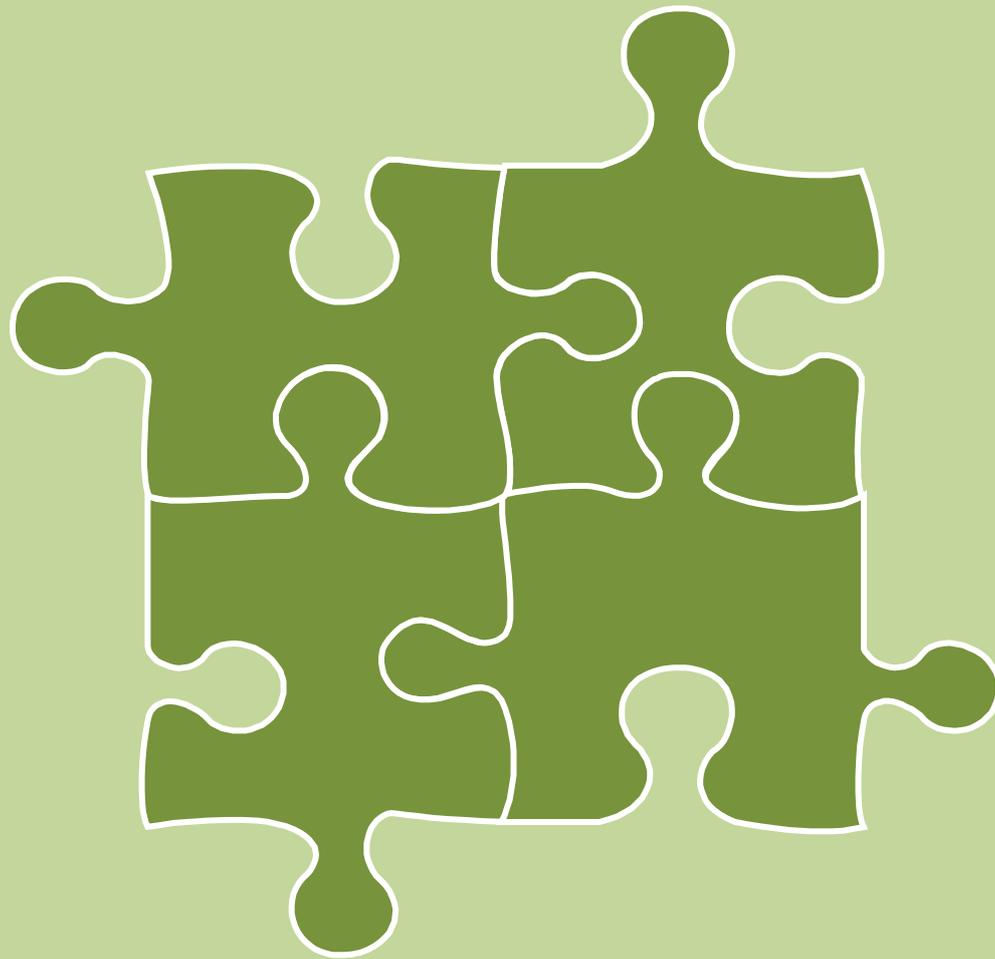


# DIAGNÓSTICO



## DESENVOLVIMENTO SOCIAL DO DISTRITO FEDERAL Pobreza, Educação e Saúde

# **Diagnóstico do Desenvolvimento Social do Distrito Federal**

**Pobreza, educação e saúde**

Brasília, 2012

Companhia de Planejamento do Distrito Federal – Codeplan  
SAIN – Projeção H  
Ed. Sede CODEPLAN  
CEP: 70620-000 - Brasília-DF  
Fone: (0xx61) 3342-1021  
[www.codeplan.df.gov.br](http://www.codeplan.df.gov.br)  
[codeplan@codeplan.df.gov.br](mailto:codeplan@codeplan.df.gov.br)

**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**

Agnelo Queiroz – Governador

Nelson Tadeu Filippelli – Vice-Governador

**SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO DO DISTRITO FEDERAL**

Luiz Paulo Teles Ferreira Barreto – Secretário de Estado

**COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL - CODEPLAN**

Ivelise Longhi – Presidente

**DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA**

Salviano Antônio Guimarães Borges – Diretor

**DIRETORIA DE ESTUDOS E POLÍTICAS SOCIAIS**

Oswaldo Russo de Azevedo – Diretor

**DIRETORIA DE ESTUDOS E PESQUISAS SOCIOECONÔMICAS**

Júlio Flávio Gameiro Miragaya – Diretor

**DIRETORIA DE ESTUDOS URBANOS E AMBIENTAIS**

Wilson Ferreira de Lima – Diretor

**SECRETARIA GERAL**

José Roberto Val Franco – Secretário Geral

## **DIRETORIA DE ESTUDOS E POLÍTICAS SOCIAIS**

Oswaldo Russo – Diretor

### **Coordenação-Geral**

Virgínia Maria Dalfior Fava

### **Equipe Técnica**

Clara Brasileira Ribeiro Cantal

Francisco de Assis Rodrigues

Jamila Zgiet

### **Revisão**

Nilva Rios

Heloísa Barbosa Herdy

### **Editoração**

Jamila Zgiet

### **Capa**

Francisco de Assis Rodrigues

### **Assessoria de Comunicação Social**

Carolina Goulart

## **Lista de figuras**

<i>Figura 1</i> – Evolução do Índice de Gini .....	15
<i>Figura 2</i> – Percentual de cobertura do Programa Bolsa Família .....	16
<i>Figura 3</i> – Número de idosos e de deficientes beneficiários do Benefício de Prestação Continuada .....	17
<i>Figura 4</i> – Percentual de famílias em situação de extrema pobreza e de pobreza .....	18
<i>Figura 5</i> – Número de crianças e adolescentes inseridos no Programa de Erradicação do Trabalho Infantil .....	19
<i>Figura 6</i> – Gasto anual, em reais, por aluno no Distrito Federal .....	22
<i>Figura 7</i> – Média de alunos por turma por nível de escolaridade .....	23
<i>Figura 8</i> – Percentual de escolas com acessibilidade .....	24
<i>Figura 9</i> – Percentual de escolas com <i>internet</i> banda larga .....	24
<i>Figura 10</i> – Percentual de domicílios com acesso à <i>internet</i> .....	25
<i>Figura 11</i> – Taxa de frequência escolar líquida por nível de escolaridade .....	26
<i>Figura 12</i> – Taxa de matrículas no ensino superior (para cada mil habitantes) .....	26
<i>Figura 13</i> – Taxa de aprovação no ensino fundamental e no ensino médio .....	27
<i>Figura 14</i> – Taxa de reprovação no ensino fundamental e no ensino médio.....	28
<i>Figura 15</i> – Taxa de abandono no ensino fundamental e no ensino médio.....	28
<i>Figura 16</i> – Taxa de distorção idade-série no ensino fundamental e no ensino médio.....	29
<i>Figura 17</i> – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica .....	30
<i>Figura 18</i> – Taxa de analfabetismo em pessoas com 15 anos ou mais .....	31
<i>Figura 19</i> – Percentual de pessoas com ensino superior completo .....	31
<i>Figura 20</i> – Gasto anual, em reais, por pessoa em saúde no Distrito Federal .....	35
<i>Figura 21</i> – Número de leitos de internação no SUS por 100 mil habitantes .....	36
<i>Figura 22</i> – Número de leitos complementares no SUS por 100 mil habitantes .....	36
<i>Figura 23</i> – Índice de aproveitamento de leitos de internação no SUS em procedimentos cirúrgicos (dias/mês) .....	37
<i>Figura 24</i> – Cobertura vacinal de crianças menores de um ano .....	38
<i>Figura 25</i> – Percentual de mães de nascidos vivos por número de consultas pré-natal .....	39
<i>Figura 26</i> – Cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família .....	39
<i>Figura 27</i> – Cobertura populacional dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) .....	40
<i>Figura 28</i> – Notificação de novos casos de HIV/aids .....	41
<i>Figura 29</i> – Notificação de novos casos de dengue .....	42
<i>Figura 30</i> – Taxa de internação por complicações advindas do diabetes (para cada 100 mil habitantes) .....	42
<i>Figura 31</i> – Taxa de mortalidade infantil (para cada mil nascidos vivos) .....	43
<i>Figura 32</i> – Taxa de mortalidade na infância (para cada mil nascidos vivos) .....	44
<i>Figura 33</i> – Taxa de mortalidade materna (para cada 100 mil nascidos vivos) .....	44

## Sumário

<b>Apresentação</b> .....	8
<b>Prefácio</b> .....	9
<b>Sumário executivo do Diagnóstico do Desenvolvimento Social do Distrito Federal</b> .....	10
<b>Diagnóstico do Desenvolvimento Social do Distrito Federal</b> .....	13
<b>1. Combate à pobreza e à extrema pobreza</b> .....	14
1.1. Concentração de renda no DF: índice de Gini .....	15
1.2. Programas de transferência de renda .....	15
1.3. Conclusão.....	19
<b>2. Elevação da escolaridade</b> .....	21
2.1. Indicadores de recursos .....	22
2.2. Indicadores de inserção .....	25
2.3. Indicadores de rendimento escolar .....	26
2.4. Indicador de qualidade .....	29
2.5. Indicadores de impacto .....	30
2.6. Conclusão .....	31
<b>3. Promoção da saúde</b> .....	34
3.1. Indicadores de recursos .....	35
3.2. Indicadores de cobertura .....	37
3.3. Indicadores de resultado – morbidade e mortalidade .....	41
3.4. Conclusão .....	44
<b>Recursos previstos no PPA 2012-2015 para o Desenvolvimento Social do DF</b> .....	46
<b>Glossário de Indicadores</b> .....	48

## ***Apresentação***

A Codeplan, por meio de sua Diretoria de Estudos e Políticas Sociais, apresenta o **Diagnóstico do Desenvolvimento Social do Distrito Federal - Pobreza, educação e saúde**, no qual aborda as três políticas públicas estratégicas para o desenvolvimento social do Distrito Federal, inseridas no Plano Plurianual do Distrito Federal (PPA 2012-2015): a) Combate à Pobreza e à Extrema Pobreza; b) Elevação da Escolaridade; e c) Promoção da Saúde.

Com mais este trabalho, a Codeplan renova seu empenho em disponibilizar aos órgãos governamentais e à sociedade em geral informações sobre o Distrito Federal, com a certeza de que os dados e análises permitirão, cada vez mais, a implementação de políticas públicas voltadas ao bem-estar da comunidade.

