por diversos fatores, a saber:

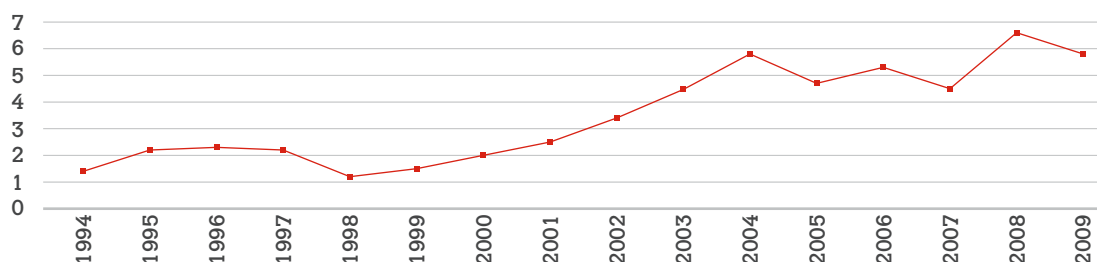
- crescimento intraurbano heterogêneo e desordenado e as consequências adversas resultantes para a qualidade de vida das pessoas e populações;
- alto custo e dificuldades operacionais de implantação das medidas de controle nacional e localmente preconizadas;
- intensificação do deslocamento de pessoas e animais das áreas endêmicas para os centros urbanos, favorecendo a chegada e instalação de novas doenças infecciosas.

Em Belo Horizonte, após a notificação do primeiro caso autóctone, a expansão geográfica da doença pode ser considerada como rápida. Desde então, casos incidentes de LVH são observados em todos os nove distritos sanitários da cidade (GRAF. 6.6 e TAB. 6.4). O número de casos anuais de LVH mostra tendência de aumento, que se torna mais importante a partir de 2001.

Em 2005, o combate à doença passou a ser uma das prioridades do governo local, tendo em vista o elevado número de casos ocorridos

Gráfico 6.6

Taxa de incidência de Leishmaniose Visceral Humana (LVH) por 100.000 habitantes
Belo Horizonte, 1994 a 2009*



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/PBH (Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN)

*A partir de 2008, dados preliminares e sujeitos a revisão.

Tabela 6.4

Casos incidentes de LVH de acordo com o distrito sanitário e ano de ocorrência
Belo Horizonte, 1994 a 2010*

Distrito	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Barreiro	0	0	1	1	1	1	3	1	3	2	6	6	9	5	10	17	11
Centro Sul	0	3	4	1	3	5	3	1	3	6	5	6	3	5	9	7	2
Leste	17	15	18	17	7	3	1	3	8	10	16	12	9	13	16	8	9
Nordeste	12	24	12	11	4	7	16	15	17	12	24	14	23	21	41	17	12
Noroeste	0	0	5	6	4	2	4	6	9	17	24	17	30	22	29	24	4
Norte	0	2	3	7	1	11	9	11	12	25	22	20	14	12	13	19	7
Oeste	0	1	1	1	2	0	4	3	3	3	10	11	10	7	9	16	11
Pampulha	0	0	1	1	0	0	3	8	5	11	6	10	3	6	5	7	7
Venda Nova	0	0	2	0	3	4	1	9	17	16	21	13	24	17	25	25	7
Indeterminado	0	1	1	2	0	0	0	0	0	1	0	1	3	2	4	11	2
Total	29	46	48	47	25	33	44	57	77	103	134	110	128	110	161	148	72

Fonte: SINAN/GEEPI/SMSA

Distrito Indeterminado: Casos sem residência fixa

*Dados parciais 2009 e 2010; Atualizado em 17/09/2010

naquele ano. Foram adotadas medidas como capacitação da assistência para diagnóstico precoce e tratamento dos casos e aprimoramento das ações de controle, inclusive com incremento de recursos humanos.

A partir de 2004, percebe-se certa estabilização da incidência da doença em torno de 6 casos por 100.000 habitantes, mas observou-se uma ampliação da distribuição de casos para distritos sanitários nos quais a doença era pouco observada. Atualmente, a LVH apresenta quadro de ampla dispersão espacial em todo o município, ocorrendo de forma mais acentuada nos DS Venda Nova, Noroeste, Norte e Nordeste.

Medidas de controle direcionadas para as áreas mais acometidas são realizadas, visando à redução da incidência da doença, assim como o risco de transmissão. Em 2008, 41,0% dos casos notificados localizavam-se nos DS Nordeste e Venda Nova. Em 2009, as maiores incidências ocorreram nos Distritos de Venda Nova e Norte, correspondendo a 36,0% dos casos notificados. Nesse mesmo período, o Distrito Nordeste reduziu sua incidência de 14.96 para 6.20.

Além disso, áreas com aumento recente da ocorrência da doença vêm sendo monitoradas e as ações de controle intensificadas, objetivando minimizar os problemas de saúde coletiva referentes a esse agravo e evitar sua expansão (BRASIL, 2006; OLIVEIRA, 2001; CAIAFFA, 2005).

O percentual de letalidade apresentou pouca oscilação entre os anos de 2005 a 2007, mas aumentou substancialmente em 2008 para 12,4% e, em 2009, atingiu o valor de 22,3% (dados parciais).

A redução da incidência da leishmaniose e a interrupção do processo de expansão geográfica para áreas indenes constituem um desafio que demanda esforço coletivo, com envolvimento do governo local, comunidade científica e população organizada.

Tuberculose

Em 1993, a Organização Mundial de Saúde declarou a tuberculose (TB) como uma emergência mundial. Passada uma década, no Brasil, o seu controle foi considerado uma prioridade das políticas públicas. O Ministério da Saúde pactuou, com as demais esferas de gestão, o fortalecimento da Estratégia DOTS (Estratégia de Tratamento Supervisionado), componente da Estratégia maior denominada STOP TB, o principal instrumento para o alcance das metas do Objetivo do Milênio para a referida doença.

As Metas do Milênio da ONU e da Parceria STOP TB para o Controle da Tuberculose no mundo são: reduzir a incidência e a mortalidade à metade até 2015 (em relação a 1990) e eliminar a TB como problema de saúde pública (atingir 1 caso por 1 milhão de habitantes), até 2050 (WHO, 2000; RAVIGLIONE, 2007; WHO, 2007).

Segundo Stiblo, para que a tuberculose (TB) se coloque no caminho da erradicação, é necessária a detecção de pelo menos 70% dos casos com tuberculose pulmonar bacilífera e a cura de pelo menos 85% destes (Bol Of Sanit Panam 111 (5), 1991).

O Brasil atualmente ocupa o 19º lugar entre os 22 países de maior carga de TB no mundo. Em 2009, foram notificados cerca de 72.000 casos novos da doença com aproximadamente 4.700 óbitos (IV Encontro Nacional de Tuberculose, RJ – PNCT/MS, 2010). Estima-se em 50 milhões o número de brasileiros portadores do bacilo da TB.

Minas Gerais é o 4º estado do Brasil com o maior número de casos. Belo Horizonte é o município com o maior número de casos do estado (cerca de 1.400 notificações em 2009), o que se justifica pela sua maior população e pelo fato de ser referência na assistência à saúde, principalmente para a sua região metropolitana, esta com a terceira

maior população entre todas as regiões metropolitanas do país (DATASUS, 2009).

O Programa de Controle da Tuberculose (PCT) fundamenta-se na descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e tratamento da TB. Belo Horizonte, com 533 Equipes de Saúde da Família e uma cobertura de, aproximadamente, 75% da população, segue essas diretrizes.

Nos gráficos 6.7 e 6.7, observam-se, respectivamente, a taxa de mortalidade e o percentual de cura dos casos de TB, numa série histórica de 2001 a 2009 em Belo Horizonte.

Gráfico 6.7

Taxa de Mortalidade por Tuberculose em residentes de Belo Horizonte/MG, Brasil, nos anos de 2001 a 2009*



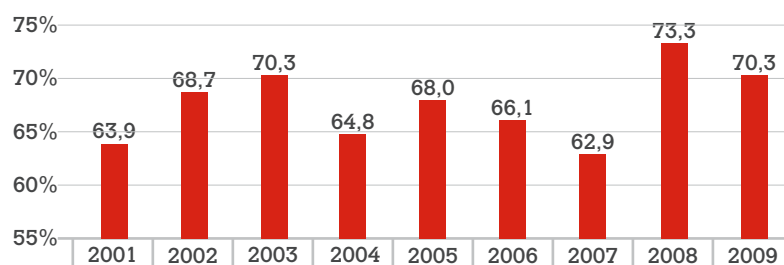
Fonte: SINAN-NET/TBC – GEEPI/SMSABH

Obs.: Número de óbitos por Tuberculose como causa básica dividido pela população (multiplicado por 100.000 habitantes).

*A partir de 2008, dados preliminares e sujeitos a revisão

Gráfico 6.8

Percentual de Cura dos Casos Novos de Tuberculose em residentes de Belo Horizonte/MG, Brasil, nas Coortes de Início de Tratamento, 2001 a 2009.



Fonte: SINAN-NET/TBC – GEEPI/SMSABH

*A partir de 2008, dados preliminares e sujeitos a revisão.

Conforme demonstrado no gráfico 6.7, evidencia-se uma tendência de queda na mortalidade por TB e até o ano de 2015, provavelmente, a meta estabelecida será cumprida, inclusive nacionalmente.

O percentual de cura de 70,3%, em 2009, encontra-se muito abaixo do parâmetro recomendado (mínimo de 85%). O desafio é a redução drástica do elevado percentual de abandono do tratamento, que no momento é de cerca de 20,0% dos casos bacilíferos. O tratamento diretamente observado, atualmente realizado em 40,0% dos pacientes com TB em Belo Horizonte, é considerado a principal estratégia para fortalecer a adesão ao tratamento e tem sido alvo da maioria das ações que o PCT municipal vem realizando.



objetivo 6

meta 8a

Aprimorar a cobertura de
atenção básica à saúde
(meta local)

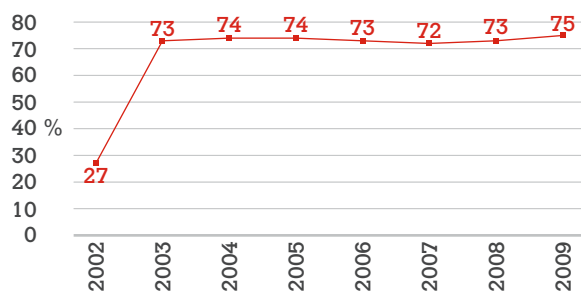
O município de Belo Horizonte vem, principalmente ao longo das duas últimas décadas, investindo na organização e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), na linha da descentralização e do controle social da gestão – princípios assistenciais e organizativos do sistema. Nesse contexto, tendo como base os eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, a Prefeitura de Belo Horizonte optou por fortalecer a rede de atenção básica. Para tal, considerou a sua capacidade de propiciar à população a atenção necessária para a solução da maioria dos seus problemas de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, abrangendo a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação da saúde. Houve um grande investimento inicial na ampliação do acesso da população aos Centros de Saúde com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF).

Em 2009, a sua base de organização era composta por 147 centros de saúde (CS), que abrigavam 533 equipes de saúde da família (ESF) e 236 equipes de saúde bucal (ESB). Os centros de saúde encontram-se distribuídos em nove distritos sanitários. As ESF trabalham em conjunto com os demais profissionais, que compõem a atenção básica e constituem as equipes de apoio – clínicos, pediatras, ginecologistas, assistentes sociais, equipes de saúde mental, zoonoses e os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dentre outros. Cada centro de saúde possui uma base territorial denominada área de abrangência e cada ESF é responsável pelo acompanhamento de uma população definida. Os centros de saúde contam também com os dispositivos da academia da cidade e dos profissionais treinados na prática do Lian Gong.

Os indicadores aqui selecionados podem ser usados para avaliar: a) a priorização da estratégia de saúde da família na atenção básica e o seu grau de resolutividade dos problemas pelos profissionais do Programa Saúde da Família, sem a necessidade de excessivos encaminhamentos a especialistas; b) o atendimento e o acompanhamento

Gráfico 6.9

Cobertura (em porcentagem) do Programa Saúde da Família – Belo Horizonte, 2002 – 2009



Fontes: Secretaria Municipal de Saúde/PBH; IBGE Estimativas populacionais para o TCU/MG

*A partir de 2008, dados preliminares e sujeitos a revisão.

dos pacientes portadores de patologias crônicas, como a hipertensão e o diabetes, pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), evitando-se, assim, internações desnecessárias.

O início da implantação do Programa Saúde da Família - PSF, em Belo Horizonte, ocorreu em fevereiro de 2002, com 176 equipes de saúde da família. Houve um aumento gradual desse número, totalizando, em 2009, 533 ESF distribuídas em 147 Unidades Básicas de Saúde - UBS, com a cobertura de 75% da população.

Observa-se que a cobertura vem se mantendo entre 72% e 75% entre os anos de 2002 a 2009 (GRAF. 6.7). Essa cobertura não é homogênea, priorizou-se a população considerada de maior risco de adoecer e morrer, conforme o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), proposto pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA-PBH). Nos estratos mais vulneráveis a cobertura é de 100,0%, garantindo maior equidade na assistência. Três dos nove distritos sanitários (DS), Barreiro, Venda Nova e Norte, têm 100% de sua população coberta pelas ESF. O DS Centro-Sul, detentor de maior nível socioeconômico do município, apresenta 25% de cobertura.

Consultas médicas básicas que geram encaminhamento para especialidades

Nos anos de 2003 até 2009, observa-se um percentual entre 8,2% e 9,5% de encaminhamentos dos pacientes atendidos nas UBS para consultas especializadas (TAB. 6.5). Esse percentual está dentro do esperado, considerando que a atenção básica deve ser capaz de resolver cerca de 90% dos problemas de saúde da população.

Em Belo Horizonte, as equipes de saúde da família atendem em maior proporção adultos e idosos, de acordo com a distribuição demográfica da cidade. Esse perfil é similar àquele da população atendida pelos clínicos nas UBS, que encaminham aproximadamente 12% de seus pacientes para especialistas. Tais encaminhamentos têm como objetivo buscar auxílio no diagnóstico e no tratamento, conhecido como interconsultas. Entretanto, após esse procedimento, a ESF segue responsável pela continuidade do cuidado ao cidadão.

Tabela 6.5

Percentual de consultas médicas básicas que geraram encaminhamento para especialidades
Belo Horizonte, 2003 a 2009*

Ano	Percentual de consultas médicas básicas que geraram encaminhamento para especialidades
2003	8,2
2004	8,4
2005	8,9
2006	8,6
2007	9,0
2008	9,5
2009	9,0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/PBH

*A partir de 2008, dados preliminares e sujeitos a revisão

A Rede de Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte

A Secretaria Municipal de Saúde/PBH possui uma regulação assistencial, entendida como um conjunto de ações desenvolvidas em todas as etapas do processo de atendimento ao usuário, da solicitação da consulta especializada até o seu atendimento e retorno à unidade solicitante. Possui uma Central de Marcação de Consultas (CMC) e conta com protocolos bem definidos de encaminhamentos, disponíveis a todos os profissionais da rede através da Intranet.

É solicitado a todos os especialistas que preencham a guia de contrarreferência e o usuário é estimulado a levá-la para a unidade de origem. Esse retorno da informação certamente contribui na qualificação da assistência prestada e, por conseguinte, nos encaminhamentos realizados. Agendamentos prioritários são realizados pela equipe de regulação da UBS, a partir de protocolos clínicos, disponíveis para os profissionais que realizam o atendimento básico.

Para potencializar a interação da atenção básica com atenção especializada, estão em funcionamento cinco Centros de Especialidades Médicas (CEM), onde os especialistas relacionam-se com um conjunto fixo de equipes de saúde da família, possibilitando contato regular entre os profissionais de saúde e os cidadãos, facilitando o cuidado compartilhado, principalmente para quadros clínicos mais complexos.

Outra ferramenta importante e disponível também para todos os médicos das UBS é a teleconsulta, que possibilita a comunicação direta do médico com o especialista dos CEM e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM-UFMG), seguramente com impacto positivo na redução do encaminhamento dos pacientes atendidos nas UBS para especialistas.

Internação por Diabetes

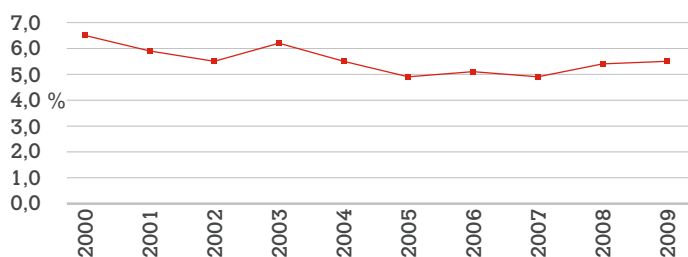
O envelhecimento populacional e a transição verificada no estilo de vida têm favorecido o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre as quais se destaca o diabetes mellitus. Dados recentes sugerem que aproximadamente 5,9% da população seja portadora de diabetes, sendo que destes, 46,5% não sabem que são portadores da doença. Sendo importante fator de risco cardiovascular, entende-se a importância da questão, uma vez que as doenças do aparelho cardiovascular são a principal causa de morte e internação em Belo Horizonte.

A taxa de internação por diabetes faz parte da lista de condições sensíveis à atenção básica, refletindo a detecção precoce, o tratamento adequado e o acompanhamento dos pacientes diabéticos.

Enquanto as internações por complicações agudas por diabetes têm diminuído, o mesmo ainda não se verifica quanto às internações por complicações crônicas, percebendo-se aumento da taxa de internação por diabetes nos últimos 3 anos (4,9/10.000 em 2007 a 5,9/10.000 em 2009 – GRAF. 6.8).

Gráfico 6.10

Taxa de internação por Diabetes
(por 10.000 residentes)
Belo Horizonte, 2000 a 2009*



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/PBH

*A partir de 2008, dados preliminares e sujeitos a revisão.

Ações para controle do diabetes em Belo Horizonte

A SMSA vem desenvolvendo ações para redução das internações por complicações crônicas do diabetes mellitus podendo ser citadas: a publicação do protocolo de diabetes mellitus, o prontuário eletrônico de diabetes, as capacitações em insulinização, o fornecimento de insumos para automonitoramento e controle e a elaboração de material didático para operacionalização dos grupos de diabéticos nas unidades de saúde, focando a educação em diabetes. Destaca-se também a disponibilização, no SUS-BH, de medicamentos importantes no controle da doença, como os análogos de insulinas e medicamentos para o controle da dislipidemia. Foram adquiridas também coberturas especiais, importantes no tratamento do pé diabético.

Internação por acidente vascular cerebral - AVC

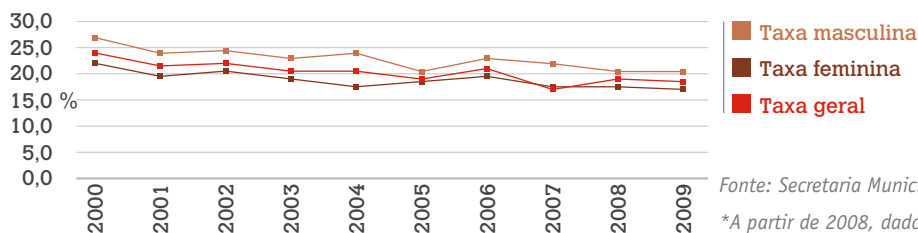
Os acidentes vasculares cerebrais destacam-se hoje como importantes causas de mortalidade, internação e incapacidade em Belo Horizonte, refletindo uma tendência mundial. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis são cada vez mais prevalentes, devido ao envelhecimento da população e à modificação dos hábitos de vida.