**Ivelise Longhi**

*Presidente*

## ***Prefácio***

O Brasil vem se destacando mundialmente, desde o governo Lula, pela adoção de políticas sociais que, de um lado, proporcionam a proteção social da população de forma mais ampla, consistente e continuada, em especial daquelas famílias e pessoas mais vulneráveis e em situação de pobreza e extrema pobreza; e, de outro lado, possibilitam a promoção social do conjunto da população brasileira.

No campo das políticas de proteção social, incluem-se saúde, previdência social, assistência social, transferência de renda e segurança alimentar e nutricional. No campo das políticas de promoção social, inserem-se educação, cultura, trabalho e inclusão produtiva. Essas políticas guardam estreita relação com a política nacional de redução da pobreza e erradicação da extrema pobreza – o Plano Brasil Sem Miséria -, lançado, no início de 2011, pela presidenta Dilma Rousseff, consubstanciado no Distrito Federal pelo Plano DF Sem Miséria, lançado no mesmo período, em âmbito local, pelo governador Agnelo Queiroz.

Em 2011, o Governo do Distrito Federal (GDF) enfrentou muitas dificuldades decorrentes da grave crise política e institucional vivenciada em 2009 e 2010, o que o levou a promover mudanças na organização e funcionamento da máquina administrativa, recuperando a ação do Estado e redirecionando políticas e prioridades. No final de 2011, foi então aprovado o PPA para o período 2012-2015, com base no Planejamento Estratégico realizado pelo novo governo. Em 2012, o governo começa a acelerar o ritmo, colocando no centro de suas prioridades o monitoramento e a avaliação das políticas, programas e ações estratégicas, cuja gestão e resultados serão sistematicamente acompanhados, por meio da Casa Civil da Governadoria, em articulação com as Secretarias de Estado, Empresas Públicas e Administrações Regionais.

O diagnóstico social aqui apresentado consiste em uma colaboração técnica da equipe da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais sintonizada com essas prioridades. Refere-se, entre outras, a três políticas públicas estratégicas para o desenvolvimento social do Distrito Federal e que estão inseridas no Plano Plurianual do Distrito Federal (PPA 2012-2015): a) Combate à Pobreza e à Extrema Pobreza; b) Elevação da Escolaridade; e c) Promoção da Saúde.

A Codeplan pretende dar continuidade à sistematização de estudos, diagnósticos e análises das políticas sociais, objetivando subsidiar o governo no aperfeiçoamento das políticas públicas que possibilitem melhorar as condições de vida da população do Distrito Federal.

**Oswaldo Russo de Azevedo**  
Diretor de Estudos e Políticas Sociais

### **1. Combate à pobreza e à extrema pobreza**

- No período de 2007 a 2009, a concentração de renda aumentou, com a elevação do Índice de Gini de 0,614 para 0,624.
- No período de 2007 a 2011, o Programa Bolsa Família apresentou cobertura de cerca de 70% das famílias elegíveis<sup>1</sup> anualmente. A exceção ocorreu em 2010, quando a cobertura do PBF foi cerca de 90% das famílias elegíveis.
- No período de 2007 a 2011, o número de idosos e deficientes atendidos pelo Benefício de Prestação Continuada aumentou gradativamente, de 31.109 para 44.276 beneficiários.
- No período de 2007 a 2010, o percentual de famílias em situação de extrema pobreza (renda domiciliar mensal de até R\$ 70,00 por pessoa) reduziu de 2,7% para 1,6%, com pico de 3,1% de famílias em situação de extrema pobreza em 2008. No período de 2007 a 2009, o percentual de famílias em situação de pobreza (renda domiciliar mensal de R\$ 70,01 a R\$ 140,00 por pessoa) reduziu de 6,1% para 3,6%.
- No período de 2007 a 2011, o número de crianças e adolescentes inseridos no Programa de Erradicação do Trabalho Infantil reduziu gradativamente de 4.490 para 1.490 pessoas atendidas.
- No período de 2007 a 2010, o número de crianças de 10 a 14 em condição de ocupação economicamente ativa aumentou de cerca de quatro mil para 10.162 crianças e adolescentes nessa condição.

### **2. Elevação da escolaridade**

- No período de 2007 a 2011, o gasto do GDF na área de educação, incluindo os recursos provenientes do Fundo Constitucional, aumentou de R\$ 7.793,25 para R\$ 10.199,55 por aluno.
- No período de 2007 a 2010, a média de alunos por turma na creche, pré-escola, ensino fundamental e ensino médio ficou estável e abaixo do limite máximo recomendado<sup>2</sup>. A exceção é o ensino médio, cuja média de alunos por turma foi de 36,7 em 2010, e o limite máximo recomendado é de 35 alunos por turma.
- No período de 2007 a 2011, o percentual de escolas com sanitários e vias acessíveis para deficientes aumentou de 46,2% para 64,7% das escolas em funcionamento.
- No período de 2008 a 2011, o percentual de escolas com acesso à *internet* banda larga aumentou de 58,0% para 84,4% das escolas em funcionamento.

<sup>1</sup> Conforme definido pelo suplemento da PNAD/IBGE de 2006, valor utilizado como referência pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

<sup>2</sup> Conforme definido pela Projeto de Lei do Senado 504/11.

- No período de 2007 a 2010, a taxa de frequência escolar líquida aumentou em todos os níveis de ensino. Na creche, aumentou de 5,8% para 10,1%; na pré-escola, de 39,9% para 56,8%; no ensino fundamental, de 94,1% para 98,6%; e no ensino médio, de 49,0% para 58,2%.
- No período de 2007 a 2010, a taxa de matrículas no ensino superior aumentou de 51,7 para 61,4 matrículas em cada 100 mil habitantes.
- No período de 2007 a 2010, a taxa de aprovação aumentou de 83,8% para 88,7% no ensino fundamental. No ensino médio, a taxa de aprovação aumentou de 71,1% para 82,0% entre 2007 e 2008, e caiu para 74,8% em 2010.
- A taxa de reprovação no ensino fundamental caiu de 14,4% para 8,9% entre 2007 e 2008, e aumentou para 10,1% em 2010. No ensino médio, a taxa de reprovação caiu de 20,9% para 13,0% entre 2007 e 2008, e aumentou para 18,6% em 2010.
- No período de 2007 a 2010, a taxa de abandono caiu de 1,8% para 1,2% no ensino fundamental. No ensino médio, a taxa de abandono variou nesse período, atingindo 6,6% em 2010.
- No período de 2007 a 2010, a taxa de distorção idade-série caiu de 25,0% para 17,9% no ensino fundamental. No ensino médio, a taxa de distorção idade-série caiu de 37,3% para 26,1% entre 2007 e 2008, e manteve-se estável em torno de 29% em 2009 e 2010.
- Entre 2007 e 2009, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) aumentou de 5,0 para 5,6 nas séries iniciais do ensino fundamental, e de 4,0 para 4,4 nas séries finais do ensino fundamental. No ensino médio, o IDEB caiu de 4,0 para 3,8 no mesmo período.
- No período de 2007 a 2010, a taxa de analfabetismo para as pessoas de 15 anos de idade ou mais se manteve estável, com média de 3,47% da população nessa faixa etária.
- No período de 2007 a 2010, o percentual de pessoas com ensino superior completo aumentou de 22,8% para 25,6% da população com 25 anos de idade ou mais.

### 3. Promoção da saúde

- No período de 2007 a 2011, o gasto do GDF na área de saúde, incluindo os recursos provenientes do Fundo Constitucional, aumentou de R\$ 1.330,82 para R\$ 1.669,58 por habitante.
- No período de 2007 a 2011, o número de leitos de internação no SUS manteve-se estável, atingindo 176,5 leitos para cada 100 mil habitantes.
- No período de 2007 a 2011, o número de leitos complementares no SUS aumentou de 8,8 para 23,0 leitos para cada 100 mil habitantes.
- No período de 2008 a 2010, o índice de aproveitamento de leitos de internação no SUS em procedimentos cirúrgicos diminuiu de 15,4 para 13,4 dias por mês, e aumentou para 14,1 dias por mês em 2011.

- A cobertura vacinal de crianças menores de um ano de idade aumentou de 86,4% para 90,5% entre 2007 e 2008, e diminuiu para 86,2% em 2011.
- No período de 2007 a 2010, o percentual de mães de nascidos vivos com sete ou mais consultas pré-natal aumentou de 61,1% para 68,6%. Nesse mesmo período, o percentual de mães de nascidos vivos com até três consultas pré-natal manteve-se estável, em cerca de 8,0%.
- No período de 2007 a 2011, a cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família aumentou de 16,3% para 32,0% da população.
- No período de 2007 a 2011, a cobertura populacional dos Centros de Atenção Psicossocial aumentou de 0,1 para 0,25 equipamento para cada 100 mil habitantes.
- No período de 2007 a 2010, o número de notificações de novos casos de HIV/aids aumentou de 189 para 406 casos por ano, e diminuiu para 226 novos casos em 2011.
- O número de notificações de novos casos de dengue diminuiu para menos de mil casos em 2009. Em 2010, houve um pico de quase 16 mil notificações, e queda para pouco menos de quatro mil casos em 2011.
- Em 2007 e 2008, a taxa de internação por complicações advindas do diabetes era cerca de 10 internações por 100 mil habitantes por ano. Em 2009 e 2010, a taxa caiu para aproximadamente 8,5 internações por 100 mil habitantes por ano.
- No período de 2007 a 2010, a taxa de mortalidade infantil aumentou de 11,1 para 12,7 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, e a taxa de mortalidade na infância aumentou de 13,3 para 14,3 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos.
- A taxa de mortalidade materna aumentou de 38,5 para 58,9 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos entre 2007 e 2008, e caiu para 47,4 em 2010.

## ***Diagnóstico do Desenvolvimento Social do Distrito Federal***

O desenvolvimento social de áreas geográficas específicas, como bairros, municípios, estados e países, está intimamente ligado ao impacto e ao processo de implantação de políticas públicas – princípios norteadores de ação do poder público que, quando explicitados, sistematizados e transformados em regras e procedimentos, delineiam a relação entre o Estado e a sociedade, com vistas ao bem coletivo. Assim, as políticas públicas visam ampliar e efetivar direitos de cidadania, promover o desenvolvimento e responder a demandas dos diversos setores da sociedade.

O Governo do Distrito Federal tem adotado a cultura do monitoramento de suas políticas públicas para subsidiar a avaliação e o impacto de seus resultados, o que demanda a construção e a avaliação de indicadores. Os indicadores são instrumentos que permitem identificar e mensurar aspectos relacionados a um determinado tema no Distrito Federal. Sua principal finalidade é traduzir, de forma mensurável, determinado aspecto de uma realidade, de maneira a tornar operacional sua observação e avaliação.

Há algumas décadas, a importância garantida aos indicadores econômicos passou também a ser atribuída a indicadores sociais. Os governos passaram a verificar o atrelamento dos resultados econômicos de países, regiões e estados às condições sociais que suas populações enfrentavam. Mais que isso, organismos internacionais como o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), estabeleceram objetivos e metas de desenvolvimento social e passaram a estimular o acompanhamento de índices relacionados a esses objetivos. Dentro deste contexto, o acompanhamento de aspectos sociais comuns a países, regiões e estados passou a ser essencial.

O objetivo deste relatório é abarcar a realidade social e as principais políticas públicas do Distrito Federal relativas a três temas: (1) combate à pobreza e à extrema pobreza; (2) elevação da escolaridade; e (3) promoção da saúde. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 aborda esses três temas, o primeiro enquanto um objetivo fundamental, e a educação e a saúde como direitos sociais. Em consonância com a legislação federal, a Lei Orgânica do Distrito Federal estabelece como competência deste ente federado, em comum com a União, combater as causas da pobreza, proporcionar os meios de acesso à educação e prestar serviços de assistência à saúde.

Nesse contexto, o monitoramento dos aspectos sociais e das políticas públicas executadas pelo Governo do Distrito Federal torna-se importante ferramenta para a

retroalimentação do sistema governamental para o refinamento da gestão pública. Saber quais áreas e quais programas sociais apresentam aspectos a serem aprimorados é fundamental à gestão pública e ao desenvolvimento social do ente federado. Para este fim, serão expostas séries estatísticas de elementos ou aspectos centrais de cada um dos três temas explicitados nas seções a seguir.

## **1. Combate à pobreza e à extrema pobreza**

A Constituição Federal estabelece a erradicação da pobreza e da marginalização e a redução das desigualdades sociais e regionais como objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil. Para cumprir esses objetivos, o Plano Brasil sem Miséria foi instituído pelo Decreto nº 7.942, de dois de junho de 2011. Esse Plano busca a superação da situação de extrema pobreza da população em todo o território nacional, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações. Participam dessa articulação o Programa Bolsa Família (PBF), o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC), o Programa de Qualificação para a Copa (QualiCopa) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), entre outros.

Com a instituição do Plano, cada um dos entes federados passou também a ser responsável pelo alcance das metas estipuladas em seu nível executivo, monitorando programas de transferência de renda e instaurando programas de complementação de renda. O Governo do Distrito Federal, a fim de complementar o Plano federal, instituiu o Plano DF Sem Miséria, pela Lei nº 4.601, de 14 de julho de 2011, com o intuito de beneficiar e focalizar suas políticas na população abaixo da linha da pobreza extrema, sem deixar de lado a população pobre, incluindo metas de expansão dos benefícios e serviços por meio de articulação intersetorial e da inclusão produtiva.

O novo contexto da política social demanda por um monitoramento que avalie a efetividade ou não do Estado em garantir acesso a condições básicas de vida a sua população, por meio da evolução de indicadores como o índice de Gini e o percentual de famílias extremamente pobres (com renda *per capita* entre R\$ 0,00 e R\$ 70,00) e de famílias pobres (com renda *per capita* entre R\$ 70,01 e R\$ 140,00). Índices como os especificados medem o impacto de programas e políticas do governo na realidade socioeconômica observada. Ademais, a eficiência ou não de políticas que buscam impactar a maneira como é distribuída a renda pode ser verificada no acompanhamento de características de programas-chave que pretendem enfrentar ou solucionar a desigualdade socioeconômica. As subseções a seguir

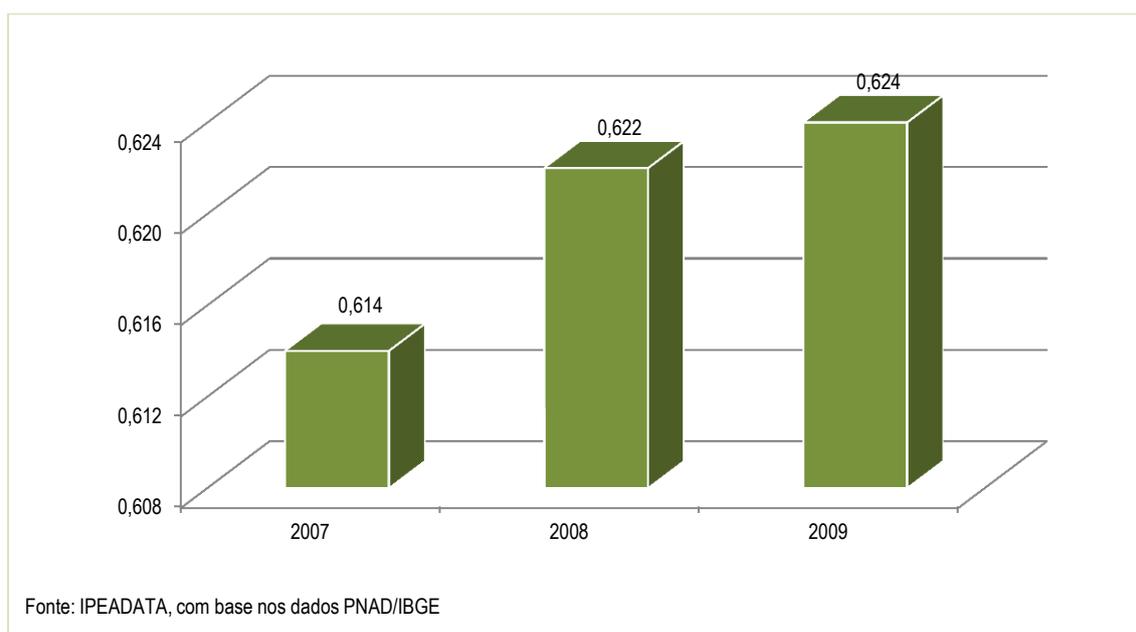
apresentarão dados seriados sobre a efetividade e a eficiência do Distrito Federal para lidar com a pobreza e com a extrema pobreza nos últimos anos.

### 1.1. Concentração de renda no DF: índice de Gini

A concentração de renda em uma população específica pode ser avaliada pelo índice de Gini, que mensura o grau de desigualdade na distribuição da renda domiciliar *per capita* entre os indivíduos. Seu valor pode variar de zero, quando não existe desigualdade entre as rendas de todos os indivíduos da população, até um, quando a desigualdade é máxima e apenas um indivíduo detém toda a renda da sociedade.

Embora fosse esperada uma variação quase nula desse indicador entre anos contíguos como os de 2007, 2008 e 2009, foi observado seu crescimento, o que sugere que as desigualdades de renda na população aumentaram nesse período (Figura 1).

Figura 1. Evolução do índice de Gini



### 1.2. Programas de transferência de renda

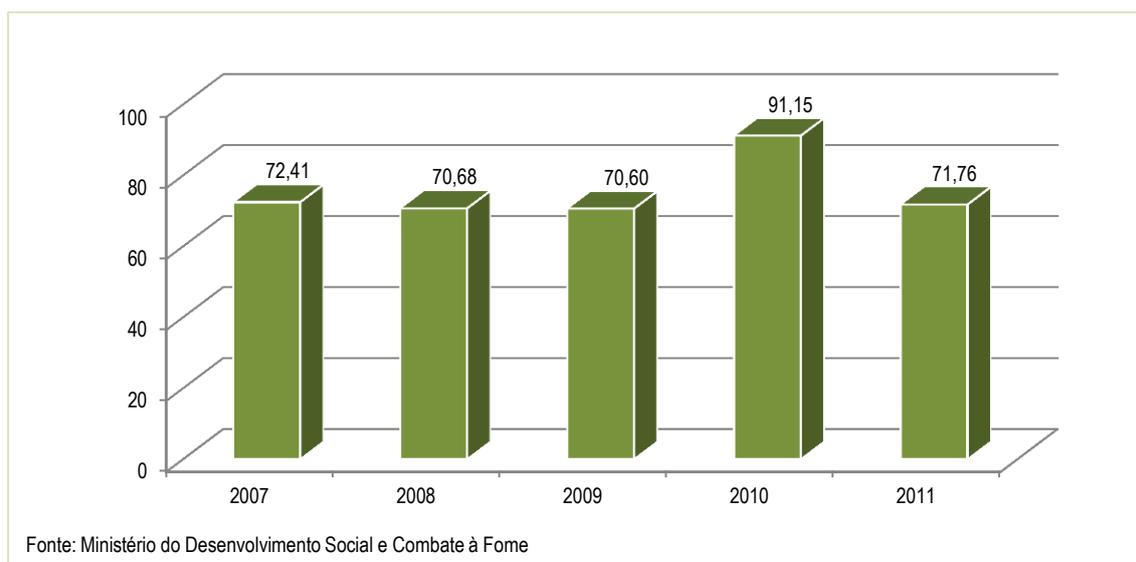
Programas de transferência de renda impactam diretamente na renda domiciliar obtida por famílias pobres e extremamente pobres, afetando indiretamente também a distribuição de renda e as desigualdades observadas entre famílias de uma dada população. Os principais programas de transferência de renda instituídos pelo Governo Federal e executados

pelos municípios e pelo Distrito Federal com foco em famílias de baixa renda são: Programa Bolsa Família (PBF), Benefício de Prestação Continuada (BPC) e Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI).

O Programa Bolsa Família é um programa de transferência de renda que beneficia famílias em situação de extrema pobreza (renda domiciliar mensal de R\$ 0,00 a R\$ 70,00 *per capita*) e famílias em situação de pobreza (renda domiciliar mensal de R\$ 70,01 a R\$ 140,00 *per capita*), garantindo a essas famílias acréscimos entre R\$ 32,00 e R\$ 306,00 à renda familiar. Além disso, o programa tem como principais eixos a transferência de renda, as condicionalidades e os programas complementares, geridos nas várias esferas do poder executivo e coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). No Distrito Federal, a partir da Lei nº 4.737, de 29 de dezembro de 2011, foi instituída a suplementação do benefício do Programa Bolsa Família, com o intuito de garantir uma renda domiciliar mínima de R\$ 100,00 *per capita*.