A taxa de internação por AVC em residentes de Belo Horizonte caiu de 24,1/10.000 em 2000 para 18,4/10.000, em 2009. Essa queda ocorreu em ambos os sexos (27/10.000 para 20,4/10.000 no sexo masculino e 21,9/10.000 para 16,9/10.000 no sexo feminino). Também as internações por crises hipertensivas e insuficiência cardíaca tiveram seu número reduzido em relação a 2008.

O AVC é na maioria das vezes consequência de doenças crônicas mal controladas ou outros fatores de risco modificáveis, notadamente a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e as dislipidemias. Sendo assim, medidas de prevenção e controle precisam ser reforçadas para manter a tendência de queda da taxa de internação por AVC, tais como: orientação à população sobre a importância da alimentação saudável, combate ao tabagismo, controle da hipertensão arterial e dislipidemia, estímulo à atividade física regular, combate à obesidade, controle adequado do diabetes, combate ao uso abusivo de álcool. Da mesma forma, o acesso ao Sistema Único de Saúde tem sido garantido por meio do Programa Saúde da Família, permitindo o diagnóstico oportuno das moléstias e condições predisponentes, bem como seu tratamento adequado. Esses fatores são, provavelmente, responsáveis pela tendência de queda nas taxas de internação, a despeito do envelhecimento da população.

Gráfico 6.11

Taxa de internação por AVC
(por 10.000 residentes)
segundo sexo e ano de internação
Belo Horizonte, 2000 a 2009*



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/PBH

*A partir de 2008, dados preliminares e sujeitos a revisão.



Garantir a sustentabilidade ambiental





objetivo 7

indicador	descrição	fonte
Proporção de áreas vegetadas	Quantidade de áreas vegetadas (em m ²) em relação à área total (em m ²)	SMMA; SMURBE
Proporção de áreas protegidas	Quantidade de áreas de propriedade particular ou pública com cobertura vegetal e manutenção assegurada (em m ²) em relação à área total (em m ²)	SMMA
Emissões per capita de dióxido de carbono	Segundo abordagem de escopos setoriais definida pelo documento "IPCC 2006 Guidelines for National Greenhouse Gas Inventories", contabilizando emissões referentes aos seguintes gases: dióxido de carbono (CO ²), metano (CH ₄) e óxido nitroso (N ₂ O)	Inventário Municipal de Emissões de Gases de Efeito Estufa/PBH
Consumo de Energia (em Quilowatt/hora) por Unidade de Produto (em R\$ 1,00)	Consumo anual de energia elétrica (em Quilowatts/hora) dividido pelo produto interno bruto municipal	Cemig; IPEA
Mobilidade da população pobre – renda inferior a meio salário mínimo – (% em relação à mobilidade da população em todos os modos de transporte)	Índice de mobilidade da população pobre em todos os modos de transporte dividido pelo índice de mobilidade da população em todos os modos de transporte (multiplicado por 100)	Pesquisa Origem Destino/ Fundação João Pinheiro

Garantir a sustentabilidade ambiental

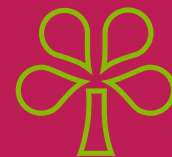
meta 9

Integrar os princípios de desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e reverter a perda de recursos naturais

meta 9a

Garantir a Mobilidade Urbana Sustentável

objetivo 7



indicador

descrição

fonte

Índice de Mobilidade da População em Modos Não-Motorizados (em %)

Número de viagens diárias realizadas pela população com 15 ou mais anos de idade em modos não-motorizados dividido pelo número de viagens diárias realizadas pela população com 15 anos ou mais de idade em todos os modos (multiplicado por 100)

Pesquisa Origem Destino/
Fundação João Pinheiro

Índice de Mobilidade em Modos Coletivos (em %)

Número de viagens diárias realizadas pela população com 15 anos ou mais de idade em modos motorizados do tipo coletivo dividido pelo número de viagens diárias realizadas pela população com 15 anos ou mais de idade em modos motorizados (multiplicado por 100)

Pesquisa Origem Destino/
Fundação João Pinheiro

Taxa de Mortalidade no Trânsito (por 10 mil - BHTRANS)

Número de vítimas fatais em acidentes de trânsito dividido pelo número de veículos existentes e registrados no município (multiplicado por 10 mil)

BHTrans

Proporção da População com Acesso Sustentável à Água Potável (rede geral com canalização interna em pelo menos um cômodo) (em %)

Número de pessoas com acesso sustentável à água potável (rede geral de água com canalização interna) dividido pela população (multiplicado por 100)

Censo Demográfico/IBGE

Proporção da população com acesso a melhores condições (rede geral e fossa séptica) de esgotamento sanitário (em %)

Número de pessoas com acesso a melhores condições de esgotamento sanitário (ligados à rede de esgoto geral ou fossa séptica) dividido pela população (multiplicado por 100)

Censo Demográfico/IBGE

Proporção da População Atendida por Serviços de Coleta de resíduos sólidos domiciliares (em %)

Número de pessoas atendidas pelo serviço de coleta de resíduos sólidos domiciliares dividido pela população total do município (multiplicado por 100)

Superintendência de
Limpeza Urbana

Índice de Salubridade Ambiental

Leva em consideração índices de abastecimento de água (Iab), esgotamento sanitário (Ies), coleta de resíduos sólidos (Irs), drenagem urbana (Idr) e controle de vetores (Icv): $ISA = 0,05Iab + 0,35Ies + 0,25Irs + 0,20Idr + 0,15Icv$

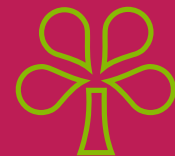
Sudecap/PBH

meta 9a

Garantir a Mobilidade
Urbana Sustentável

meta 10

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



indicador

Proporção de Domicílios com Posse Segura de Moradia (com Condições Adequadas de Moradia) (em %)

Proporção de Famílias em Áreas de Risco Geológico-Geotécnico em Áreas de Interesse Social (em %)

descrição

Número de domicílios em condições adequadas de moradia (posse segura do terreno, rede de esgoto geral ou fossa séptica, rede geral de água com canalização em pelo menos um cômodo, coleta de lixo, iluminação, existência de banheiro e média de até 3 moradores por cômodo servindo como dormitório) dividido pelo número de domicílios (multiplicado por 100)

Total de famílias em áreas de risco geológico-geotécnico (alto ou muito alto) em áreas de interesse social dividido pelo total de famílias em áreas de interesse social (multiplicado por 100)

fonte

Censo Demográfico/IBGE

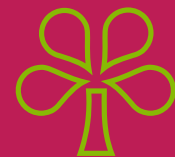
URBEL

**Garantir a
sustentabilidade
ambiental**

meta 11

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

objetivo 7





objetivo 7

meta 9

Integrar os princípios de desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e reverter a perda de recursos naturais

O sétimo objetivo do milênio refere-se à manutenção e garantia da sustentabilidade ambiental. Por ser muito amplo, este objetivo se desdobra em quatro metas, que se relacionam à qualidade ambiental dos meios físico e urbano. Neste relatório, a meta 9 – integrar os princípios de desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e reverter a perda de recursos ambientais – é monitorada segundo indicadores de preservação da cobertura vegetal, emissão de gases de efeito estufa e consumo de energia.

Preservação de áreas verdes

Um dos pilares da sustentabilidade ambiental se apoia nos princípios de preservação e conservação das áreas cobertas por vegetação natural, com o intuito de se preservar também a biodiversidade dessas áreas. No contexto urbano, a cidade necessita de um sistema de áreas verdes capaz de produzir o equilíbrio necessário a garantia da qualidade de vida. Mas tal necessidade entra em choque com o padrão de crescimento e de ocupação das áreas urbanas brasileiras nas últimas décadas, que privilegiou a constante ocupação de áreas cada vez mais periféricas sem os devidos cuidados com a infraestrutura urbana e a preservação ambiental. Em Belo Horizonte, o crescimento urbano deu-se de maneira acelerada após a década de 1950: entre 1950 e 1995 a população quintuplicou (de 350 mil habitantes para cerca de 2,1 milhões). Esse processo acabou comprometendo o paisagismo da cidade e atualmente restam poucas áreas desocupadas no município, o que interfere na proporção de área vegetada do território.

A partir da classificação de imagem CBERS de pixel 20mx20m coletada em março de 2007¹, foi possível estimar em 26,4% a cobertura do território do município de Belo Horizonte por área vegetada. Dentre as regiões administrativas, a que menos possui área vegetada é a Região Noroeste, com apenas 6,4% de cobertura vegetal. A

Região Venda Nova, que atingiu desenvolvimento expressivo nas últimas décadas, aparece em segundo lugar, com apenas 13,6%.

O Barreiro é a região com a maior área vegetada, correspondente a 41,2% de sua área total, sendo que parte expressiva do seu território integra o Parque Estadual da Serra do Rola-Moça e, portanto, foi definida, por meio da Lei de Parcelamento, Ocupação e Uso do Solo, como Zona de Preservação Ambiental - ZPAM, na qual é vedada a ocupação do solo. A segunda região administrativa com maior área vegetada é a Norte (38%), região essa que possui uma das últimas áreas não parceladas do município, a Região do Isidoro, com cerca de 10 km² e potencial para expansão da ocupação urbana.

Os dados oriundos da classificação de imagens de satélite não são suficientes para uma correta avaliação da situação do município, pois se faz necessário distinguir as áreas vegetadas em função do tipo de uso. Por isso, apresentam-se, também, na tabela 7.1 dados relativos às áreas protegidas do município, ou seja, às áreas de propriedade particular ou pública, com cobertura vegetal significativa, total ou parcial, e que têm, portanto, seu uso e manutenção assegurados na forma de parques, praças e outros². Essas áreas recobrem uma porção menos expressiva do município, atingindo 9,45% do território municipal, mas com significativas diferenças entre as regiões administrativas, com destaque para a região Barreiro, na qual as áreas protegidas ocupam 26,65% da área total.

Tabela 7.1

Proporção de áreas vegetadas em Belo Horizonte, segundo RA

Região Administrativa (RA)	Área Total	População	Área Vegetada - 2007			Área Protegida - 2009		
	km ²		km ²	%	m ² /hab.	km ²	%	m ² /hab.
Barreiro	53,58	262.194	22,08	41,21	84,21	14,28	26,65	54,46
Centro Sul	32,49	260.524	8,01	24,65	30,75	5,06	15,57	19,42
Leste	27,95	254.573	7,84	28,05	30,80	0,99	3,54	3,89
Nordeste	39,59	274.060	11,88	30,01	43,35	0,96	2,42	3,50
Noroeste	38,21	338.100	2,43	6,36	7,19	0,47	1,23	1,39
Norte	33,69	193.764	12,83	38,08	66,21	0,46	1,37	2,37
Oeste	31,27	268.124	5,64	18,04	21,04	3,29	10,52	12,27
Pampulha	45,90	141.853	11,96	26,06	84,31	3,08	6,71	21,71
Venda Nova	28,30	245.334	3,84	13,57	15,65	2,68	9,47	10,92
Belo Horizonte	330,98	2.238.526	86,51	26,14	38,65	31,27	9,45	13,97

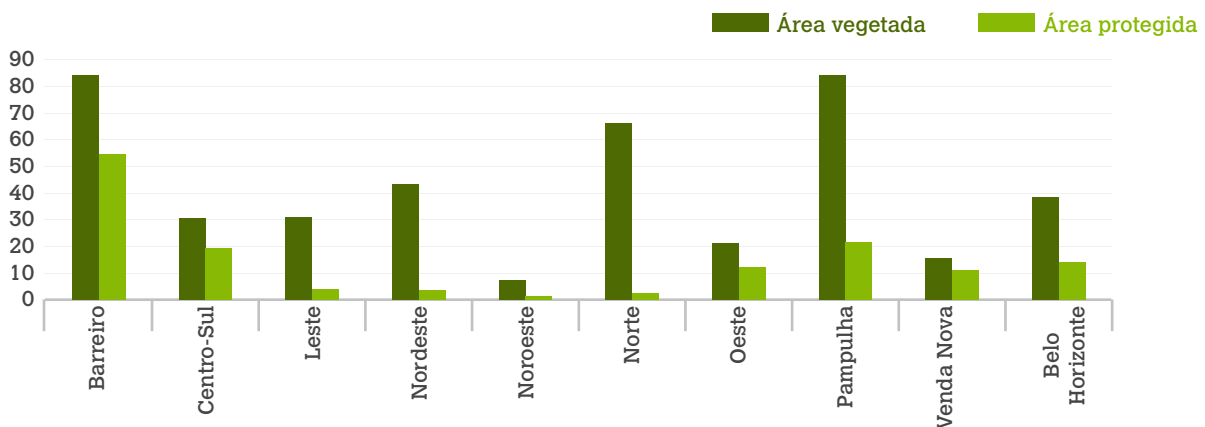
Fontes: Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Secretaria Municipal de Políticas Urbanas; Área Vegetada: classificação imagem do satélite CBERS-2 de 22/03/2007; População: Censo Demográfico 2000

O GRAF. 7.1 apresenta o comparativo, em termos per capita, das áreas vegetadas e protegidas. No município, de acordo com os parâmetros utilizados, atinge-se 38,6 m² de área vegetada e 14 m² de área protegida por habitante. As regiões Pampulha e Barreiro atingem os índices mais expressivos de área vegetada por habitante, aproximadamente 84 m²/hab., sendo que a primeira ainda possui a mais expressiva taxa de área protegida, 54,5 m²/hab. Além da região Norte, destaca-se também a baixa taxa de área vegetada por habitante nas regiões Leste, Nordeste e Noroeste, sempre abaixo dos 4 m²/hab. A região Noroeste se destaca como a mais intensamente ocupada, com as menores taxas de área vegetada e de área protegida por habitante, apenas 7,2 m²/hab. e 1,4 m²/hab., respectivamente. Na comparação por regiões administrativas chama atenção a situação da região Norte, que se destaca pela elevada taxa de área vegetada por habitante (66,2) e, ao mesmo tempo, pela baixa taxa de área protegida, apenas 2,4 m² por habitante, apontando para a importância das ações que visam ordenar a ocupação das áreas desocupadas nessa região, preservando as áreas de grande relevância ambiental e paisagística, em especial, as nascentes, cursos d'água, áreas de vegetação relevante e cerrado³.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o índice recomendado de área verde por habitante, para uma vida saudável, é de 12 m² por habitante. Já o IBAMA estabelece um valor mínimo de 8 m². Considerando essas referências, Belo Horizonte está atendendo, em média, aos parâmetros estabelecidos, embora com diferenças significativas entre as regiões da cidade. Considerando apenas o dado de áreas protegidas, metade das regiões da cidade está abaixo da meta estabelecida pela OMS. Nota-se que o investimento em parques e praças é de suma importância para a preservação da qualidade ambiental, bem como a adoção de parâmetros mais restritivos de ocupação e adensamento populacional nas áreas. Esse é o caminho seguido pela mais recente legislação municipal de Uso e Ocupação do Solo, aprovada no ano de 2010, que adotou novos parâmetros, visando deter a verticalização e o adensamento excessivo⁴. A cidade deve orientar o processo de urbanização a partir de parâmetros mais compatíveis com a sustentabilidade ambiental do meio urbano.

Gráfico 7.1

Área verde e área protegida per capita (m²/hab.)
Belo Horizonte e Regiões Administrativas, 2007 a 2009



Fonte: Secretaria Municipal de Meio Ambiente; População: Censo Demográfico 2000

Emissão de Gases

O manejo irresponsável e insustentável dos recursos naturais e a produção de gases decorrente dos processos econômico-produtivos, em âmbito global, vêm degradando o meio ambiente e, conseqüentemente, provocando impactos negativos, cujos reflexos podem ser observados através dos eventos causados pelas mudanças climáticas. Diante da gravidade da situação, discussões mundiais são feitas no Painel Intergovernamental de Mudanças Climáticas (IPCC), na busca de ações para mitigar tais efeitos recomendando, dentre outras, a elaboração de inventários das emissões dos gases de efeito estufa (GEE), a utilização de tecnologias limpas e a implementação de mecanismos de desenvolvimento limpo, ações essas consubstanciadas, inicialmente, no Protocolo de Quioto.

O perfil de emissões de GEE de Belo Horizonte é um reflexo de sua realidade socioeconômica: a cidade, voltada para a prestação de serviços, comércio e administração pública apresentou, em 2007, como setores com principais fontes de emissão, o setor de transportes (66% das emissões), o setor de tratamento de resíduos sólidos urbanos e esgotos sanitários (18%) e os setores residencial e comercial (9%). Como resultado desse inventário, tem-se que, em 2007, foram emitidas no município cerca de 3,18 milhões de toneladas de gases equivalentes de CO². A emissão per capita foi de aproximadamente 1,32 tonelada de CO² por habitante durante o ano (ver detalhamento no BOX 7.1).

Caixa 7.1

Inventário Municipal de Gases de Efeito Estufa (GEE)

O Inventário Municipal de Gases de Efeito Estufa (GEE) de Belo Horizonte identifica as fontes de emissão e apresenta sua quantificação, traçando uma análise histórica através da qual o Município poderá planejar suas ações para a efetiva mitigação das mudanças climáticas.

O Inventário Municipal de Emissões de Gases de Efeito Estufa de Belo Horizonte segue a abordagem de escopos setoriais definida pelo documento "IPCC 2006 Guidelines for National Greenhouse Gas Inventories", contabilizando emissões referentes aos seguintes gases: dióxido de carbono (CO²), metano (CH₄) e óxido nitroso (N₂O). Emissões de hidrofluorcarbonos (HFCs), perfluorcarbonos (PFCs) e hexafluoreto de enxofre (SF₆), investigadas de acordo com as diretrizes do IPCC, não foram identificadas no Município. As emissões foram contabilizadas em toneladas do GEE específico e convertidas em toneladas de CO² equivalente (tCO₂e), de acordo com os potenciais de aquecimento global correspondente a cada gás.

As emissões totais de Belo Horizonte alcançaram, em 2007, o número de 3,18 milhões de toneladas de CO₂e. Este valor é 22% superior ao total verificado para o ano 2000, portanto, um crescimento médio anual de 2,96%

As emissões do escopo setorial Energia revelaram-se predominantes, respondendo por 82% do total verificado em 2007. As emissões do escopo setorial de resíduos contribuíram com 18% e o escopo setorial Mudança do Uso do Solo não contribuiu para as emissões de Belo Horizonte e sim para remoções de GEE da atmosfera..

As emissões de Belo Horizonte do escopo setorial Energia totalizaram 2,61 milhões de toneladas de CO₂e em 2007. Dentre este grupo de emissões, as decorrentes do setor de Transportes foram as mais preponderantes, sendo a Gasolina Automotiva responsável por 49% das emissões totais das fontes móveis e o Diesel B2 responsável por 33% no mesmo ano.

Dentre as fontes estacionárias de emissão de GEE, o gás GLP, consumido em residências e no setor de serviços, foi o

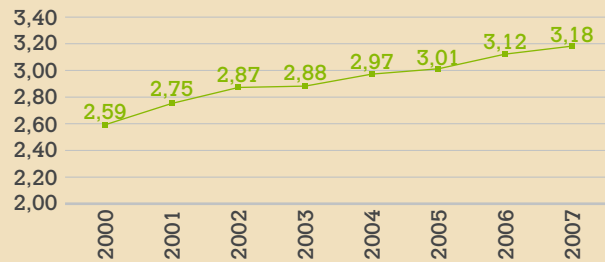
principal emissor (71%), seguido do gás natural consumido no setor industrial (25%).

No escopo setorial de Mudança do Uso do Solo, o Município de Belo Horizonte apresentou remoções líquidas de GEE no acumulado do período 2000 a 2007 (remoções médias anuais de 6.487 toneladas de CO₂e). Isto porque as áreas ocupadas por vegetação arbórea na cidade aumentaram no período em análise.