O percentual de cobertura do PBF<sup>3</sup> no Distrito Federal, entre os anos de 2007 e 2011, ficou em torno de 70% das famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza, o que sugere um alcance ainda parcial dessas famílias (Figura 2). A única exceção a essa tendência foi o ano de 2010, quando o percentual de cobertura do PBF chegou a 91,15% das famílias pobres e extremamente pobres.

**Figura 2. Percentual de cobertura do Programa Bolsa Família**

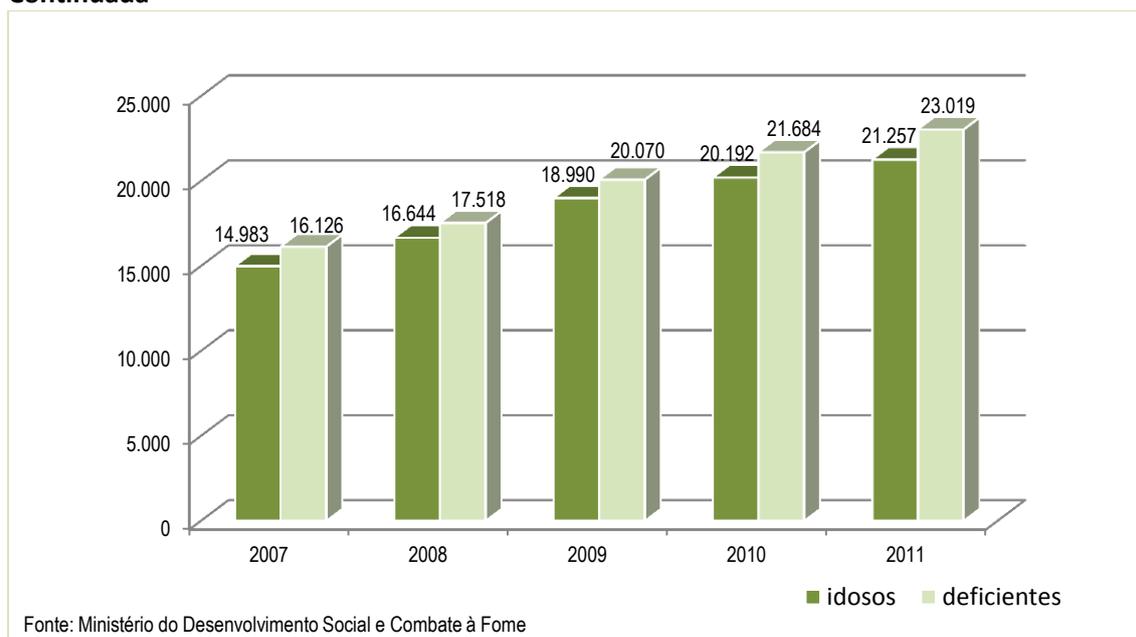


<sup>3</sup> O número de famílias pobres para a base de cálculo da cobertura é o dado pelo suplemento da PNAD/IBGE de 2006, valor utilizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome para calcular o número de famílias elegíveis ao programa em cada município.

O Benefício de Prestação Continuada faz parte da Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O BPC é individual, não vitalício e intransferível, garantindo a renda de um salário mínimo ao idoso (idade igual ou superior a 65 anos de idade) ou à pessoa com deficiência, membro de família com renda mensal familiar *per capita* inferior a um quarto de salário mínimo. A gestão desse benefício é realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e sua operacionalização é realizada pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

A quantidade de idosos e de deficientes inseridos no BPC<sup>4</sup> aumentou continuamente entre os anos de 2007 e 2011. Nesse período, o número de idosos beneficiários passou de 14.983 para 21.257, enquanto o número de deficientes passou de 16.126 para 23.019 (Figura 3). Esses dados sugerem que o BPC está cada vez mais alcançando o público ao qual é destinado, seja ele de idosos ou de deficientes.

**Figura 3. Número de idosos e de deficientes beneficiários do Benefício de Prestação Continuada**

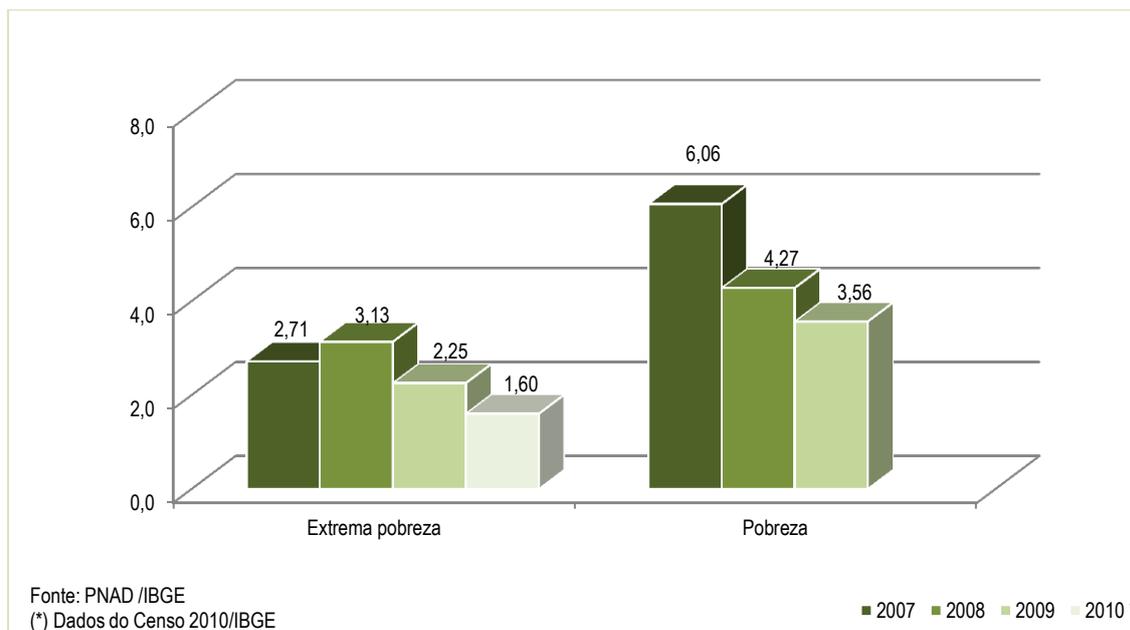


O impacto dos programas de transferência de renda implantados pelo governo pode ser avaliado pela prevalência de famílias em situação de extrema pobreza (renda domiciliar mensal de R\$ 0,00 a R\$ 70,00 *per capita*) e de famílias em situação de pobreza (renda domiciliar mensal de R\$ 70,01 a R\$ 140,00 *per capita*) residentes no Distrito Federal.

<sup>4</sup> Também foram contabilizados os idosos beneficiários do programa Renda Mensal Vitalícia (RMV), que antecedeu o BPC e possui o mesmo objetivo.

É possível observar que, entre 2007 e 2010, o percentual de famílias extremamente pobres diminuiu, passando de 2,71% em 2007 para 1,60% em 2010. A única exceção para a tendência foi o ano de 2008, quando o percentual de famílias pobres aumentou 0,42 ponto percentual em relação ao ano anterior. Quanto ao percentual de famílias pobres, foi possível verificar também sua diminuição, passando de 6,06% para 3,56% em 2009 (Figura 4).

**Figura 4. Percentual de famílias em situação de extrema pobreza e de pobreza**

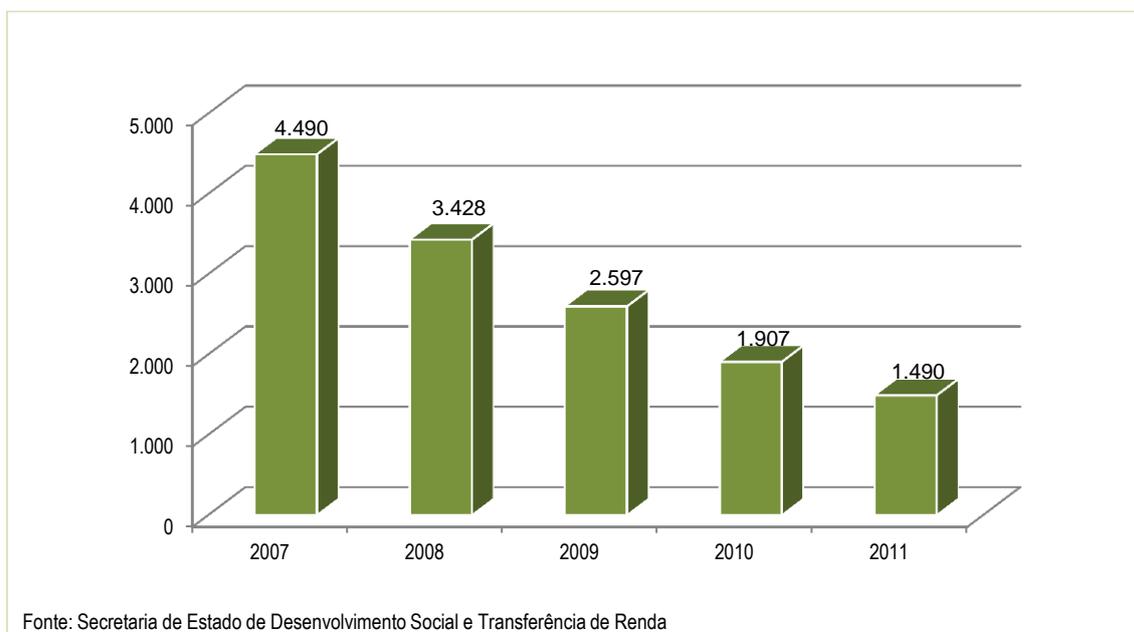


O trabalho infantil é um problema grave associado principalmente às faixas de renda mais baixas. Nesse sentido, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), para além da transferência de renda, busca diminuir a incidência de trabalho infantil entre crianças e adolescentes com até 16 anos de idade que não sejam aprendizes, situação legal a partir dos 14 anos de idade. O PETI também compõe o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e possui como eixos básicos a transferência direta de renda, serviços de convivência e fortalecimento de vínculos para crianças/adolescentes e o acompanhamento familiar por meio de unidades da rede socioassistencial. Para ter direito ao benefício, é exigido das famílias que todas as crianças e adolescentes com até 16 anos de idade sejam retirados de atividades de trabalho e exploração e que aqueles com idade até 18 anos sejam retirados das atividades previstas na Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Instituída pelo Decreto nº 6.481, de 12 de junho de 2008.