As áreas ocupadas por gramíneas e outras vegetações rasteiras diminuíram 27% no período, mas as emissões cor-respondentes a esta supressão foram inferiores ao incremento nos estoques de carbono pela vegetação arbórea da cidade.

No escopo setorial de Resíduos, as emissões decorrentes do tratamento de resíduos sólidos urbanos (520 mil toneladas de CO₂e em 2007) foram mais relevantes do que as emissões decorrentes do tratamento de efluentes sanitários (62 mil toneladas de CO₂e em 2007). No tratamento de resíduos sólidos, as emissões passivas são as mais preponderantes (75%). Emissões passivas são aquelas decorrentes dos resíduos que foram aterrados em anos anteriores, visto que a degradação anaeróbica destes é lenta. Destaca-se que não foram consideradas emissões passivas de resíduos

Histórico de emissões de CO₂ em Belo Horizonte, 2000–2007



aterrados anteriormente ao ano base 2000. Para os efluentes sanitários, a digestão de lodo biológico na ETE Arrudas tornou-se em 2006 a principal fonte de emissões (42%).

No curto prazo, o município reduzirá emissões provenientes do tratamento de resíduos sólidos urbanos da ordem de 400 mil toneladas anuais, através de projeto a ser registrado no Mecanismo de Desenvolvimento Limpo da ONU. Outras medidas de redução de emissões envolvem produção de energia elétrica por fontes renováveis (resíduos sólidos e efluentes) e transporte urbano coletivo.

Fonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Inventário Municipal de Emissões de Gases de Efeito Estufa – Relatório Final. Belo Horizonte, Dezembro de 2009.

Disponível na íntegra em: http://www.pbh.gov.br/smpl/PUB_P015/Relat%c3%b3rio+Final+Gases+Estufa.pdf

Consumo de Energia

A sociedade contemporânea possui uma elevada dependência de energia, sem a qual grande parte das facilidades que conhecemos (comodidades, conforto e desenvolvimento) não existiria. O consumo de energia, cada vez maior, exerce uma grande pressão sobre os recursos naturais, já escassos. A continuarmos nesse ritmo, em um futuro não tão distante, os recursos naturais não serão capazes de suprir as necessidades energéticas da humanidade, levando a um colapso das fontes energéticas que pode trazer sérios riscos ao “modus vivendi” que conhecemos. Nesse contexto,

a eficiência energética, o uso inteligente dos recursos energéticos, medidas contra o desperdício, a conservação de energia e o desenvolvimento de tecnologias que permitam realizar “mais por menos” são ferramentas imprescindíveis para se atingir o objetivo de preservar os recursos naturais do presente para as gerações futuras.

O monitoramento da eficiência energética por meio de índices é uma das ações que podem contribuir de forma simples e eficiente no monitoramento do quão “competentes” estamos sendo na preservação dos recursos naturais. Dentre

esses índices, destaca-se aquele que mede a quantidade de energia necessária para a produção de riqueza de determinado país e/ou região.

Para monitoramento local da eficiência energética, optou-se por adotar o indicador “Consumo de energia (em quilowatt/hora) por unidade de produto (em R\$ 1.000,00),” por ser esse um indicador que tem a propriedade de fornecer, de forma simples, porém eficaz, a quantidade de energia necessária para gerar cada unidade de produto interno bruto, este expresso em moeda corrente. Se a relação entre energia e PIB está decaindo ao longo de determinado período, significa que a área representada pelo índice está aumentando sua eficiência energética, ou seja, mais unidades de produto interno estarão sendo produzidas, porém com uma energia menor. Do contrário, se o índice demonstrar uma elevação à medida que o PIB cresce em um determinado período, podemos inferir que, na área estudada, a eficiência energética é decrescente.

O período de estudo está delimitado entre os anos de 2002 a 2007, tendo como base os valores do PIB atualizados para reais de 2009. No que se refere à composição dos elementos constituintes do consumo energético da cidade, foram escolhidos: energia elétrica, álcool, gasolina, diesel, lenha, gás natural, gás liquefeito de petróleo (GLP),

gás natural veicular (GNV), querosene e óleo combustível. Considerou-se que esses referenciais energéticos são os mais representativos e de mais fácil mensuração para a cidade no período proposto⁵.

O consumo de cada referencial energético foi determinado no somatório do consumo ano a ano, a partir dos dados fornecidos pelas empresas e/ou órgãos governamentais ligados a cada um dos mesmos⁶. A tabela 7.2 apresenta o consumo de energia expresso em MWh ano a ano, bem como os valores do PIB em reais e a relação entre ambos. Os números constantes na tabela demonstram que o consumo de energia (MWh) cresceu em 7,6% no período, o mesmo acontecendo com o PIB, para a mesma variação temporal, com acréscimo de 23,2%. Isso refletiu uma diminuição de 12,7% no indicador de energia por unidade de produto interno bruto.

Ao se analisar, portanto, o consumo energético da cidade de Belo Horizonte, no período estudado, pode-se dizer que houve avanços significativos, pois, embora tenha havido um aumento do consumo de energia (MWh), o indicador de energia por unidade de produto interno bruto diminuiu. Esses números indicam que a cidade de Belo Horizonte está conseguindo crescer de maneira mais sustentável, e que a tendência para o futuro é o da manutenção da eficiência energética.

Tabela 7.2

Consumo de energia por unidade de produto, Belo Horizonte, 2002–2007

Ano	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Consumo de Energia (em MWh)	7.430.696.957,0	7.437.303.170,0	7.539.408.735,0	7.611.139.838,0	7.779.820.207,0	7.992.149.526,0
PIB Municipal (em R\$ 1.000,00 de 2009)	34.904.676,7	34.127.932,1	37.046.565,6	36.614.252,5	38.694.403,1	43.000.240,3
Consumo de Energia por Unidade de Produto (MWh/R\$1.000,00 de PIB)	212,9	217,9	203,5	207,9	201,1	185,9

Fontes: PIB: IBGE; Banco Central. Consumo de Energia: ANP; BEEMG; Cemig; GASMIG; MINASGAS



objetivo 7

meta 9a

Garantir a
Mobilidade Urbana
Sustentável

As grandes cidades dos países capitalistas periféricos apresentam, em geral, condições inadequadas de deslocamento de pessoas e mercadorias. Fruto de um crescimento urbano acelerado, pautado principalmente pela adoção de um modelo de planejamento econômico voltado para o incentivo à industrialização, tais condições, associadas à precariedade do transporte público coletivo e ao incremento da utilização de modalidades de transporte individual, têm contribuído para: a) o aumento dos índices de acidentes de trânsito; b) o aumento dos congestionamentos viários e dos níveis de poluição; c) a queda na qualidade de vida urbana. Estes fatores acarretam processos de vulnerabilidade social, uma vez que impactam negativamente na vida das pessoas e nas diversas atividades sociais e econômicas, indispensáveis à manutenção da dinâmica urbana.

Diante desse cenário, resultado da consolidação do “rodoviário”, como tentativa de minimizar alguns dos efeitos da proliferação indiscriminada dos automóveis, não é incomum recorrerem-se às constantes e dispendiosas intervenções urbanas, que, vistas inicialmente como solução para o problema, passam rapidamente para a condição de medida paliativa, tendo em conta que não existem recursos para aumentar a infraestrutura viária na proporção desejada para atender às necessidades do incremento da demanda por viagens de automóveis. No caso do belo-horizontino, por exemplo, de acordo com os dados produzidos pelo DETRAN-MG e pelo IBGE, enquanto a população de Belo Horizonte cresceu cerca de 20%, entre 1991 e 2008, passando de 2.020.161 para 2.434.642 habitantes, a frota total de veículos cresceu aproximadamente 130%, passando de 479.805 para 1.107.259 veículos, sem a correspondente (e inviável) ampliação da infraestrutura viária.

Avalia-se que somente a realização de obras para aumentar a capacidade das vias urbanas (supostamente, adaptando-as a um crescente número de veículos em circulação) não resolve os problemas, pois num futuro próximo essas mesmas vias tornar-se-ão

saturadas, principalmente porque a melhoria momentânea da fluidez viária tende a atrair um contingente maior de motoristas ávidos por espaços.

Destaca-se que a escolha pelo transporte individual resulta em acréscimo dos custos sociais, os quais serão repartidos desigualmente pela população. Com efeito, os problemas relacionados à mobilidade, embora também percebidos pelas camadas de maior renda, notadamente em situações de congestionamentos viários, se apresentam mais intensamente nos segmentos de menor renda, que, ao contrário dos primeiros, geralmente residem em áreas com menor acessibilidade espacial.

Assim, torna-se necessário o uso e a análise de indicadores que permitam identificar e compreender as condições de acessibilidade e mobilidade espaciais dos cidadãos belo-horizontinos, os quais devem subsidiar a formulação de políticas públicas que visem mitigar (ou resolver) os problemas citados. Importa ressaltar que, atualmente, há certas limitações na construção de um diagnóstico

preciso acerca das condições de mobilidade e acessibilidade em Belo Horizonte, tendo em conta que os dados mais abrangentes e consistentes que permitem estabelecer inferências sobre tais realidades datam do ano de 2002, coletados pela Pesquisa Domiciliar de Origem e Destino, desenvolvida pela Fundação João Pinheiro (FJP). Essa fonte de dados possibilita alcançar grande precisão nos resultados sobre a mobilidade e a acessibilidade espaciais na capital mineira, uma vez que apresenta, entre outras, informações sobre a localização espacial da origem e do destino dos deslocamentos individuais diários e o motivo da viagem, além do modo de transporte utilizado para tal fim.

A propósito, no presente relatório, o conceito de acessibilidade deverá ser entendido como a capacidade de alcançar um determinado lugar, ao passo que a mobilidade representará a facilidade com que o deslocamento pode ser realizado, mensurada pelo número médio de deslocamentos individuais realizados diariamente.

A mobilidade e a acessibilidade em Belo Horizonte: breves considerações

Uma primeira consideração acerca da mobilidade em Belo Horizonte consiste na comparação de seus índices ao longo das duas últimas décadas, de acordo com dados das Pesquisas Origem Destino (OD) de 1992 e 2002. Assim, a análise do índice de mobilidade da população, incluindo todos os modos de transporte, demonstra um decréscimo no número de viagens por habitante no período analisado, 1,59 em 1992 e 1,43 em 2002 (TAB. 7.3). Tal comparação, de modo isolado, não permite obter conclusões precisas sobre as condições de mobilidade da população, sendo necessário investigar o comportamento do indicador a partir de determinados grupos, de modo a identificar quais deles apresentam maiores fragilidades (ou poten-

cialidades) em relação à mobilidade. No presente relatório, as investigações serão limitadas ao entendimento das condições de mobilidade da população pobre (com renda inferior a ½ salário mínimo).

A análise do indicador mobilidade da população pobre permite identificar um declínio da mobilidade desse importante estrato populacional ao longo do período em questão, de 1,21 em 1992 para 0,95 em 2002 (TAB. 7.4). Tais resultados podem estar associados à emergência de um processo de discriminação geográfica, na qual segmentos da população (sobretudo os mais carentes materialmente) têm restringidas suas oportunidades de trabalho, estudo, consumo e lazer, em função da limitada integração física e tarifária intermodal nos sistemas de transporte público coletivo. Convém observar

Tabela 7.3

Índice de mobilidade da população total e da população pobre em todos os modos de transporte
Belo Horizonte, 1992/2002

Indicador	1992	2002
População Total		
População BH	2.205.001	2.263.788
Nº Viagens BH (todos os modos)	3.501.899	3.230.415
Índice de Mobilidade Média		
(viagens por pessoa por dia) (A)	1,59	1,43
População Pobre		
Pop. c/renda abaixo de 0,5 s.m.	254.251	275.344
Nº viagens da pop. c/renda abaixo de 0,5 s.m.	308.444	262.548
Índice de Mobilidade Média Pop. c/renda abaixo de 0,5 s.m.		
(viagens por pessoa por dia) (B)	1,21	0,95
Mobilidade População Pobre/População Total (B/A)	0,76	0,67

Fonte: Pesquisa Origem Destino/Fundação João Pinheiro

Organização: BHTrans

Observação: considera-se o número de viagens diárias realizadas pela população com 15 anos ou mais de idade

que, nos últimos anos, a contratação de trabalhadores de menor qualificação vem sendo condicionada pelo número de viagens a serem pagas no transporte público para o pretendente ao cargo (como uma espécie de atributo extracurricular), prática em expansão em empresas de menor porte⁷.

No tocante à acessibilidade espacial em Belo Horizonte, a partir de tabulações das OD de 1992 e de 2002, observa-se que o transporte público – historicamente majoritário – sofreu uma importante queda na sua atratividade.

A participação desse modal no número total de viagens diárias em modos motorizados passou de 65,5% para 62% entre 1992 e 2002, enquanto o transporte privado individual apresentou uma elevação no mesmo período, de 34,5% para 38% (TAB. 7.4).

Ressalte-se que nos dois períodos analisados, o modal metrô (Trem Metropolitano) foi responsável por uma ínfima parcela da demanda por transportes públicos, atendendo

aproximadamente 1% das viagens diárias em transporte coletivo. Dessa forma, o modal ônibus atende a quase totalidade dos usuários dos transportes públicos coletivos em Belo Horizonte. De modo mais detalhado, o incremento da motorização pode ser explicado pelos seguintes aspectos: a) implementação de políticas públicas que tendem a privilegiar a circulação de automóveis (tais como abertura e/ou o alargamento de vias públicas); b) facilidades na aquisição de veículos de transporte individual, somadas ainda às crescentes alternativas de trabalho para proprietários de motocicletas; c) precariedades na prestação dos serviços público de transporte coletivo (superlotação, atrasos, desconforto, insegurança, etc.); e d) a ação do chamado transporte informal (mais comumente conhecido como clandestino) em Belo Horizonte, sobretudo durante o período de realização da pesquisa OD de 2002.

Tabela 7.4

Índice de mobilidade da população de 15 anos ou mais em modos coletivos, individual e não motorizados (em %)

Belo Horizonte, 1992/2002

Ano	% de Viagens por tipo de modal				Nº de viagens Total
	Modos Motorizados			Não motorizados/Total	
	Coletivo/Motorizado	Individual/Motorizado	Motorizado/Total		
1992	65,5	34,5	66,4	33,6	3.501.899
2002	62,0	38,0	72,4	27,6	3.230.415

Fonte: Pesquisa Origem Destino/Fundação João Pinheiro
Organização: BHTRANS

Eficiência da Acessibilidade ao transporte coletivo em Belo Horizonte

Considerando a referida perda de atratividade dos transportes públicos em Belo Horizonte, especialmente dos ônibus, o estudo realizado por Lobo, Cardoso e Matos (2010) investigou a eficiência do transporte público coletivo (modal ônibus). O estudo tomou como base os indicadores obtidos pelas variáveis: distância, tempo e velocidade dos deslocamentos por ônibus entre as unidades espaciais (denominadas Campos) do território belo-horizontino.

De modo geral, as viagens por ônibus envolvem distâncias maiores e tempo mais prolongado quando comparadas às observadas nos demais modos. Considerados todos os deslocamentos, as viagens por ônibus apresentaram média de velocidade de 11,48 km/h, valor superior apenas aos deslocamentos realizados a pé e por transporte escolar (ver TAB. 7.5). Ainda que essa média seja quase metade da velocidade verificada para os fluxos ocorridos por moto-

cicletas ou pelo metrô (21,33 e 21,20 km/h, respectivamente), é pouco inferior àquelas realizadas por automóveis (15,98 km/h), fato que permite uma relativização das vantagens comparativas entre o transporte individual e o coletivo, sobretudo no tocante ao quesito eficiência na relação distância-tempo em grandes aglomerações urbanas.

Quando analisadas as variações regionais dos valores de velocidade, parece haver uma relação direta entre a distância do núcleo urbano e a velocidade dos deslocamentos. Os Campos mais afastados do centro envolvem trajetos predominantemente mais longos, orientados preferencialmente pelos grandes corredores viários urbanos e, por conseguinte, menos sujeitos aos congestionamentos, que reduzem a velocidade dos fluxos na área central (mesmo em horários de pico, em termos comparativos).

Tabela 7.5

Médias de distância, tempo e velocidade dos deslocamentos por ônibus, fluxos intramunicipal – Belo Horizonte, 2002

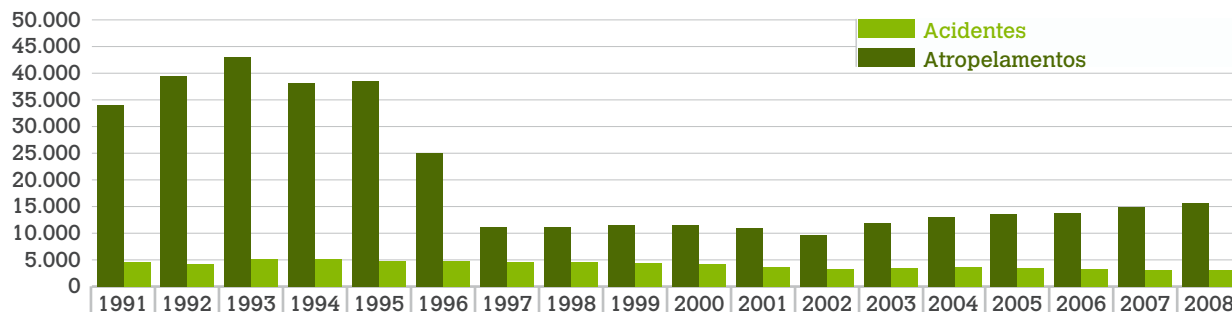
Meio de transporte	Distância (km)	Tempo (min:s)	Velocidade (km/h)
A pé	0,83	16:39	8,56
Escolar	2,97	26:35	9,67
Ônibus	5,30	30:52	11,48
Bicicleta	3,13	20:09	12,53
Caminhão	3,51	22:49	12,70
Perua	3,24	19:18	13,61
Táxi	3,56	17:11	14,28
Especial	5,79	30:01	14,36
Passageiro/Carona	3,63	16:55	15,92
Automóvel	4,31	18:59	15,98
Metrô/Trem	5,23	19:18	21,20
Motocicletas	5,01	16:41	21,43

Morte no Trânsito

Em que pesem as baixas velocidades médias descritas pelos diversos modos de transporte em Belo Horizonte, o atributo (alta) velocidade, somado ao desrespeito a outras regulamentações do Código de Trânsito Brasileiro - CTB, tem repercutido em elevados índices de acidentes e atropelamentos na cidade, não obstante a diminuição dos números a partir da promulgação do CTB, em 1997 (GRAF. 7.2).

Gráfico 7.2

Total de Acidentes e Atropelamentos em Belo Horizonte, 1991-2008



Fonte: DETRAN/MG (a partir de 2004: DETRAN-MG/BHTRANS) e IBGE

Os dados demonstram uma queda significativa no número de acidentes de 24.981 em 1996 para 11.154 em 1997 (ano da promulgação do CTB), acompanhada de aumentos sucessivos, embora modestos, ao longo da última década, fruto de uma possível "acomodação" dos condutores, passado o momento inicial da entrada em vigor da nova legislação, mais rigorosa e com punições mais severas aos infratores.