O total de crianças e adolescentes atendidos pelo PETI decresceu continuamente e destacadamente entre os anos de 2007 e 2011, passando de 4.490 para 1.490 ao final do período considerado (Figura 5).

**Figura 5. Número de crianças e adolescentes inseridos no Programa de Erradicação do Trabalho Infantil**



A diminuição no atendimento às crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil pelo PETI foi acompanhado de um crescimento no número de crianças e adolescentes de 10 a 14 anos de idade em situação de trabalho. De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE), o número de crianças e adolescentes economicamente ativos nessa faixa etária era cerca de quatro mil em 2007. Em 2010, o Censo Demográfico (IBGE) contou 10.162 crianças e adolescentes economicamente ativos, entre ocupados e desocupados. Esses dados sugerem que os programas que buscam a diminuição do trabalho infantil não estavam sendo efetivos nos anos considerados, deixando de incluir crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil.

### 1.3. Conclusão

Entre as estratégias de combate à pobreza analisadas, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) é a que avançou mais nos últimos anos, por meio do aumento gradativo do número de beneficiários idosos e deficientes. Em contraposição, a cobertura do Programa

Bolsa Família (PBF) ficou bem abaixo da meta prevista pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, que é de pouco mais de 108 mil famílias. Portanto, é possível inferir que o BPC tenha impactado mais do que o PBF na diminuição dos percentuais de famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza observada no mesmo período. Contudo, não se pode descartar o impacto de outras políticas, voltadas à geração de emprego e renda, e do desenvolvimento econômico do Distrito Federal na redução da pobreza e da extrema pobreza.

Vale destacar ainda o percentual de cobertura do PBF no ano de 2010, que está bem acima dos demais anos. Enquanto a média da cobertura do PBF de 2007 a 2009 e 2011 fica em torno de 70%, o valor da cobertura em 2010 foi 20 pontos percentuais mais alto, cerca de 90%. É preciso realizar uma pesquisa mais detalhada para elucidar esse fato.

Quanto à política de combate ao trabalho infantil, o número de crianças e adolescentes atendidos diminuiu bruscamente no período analisado. Essa redução é acompanhada por um aumento gradativo no número de crianças e adolescentes de 10 a 14 anos em situação de trabalho infantil. No período de 2007 a 2010, esse número mais do que dobrou. Portanto, é preciso haver uma atenção maior a essa questão social, que impede muitas crianças e adolescentes de frequentarem a escola e de se prepararem adequadamente para o mercado de trabalho, a fim de contribuir para quebrar o ciclo da pobreza entre gerações.

De forma geral, para que o Governo do Distrito Federal atinja o objetivo de erradicar a extrema pobreza, conforme explicitado do Plano DF sem Miséria, é importante que haja maior dedicação às políticas sociais. O Plano DF sem Miséria é o primeiro passo para inserir essa pauta como prioridade do Governo.

## 2. Elevação da escolaridade

Acompanhar as políticas de educação e verificar sua efetividade em promover a elevação da escolaridade é um dos pontos fundamentais para analisar o desenvolvimento social de um determinado local.

A Constituição Federal de 1988 estabelece a educação como direito de todos e dever do Estado e da família. Além de ser um direito social, a educação é um pré-requisito para o usufruto dos demais direitos civis, políticos e sociais, emergindo como componente básico dos direitos do homem. Proporcionar os meios de acesso à educação é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. O dever do Estado se constitui na garantia de: (a) educação básica obrigatória e gratuita dos quatro aos 17 anos de idade; (b) progressiva universalização do ensino médio gratuito; (c) atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino; (4) educação infantil, em creche e pré-escola, às crianças de até cinco anos de idade; e (e) acesso aos níveis mais elevados do ensino.

O Plano Nacional de Educação estabelece a forma de funcionamento do sistema nacional de educação, a partir de ações integradas dos poderes públicos das diferentes esferas federativas que conduzam à erradicação do analfabetismo, à universalização do atendimento escolar, e à melhoria da qualidade do ensino. Nesse contexto, a Lei Orgânica do Distrito Federal define que o poder público deve garantir o ensino fundamental obrigatório e gratuito e a progressiva extensão da obrigatoriedade e gratuidade ao ensino médio, além de assegurar o atendimento a crianças em creches e pré-escolas. Essa lei prevê ainda o atendimento educacional especializado, em todos os níveis, aos superdotados e aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino, resguardadas as necessidades de acompanhamento e adaptação, e garantidos os materiais e equipamentos adequados.

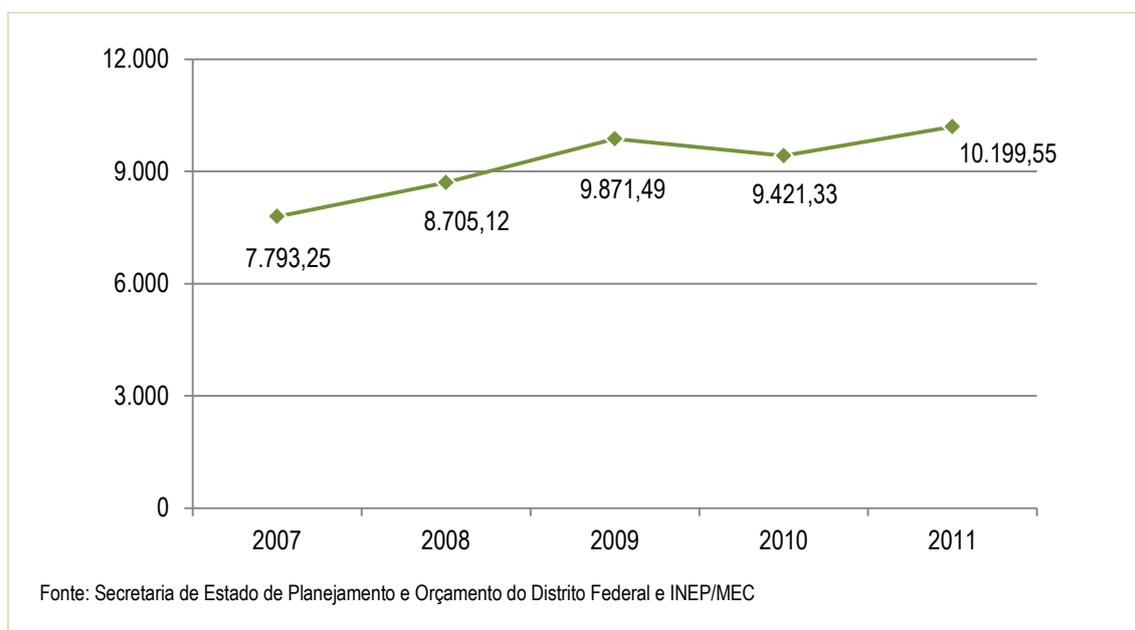
A política educacional deve ser acompanhada para verificar se o Estado está sendo efetivo em garantir o acesso à educação de qualidade, por meio de indicadores que evidenciem os recursos disponíveis para os programas educacionais, a inserção da população nos serviços de educação, o progresso dos alunos nos níveis de escolaridade, a qualidade do serviço ofertado e o impacto dessa política na elevação da escolaridade. As subseções a seguir apresentarão indicadores de recursos disponíveis para a educação, de inserção de pessoas nos diversos níveis de escolaridade, de rendimento escolar, de qualidade do ensino e de impacto na elevação da escolaridade da população.

## 2.1 Indicadores de recursos

Indicadores de recurso dizem respeito aos insumos disponíveis à execução da política de educação, sejam eles relacionados ao investimento do dinheiro público ou às estruturas pública e domiciliar existentes.

O gasto anual em educação por aluno no Distrito Federal aumentou entre 2007 e 2011 (Figura 6). O valor por aluno repassado pelo Fundo Constitucional foi reduzido no período, passando de R\$ 4.974,75, em 2007, para R\$ 3.663,24, em 2011. O valor por aluno injetado pelo Distrito Federal, no entanto, cresceu bastante no período, passando de R\$ 2.818,51 para R\$ 6.536,30. O gasto total anual por aluno variou de R\$ 7.793,25 em 2007 a R\$ 10.199,55 em 2011.

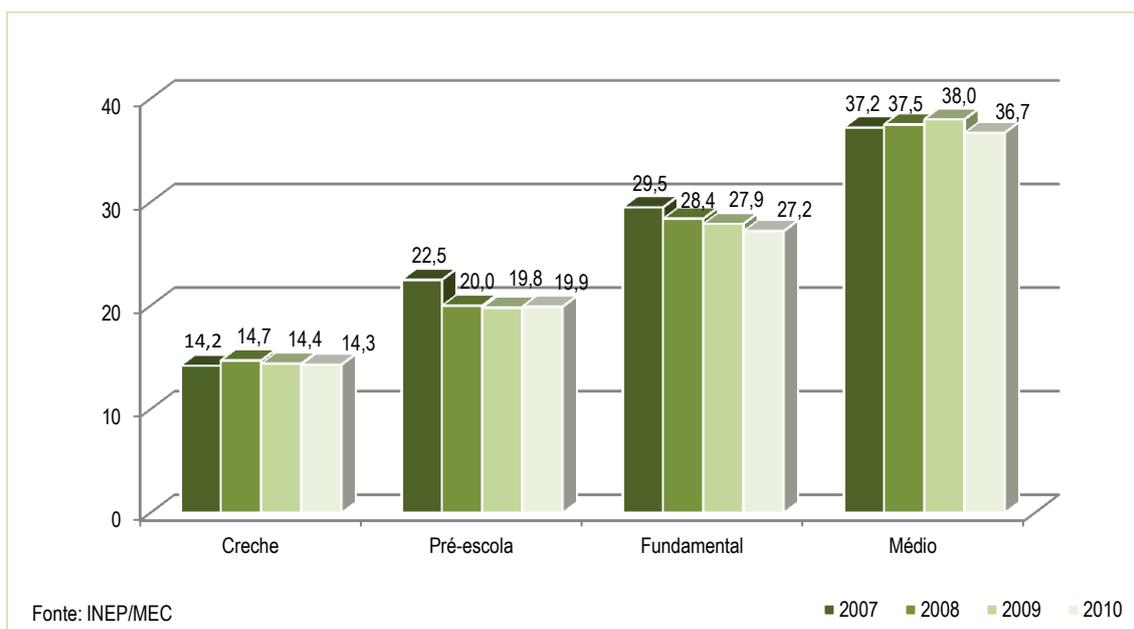
**Figura 6. Gasto anual\*, em reais, por aluno no Distrito Federal**



\*Valor total liquidado, somadas as fontes locais e do Fundo Constitucional, corrigido conforme o INPC (valores de dez/2011).

A média de alunos por turma permite avaliar se existe um número adequado de salas de aula em cada nível de ensino – creche, pré-escola, ensino fundamental e ensino médio. A média de alunos por turma em todos os níveis manteve-se estável no período de 2007 a 2010, com leve redução somente para turmas da pré-escola e do ensino fundamental (Figura 7). A diminuição do número de alunos nas turmas de pré-escola pode estar vinculada à implantação do ensino fundamental de nove anos, instituído pela Lei nº 11.274, de 06 de fevereiro de 2006.

**Figura 7. Média de alunos por turma por nível de escolaridade**

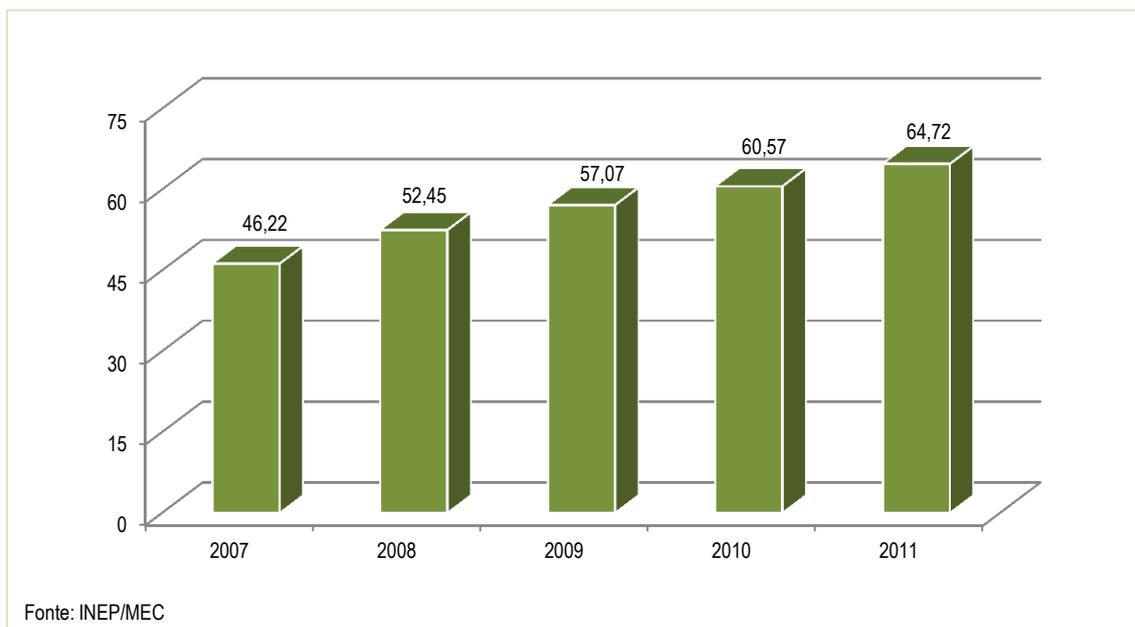


O Projeto de Lei do Senado (PLS) 504/11, ainda a ser votado, define o limite máximo de 25 alunos por sala na pré-escola e nas duas primeiras séries do ensino fundamental, além do limite máximo de 35 alunos por sala nos anos subsequentes do ensino fundamental e no ensino médio. De acordo com esse parâmetro, somente o número de alunos por turma no ensino médio ainda permanecia superior ao limite máximo recomendado em 2010. Esse indicador sugere, portanto, a necessidade de construir novas escolas de ensino médio.

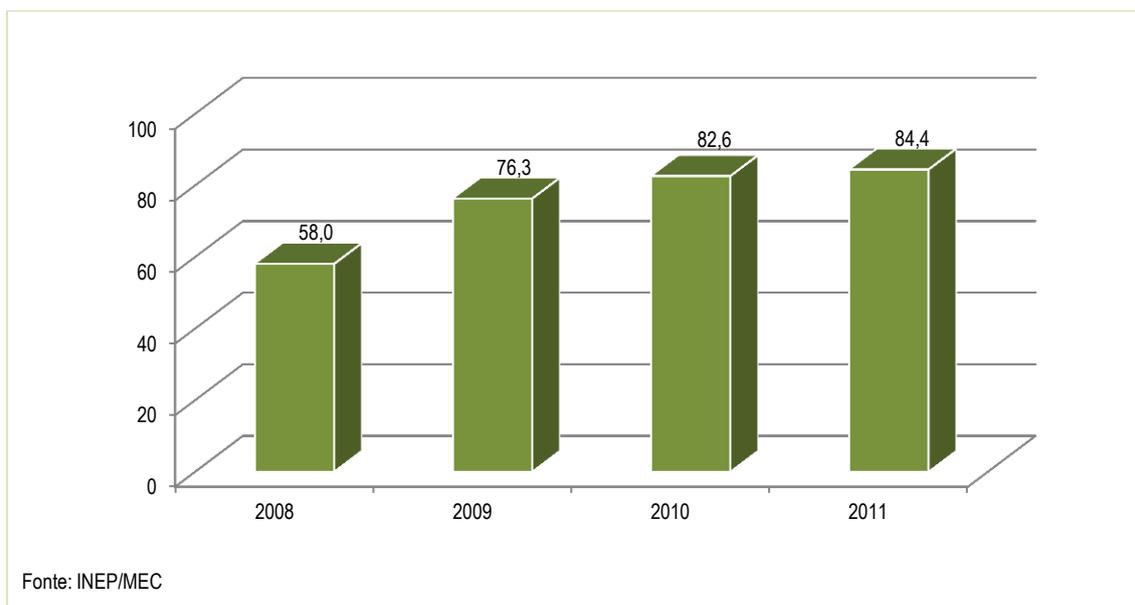
O percentual de escolas no Distrito Federal com sanitários, dependências e vias adequadas para pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida aumentou entre os anos de 2007 e 2011, passando de 46,22% para 64,72% do total de escolas em funcionamento. A análise sugere que cada vez mais escolas do ensino regular possuem estrutura adequada para a inclusão de deficientes físicos (Figura 8).

O percentual de escolas com acesso à *internet* banda larga também aumentou consecutivamente entre os anos de 2008 e 2011, passando de 58,0% para 84,4% do total de escolas em funcionamento (Figura 9). A evolução do indicador no período aponta maior possibilidade de acesso à informação no ambiente escolar, seja por alunos ou pela equipe escolar.

**Figura 8. Percentual de escolas com acessibilidade**

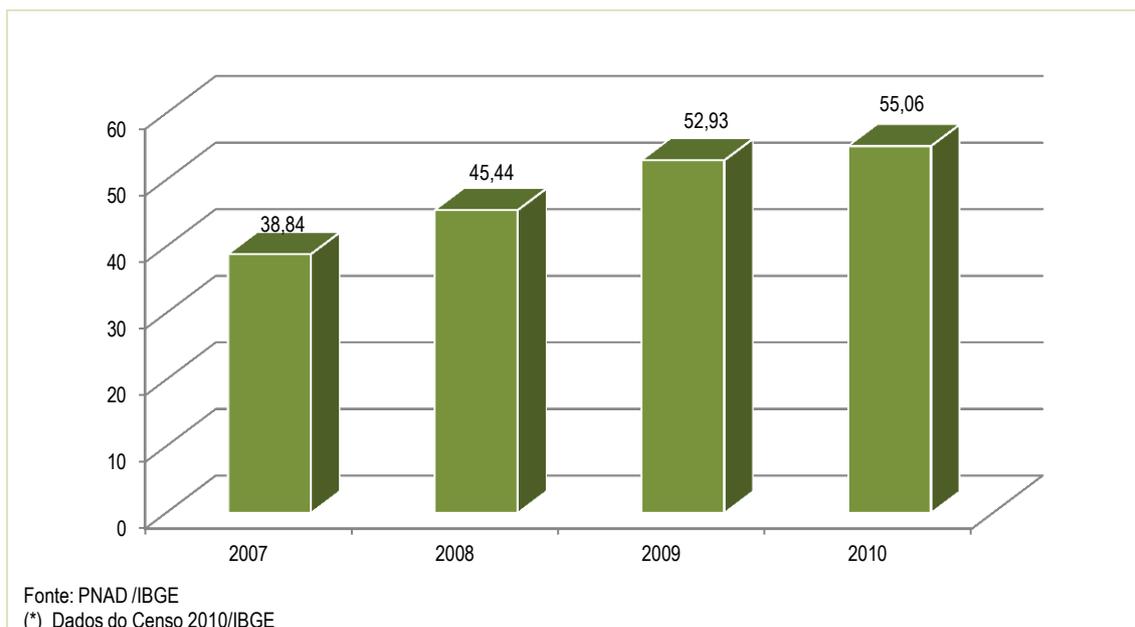


**Figura 9. Percentual de escolas com *internet* banda larga**



Finalmente, o percentual de domicílios que possuíam microcomputador com acesso à *internet*, indicador de recurso disponível no domicílio que pode contribuir com a educação, também aumentou entre os anos de 2007 e 2010, passando de 38,84% para 55,06% do total de domicílios do Distrito Federal (Figura 10). O dado sugere maior acesso à *internet* da população do Distrito Federal como um todo no ano de 2010 e, como consequência, acesso à informação.