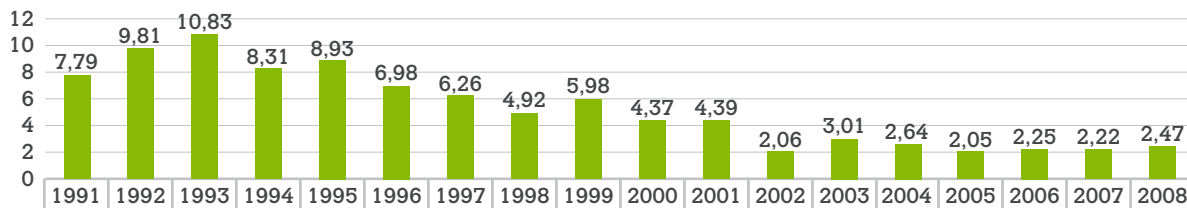
Em relação às taxas de mortalidade no trânsito da cidade, desde o ano de 2002 há certa estabilidade no número de óbitos, com valores pouco superiores a duas mortes para cada 10 mil veículos (GRAF. 7.3). Salienta-se, todavia, que

os números em questão devem ser relativizados já que, no Brasil, em geral, somente são contabilizadas como mortes provenientes de acidentes de trânsito àquelas ocorridas no local do sinistro. Além disso, deve-se considerar ainda os índices de morbidade (temporária e definitiva) resultantes dos acidentes, cujos resultados mensuráveis afetam, entre outros, a economia e os imensuráveis, a vida familiar.

Se os dados de mortalidade forem comparados ao contingente populacional, Belo Horizonte vem apresentando importantes oscilações no comportamento dos indicadores no decorrer dos últimos dez anos. Como pode ser observado

Gráfico 7.3

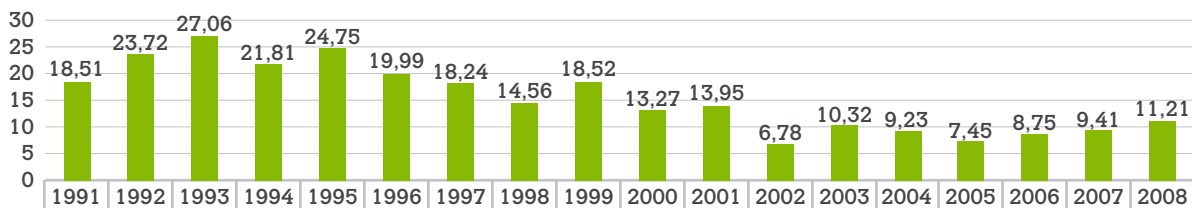
Taxa de Mortalidade no Trânsito (por 100 mil habitantes)
Belo Horizonte, 1991 a 2008



Fonte: DETRAN/MG (a partir de 2004: DETRAN-MG/BHTRANS) e IBGE

Gráfico 7.4

Taxa de Mortalidade no Trânsito (por mil veículos)
Belo Horizonte, 1991 a 2008



Fonte: DETRAN/MG (a partir de 2004: DETRAN-MG/BHTRANS) e IBGE

no GRAF. 7.4, houve uma significativa redução no número de óbitos a partir de 2002, havendo menos de sete mortes para cada 100 mil habitantes na Capital, índice bem inferior aos verificados em toda a série histórica anterior, iniciada em 1991. No entanto, como mencionado, as taxas vêm oscilando nos últimos anos, chegando, em 2008, ao patamar de, aproximadamente, 11 óbitos para cada 100 mil habitantes.

Comparando-se o índice de mortalidade no trânsito em Belo Horizonte com a média nacional, que foi de 30,1 óbitos para cada 100 mil pessoas no período 2005-2007, nota-se que o valor para a capital mineira é bastante inferior, o que também ocorre na comparação com as taxas de outras importantes capitais, a exemplo de São Paulo (14,6), Rio de Janeiro (14,4) e Porto Alegre (13,3), segundo dados do

Ministério da Saúde. Contudo, se os dados forem comparados com os de países desenvolvidos, Belo Horizonte apresenta taxas de mortalidade ainda relativamente elevadas. Nos EUA, por exemplo, a taxa de mortalidade no trânsito em 2008 era de 12,5 óbitos para cada 100 mil habitantes⁸. Os valores nominais são, a rigor, bastante próximos, mas, considerando-se os diferenciais numéricos na frota de veículos em favor dos EUA, os índices norte-americanos são muito mais razoáveis. Em caráter de comparação, a frota de veículos nos EUA em 2008 era aproximadamente três vezes maior do que a brasileira.

Considerações Finais

As causas (e a manutenção) dos problemas ainda existentes em Belo Horizonte em relação ao provimento de acessibilidade e mobilidade espaciais, de modo geral, não são diferentes dos existentes em outras grandes cidades brasileiras.

Ressalta-se que o uso indiscriminado de automóveis tem raízes não somente nas fragilidades existentes nos sistemas de transporte público coletivo, mas também em questões de ordem social e comportamental, pautadas, entre outras, na ideologia da mobilidade irrestrita propiciada pelo transporte motorizado individual e do status social associado à posse de um automóvel. Nesse contexto, considerando que a migração de modos de transporte motorizados individuais para modos coletivos e não-motorizados não acontece de maneira “natural”, a educação pode exercer um papel importante nesse processo de mudança de paradigma, de revisão de conceitos e de transformação cultural.

Nesse sentido, é imprescindível investir em ações e práticas que representem tentativas de devolver as pessoas às cidades, a começar pela inversão da histórica prioridade dada ao automóvel e o incentivo a incrementos na qualidade dos transportes públicos e dos não-motorizados. Além disso, é preciso conceber políticas de transporte e trânsito que transcendam as fronteiras municipais da metrópole e que incorporem, entre outros, uma gestão compartilhada (embora respeitando a autonomia municipal, garantida pela Constituição Federal de 1988) e uma integração física e tarifária que possibilite maior democratização do acesso dos usuários aos sistemas de transporte metropolitano.



objetivo 7

meta 10

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

O acesso a serviços adequados de água e esgoto é um dos determinantes das condições de vida da população e da salubridade do meio ambiente. Essa concepção ganha cada vez mais espaço entre os planejadores das ações e dos investimentos públicos no setor, sinalizando o abandono da concepção sanitária clássica, em prol da adoção de uma abordagem ambiental que visa não só a promover a saúde do homem mas, também, à conservação do meio físico e biótico (SOARES; BERNARDES, CORDEIRO NETTO, 2002).

O relatório da ONU sobre a situação do cumprimento das metas estabelecidas pelo Pacto do Milênio mostra que, apesar dos recentes avanços, a expansão do acesso aos serviços de saneamento ainda é um grande desafio para o mundo moderno. O acesso à água potável avançou em praticamente todas as regiões do mundo, atingindo 84% de cobertura nos países subdesenvolvidos e 87% no mundo em 2008, deixando claro que o mundo está a caminho de cumprir a meta de acesso à água potável. Por outro lado, metade da população em países subdesenvolvidos ainda carece de serviços sanitários adequados: em 2008, apenas 52% da população residente naqueles países tinha acesso a instalações adequadas, enquanto 21% defecava em espaços abertos. Embora algumas regiões em vias de desenvolvimento apresentem, quando comparadas à média global, níveis elevados de cobertura dos serviços sanitários – como a América Latina, com cobertura de 80% em 2008 –, o Relatório sinaliza que o mundo ainda não alcançou a meta estabelecida de ampliação do acesso aos serviços sanitários (NACIONES UNIDAS, 2010).

No que diz respeito à cobertura destes dois serviços no Brasil, dados do Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio mostram que a população com

acesso a condições adequadas de abastecimento de água passou de 82,3% em 1992 para 91,6% em 2008. Quanto à cobertura dos serviços de esgotamento sanitário, apesar do aumento registrado na última década, ainda é bem inferior ao acesso à água potável. Mesmo considerando os dados de 2008, em que 80,5% da população brasileira tinha acesso aos serviços de esgotamento sanitário, 31 milhões de moradores nas cidades ainda continuavam sem solução adequada para a destinação do esgoto doméstico (OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO, 2010). Em síntese, como resumido por Heller (2006, p.55), os dados para o Brasil conformam um cenário em que “as assimetrias hoje verificadas na prestação de serviços [abastecimento de água e o esgotamento sanitário] mostram um forte componente social: os excluídos têm predominantemente menor renda, vivem em municípios menores e com menor IDH”. Ainda segundo o autor, este é o resultado de um planejamento central preconizado pelo Planasa – Plano Nacional de Saneamento na década de 1970 que privilegiou as áreas urbanas mais desenvolvidas e o abastecimento de água, em detrimento do esgotamento sanitário.

Em grandes cidades como Belo Horizonte, é grande o desafio colocado para as políticas públicas de saneamento ambiental, pois o processo de urbanização gerou diversas carências, entre elas a falta de acesso à infraestrutura de saneamento adequada e a poluição oriunda do lançamento de lixo e esgotos sem tratamento nos corpos d’água. Neste contexto, a sustentabilidade ambiental e a universalidade são princípios que devem pautar as políticas públicas de saneamento, responsáveis por ações que interferem e condicionam diretamente a qualidade de vida das pessoas e sua inclusão social. Cabe à Administração Municipal a responsabilidade de subordinar as ações de saneamento ao interesse público, por meio da integração das diversas políticas públicas (urbanas, ambientais e de saúde) e da democratização e transparência dos processos decisórios, com mecanismos eficazes de controle social e participação popular.

Para o monitoramento das ações e serviços de Saneamento em Belo Horizonte, são utilizados os seguintes indicadores: “Proporção da população com acesso sustentável à água potável”; “Proporção da população com acesso a melhores condições de esgotamento sanitário”; “Proporção de esgoto tratado em relação ao esgoto coletado”; “Proporção da população atendida por serviços de coleta de resíduos sólidos domiciliares”; e “Índice de salubridade ambiental/ISA”.

A expansão do acesso aos serviços de saneamento ainda é um grande desafio para o mundo moderno

Como explicado na Introdução, este relatório apresenta a incorporação de algumas novas metas oriundas do Planejamento Estratégico da cidade⁹. Dado que a meta proposta pela ONU de redução pela metade da proporção da população sem acesso aos serviços de água e esgotamento sanitário já foi cumprida no período de 1991 a 2000, optou-se por apresentar neste relatório as metas de saneamento do Planejamento Estratégico que propõe, até 2015, universalizar o acesso da população municipal aos serviços de água, esgotamento sanitário e coleta de resíduos sólidos.

Tabela 7.6

Proporção de domicílios com acesso sustentável à água potável (rede geral com canalização interna em pelo menos um cômodo) em %

PNAD							
2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
99,6	99,6	99,5	99,6	99,5	99,9	99,5	99,7

Fonte: PNAD, IBGE, Organização: FJP

Acesso a água potável

O primeiro indicador utilizado para monitorar a Meta 10 é a “Proporção da população com acesso sustentável à água potável (rede geral com canalização interna em pelo menos um cômodo) em %”, conforme tabela 7.6.

A meta inicialmente estabelecida para 2015, relativa ao abastecimento de água em Belo Horizonte, era de 96,9%, percentual ultrapassado já em 2000, quando a cobertura do serviço atingiu 97,5% da população municipal, segundo dados do Censo Demográfico. Assim, o desafio para o município passa a ser a plena universalização do serviço até 2015. Como mostram os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) para 2008, pode-se considerar que essa meta já foi alcançada, devendo o índice sempre oscilar em torno desse valor (99,7% - TAB. 7.6) e nunca atingir 100%, tendo em vista o

dinamismo da cidade e o fato de que as áreas não cobertas pelo serviço no município se restringem, basicamente, às áreas de risco, nas quais a ação a ser implementada é a de remoção e reassentamento da população.

Segundo informações da Copasa, empresa que, juntamente com a Prefeitura de Belo Horizonte, é responsável pela gestão compartilhada dos serviços de água e esgoto no município, são residuais as áreas ainda sujeitas à intermitência no fornecimento de água, em função dos investimentos mais recentes de reforço no sistema de adução.

Ainda segundo a operadora, a qualidade da água produzida e distribuída atende aos padrões estabelecidos pela legislação. Além disso, os sistemas produtores de água da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) garantem o abastecimento da cidade por, no mínimo, mais vinte anos.

No entanto, sem prejuízo do reconhecimento dos avanços alcançados, cabe aqui destacar que ainda há demandas por investimentos importantes, no tocante à:

- regularização e padronização de ligações prediais em áreas de urbanização precária, de forma a se eliminar o risco sanitário dos ramais a céu aberto, muitas vezes mergulhados em valas de esgoto;
- garantia de um programa permanente de melhorias operacionais e de atualização tecnológica, destacando-se os aspectos ligados ao controle e à redução de perdas;
- garantia de manutenção do controle e vigilância da qualidade da água produzida e distribuída, tanto por parte da operadora como da Vigilância Sanitária Municipal, conforme procedimentos definidos pela Portaria 518/2004, do Ministério da Saúde.

Acesso a melhores condições de esgotamento sanitário

O segundo indicador utilizado no monitoramento da meta 10 é a “Proporção da população com acesso a melhores condições (rede geral e fossa séptica) de esgotamento sanitário (em %)” (tabela 7.7).

O sistema de esgotamento sanitário de Belo Horizonte é composto em quase sua totalidade por sistema dinâmico¹⁰, do tipo separador absoluto¹¹ e, excepcionalmente em locais isolados, com residências em lotes de dimensões superiores a 1.000 m², tem-se a utilização de sistema estático através de fossa séptica.

Tabela 7.7

Proporção de domicílios com acesso a melhores condições de esgotamento sanitário (rede geral e fossa séptica) (em %)

Belo Horizonte, 2001 a 2008

PNAD							
2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
97,0	97,4	97,9	98,8	97,6	97,9	97,6	97,7

Fonte: PNAD, IBGE, Organização: FJP

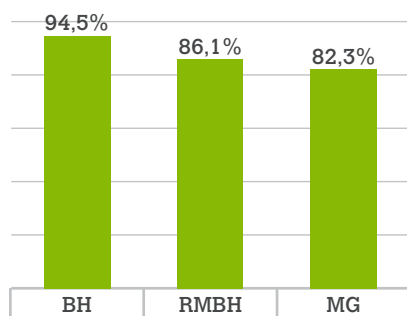
A meta inicialmente estabelecida para 2015 era de alcançar uma proporção da população com acesso a melhores condições de esgotamento sanitário igual a 92,8%, porém, em 2000, essa meta já havia sido cumprida, tendo sido alcançado um percentual de 93,1%, segundo dados do Censo Demográfico. Assim, assume-se a nova meta estabelecida pelo Planejamento Estratégico de plena universalização dos serviços de esgotamento sanitário até 2015.

Quanto aos valores da PNAD para os anos de 2001 a 2008, observa-se que os mesmos são bastante elevados, se comparados aos dados do Censo 2000 e da Pesquisa por Amostra de Domicílios (PAD) 2009¹². Segundo os dados da PAD para 2009, o município apresentava uma cobertura de 94,5%, superior à registrada para a RMBH e para o estado de Minas Gerais, 86,1% e 82,3%, respectivamente (gráfico 7.5).

Gráfico 7.5

Proporção da população com acesso a melhores condições (rede geral e fossa séptica) de esgotamento sanitário (em %)

Belo Horizonte, RMBH e MG, 2009



Apesar das variações encontradas entre os dados das diversas pesquisas, Belo Horizonte apresenta índices elevados de atendimento pelos serviços de esgotamento sanitário quando comparados à realidade nacional. Mesmo assim, não se pode dizer que a situação esteja satisfatória. É importante compreender que o indicador em questão se refere ao acesso da população a formas de afastamento do esgoto de suas residências, ou seja, rede coletora de esgotos ou fossa séptica. Um sistema completo e adequado de esgotamento sanitário compreende, além dessas unidades, os interceptores que encaminham os esgotos das redes coletoras ao tratamento e as Estações de Tratamento propriamente ditas.

Nos anos 1970, os investimentos no setor de esgotos sanitários foram destinados quase que exclusivamente à implantação de redes coletoras, em detrimento da construção de interceptores para que, em um primeiro momento, fossem retirados os esgotos do interior das residências. A rede coletora era implantada até o curso d'água mais próximo e aí era feito o lançamento. Isso fez com que grande parte dos córregos do município, canalizados ou não, se tornassem poluídos por lançamentos de efluentes de origem industrial e, principalmente, domiciliar. Existe um grande número de ligações clandestinas e lançamentos de esgoto na rede de drenagem natural ou construída, efetuadas tanto pela população quanto pela própria Copasa, apesar de ser adotado oficialmente o sistema separador absoluto.

Com o passar do tempo, essa concepção foi sendo alterada, com uma visão ambiental mais ampla e, hoje, a construção de redes coletoras está amarrada à implantação de interceptores, ou seja, o aumento do atendimento por coleta depende do aumento do atendimento por interceptação.

Apesar dos recentes investimentos no setor, uma das maiores carências de infraestrutura de saneamento em Belo Horizonte continua sendo o atendimento por interceptação de esgotos sanitários. Evidencia-se a ausência de interceptação em várias regiões da cidade, inclusive áreas densamente ocupadas, bem como uma descontinuidade importante no sistema, o que impede que várias sub-bacias, já integralmente atendidas por coleta e interceptação, tenham as Estações de Tratamento de Esgotos – ETEs – como destino final de seus efluentes.

Atualmente, cerca de 33% dos esgotos gerados no Município de Belo Horizonte não são interceptados, originando lançamentos diretos nos cursos d'água por cerca de 740.000 habitantes.

As áreas não cobertas por esse serviço correspondem aos fundos de vale, onde as ações a serem implementadas são mais complexas e de custo extremamente elevado, envolvendo intervenções complementares de urbanização, macrodrenagem, remoção e reassentamento das populações.

Diante do exposto, conclui-se que a universalização dos serviços de esgotamento sanitário em 2015 é uma meta muito ousada, uma vez que o incremento de redes

coletoras na cidade deve vencer, além de seus próprios desafios (as áreas não cobertas pelo serviço de coleta se encontram, na maioria dos casos, em vilas e favelas), as dificuldades para a ampliação do sistema de interceptação, o que requer a manutenção contínua de altos investimentos no setor e prazos que contemplem todo o processo que envolve a execução de intervenções de maior magnitude (planejamento, projeto, licenciamentos, licitações e obras).

Proporção de esgoto tratado em relação ao esgoto coletado

A “Proporção de esgoto tratado em relação ao esgoto coletado (em %)” é o terceiro indicador utilizado para monitorar a Meta 10. O GRAF. 7.6 apresenta o percentual de esgoto tratado referente ao volume que é coletado no município, de acordo com dados da Copasa. Adicionalmente, são apresentados os dados referentes ao percentual de esgoto tratado relativo ao volume de esgoto gerado, também informados pela empresa.

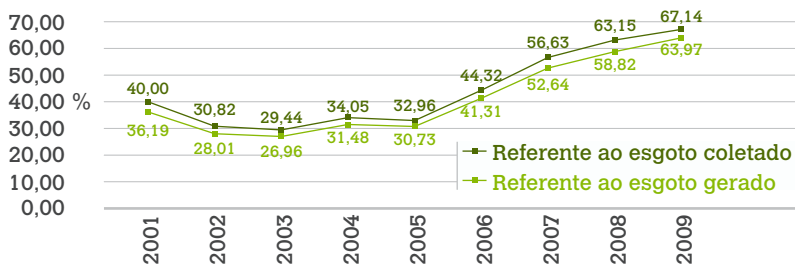
Conforme demonstram os dados, entre 2001 e 2009, o percentual de esgoto tratado em relação ao esgoto coletado passou de 40% para 67,14. Optou-se por apresentar também a proporção de esgoto tratado em relação ao esgoto gerado no município que, entre 2001 e 2009, passou de 36,19% para 63,97%, seguindo a tendência do indicador apresentado anteriormente. Como discutido no item anterior, os valores sempre inferiores demonstram que nem todo o esgoto gerado é coletado.

No intervalo entre 2001 e 2009, o grande aumento no percentual do volume de esgoto tratado deveu-se à implantação de duas grandes estações de tratamento de esgotos em Belo Horizonte, responsáveis por tratar praticamente todo o esgoto gerado no município.