**Figura 10. Percentual de domicílios com acesso à internet**



## 2.2 Indicadores de inserção

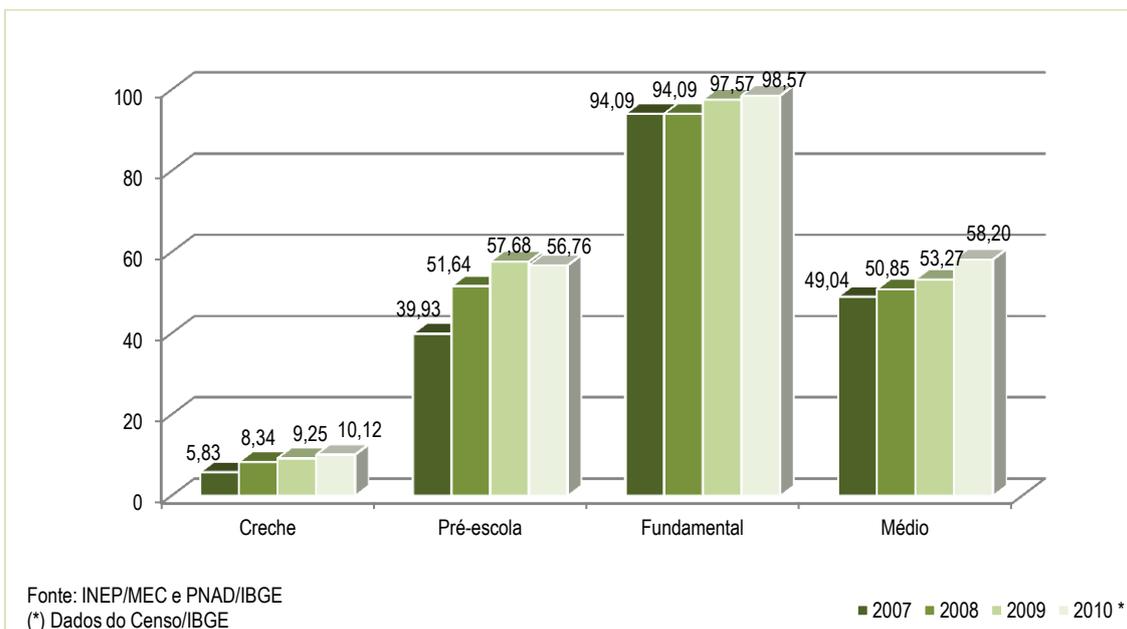
Indicadores de inserção representam e quantificam a inclusão de públicos específicos, normalmente por faixa etária, nos diferentes níveis de escolaridade.

A taxa de frequência escolar líquida representa o percentual de pessoas de zero a três anos, entre quatro e cinco anos, entre seis e 14 anos e entre 15 e 17 anos, que frequenta, respectivamente, creches, pré-escolas, o ensino fundamental e o ensino médio. Entre os anos de 2007 e 2010, a taxa de frequência escolar líquida aumentou consecutivamente em creches e nos ensinos fundamental e médio (Figura 11). Na pré-escola, essa taxa aumentou entre 2007 e 2008, e manteve-se estável até 2010.

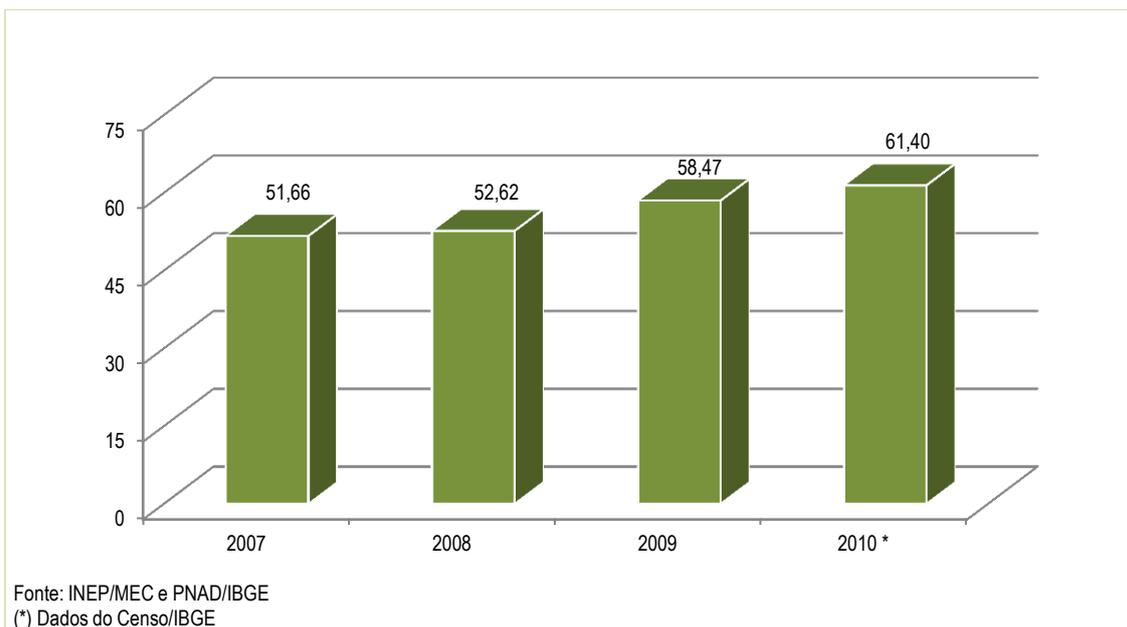
As baixas taxas de frequência escolar líquida em creches, na pré-escola e no ensino médio indicam a pequena inserção de crianças de zero a cinco anos e de adolescentes de 15 a 17 anos no nível de ensino adequado. Apenas o ensino fundamental parece abarcar um maior percentual de pessoas da faixa etária específica para aquela que é destinado.

A taxa de matrícula no ensino superior aumentou consecutivamente entre os anos de 2007 e 2010, passando de 51,66 para 61,40 pessoas inseridas no ensino superior a cada mil habitantes (Figura 12). O crescimento dessa taxa sinaliza o maior acesso da população do Distrito Federal ao ensino superior.

**Figura 11. Taxa de frequência escolar líquida por nível de escolaridade**



**Figura 12. Taxa de matrículas no ensino superior (para cada mil habitantes)**

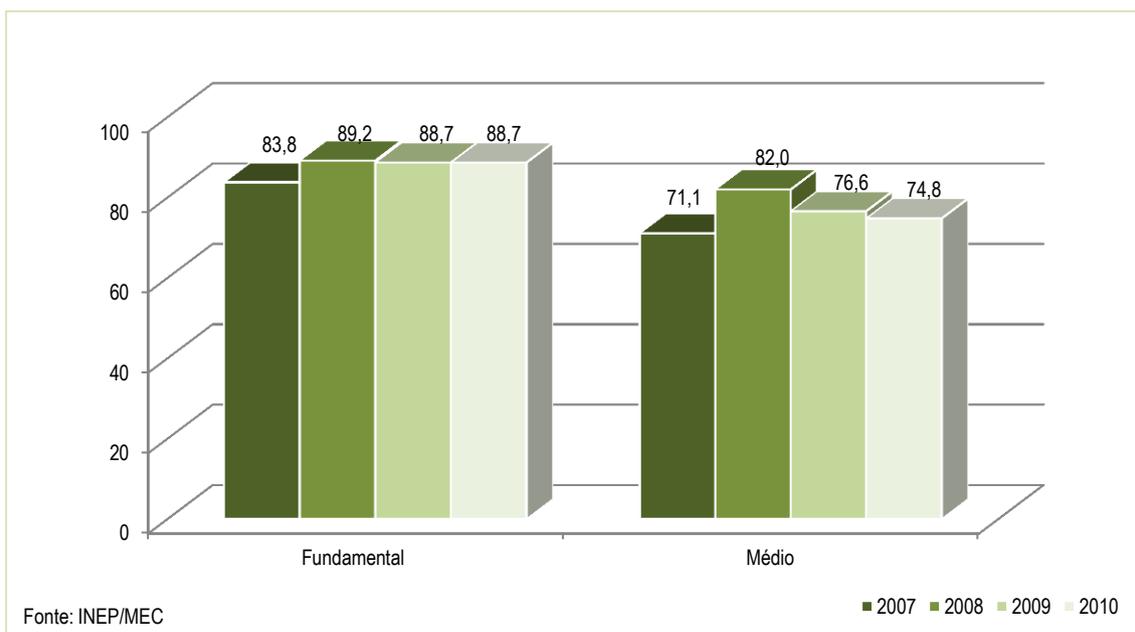


### 2.3 Indicadores de rendimento escolar

Os indicadores de rendimento remetem à progressão dos alunos dentro do sistema educacional. Dessa forma, busca-se um ensino que promova a máxima taxa de aprovação e diminua as taxas de reprovação e abandono.

A taxa de aprovação se refere ao percentual de alunos que preencheu os requisitos mínimos de aproveitamento e de frequência previstos na legislação. Entre os anos de 2007 e 2008, essa taxa aumentou tanto para o ensino fundamental quanto para o ensino médio (Figura 13). A taxa de aprovação no ensino médio decresceu nitidamente entre os anos de 2008 e 2010, indicando que menos alunos estavam sendo aprovados nesse período em comparação com o anterior. O dado pode indicar mudança nos critérios de avaliação.

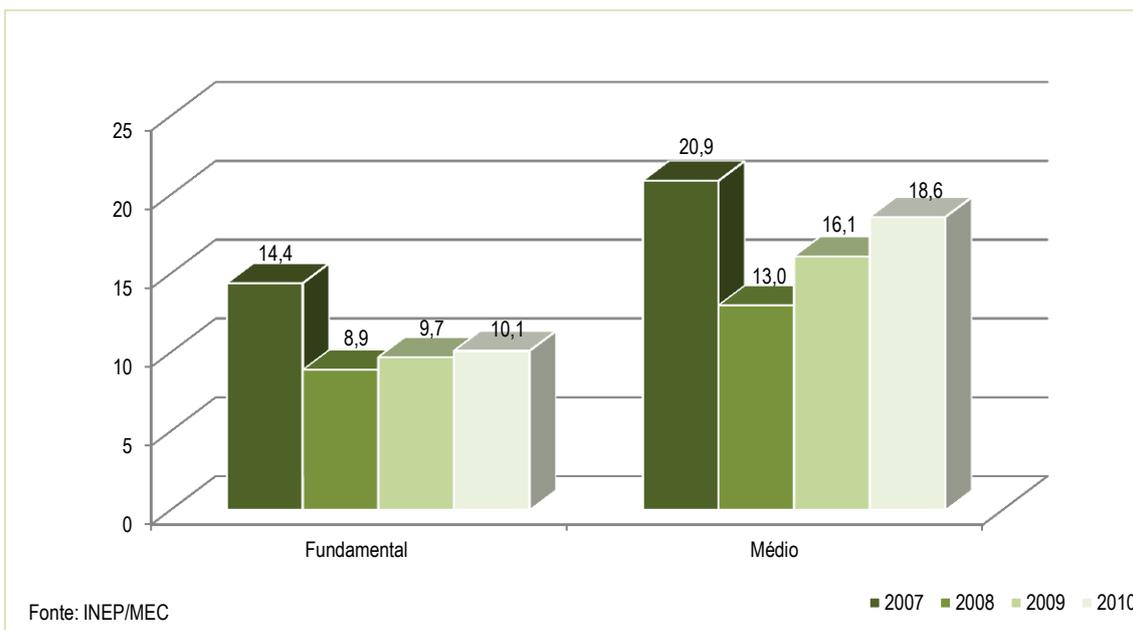
**Figura 13. Taxa de aprovação no ensino fundamental e no ensino médio**