A primeira delas foi a ETE Arrudas, que entrou em operação em outubro de 2001, em nível primário¹³. Em dezembro de 2002, passou a operar com o tratamento em nível secundário¹⁴, aumentando assim sua eficiência na

Gráfico 7.6

Proporção de esgoto tratado em relação ao esgoto coletado e ao esgoto gerado (em %) Belo Horizonte, 2001 a 2009



Fonte: Superintendência de Limpeza Urbana/PBH

remoção da carga de poluição por matéria orgânica. Em junho de 2006, entrou em operação outra grande Estação de Tratamento de Esgotos planejada para BH - a ETE Onça.

Existe também uma ETE de pequeno porte, no Bairro Pilar/Olhos d'Água, desde agosto de 2003, que vem contribuindo para a despoluição da porção de montante da Bacia do Córrego Bonsucesso. Além disso, Belo Horizonte conta ainda com a Estação de Tratamento das Águas dos Córregos Ressaca e Sarandi, inaugurada no final de 2002 na entrada da Lagoa da Pampulha, que opera somente nos períodos de estiagem, com o papel de melhorar a qualidade da água da represa.

Apesar do considerável aumento no percentual de tratamento entre 2001 e 2009, e considerando o elevado percentual de cobertura pelo serviço de coleta de esgotos no município, ressalta-se, diante da ausência e da descontinuidade do sistema de interceptação já discutidas anteriormente, a importância da implantação de interceptores, uma vez que os mesmos evitam que os esgotos coletados sejam lançados diretamente nos cursos d'água, além de viabilizar o seu encaminhamento às estações de tratamento.

Tabela 7.8

Proporção da população de Belo Horizonte atendida por serviços de coleta de resíduos sólidos domiciliares (em %), 2003 a 2007

2003	2004	2005	2006	2007
95,0	95,0	95,0	95,0	95,0

Fonte: Superintendência de Limpeza Urbana / PBH

Tabela 7.9

Porcentagem de vias de vilas e favelas atendidas com coleta de resíduos sólidos domiciliares (% em extensão de vias) Belo Horizonte e Regionais, 2004 a 2009

Ano	Região Administrativa									Total
	BA	CS	L	NE	NO	N	O	PA	VN	
2004	73,63	38,10	59,31	77,92	78,15	85,83	36,91	58,02	72,73	59,00
2005	73,29	39,71	59,31	77,92	78,15	85,83	44,49	62,26	73,28	60,90
2006	72,10	42,57	58,76	77,58	80,36	80,71	44,91	72,90	74,07	61,60
2007	72,10	42,57	58,76	77,22	80,92	80,71	44,91	71,61	74,07	61,50
2008	73,09	52,49	63,22	70,86	83,80	86,61	46,72	72,79	72,75	64,40
2009	73,09	52,49	63,22	70,86	83,80	86,61	46,72	72,79	72,75	64,40

Fonte: Superintendência de Limpeza Urbana/PBH

Serviços de coleta de resíduos sólidos domiciliares

A gestão de resíduos sólidos é outro fator, além do abastecimento de água e do esgotamento sanitário, a ser considerado quando se analisa o saneamento urbano. Novamente, a meta estabelecida no Planejamento Estratégico é a plena universalização dos serviços até 2015. A TAB. 7.8 apresenta a “Proporção da população de Belo Horizonte atendida por serviços de coleta de resíduos sólidos domiciliares (em %)”. Segundo dados da Superintendência de Limpeza Urbana - SLU, autarquia municipal que gerencia a prestação deste serviço, desde 2003, o percentual da população atendida por serviços de coleta de resíduos sólidos domiciliares porta a porta foi constante, mantendo-se igual a 95%, acompanhando o crescimento urbano da cidade. A execução desse serviço se dá na frequência, mínima, de três vezes por semana, em dias alternados ou, diária, exceto domingos.

Entretanto, os dados coletados pela PAD em 2009 apontam valores um pouco mais elevados: a proporção da população atendida por serviços de coleta de resíduos sólidos domiciliares chega a 98,7%, valor acima da média encontrada registrada para a RMBH e Minas Gerais, correspondentes a 93,3% e 85,0%, respectivamente (gráfico 7.7).

Em função das características urbanísticas locais, é importante destacar a cobertura diferenciada do serviço de limpeza urbana no município de acordo com o padrão de ocupação. Nas áreas de vilas e favelas, geralmente com vielas e becos estreitos, a realização do atendimento requer uma série de adaptações no tipo de equipamento utilizado.

Em alguns casos, as condições de declividade e dificuldade de aproximação do caminhão colhedor (compactador ou basculante) implicam na impossibilidade de prestação do serviço. Diante desse quadro de restrições, o que se verifica nestas áreas é uma taxa de cobertura do serviço

de coleta, porta a porta, de resíduos sólidos domiciliares inferior à média municipal. Cerca de 65% das vias localizadas em vilas e favelas do município eram atendidas pelo serviço em 2009, ou 70% se considerar também os conjuntos habitacionais de interesse social, enquanto a cobertura nas vias urbanizadas atingia 93%. Vale ponderar que, parte das ruas consideradas sem atendimento corresponde às vias internas de condomínios fechados, às ruas com declividades muito acentuadas, às ruas sem moradores ou sem pavimentação e/ou sem quaisquer condições de tráfego, até mesmo para o percurso efetuado exclusivamente pelos coletores. As difíceis condições de acesso e tráfego dos veículos, impostas pelo tipo de ocupação do espaço urbano, têm representado grandes desafios ao poder público para prestação regular de serviços de infraestrutura urbana, sobretudo a limpeza.

Índice de Salubridade Ambiental

O quarto indicador utilizado é o “Índice de Salubridade Ambiental - ISA”, utilizado no Plano Municipal de Saneamento. O PMS foi instituído em 2001 com o intuito de diagnosticar satisfatoriamente o quadro do saneamento ambiental em Belo Horizonte e propor ações a serem implementadas no sentido de se buscar a solução gradual e global das carências destes serviços no município.

O ISA tem como unidades territoriais as bacias ou sub-bacias hidrográficas e foi construído a partir do somatório ponderado de índices setoriais referentes aos cinco aspectos tradicionalmente identificados como componentes do saneamento ambiental, segundo a fórmula abaixo:

$$ISA = [Iab] \times 0,05 + [Ies] \times 0,35 + [Irs] \times 0,25 + [Idr] \times 0,20 + [Icv] \times 0,15$$

em que:

Iab: Índice de abastecimento de água;

Ies: Índice de esgotamento sanitário;

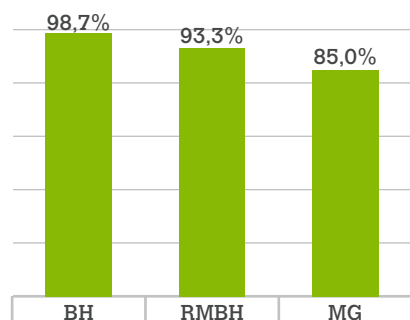
Irs: Índice de resíduos sólidos;

Idr: Índice de drenagem urbana;

Icv: Índice de controle de vetores.

Gráfico 7.7

Proporção da população atendida por serviços de coleta de resíduos sólidos domiciliares (em %), 2009



De modo geral, o ISA indica uma situação privilegiada da salubridade ambiental no município. Cabe ressaltar que a metodologia de cálculo dos índices que compõem o ISA sofreu alterações no PMS de 2008, o que justifica a redução no valor encontrado do indicador para esse ano com relação ao ano de 2006. Porém, ressalta-se que, apesar disso, obteve-se melhora no valor dos indicadores, quando avaliados isoladamente, ou seja, os percentuais de cobertura dos diversos serviços avaliados tiveram um incremento expressivo.

Tabela 7.10

Índice de Salubridade Ambiental (ISA)
Belo Horizonte, 2004, 2006, 2008

2004	2006	2008
0,84	0,88	0,85

Fonte: Plano Municipal de Saneamento/PBH

Considerações finais

Apesar dos excelentes avanços observados, fica claro que, dentre as ações de saneamento, o esgotamento sanitário é a que apresenta maior carência, principalmente ao se considerar que as populações mais pobres estão mais sujeitas a esta realidade, já que as áreas não atendidas compreendem basicamente as vilas e favelas, onde o atendimento por formas convencionais de esgotamento sanitário exige ações conjuntas de urbanização e/ou remoções/desapropriações. O mesmo ocorre também em relação à coleta domiciliar de resíduos sólidos nas vilas e favelas; verifica-se a carência de alternativas mais adequadas para atender à demanda dessa parcela da população.

Em ambos os casos, a complexidade e as interfaces do processo, do ponto de vista social, urbano, econômico, sanitário e de ações integradas entre os órgãos atuantes nestas áreas torna a universalização dos sistemas ainda um desafio para o poder público.



objetivo 7

meta 11

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

O conhecimento da constituição do espaço na capital mineira é necessário para se chegar à origem das inadequações de suas moradias. Belo Horizonte foi uma cidade planejada, sem previsão para acomodação das classes populares urbanas, o que gerou a proliferação de abrigos provisórios, diversas casinhas, barracos e barracões (GUIMARÃES, 1991).

Nesta moderna capital, o acesso aos terrenos privilegiava as frações de classe que poderiam arcar com os custos do terreno e da edificação. O Censo de 1912 já refletia a questão habitacional da época: das 6.802 construções existentes na cidade, 27% eram barracos, somente 15% possuíam energia elétrica, 36% possuíam abastecimento de água e 24% possuíam rede de esgotamento sanitário (MOURA, 1994). Tais dados apontam para um controle de acesso à cidade por meio do mercado de terrenos e a precariedade da moradia desde os primórdios.

Nas décadas seguintes, há um expressivo aumento populacional¹⁵ acompanhado de intervenções públicas de estruturação do espaço, como a implantação de grandes avenidas e da Cidade Industrial. Posteriormente ocorreu a expansão desse espaço, principalmente por meio da atuação do capital imobiliário na produção de loteamentos. Um desses produtos foi o loteamento popular caracterizado pela ausência de infraestrutura, equipamentos, áreas verdes e acessibilidade precária.

O resultado foi o desenvolvimento de um tecido urbano que mescla vazios e loteamentos sem critérios urbanísticos, com autoconstrução de edificações. A manifestação dessa carência habitacional foi o crescente processo de favelização que, em 1964 e 1965, atinge aproximadamente 79 favelas em Belo Horizonte, correspondendo a 25 mil domicílios ou 120 mil pessoas (MOURA, 1994).

Essa produção do espaço ocorreu em um contexto de ausência de políticas habitacionais. Até a década de 30, o investimento público se concentrava na garantia de um modelo de cidade e até, aproximadamente, a década de 80, o desfavelamento era a solução para

os problemas sociais de Belo Horizonte. No período de atuação da Coordenação de Habitação de Interesse Social de Belo Horizonte – CHISBEL (1980), por exemplo, das 435 famílias removidas, 37% foram para lotes próprios, 20% foram morar de aluguel, 19% foram para outra favela, 6% para lotes cedidos por terceiros, 5% para outra cidade e 13% ficaram sem registro do destino.

Os movimentos sociais relacionados à problemática urbana geraram o início de uma institucionalização de políticas, que resultou na criação do Programa Municipal de Regularização de Favelas – PROFAVELA. Institucionalização esta que prosseguiu com a criação, em 1993, da Política Municipal de Habitação que, dentre outros objetivos, buscava uma maior adequabilidade das moradias e, recentemente, o desenvolvimento do Plano Local de Habitação de Interesse Social – PLHIS 2010¹⁶. Ambos os instrumentos contribuem para a consecução da Meta 11 que objetiva alcançar, até o ano de 2020, uma melhora significativa na vida de pelo menos 100 milhões de habitantes de assentamentos precários no mundo¹⁷. Tal meta é monitorada por meio dos indicadores: “Proporção de domicílios com posse segura de moradia” e “Proporção de famílias em áreas de risco geológico e geotécnico em áreas de interesse social”, que serão analisados a seguir.

O primeiro indicador trata daqueles domicílios com condições adequadas de moradia que apresentam infraestrutura, incluindo iluminação elétrica, rede geral de abastecimento de água com canalização interna, rede geral de esgotamento sanitário ou fossa séptica e coleta de lixo, existência de um banheiro ou sanitário de uso exclusivo do domicílio e uma média de até três moradores por dormitório, além da posse segura do terreno.

Os dados dos Censos 1991 e 2000 mostraram que todos os critérios para domicílios particulares permanentes adequados apresentaram incremento substancial. Em relação à infraestrutura, observa-se que

Os movimentos sociais relacionados à problemática urbana geraram o início de uma institucionalização de políticas, que resultou na criação do Programa Municipal de Regularização de Favelas – PROFAVELA

Tabela 7.11

a coleta de lixo teve o maior aumento no período, quando passou a atender 98,26% dos domicílios citados; houve significativo crescimento de esgotamento e de água tratada (93,26% e 97,26%, respectivamente); e a iluminação manteve o maior índice de atendimento (99,51%). Ressalta-se que os critérios adotados não podem ser somados, sob risco de múltipla contagem. Embora

tenham melhorado entre 1991 e 2000, os indicadores de posse segura do terreno e de densidade de até três moradores para cômodo como dormitório apresentaram os menores percentuais de cobertura no Censo 2000. Em síntese, o percentual de moradias adequadas em Belo Horizonte passou de 67,2% em 1991 para 80,2% em 2000, conforme primeiro indicador (tabela 7.11).

Indicadores de adequabilidade do domicílio

Belo Horizonte, 1991/2000

Indicadores	1991/Censo		2000/Censo		Evolução entre 1991 e 2000	
	Valor Absoluto	%	Valor Absoluto	%	Diferença	%
Total de domicílios	510.086	100	636.515	100,00	126.429,00	0,25
Domicílios coletivos	7.888	1,55	6.321	0,99	-1.567,00	-0,20
Domicílios Particulares	502.198	98,45	630.194	99,01	127.996,00	0,25
Domicílios Particulares Improvisados	2135	0,43	1.860	0,30	-275,00	-0,13
Domicílios Particulares Permanentes	500.063	99,57	628.334	99,70	128.271,00	0,26
Critérios para domicílios particulares permanentes adequados						
Domicílios particulares permanentes que não são tipo cômodo	496.283	98,82	617.887	98,05	121.604,17	0,25
Posse Segura do Terreno (domicílio e terreno próprios + domicílios alugados, cedidos e outros)	441.899	87,99	586.914	93,13	145.015,00	0,33
Esgotamento Adequado (rede de esgoto geral ou fossa séptica)	433.447	86,31	587.719	93,26	154.272,29	0,36
Acesso Sustentável à Água Tratada (rede geral de água com canalização em pelo menos um cômodo)	468.061	93,20	612.900	97,26	144.838,80	0,31
Coleta de lixo	433.609	86,34	619.218	98,26	185.608,76	0,43
Iluminação (Energia Elétrica)	498.073	99,18	627.134	99,51	129.061,00	0,26
Existência de banheiro domiciliar exclusivo	472.265	94,04	614.746	97,55	142.481,19	0,30
Densidade de até 3 moradores para cômodo como dormitório	448.616	89,33	588.128	93,32	139.512,33	0,31
Indicador						
Domicílios Particulares com condições de moradia adequadas (usando apenas questão posse do terreno)	337.326	67,2	505.334	80,2	168.007,83	0,50

Outra referência para análise são os dados provenientes da Pesquisa por Amostra de Domicílios – PAD, realizada pela Fundação João Pinheiro (2009), conforme a tabela 7.12. De acordo com a PAD, todos os domicílios particulares permanentes são dotados de energia elétrica; percentuais elevados (98,82% e 98,66%) são encontrados, respectivamente, nos critérios de acesso sustentável à água tratada e de coleta de lixo. O indicador da PAD confirma o aumento substancial, apontado pelo Censo, quanto à adequação fundiária, considerando apenas a questão da posse do terreno (83,78%). Quando considera a posse do documento do terreno, esse índice é menor (72,16%). Os créditos desse avanço dizem respeito à existência de um aparato legal¹⁸ e aos programas de regularização em curso pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

O segundo indicador refere-se à proporção de famílias em áreas de risco geológico e geotécnico¹⁹, alto e muito alto, situadas em áreas definidas pela Lei N°9.959/10 como Zonas Especiais de Interesse Social, subdivididas em ZEISs-1 e ZEISs-3, conforme FIG. 7.1. Segundo informações da Companhia Urbanizadora de Belo Horizonte (URBEL), de 2007, essas áreas ocupam aproximadamente 5% do território municipal e abrangem aproximadamente 21% da população do município. Em 2007 havia um total de 129.702 domicílios, situados em vilas e favelas, nos quais residia uma população estimada em 471.344 pessoas, ocupando uma área total de 16,8 km², o que significava uma densidade demográfica de 28 mil habitantes por km², bem superior à média municipal de 7,3 mil habitantes por km².

Os dados mostram que Belo Horizonte avançou na minimização das áreas de risco nas Áreas de Interesse Social – AIS, sendo que o percentual caiu de 21,8%, em 1994, para 8,5%, em 2004 e atingiu apenas 2,9% em 2008, o que significa um decréscimo de 7,4 vezes. Essa redução ocorreu mesmo com o aumento do número de famílias residentes em ZEIS, significando que a maioria das novas moradias não contribuiu para geração de novas áreas de risco.

Figura 1

Zonas Especiais de Interesse Social Belo Horizonte, 2010

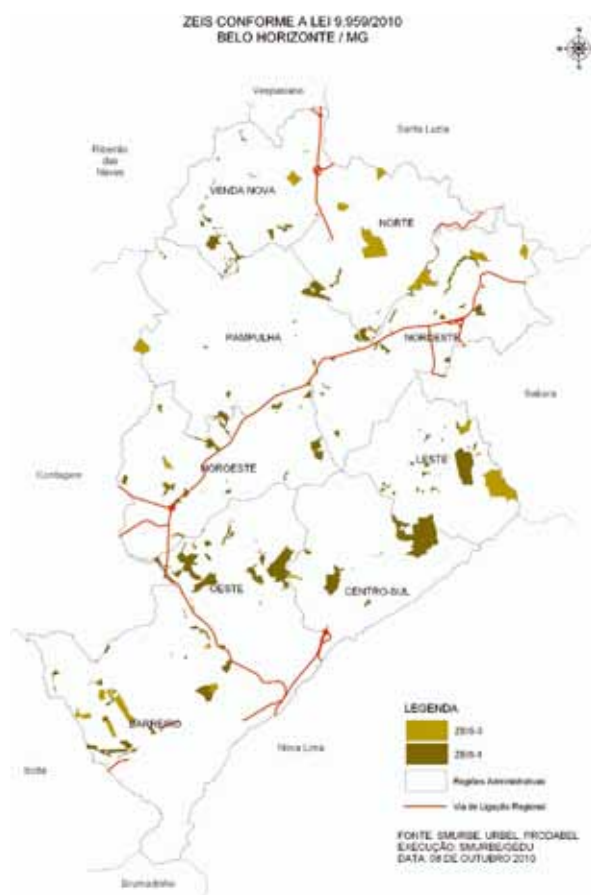


Tabela 7.12

Indicadores de adequabilidade do domicílio
Belo Horizonte, 2009

Indicadores	2009/PAD	
	Valor Absoluto	%
TOTAL DE DOMICÍLIOS	832.915	100,0
Domicílios Particulares	832.915	100,0
Critérios para domicílios particulares permanentes adequados		
Iluminação (energia elétrica)	832.915	100,00
Acesso Sustentável à Água Tratada (rede geral de água com canalização em pelo menos um cômodo)	823.097	98,82
Coleta de lixo	821.793	98,66
Domicílios particulares permanentes que não são tipo cômodo	816.670	98,05
Existência de banheiro domiciliar exclusivo	806.636	96,84
Densidade de até 3 moradores para cômodo como dormitório	803.646	96,49
Esgotamento Adequado (rede de esgoto geral ou fossa séptica)	792.605	95,16
Posse Segura do Terreno (domicílio e terreno próprios + domicílios alugados, cedidos e outros)	786.059	94,37
Posse Segura do Terreno (domicílio e terreno próprios e documentação + domicílios alugados, cedidos e outros)	678.596	81,47
Indicador		
Domicílios Particulares com condições de moradia adequadas (usando apenas questão posse do terreno)	697.857	83,78
Domicílios Particulares com condições de moradia adequadas (usando questão posse do documento do terreno disponível na PAD)	601.041	72,16

Fonte: PAD, FJP - 2009

Tabela 7.13

Proporção de Moradias em Áreas de Risco Geológico-Geotécnico
em Áreas de Interesse Social (em %)
Belo Horizonte, 1994, 2004 e 2008

Ano		Total	Regional								
			BA	CS	L	NE	NO	N	O	PA	VN
1994	Total de moradias em Áreas de Interesse Social (AIS)	68.285	1.926	14.441	8.756	7.256	8.953	5.045	16.852	960	4.096
	Total de moradias em áreas de risco geológico-geotécnico em IAS	14.858	801	2.133	1.281	1.996	1.180	2.531	1.689	694	2.553
	% de Moradias em áreas de risco geológico-geotécnico em AIS	21,8	41,6	14,8	14,6	27,5	13,2	50,2	10,0	72,3	62,3
2004	Total de moradias em Áreas de Interesse Social (AIS)	125.452	14.619	19.400	22.089	12.022	11.900	13.355	18.856	3.032	10.179
	Total de moradias em áreas de risco geológico-geotécnico em IAS	10.650	798	2.049	3.216	381	1.085	904	1.261	223	733
	% de Moradias em áreas de risco geológico-geotécnico em AIS	8,5	5,5	10,6	14,6	3,2	9,1	6,8	6,7	7,4	7,2
2008	Total de moradias em Áreas de Interesse Social (AIS)	129.702	16.363	19.196	18.411	10.454	12.550	16.319	22.979	3.823	9.607
	Total de moradias em áreas de risco geológico-geotécnico em IAS	3.789	652	627	798	234	278	257	765	27	151
	% de Moradias em áreas de risco geológico-geotécnico em AIS	2,9	4,0	3,3	4,3	2,2	2,2	1,6	3,3	0,7	1,6

Fonte: Companhia Urbanizadora de Belo Horizonte (URBEL)/PBH

Para a Região da Pampulha, os percentuais caíram 102,4 vezes, de 72,3% em 1994 para 0,7% em 2008 (menor índice do ano). Venda Nova apresentou o segundo maior decréscimo, 39,7 vezes (de 62,3% em 1994 para 1,6% em 2008). As regiões Oeste, Leste, Centro-Sul e Noroeste tiveram redução menos expressiva, contudo apresentaram, em 1994, os menores índices de moradias em áreas de risco. A Região Leste apresentou, em 1994, um dos menores índices (14,6%), mantendo-o em 2004, porém foi o maior dentre as outras regiões e, em 2008, atingiu apenas 4,3%, mas conservou o maior percentual, comparativamente conforme gráfico 7.8 e 7.9.

As obras realizadas em ZEIS, por meio do Programa do Orçamento Participativo e das ações da URBEL, como as do Programa Estrutural para Áreas de Risco – PEAR, são grandes responsáveis pelas melhorias identificadas nos indicadores. Entretanto, o município deve se esforçar para atingir melhores índices, pois ainda é necessário adequar 470 mil domicílios, no que diz respeito às condições de moradia, com infraestrutura e posse segura, bem como atender cerca de 3.800 moradias situadas em áreas de risco geológico e geotécnico alto e muito alto, situadas em áreas de interesse social. Considerando que se trata de uma dívida histórica, o município avançou bastante no período analisado e tem contribuído para a reversão da inadequação habitacional.



**Estabelecer uma parceria
mundial para o desenvolvimento**



objetivo 8

indicador

Taxa de Desemprego na Faixa Etária de 18 a 24 Anos (em %)

Proporção da População que vive em domicílios com linha telefônica (fixa e móvel) (em %)

Proporção da População que vive em domicílios com computador (em %)

descrição

Número de desempregados com idade entre 18 e 24 anos dividido pela população economicamente ativa entre 18 e 24 anos (multiplicado por 100)

Número de pessoas residentes em domicílios com acesso a linha de telefone fixa e móvel dividido pela população em domicílios particulares permanentes (multiplicado por 100)

Número de pessoas residentes em domicílios com computador dividido pela população em domicílios particulares permanentes (multiplicado por 100)

fonte

Pesquisa de Emprego e Desemprego/DIEESE-Fundação João Pinheiro

Censo Demográfico/IBGE

Censo Demográfico/IBGE

**Estabelecer uma
parceria mundial para
o desenvolvimento**

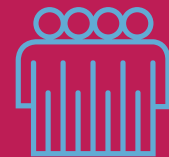
meta 16

Em cooperação com os países em desenvolvimento, formular e executar estratégias que permitam que os jovens obtenham um trabalho digno e produtivo

meta 18

Em cooperação com o setor privado, tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, em especial das tecnologias de informação e de comunicações

objetivo 8





objetivo 8

meta 16

Em cooperação com os países em desenvolvimento, formular e executar estratégias que permitam que os jovens obtenham um trabalho digno e produtivo

Em 2008, uma nova crise assolou a economia mundial. Esta crise encontrou precedentes apenas na quebra da bolsa em 1929, não havendo nenhum fenômeno similar em seu impacto e dimensões na década de 1990. Indistintamente, todos os países foram afetados, e seus efeitos ainda se fazem notar em várias economias. Entretanto, em alguns países, seus impactos negativos foram menores. Dentre esses países está o Brasil, que tem demonstrado uma grande capacidade de resposta aos efeitos oriundos dessa nova crise. Se comparados a períodos anteriores, os efeitos dessa crise foram bem menores, mas ainda assim suficientes para impulsionar um ligeiro aumento na taxa de desemprego em 2009, interrompendo uma sequência de cinco anos de queda consecutiva desse indicador. No entanto, o aumento observado está muito abaixo do que era esperado por muitos analistas, devido à magnitude da crise. Dentre os fatores que contribuíram para que os efeitos da crise fossem minimizados destacam-se a melhoria na distribuição de renda, o aumento da renda do trabalho, uma maior disponibilidade de crédito, a redução de impostos para determinados produtos que fomentaram o consumo interno, dentre outros.

Na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), a taxa média anual de desemprego atingiu, em 2008, seu menor patamar (9,8%) em um período de 14 anos. Em 2009, apesar do pequeno incremento que elevou a taxa de desemprego a 10,3%, o resultado auferido ainda representa o segundo menor índice da série histórica, que teve início em 1996. O mercado de trabalho apresentou seu pior desempenho em 2003, expresso pelo índice anual de desemprego que atingiu 20,0%, o maior observado desde o início da série. (gráfico 8.1).

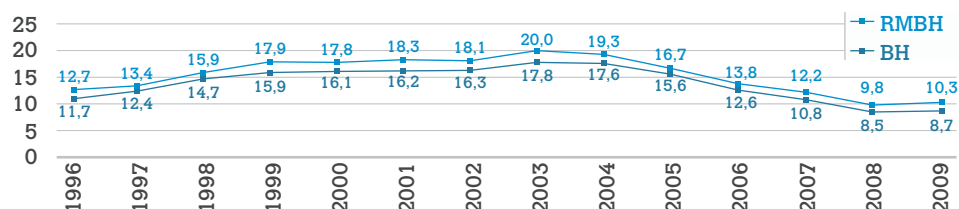
Após cinco anos consecutivos de queda nas taxas de desemprego, em 2009 observou-se ligeiro aumento para todos os grupos em análise, dentre eles os jovens de 15 a 24 anos. Este grupo, apesar de seguir a tendência geral de aumento, apresentou uma taxa de desemprego menor do que a apurada em 2007.

O Objetivo 8, Meta 16 dos Objetivos do Milênio prevê a cooperação com os países em desenvolvimento para formular e executar estratégias e políticas que permitam que os jovens obtenham um trabalho digno e produtivo. Para o monitoramento desse objetivo em Belo Horizonte, foi escolhido como indicador a taxa de desemprego dos jovens de 15 a 24 anos. A taxa de desemprego de um grupo é a proporção da População Economicamente Ativa (PEA) desse grupo que se encontra na situação de desemprego. No caso em questão, isso significa a proporção dos jovens de 15 a 24 anos que estavam desempregados considerando-se a PEA desse grupo.

Assim como o desemprego total, as taxas de desemprego para essa faixa etária específica (15 a 24 anos) apresentavam tendência de declínio nos últimos anos em Belo Horizonte. Entre 2008 e 2009, a taxa de desemprego desses jovens apresentou pequeno aumento, ainda assim ficando abaixo da alcançada no ano de 2007.

Enquanto a taxa média de desemprego na Região Metropolitana em 2009 era de 10,3%, para os jovens de 15 a 24 anos essa mesma taxa era de 23,0%. No município de Belo Horizonte, os números apurados indicaram uma taxa de desemprego total de 8,7% e, para esses jovens, o índice alcançou 20,5%. (gráfico 8.2).

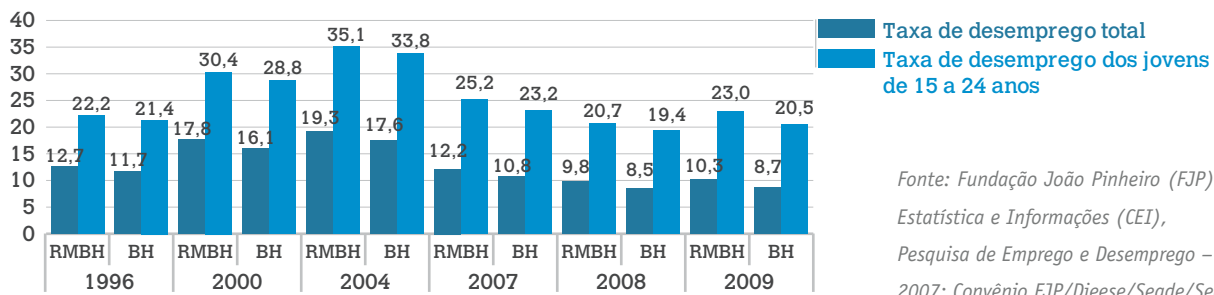
Taxas de desemprego total – Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) e Município de Belo Horizonte, 1996 – 2009.



Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI), Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED/RMBH 2009; Convênio FJP/Dieese/Seade/Sedese-MG

Gráfico 8.2

Taxas de desemprego total e dos jovens de 15 a 24 anos – Região metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) e Município de Belo Horizonte, 1996 – 2009



Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI), Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED/RMBH 2007; Convênio FJP/Dieese/Seade/Sedese-MG

Tabela 8.1

Taxas de desemprego dos jovens de 15 a 24 anos, segundo cor Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) e Município de Belo Horizonte, 2004/2007/2008/2009

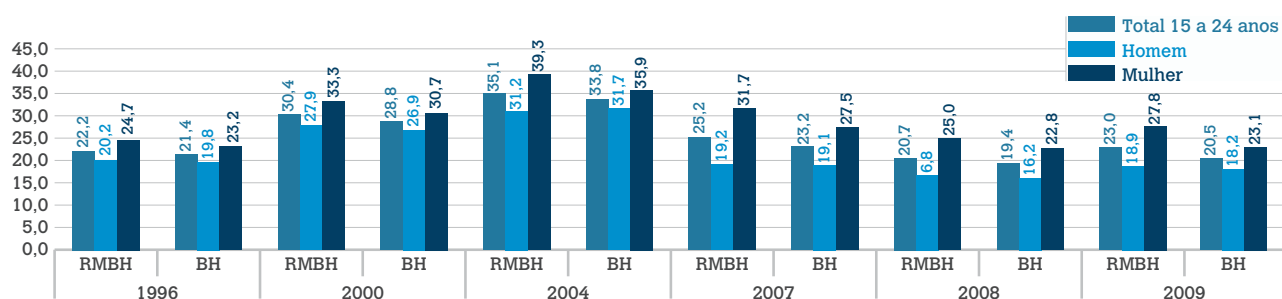
Especificação	2004		2007		2008		2009	
	RMBH	BH	RMBH	BH	RMBH	BH	RMBH	BH
Total	35,1	33,8	25,2	23,2	19,0	19,5	21,4	20,0
Branca	30,8	30,5	20,8	19,9	21,7	19,4	24,1	20,8
Não branca	37,6	35,9	28,2	26,0	20,7	19,4	23,0	20,5

Fonte: Pesquisa Origem Destino/Fundação João Pinheiro 2002

Ao analisar os jovens (15-24 anos) a partir da desagregação das taxas de desemprego por sexo, evidencia-se a disparidade entre a inserção de homens e mulheres no mercado de trabalho, em Belo Horizonte e na RMBH ao longo dos últimos 14 anos. Estes números proporcionam a dimensão exata da complexidade em se pensar políticas públicas que visem dar uma inserção digna aos jovens no mercado de trabalho. Em Belo Horizonte, no ano de 2009, enquanto 8,7% da PEA estavam desempregados, entre as mulheres de 15 a 24 anos esse número era de 23,1% (gráfico 8.3).

Gráfico 8.3

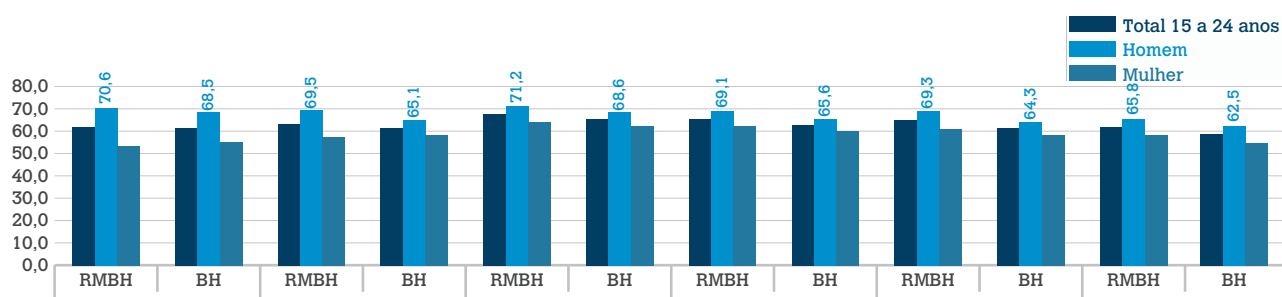
Taxas de desemprego dos jovens de 15 a 24 anos, por sexo – Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) e Município de Belo Horizonte, 1996/ 2000/ 2004/ 2007/ 2008/ 2009



Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI), Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED/RMBH 2009; Convênio FJP/Dieese/Seade/Sedese-MG

Gráfico 8.4

Taxas de participação dos jovens de 15 a 24 anos, por sexo - Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) e Município de Belo Horizonte, 1996/2000/2004/2007/2008/2009



Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI), Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED/RMBH 2009; Convênio FJP/Dieese/Seade/Sedese-MG

Tabela 8.3

Taxas de desemprego dos jovens de 15 a 24 anos, segundo cor
Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) e
Município de Belo Horizonte, 2004/2007/2008/2009

Faixa Etária	Ano	1996		2000		2004		2007		2008		2009	
		RMBH	BH	RMBH	BH	RMBH	BH	RMBH	BH	RMBH	BH	RMBH	BH
15-17 anos	Homem	31.5	31.6	42.8	42.4	55.1	51.6	42.0	41.5	34.4	30.2	38.9	37.5
	Mulher	37.2	33.9	48.8	47.3	60.9	58.7	54.0	45.4	48.1	48.2	52.3	48.2
	Total	34.0	32.6	45.6	44.8	57.9	55.0	47.6	43.4	40.4	38.4	44.9	42.4
18-19 anos	Homem	23.5	24.0	33.5	30.9	42.2	43.0	25.1	26.9	22.9	24.6	25.3	24.5
	Mulher	29.1	28.7	40.9	38.9	52.6	47.8	40.9	38.5	31.0	27.4	33.5	29.5
	Total	26.1	26.2	36.9	34.9	47.3	45.4	32.6	32.5	26.7	26.0	29.3	27.0
20-24 anos	Homem	14.8	14.4	21.9	21.9	22.0	23.6	12.2	12.5	10.8	10.9	12.9	13.4
	Mulher	18.6	18.0	26.8	24.2	29.5	27.0	24.1	21.1	18.8	17.2	21.2	17.2
	Total	16.5	16.1	24.2	23.0	25.6	25.2	18.0	16.7	14.7	14.0	16.7	15.1

Fonte: Pesquisa Origem Destino/Fundação João Pinheiro 2002

Quanto à cor da pele, foram verificadas maiores reduções nas taxas de desemprego para os não brancos na faixa etária de 15 a 24 anos. Em Belo Horizonte, no ano de 2007, enquanto o desemprego dos jovens brancos de 15 a 24 anos foi 19,9%, para os não brancos esse índice atingiu 26%. Entre 2008 e 2009, verificou-se forte redução do desemprego entre os não brancos, que passaram a apresentar taxas de desemprego menores que os indivíduos brancos dessa faixa etária, 20,5% contra 20,8% em 2009 (tabela 8.1). A queda do desemprego dos não brancos pode ser explicada pela forte redução nas taxas de participação desse grupo no mercado de trabalho.

Para um monitoramento mais preciso da meta 16, é necessário analisar não somente as taxas de desemprego entre os jovens de 15 a 24 anos, mas também os níveis de participação no mercado de trabalho dessa faixa etária, considerando-se que esses indicadores estão intrinsecamente ligados. A Taxa de Participação é a relação entre a População Economicamente Ativa e a População em Idade Ativa (PEA/PIA). Neste estudo, foram destacadas as taxas de

participação para as faixas etárias de 15 a 24 anos indicando a proporção dessas pessoas que buscam ser incorporadas ao mercado de trabalho, resultando em ocupados ou desempregados. É possível perceber que a taxa de participação desse grupo nos últimos dois anos reduziu-se significativamente em Belo Horizonte, ao passar de 60,4% em 2007 para 54,9% em 2009. A análise desagregada da participação desse grupo etário mostra que a maior redução foi verificada entre aqueles com idade entre 15 e 19 anos. Isso nos leva a crer que esses indivíduos estão tendo seu ingresso no mercado de trabalho postergado, reflexo possivelmente do aumento da renda das famílias nos últimos anos.

Vale ressaltar que a participação no mercado de trabalho dos jovens em idade de cursar o ensino médio, de 15 a 17 anos, apresentou redução entre 2007 e 2009. Durante este período, a taxa passou de 33,9% para 30,4% na RMBH e de 30,9% para 25,9% em Belo Horizonte. Entretanto, esses valores ainda podem ser considerados altos para essa faixa etária (gráfico 8.5).

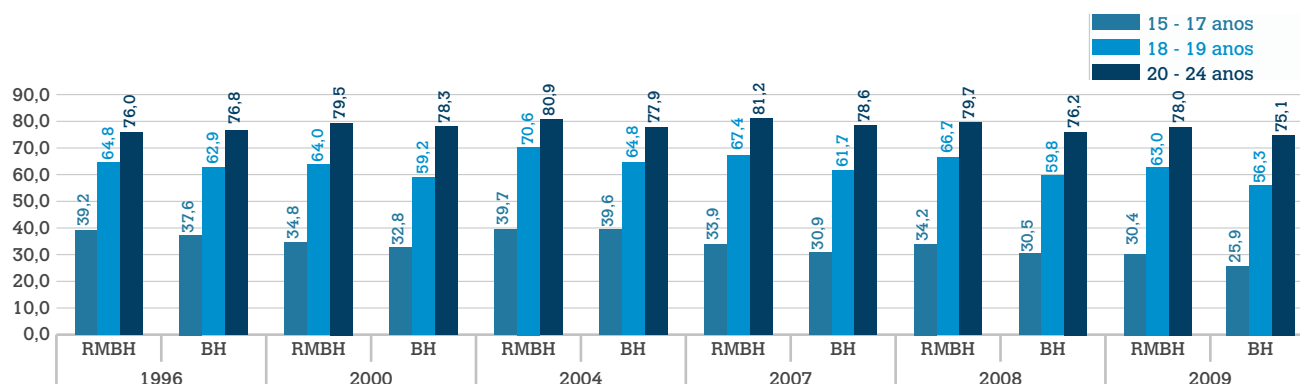
Nesse mesmo período, a participação dos jovens de 18 a 19 anos também sofreu redução, ao passar de 67,4% para 63,0% na RMBH e de 61,7% para 56,3% em Belo Horizonte. Apesar da redução, esses indicadores continuam bastante elevados. Esse é um dado relevante, uma vez que estudos apontam que quanto mais cedo os indivíduos se inserem no mercado de trabalho, tanto pior é sua inserção.

A participação dos jovens de 20 a 24 anos, em 2009, foi de 78,0% na RMBH e de 75,1% em Belo Horizonte, valores menores que os registrados em anos anteriores (gráfico 8.5).

Quanto ao desemprego, são observadas taxas elevadas entre os jovens de 15 a 17 anos que se aventuram no mercado de trabalho. Em média, 44,9% dos jovens nessa faixa etária que buscam ingressar no mercado de trabalho na RMBH não conseguem uma colocação; já em Belo Horizonte são 42,4%, número que, apesar de menor, ainda é bastante expressivo. Para os jovens de 18 e 19 anos, essa média foi de 29,3% na RMBH e 27,0% em Belo Horizonte. Para as pessoas de 20 a 24 anos, o desemprego em 2009 foi de 16,7% na RMBH e de 15,1% em Belo Horizonte (tabela 8.3).

Gráfico 8.5

Taxas de participação dos jovens, segundo faixas etárias - Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) e Belo Horizonte, 1996/2000/2004/2007/2008/2009



Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI), Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED/RMBH 2009; Convênio FJP/Dieese/Seade/Sedese-MG



objetivo 8

meta 18

Em cooperação com o setor privado, tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, em especial das tecnologias de informação e de comunicações

O Objetivo 8 propõe o estabelecimento de uma parceria mundial entre governos para um desenvolvimento sustentável e, em sua meta 18, preconiza a cooperação com o setor privado visando tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, em especial das tecnologias de informação e de comunicações.

A sociedade do conhecimento vem se consolidando pela produção de ideias, originalidade, flexibilidade e invenção no mundo do trabalho. O homem passa a ser valorizado por sua capacidade de criar e inventar, a partir do sentido que ele dá às informações produzidas até o momento. Cresce, portanto, a importância produtiva do conhecimento, da aquisição e da maximização dos recursos do saber. Como consequência, a Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) vem ocupando diversas áreas da atividade humana, reconfigurando os papéis sociais e os modelos de organização e gestão das instituições. (CASTRO, 2009)

A internet, nesse contexto, como instrumento de aquisição de informações e produção do conhecimento, torna-se ferramenta fundamental para que o indivíduo seja incluído na sociedade da informação. Assim, a inclusão digital passa a ser um dos pressupostos de inclusão social, configurando um elemento de cultura e de participação democrática na emergente sociedade do conhecimento.

Por outro lado, no mundo moderno e globalizado, a exclusão do mundo digital é mais uma das faces da desigualdade social. Estima-se que, dos mais de 6,5 bilhões de habitantes do planeta, pouco mais de 10% tenham acesso à internet, e a maioria se concentra em países como Estados Unidos, Canadá, Europa e uma pequena parte da Ásia e Pacífico.

No Brasil, a pesquisa do Comitê Gestor de Internet no Brasil (CGI.br), publicada no primeiro semestre de 2009, apontou que 54 milhões de cidadãos têm acesso à internet, o que representa um percentual de apenas 30% da população brasileira. Os números também apontam que ainda há disparidades entre as classes sociais quanto ao uso de TICs. As classes sociais A e B representam 81% do universo de usuários

de computador e as C e D, apenas 10%. O custo elevado da manutenção da internet é o principal obstáculo dessa população para o uso da tecnologia.

De uma forma geral, o fenômeno das desigualdades agregadas se reflete diretamente na exclusão digital. Os jovens, as mulheres pobres e as minorias étnico-raciais estão na base da pirâmide social e, conseqüentemente, têm pouco acesso aos bens e serviços intermediados pela tecnologia (ASSUMPÇÃO, 2009).

Para analisar a meta 18, foram apresentados os indicadores expostos na tabela 8.4, calculados segundo dados da PAD, os quais serão observados conforme pesquisas do CGI.br, instituição do governo federal responsável por analisar a posse e o uso das tecnologias da informação no país.

Ao se comparar a proporção de pessoas que vive em domicílios com linha telefônica fixa (68,9%) e a proporção das que vivem em domicílios com telefone móvel (76,5%), observa-se que há uma mudança de comportamento em relação à utilização desse tipo de telefonia. Há, portanto, uma tendência crescente quanto à posse e o uso do telefone celular.

A sociedade do conhecimento vem se consolidando pela produção de ideias, originalidade, flexibilidade e invenção no mundo do trabalho

Tabela 8.4

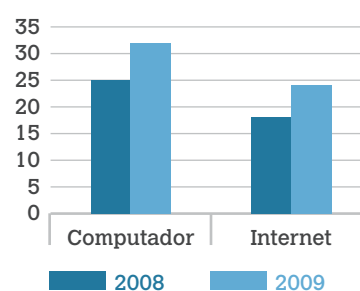
Indicadores de telefonia móvel, fixa, acesso à internet e computadores em BH, RMBH e MG, 2009

Indicadores	Belo Horizonte	Região Metropolitana de BH	Minas Gerais
Proporção da população que vive em domicílios com linha telefônica fixa	68,9%	52,2%	35,5%
Proporção da população que vive em domicílios com linha telefônica móvel	76,5%	60,2%	42,7%
Proporção da população que vive em domicílios com computador	56,9%	45,5%	35,6%
Proporção da população que vive em domicílios com acesso à internet	45,7%	33,9%	25,5%

Fonte: PAD/FJP, 2009

Gráfico 8.6

Percentual de domicílios que possuem computador e internet, Brasil 2008 e 2009



Fonte: Pesquisa 2009 – CGI.br

No entanto, a proporção de domicílios com telefone fixo ainda é muito alta. Isto ocorre porque, segundo CGI.br, apesar de 90% dos planos de telefone celular serem pré-pagos, o que permite ao usuário planejar seus gastos, os custos dessas tarifas telefônicas são superiores às do telefone fixo, o que continua dificultando o acesso, principalmente, da população de baixa renda.

Outra razão do alto índice de domicílios com telefones fixos é que as operadoras desse serviço têm criado estratégias mercadológicas de integrar o telefone fixo aos serviços de internet e TV a cabo, os chamados “combos”, pacotes comerciais contendo produtos integrados.

Apesar das estratégias utilizadas pelas operadoras de telefonia fixa, a telefonia móvel apresenta índices crescentes, sendo: 82% dos domicílios nas áreas urbanas e 78% do total de domicílios no país, como demonstrado pela pesquisa realizada pelo CGI.br/2009. Com esse crescimento, há uma tendência de universalização dessa tecnologia, se comparada às tecnologias já universalizadas, como o rádio e a televisão, conforme demonstrado na tabela 8.5.

Tabela 8.5

Percentual de domicílios em área urbana no Brasil que utiliza TV, Rádio e Celulares

Ano	Televisão	Rádio	Celulares
2005	96%	92%	61%
2006	97%	90%	68%
2007	98%	89%	74%
2008	98%	87%	76%
2009	98%	86%	82%

Fonte: Pesquisa 2009 – CGI.br

Em 2009, a proporção de pessoas em Belo Horizonte vivendo em domicílios com computadores correspondeu a 56,9% (valor superior ao encontrado para a Região Metropolitana de Belo Horizonte - RMBH, 45,5%, e o estado de Minas Gerais, com apenas 35,6%). Também em nível nacional é apontado crescimento de uso dessa tecnologia. De acordo com as pesquisas realizadas pelo CGI.br, existem computadores em 50% dos domicílios urbanos, local em que, de 2005 a 2009, foi realizada a maior parte do acesso à internet.

Ao mesmo tempo, nem todos os domicílios que possuem computador possuem acesso à internet. Em Belo Horizonte, segundo a PAD, essa diferença é de 11 pontos percentuais (hiato que se mantém para a RMBH e MG). Essa divergência também é demonstrada nas pesquisas nacionais do CGI.br, conforme gráfico 8.6.

O alto custo das conexões e a falta de disponibilidade e qualidade do acesso à internet foram mencionados como fatores de dificuldade. Isto ocorre porque as operadoras ainda estão concentradas nas áreas urbanas e nas cidades, onde o poder aquisitivo da população é mais alto, permitindo-lhes pagar pelo serviço de internet.

É importante destacar, contudo, que além dos domicílios, cresce a participação de outros espaços no acesso à internet, como os centros públicos pagos (lan houses), que em 2005 representavam 18% dos acessos no país e em 2009 responderam por 44%. No mesmo ano, as casas de outras pessoas, o trabalho e a escola aparecem em seguida, com 26%, 22% e 14%, respectivamente. Os centros públicos de acesso gratuito ainda abarcam uma parcela muito pequena do total (4% em 2009), conforme apresentado na tabela 8.7.

Tabela 8.6

Locais de acesso individual à Internet – Brasil 2005–2009

Ano	Em casa	Centros públicos de acesso pago	Na casa de outra pessoa	No trabalho	Na escola	Centros públicos de acesso gratuito
2005	42%	18%	18%	26%	21%	2%
2006	40%	30%	16%	24%	16%	3%
2007	40%	49%	24%	24%	15%	6%
2008	43%	47%	22%	22%	14%	3%
2009	50%	44%	26%	22%	14%	4%

Fonte: Pesquisa 2009 - CGI.br

Viu-se, assim, que o domicílio ainda continua sendo o principal local de acesso à internet. Mas é importante salientar que a cidade possui vários espaços públicos pagos, como as lan houses, que precisam ser consideradas nas análises de indicadores de inclusão digital, pois estão instaladas, principalmente, nas periferias da cidade, sendo frequentadas por jovens que vivem em situação de vulnerabilidade social. Portanto, é importante construir indicadores que permitam avaliar os outros espaços de inclusão digital, como as escolas, lan houses e telecentros, além dos domicílios, para mensurar o impacto do acesso e da formação em tecnologia da informação, promovida para os jovens que são oriundos das famílias de baixa renda, e que vivem no entorno desses espaços. A ideia é que esses indicadores possam medir como esses outros lugares podem contribuir para uma melhor inserção dos jovens que ingressarão no mercado formal de trabalho.

Programa de Inclusão Digital em Belo Horizonte

A Prefeitura de Belo Horizonte, por meio do Programa BH DIGITAL, tem criado acessibilidade ao computador e à internet para a população de baixa renda. O resultado é que atualmente existem vários centros de inclusão digital instalados em bibliotecas públicas, centros culturais, associações comunitárias, ONGs, estações de ônibus e nos equipamentos sociais da Prefeitura, atendendo principalmente a população que reside nas áreas de maior vulnerabilidade social, como as vilas e favelas da cidade.

A Secretaria Municipal de Educação implantou laboratórios de informática em todas as escolas municipais, e os alunos

dessas escolas são atendidos tanto no turno escolar quanto no extraturno, no Programa Escola Integrada. A parceria da Prefeitura com o governo federal irá permitir que cada laboratório escolar e os telecentros instalados na cidade, a partir de 2011, tenham um jovem bolsista, que receberá formação profissional em tecnologia da informação e atenderá a comunidade que reside em torno do telecentro ou do laboratório de informática, promovendo atividades e cursos de informática. Também estão sendo desenvolvidos dois pilotos do Programa UCA – Um Computador por Aluno, em duas escolas públicas municipais.

Tabela 8.7

Espaços públicos para inclusão digital
Belo Horizonte, 2009

Região Administrativa	Tipo				Total Geral
	Centros de Inclusão Digital	Laboratório de Informática em Escola Municipal	Área de Livre Acesso à Internet	Link em Conselho Tutelar	
Barreiro	13	26	-	1	40
Centro Sul	21	12	17	1	51
Leste	31	16	5	1	53
Nordeste	25	25	4	1	55
Noroeste	24	21	1	1	47
Norte	15	18	1	1	35
Oeste	21	15	1	1	38
Pampulha	14	11	2	1	28
Venda Nova	17	29		1	47
Total geral	181	173	31	9	394

Fonte: PRODABEL/Diretoria de Inclusão Digital

Referências bibliográficas

- ALENCAR, J. C. A. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 28: 377-9, 2006.
- ALMEIDA, M. C. et al. Dinâmica intra-urbana das epidemias de dengue em Belo Horizonte, MG, 1996-2002. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008. (Inédito)
- ALMEIDA, M. C. et al. Spatial vulnerability to dengue in a Brazilian urban area during a 7-year surveillance. *J Urban Health*, Nova York, no. 84, p.334-345, 2007.
- ANDRADE, Keli (2004). "Vitimização Doméstica na Cidade de Belo Horizonte". Monografia de Conclusão do Curso de Graduação em Ciências Sociais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais.
- ANDRADE, Keli (2006). "Violência Doméstica/Conjugal em Belo Horizonte: uma perspectiva exploratória da vitimização". In: *Revista Três Pontos: Revista do Centro Acadêmico de Ciências Sociais da UFMG*, Ano 2, no. 02, set. 2005/fev. 2006, Belo Horizonte, p.35-45.
- ASSUMPÇÃO, Rodrigo O. D. O debate democrático na era digital: inclusão social e governo eletrônico. *Revista BH/Política Social*, Belo Horizonte, no. 23, ago. 2009.
- BARROS, Raphael T.V. et al. Saneamento. Belo Horizonte: Escola de Engenharia da UFMG, 1995. 221 p. (Manual de Saneamento e Proteção Ambiental para os Municípios, 2).
- BARROS, F. C., Victora C. G., Barros A. J. D. et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993 and 2004. *Lancet* 2005, mar. 5-11; 365(9462): 847-54.
- BELIK, W.; SILVA, J. G.; TAKAGI, M. Políticas de combate à fome no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v.15, no. 4, p.119-129, out./dez. 2001.
- BRASIL. Ministério das Cidades. Política nacional de habitação. *Cadernos MCidades 4 – Habitação*. Ministério das Cidades, nov. 2004.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Ampliação do ensino fundamental para nove anos – Relatório. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública - SENASP/ Análise das Ocorrências Registradas pelas Polícias Civis (janeiro de 2004 a dezembro de 2005) – Relatório. Brasília, DF, set. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/svs>. Acesso em: 31 jul. 2008c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília. 2009. 84 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção integral à desnutrição infantil, 2006. Disponível em: <dtr2004.saude.gov.br/nutricao/evento/reuniao_nacional/2006/apresentacoes/20042006/fatimadef_nicaoestrategiasprotocolo.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. PNDS 2006: pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – Relatório. Brasília, DF, 2008a. Disponível em: <www.saude.gov.br/pnds2006>. Acesso em: 13 jul. 2008a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Secretaria da Educação Básica. Ensino Fundamental de nove anos: orientações gerais. Brasília, DF: MEC/SEB, 2004b. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/>>. Acesso em: 25 set. 2008.
- BRONZO, Carla. Programas de Proteção Social e superação da pobreza: concepções e estratégias de intervenção. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.
- BRUSCHINI, Cristina. Gênero e trabalho no Brasil: novas conquistas ou persistência da discriminação? In: ROCHA, Maria Isabel Baltar da (Org.). Trabalho e gênero: mudanças, permanências e desafios. São Paulo: Ed. 34, 2000.
- BRUSCHINI, Cristina; LOMBARDI, Maria Rosa. O trabalho da mulher brasileira nos primeiros anos da década de noventa. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10, 1996. Caxambu, MG, Belo Horizonte: ABEP, 1996, 4 v.
- CAIAFFA, W. T. et al. The urban environment from the health perspective: the case of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, no. 21, p.958-967, 2005.
- CASTRO, Silvana M. V. Inclusão digital como pressuposto de inclusão social. *Revista BH/Política Social*, no. 23, ago. 2009.
- CARDOSO, L. Transporte público, acessibilidade urbana e desigualdades socioespaciais na Região Metropolitana de Belo Horizonte. 2007. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais.

CECATTI, J. G., PARPINELLI, M. A., SOUSA, M. H., SOUZA, J. P., SERRUVA, S. J., Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(2): 255-264, fev. 2006.

CNM - Confederação Nacional de Municípios. Mapeamento das Mortes por Acidentes de Trânsito no Brasil. Estudos Técnicos. Brasília: CNM, 14 de dezembro de 2009. Disponível em: <http://portal.cnm.org.br/sites/9000/9070/Estudos/Transito/EstudoTransito-versaoconcurso.pdf>. Acesso em: 14 out. 2010

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. Pesquisa sobre o uso das TICs no Brasil. Disponível em <http://www.cetic.br/tic/2009/index.htm>. Acesso em: 18 out. 2010.

CUNHA, M. C. M. et al. Fatores associados à infecção pelo vírus do dengue no Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil: características individuais e diferenças intra-urbanas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v.17, n.3, p.217-230, 2008.

CUNHA, S. et al. Visceral leishmaniasis in a new ecological niche near a major metropolitan area of Brazil. *Trans R Soc Trop Med and Hyg*, Londres, no. 89, p.155-158, 1995.

FONSECA, M. G. P. et al. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, no. 19, p.1.351-1.363, 2003.

FRANÇA E., LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. Rede Interagencial de Informação para a Saúde Demografia e Saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009. p. 83-112.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Centro de Estudos Econômicos e Sociais. Atlas do Desenvolvimento Humano da RMBH. Belo Horizonte, 2004.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Centro de Estatística e Informações. Déficit habitacional no Brasil. 2 ed. Belo Horizonte, 2005. 111p.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte PED/RMBH Boletim Anual 2009. Convênio FJP/Dieese/Seade/Sedese-MG. Ano 15, no. 13, Belo Horizonte, jan. 2010.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO – FJP Banco de dados da pesquisa Origem e Destino. Belo Horizonte, 1992.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO – FJP Banco de dados da pesquisa Origem e Destino. Belo Horizonte, 2002.

GENARO, O. et al. Ocorrência de calazar em área urbana da grande Belo Horizonte, MG. *Rev Soc Bras Med Trop*, Uberaba, no. 23, p.121, 1990.

GUIMARÃES, Berenice Martins. Cafuas, barracos e barracões: Belo Horizonte, cidade planejada. 1991. Tese (Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia) – Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1991.

HELLER, Léo. Acesso aos serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário no Brasil: considerações históricas, conjunturais e prospectivas. Working Paper Number CBS-73-06, Centre for Brazilian Studies, University of Oxford, jun. 2006.

HOFFMANN, Rodolfo e LEONE, Eugênia T. Participação da mulher no mercado de trabalho e desigualdade da renda domiciliar per capita no Brasil: 1981-2002. *Revista Nova Economia*, 14(2), mai./ago. 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. Brasil, 2000.f

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2004

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE À SAÚDE / SMSA. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte - Documentos do Programa BH Cidadania. Mimeo. Belo Horizonte, PBH, 2004.

INSTITUTE OF MEDICINE. Improving Birth Outcomes - Meeting the Challenge in the Developing World. The National Academies Press, 2003.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégicos (SPI/MP). Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio. Brasília, mar. 2010.

IPEA. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento – Brasília: IPEA, 2010.

JERONIMO, S. M. et al. An urban outbreak of visceral leishmaniasis in Natal, Brazil. *Trans R Soc Trop Med and Hyg*, Londres, n.88, p.386-388, 1994.

LANSKY S.; França E.; César C. C.; Neto L. C. M.; Leal M. C. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cad. Saúde Pública*, 2006; 22 (1): 117-130

Referências bibliográficas

- LANSKY S., EVANGELISTA P., DRUMOND E., et al. Mortalidade infantil em Belo Horizonte: avanços e desafios. Rev. Méd. Minas Gerais. 2007; 16 (4 Suppl 2):105-12.
- LAURENTI, R.; MELO JORGE, M. H.; GOTLIEB, S. L. D. Mortes maternas e mortes por causas maternas, Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 17 (4): 283-292, out./dez. 2008.
- LAWN J., SHIBUYA K., STEIN C. No cry at birth: global estimates of intrapartum stillbirths and intrapartum-related neonatal deaths. Bulletin World Health Organization, 2005; 83(6)409-104.
- LEAL M. C.; GAMA S. G. N.; CUNHA, C. B. Racial, sociodemographic and prenatal and childcare inequalities in Brazil, 199-2001. Rev. Saúde Pública 2005; 39(1)100-7.
- LOBO, C.; CARDOSO, L.; MATOS, R. Transporte coletivo em Belo Horizonte: a eficiência de acessibilidade com base na Pesquisa Domiciliar de Origem e Destino In: 4º Congresso Luso-Brasileiro para o Planejamento Urbano, Regional, Integrado e Sustentável, PLURIS 2010, Faro, Portugal, out. 2010.
- MALTA, D. C. et al. 2001. A mortalidade infantil em Belo Horizonte, Minas Gerais, por área de abrangência dos Centros de Saúde (1994-1996). Cadernos Saúde Pública 5(17):1189-1198.
- MANDU E. N. T.; ANTIQUEIRA V. M. A.; LANZA R. A. C. Mortalidade Materna: implicações pra o Programa da Saúde da Família. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, abr./jun. 17 (2): 278-84. 2009.
- MEADE, B.; VALDEZ, C.; ROSEN, S. Brazil's food security and food assistance programs to reduce poverty. GFA-15, Washington, DC: United States Department of Agriculture, Economic Research Service, 2004.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão / Programa Estado para Resultados, 2009- 262p.: II. Caderno de Indicadores. - no. 1, maio 2009.
- MONTEIRO, C. A. Dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. Estudos avançados, São Paulo, v.17, n.48, 2003. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jul. 2008.
- MOURA, Heloísa Soares. Habitação e Produção do Espaço em Belo Horizonte. In: SOUZA, R. P.; NEHMY, R. Q. (Orgs.). Belo Horizonte: espaços e tempos em construção. Belo Horizonte: CEDEPLAR/PBH, 1994.
- NACIONES UNIDAS. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe 2010. Nova York, 2010.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Plano Municipal de Saneamento de Belo Horizonte – PMS 2008/2011, dez. 2008.
- OLIVEIRA, C. et al. Spatial analysis of canine and human visceral leishmaniasis in Belo Horizonte, a large city from Brazil, 1994 - 1997. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.17, p.1231-1239, 2001.
- OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 8. ed. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, Ed. Universidade de São Paulo, 2000. v.1.
- PESSANHA, J. E. M. et al. Dengue seroprevalence in Belo Horizonte: detecting participation bias through spatial analysis methods for small area studies. In: THE SECOND annual international conference on urban health, out. 15-18, 2003. J. Urban Health, Nova York, no. 80 (Suppl 2), p.29, out. 2003.
- PISA 2000. Relatório Nacional. Brasília, DF: INEP, dez. 2001. 88 p. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/download/internacional/pisa/PISA2000.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2009.
- PORTO D. Perinatal Health Commission of Belo Horizonte, Brazil. In: LOTTA G. S., BARBOZA H. B., TEIXEIRA M. C. A. C., PINTO V., eds. 20 Experiences of Public Policies and Citizenship. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Getúlio Vargas / BNDES/ Ford Foundation, 2003; 89-102.
- PRATES, Fernando Martins; AGUIAR, Maria Luiza de; NOGUEIRA, Olinto José de Oliveira. "Aspectos do Desenvolvimento Humano na Região Metropolitana de Belo Horizonte - Análise comparada com o estado e Belo Horizonte", Cadernos do BDMG no. 20, abr. 2010.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. [Atribuições da CHISBEL] – Urbanização de Favelas. Belo Horizonte: CHISBEL, Depósito TX, E. 22, P. 5, caixa 143. Relatório do Exercício de 1980.
- PROIETTI, F. A.; CAIAFFA, W. T. Minas Gerais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. (Org.). Simpósio satélite: a epidemia de AIDS no Brasil– situação e tendências. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. p.193-216.

- RAVIGLIONE, M. C. The new Stop TB strategy and the global plan to Stop TB, 2006-2015. Bull World Health Organ, 2007.
- RIGOTTI, J. I. R. A transição da escolaridade no Brasil e as desigualdades regionais. Revista Brasileira de Estudos Populacionais, Campinas, v.18, no. 1/2, p.59-73, 2001.
- SANTOS I. S., Menezes A. M. B., Mota DM et al., 1 Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 3:S451-S460, 2008.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Índice de Vulnerabilidade à Saúde 2003, Belo Horizonte, Julho 2003 (Mimeo). Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=ivesaude.pdf>. Acesso em: 15 out. 2010.
- SOARES, Sérgio R. A.; BERNARDES, Ricardo S.; CORDEIRO NETTO, Oscar de M. Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(6):1713-1724, nov./dez. 2002.
- SUS. Departamento de Informática. Indicadores e dados básicos – Brasil 2004. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 02 ago. 2010.
- SZWARCWALD, C. L. et al. A disseminação da epidemia de AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.16, supl.1, p.7-19, 2000.
- TORRES, Haroldo Gama; MARQUES, Eduardo. Políticas sociais e território: uma abordagem metropolitana. Revista São Paulo em Perspectiva, vol.18, no. 4, out./dez. 2004.
- TORRES, Haroldo G.; MARQUES, Eduardo; FERREIRA Maria Paula e BITAR, Sandra. Pobreza e espaço: padrões de segregação em São Paulo. Estudos Avançados, 17 (47), 2003.
- URBEL – Companhia Urbanizadora de Belo Horizonte e FUNEP – Fundação de Apoio à Pesquisa, Ensino e Extensão. Plano Municipal de Redução de Riscos de Belo Horizonte (MG). Relatório Final. v. 1. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal, 2006. 112f.
- VICTORA C. G.; WAGSTAFF A.; SCHJELLENBERG, J. A.; GWATKIN D.; CLAESON M., HABICHT J. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. Lancet. 19 jul. 2003; 362(9379):233-41.
- WHO. World Health Organization. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Geneva: World Health Organization; 2003.
- WHO. World Health Organization. Stop TB partnership. Ministerial Conference, 22-24 March 2000. Amsterdam Report, Amsterdam, Holanda, 2000.
- WHO. World Health Organization. Tuberculosis control. Available. Geneve: World Health Organization, 2005. Disponível em: www.who.int/tb/en/. Acesso em: fev. 2007.

Notas

Objetivo 2

- 1 – Relação entre os alunos de 7 a 14 anos de idade matriculados em todas as modalidades de ensino e a população do mesmo grupo de idade.
- 2 – Informações acessadas na página do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, em agosto de 2008 (<http://www.pnud.org.br/odm/meta.php?indicador=7>).
- 3 – Dado extraído no site <http://www.todospelaeducacao.org.br/educacao-no-brasil/numeros-do-brasil/dados-por-estado/sao-paulo/pdf>. Acesso em 08.10.10.
- 4 – Disponível em <http://noticias.terra.com.br/educacao/noticias/0,,0I4031502-EI8266,00-Analfabetismo+funcional+cai+entre+negros+e+pardos+diz+IBGE.html>. Acesso em 09.10.09.
- 5 – Dados disponíveis na página de estatísticas e indicadores do website da PBH: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?app=estatisticaseindicadores>.
- 6 – Planejamento Estratégico de Belo Horizonte 2030: a cidade que queremos – Documento Síntese, disponível em: <http://www.pbh.gov.br/bhmetaseresultados/plano-estrategico.php>.

Objetivo 3

- 1 – No Brasil, segundo a PNAD, em 2009, a taxa de participação feminina foi de 52,6% e a masculina, 72,3%.
- 2 – Segundo dados organizados por Andrade (2004), oriundos da bateria referente à violência doméstica/conjugal, parte integrante da Pesquisa de Vitimização de Belo Horizonte 2002, realizada pelo CRISP/UFMG, em 2001 teriam ocorrido na capital mineira 333.427 episódios de vitimização física de mulheres, sendo que apenas 4.434 (1,33%) destes chegaram a se constituir em registros de ocorrência nas Delegacias de Polícia (Comuns e Especializada em Crimes contra a Mulher). Portanto, podemos considerar os dados registrados como a ponta de um “iceberg” que mantém submerso 328.993 (98,67%) das ocorrências.
- 3 – A comparação dos dados para Belo Horizonte com as informações agregadas para o país, a região e o Estado deve ser feita com cautela, pois estas combinam dados de municípios de diferentes portes populacionais. A comparação mais adequada seria com as demais capitais, para as quais não foi possível levantar dados para este Relatório.
- 4 – Lembrando que o aumento do número de denúncias não pode ser tomado como indicador do aumento do número de crimes.
- 5 – O primeiro grau hierárquico é composto pelas seguintes funções: prefeito, vice-prefeito, secretário municipal, procurador geral, controlador geral e secretário de administração regional municipal. Já o segundo grau hierárquico engloba os secretários adjuntos (municipal e regional), os auditores, o ouvidor do município, o contador, corregedor e procurador geral, coordenadores e assessores especiais. Há, ao todo, seis graus hierárquicos no Poder Executivo do Município.

Objetivo 4

- 1 – United Nations. The Millennium Development Goals; disponível em <http://www.un.org/millenniumgoals/>

Objetivo 7

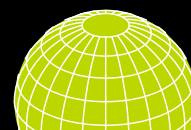
- 1 – Tendo como referência a composição colorida em falsa-cor, com as bandas 2, 3 e 4 da imagem do satélite CBERS-2, câmera CCD, datada de 22/03/2007 (Banda 2 = 0,52 - 0,59 micrômetros (verde), Banda 3 = 0,63 - 0,69 micrômetros (vermelho) e Banda 4 = 0,77 - 0,89 micrômetros (infravermelho próximo)).
- 2 – Para as áreas protegidas municipais, foram computadas as áreas dos parques, praças e espaços livres de uso público municipais. Para as áreas protegidas estaduais, foram computadas as áreas dos parques, estação ecológica e reserva particular do patrimônio natural (RPPN) estaduais.
- 3 – A Lei nº 9.959, de 20 de julho de 2010, que alterou a Lei de Uso e Ocupação do Solo, prevê, através do instrumento de intervenção de política urbana denominado Operação Urbana, novos parâmetros para a ocupação da área da Bacia do Isidoro, que sofre intensa pressão de ocupação em função dos investimentos no Vetor Norte do Município. Com a Operação Urbana busca-se conciliar a ocupação com a preservação ambiental, através dos parâmetros mais restritivos de ocupação e a indicação de áreas para implantação de parques públicos e de reservas particulares ecológicas, bem como a previsão de instalação de toda a infraestrutura de serviços urbanos coletivos.
- 4 – Lei Municipal nº 9959, de 20 de julho de 2010.
- 5 – Vale mencionar que existem outros referenciais energéticos que não foram contemplados devido à sua difícil mensuração e/ou pouca representatividade. Dentre eles, aqueles gerados por meio de energias: solar fotovoltaica, eólica, solar térmica (geração virtual de energia elétrica) e baterias, além do carvão vegetal e mineral, bem como querosene e gasolina de aviação.
- 6 – Para a energia elétrica foram utilizados os dados da CEMIG. Para gasolina, álcool, diesel e óleo combustível, a Agência Nacional do Petróleo (ANP). Para o querosene e a lenha, o Balanço Energético do Estado de Minas Gerais (BEEMG), também elaborado pela CEMIG. Em relação ao gás natural e gás natural veicular (GNV), a GASMIG. Para o gás liquefeito de petróleo (GLP), a MINASGÁS. Os dados referentes ao produto interno bruto da cidade de Belo Horizonte são oriundos do IBGE.
- 7 – É importante destacar, contudo, que a próxima Pesquisa OD poderá indicar uma mudança no comportamento do indicador, uma vez que, a partir de 2006, a Prefeitura de Belo Horizonte, através da BHTRANS, implantou na cidade uma política intitulada Meia Tarifa, que possibilita a adoção da meia tarifa na segunda passagem no sistema de transporte coletivo de Belo Horizonte, destinando-se a quem utiliza duas linhas de ônibus municipais diferentes em um intervalo máximo de 90 minutos e paga com o Cartão BHBUS (instrumento de pagamento das passagens nos ônibus após a implantação do Sistema de Bilhetagem Eletrônica, em vigor desde 2002).
- 8 – Dados nacionais e internacionais utilizados nestas comparações estão disponíveis no estudo organizado pela Confederação Nacional de Municípios “Mapeamento das Mortes por Acidentes de Trânsito no Brasil” (CNM, 2009).
- 9 – Planejamento Estratégico de Belo Horizonte 2030: a cidade que queremos – Documento Síntese, disponível em: <http://www.pbh.gov.br/bhmetaseresultados/plano-estrategico.php>
- 10 – Sistema dinâmico é uma solução com afastamento dos esgotos da área onde foi gerado, isto é, pressupõe a existência de um sistema de esgotos composto de redes coletoras, interceptores e estações de tratamento.
- 11 – No sistema separador absoluto os esgotos sanitários e as águas pluviais são encaminhadas em tubulações separadas ao seu destino final.
- 12 – É importante destacar que tanto a PNAD quando a PAD utilizam uma amostra muito inferior à do Censo 2000, quando 10% dos domicílios foram amostrados. O tamanho reduzido da amostra diminui a precisão das estimativas e essa pode ser uma possível explicação para as divergências encontradas entre os valores apurados em 2000 pelo Censo e em 2001 pela PNAD, e em 2008 e 2009 pela PNAD e PAD, respectivamente.
- 13 – O tratamento em nível primário visa a remoção de sólidos sedimentáveis e parte da matéria orgânica, predominando os mecanismos físicos de remoção de poluentes (Barros et al., 1995).
- 14 – No tratamento secundário, no qual predominam os mecanismos biológicos, o objetivo é principalmente a remoção de matéria orgânica e eventualmente nutrientes (Nitrogênio e Fósforo) (Barros et al., 1995).
- 15 – Conforme Moura (1994) “a cidade salta de 211.377 habitantes em 1940 para 352.724 habitantes em 1950, 693.328 em 1960 e 1.255.415 em 1970”.
- 16 – O PLHIS, em desenvolvimento pela Secretaria Municipal Adjunta de Habitação (SMAHAB) e pela Companhia Urbanizadora de Belo Horizonte (URBEL), considera que as inadequações de domicílios estão concentradas nos assentamentos precários de interesse social. A espacialização dos assentamentos precários pelo PLHIS será de grande importância para mensurar as estratégias de ações necessárias para o enfrentamento dos problemas habitacionais nessas localidades o que, certamente, refletirá em melhor eficácia no cumprimento da Meta.
- 17 – O termo “assentamento precário” refere-se às áreas marcadas pela inadequação de suas habitações e pela irregularidade no acesso à terra, comprometendo a qualidade de vida da população e provocando a degradação ambiental e territorial de parte substantiva das cidades (BRASIL, 2004).
- 18 – Destacam-se as Leis Municipais N° 8.137/00 (Parcelamento, Uso e Ocupação do Solo) e N° 9.074/05 (Regularização de Parcelamento do Solo e de Edificações), o Programa de Regularização Fundiária da URBEL, que atua desde a Lei do PROFAVELA (1985) e o Projeto More Certo (BH LEGAL – bairros e edificações).
- 19 – De acordo com a URBEL/FUNEP (2006: 120) “o conceito de risco geológico e geotécnico fundamenta-se na possibilidade de ocorrência de acidentes que conduzem à perda de vidas humanas e/ou materiais sendo avaliado a partir de características físicas das áreas”.

Colaboraram com a edição do Relatório

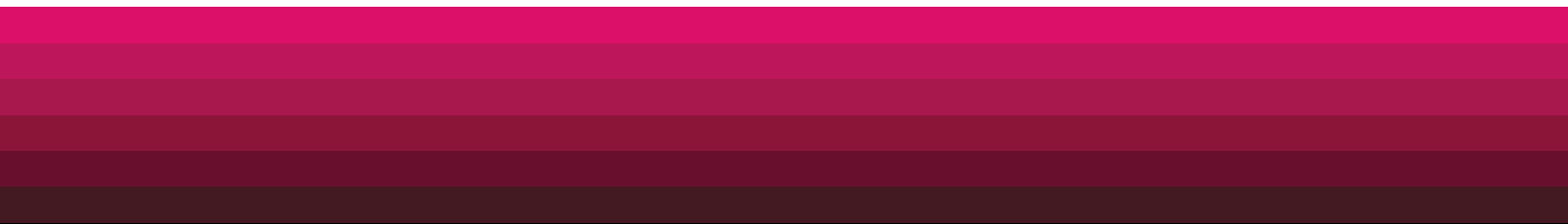
Acyr Bemfica de Faria, Alexandre da Cunha Leite, Carlos Magno Ribeiro, Cyleno Guimarães, Danielle Ramos de Miranda Pereira, Denise Rezende Barcellos Bastos, Dulcimar do Carmo, Eleonora Ferreira de Paula, Eliani Maria de Brito, Eugênio Eduardo Cunha Gomes, Fabiane Ribeiro Ferreira, Fernando Augusto Proietti, Gabriel Borges dos Santos Neto, Humberto Guimarães Bernardes, Ildeu José de Almeida, Ivana Arruda Saraiva, Isabella Bretz, Izabel Dias de Oliveira Melo, Júnia Nunes Nogueira, Jussara de Araújo Santiago, Karla Maria Vilas Marques, Kátia Kauark Leite, Léa Lúcia Cecílio Braga, Leandro de Alencar Rangel, Leonardo Ladeira, Lidiane Nery de Resende Pimenta, Lucia Ciccarini, Marcelo Eduardo Zanetti, Marcelo Souza Machado, Marcílio Mansur Messeder, Marco Antonio Pepino, Maria Aparecida Correia, Maria Auxiliadora de Moraes Moreira, Maria da Consolação Gomes de Castro, Maria Guiomar da Cunha Frota, Maria Inês Ribeiro Oliveira, Maria Luíza Brugger Iglesias, Maria Tereza da Costa Oliveira, Marilene da Conceição de Souza, Marina Brito Pinheiro, Marinana Andrade, Marinella Machado Araújo, Marlise Miriam de Matos, Mércia Muniz Goulart, Moisés Machado, Monica Lucchesi Batista, Neide Maria Ataíde Peixoto, Neuza Santos Gomes, Poliana Reis Abreu, Rafael da Silva, Renata Azevedo, Rita Veloso, Samir Rodrigues Haddad, Sônia Veriane Pereira de Almeida, Telma Maria Menicucci, Viviane da Silva Caldeira Marques, Welton Petrillo Malta, Zoraya Bernadete Souza.

In memoriam

Maria de Lourdes Dolabela Pereira



OBSERVATÓRIO DO MILÊNIO
BELO HORIZONTE



Em homenagem aos 20 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente, o espaço abaixo foi cedido para apresentação dos trabalhos realizados na Oficina do Projeto Livre Arbitrio sobre os Objetivos do Milênio, realizada durante a XII edição do Panderolê, no Centro de Cultura Lagoa do Nado, pela Prefeitura de Belo Horizonte e pelo Observatório do Milênio de Belo Horizonte e Instituto Ajudar.



Adalto
(em memória)



Erik



Tarik



Paulo Ricardo



Erik



Yago



Robert

parceiros



realização