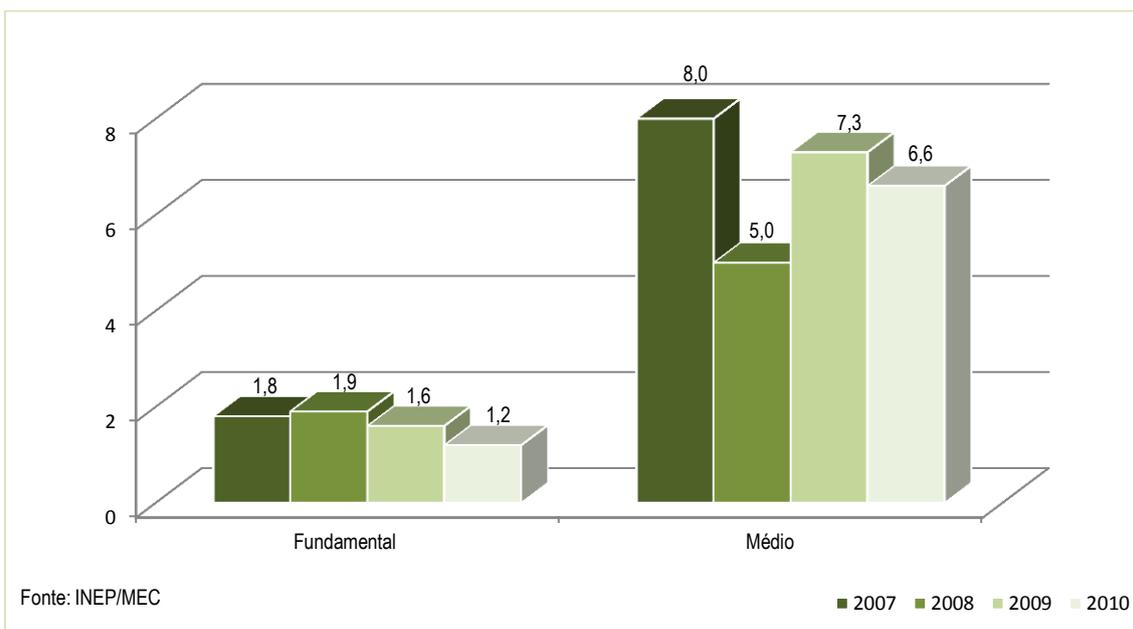
A taxa de reprovação aponta o percentual de alunos que não preencheu os requisitos mínimos de aproveitamento e de frequência previstos na legislação. Essa taxa, tanto no ensino fundamental, quanto no ensino médio, diminuiu entre os anos de 2007 e 2008, ascendendo novamente entre os anos de 2009 e 2010 (Figura 14). Ressalta-se a alta taxa de reprovação de 18,6% no ensino médio para o ano de 2010.

A taxa de abandono, definida como o percentual de alunos que deixou de frequentar a escola, manteve-se relativamente constante no ensino fundamental entre os anos de 2007 e 2010 (Figura 15). No ensino médio, essa taxa decresceu significativamente entre os anos de 2007 e 2008, ascendendo entre 2008 e 2009 e caindo levemente entre 2009 e 2010. Dessa forma, a tendência da taxa de abandono para o ensino médio variou bastante entre os anos de 2007 e 2010.

**Figura 14. Taxa de reprovação no ensino fundamental e no ensino médio**



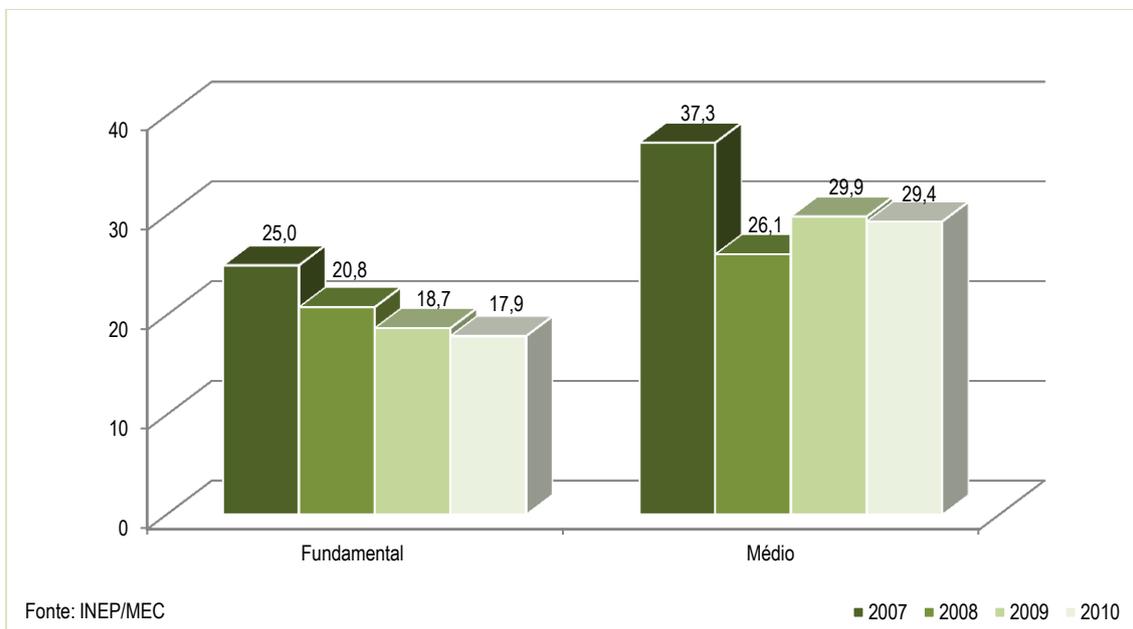
**Figura 15. Taxa de abandono no ensino fundamental e no ensino médio**



Por fim, a taxa de distorção idade-série, caracterizada como o percentual de alunos com idade superior à recomendada no nível de escolaridade considerado, decresceu consecutivamente entre os anos de 2007 e 2010 no ensino fundamental (Figura 16). Já a taxa de distorção idade-série para o ensino médio pode ter sido impactada pelas taxas de reprovação e de abandono escolar no período considerado, uma vez que a distorção parece

variar de acordo com esses indicadores. Nesse sentido, a taxa decresce entre 2007 e 2008, aumentando entre 2008 e 2009 e mantendo-se relativamente constante entre 2009 e 2010.

**Figura 16. Taxa de distorção idade-série no ensino fundamental e no ensino médio**



## 2.4 Indicador de qualidade

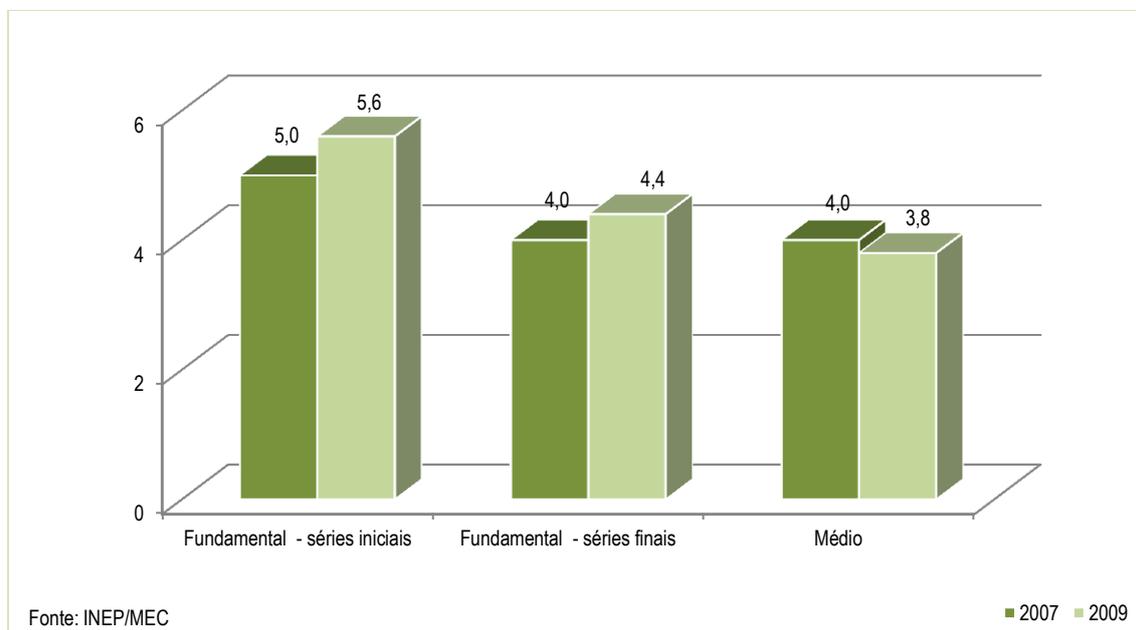
O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) é um indicador calculado a partir do desempenho dos estudantes em avaliações do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e das taxas de aprovação desses alunos. É um indicador de qualidade, que aumenta com o melhor desempenho dos alunos em avaliações do INEP e o aumento das taxas de aprovação.

Esse indicador é mensurado a partir de avaliações ao final da quarta série/quinto ano (séries iniciais) e da oitava série/nono ano (séries finais) do ensino fundamental e do terceiro ano do ensino médio. Seu valor pode variar de zero a 10. O Ministério da Educação estabeleceu como meta o alcance de IDEB igual a 6,0 pelo Brasil no ano de 2021, ano anterior ao bicentenário de independência do Brasil. Em 2009, o Brasil tinha o IDEB de 4,6 nos primeiros anos do ensino fundamental, 4,0 nos anos finais do ensino fundamental e 3,6 no ensino médio.

No Distrito Federal, esse índice aumentou levemente entre os anos de 2007 e 2009 para as séries iniciais e finais do ensino fundamental, mas diminuiu no ensino médio entre os

anos considerados (Figura 17). O IDEB no Distrito Federal ainda está acima da média nacional em todos os níveis de ensino.

**Figura 17. Índice de Desenvolvimento da Educação Básica**



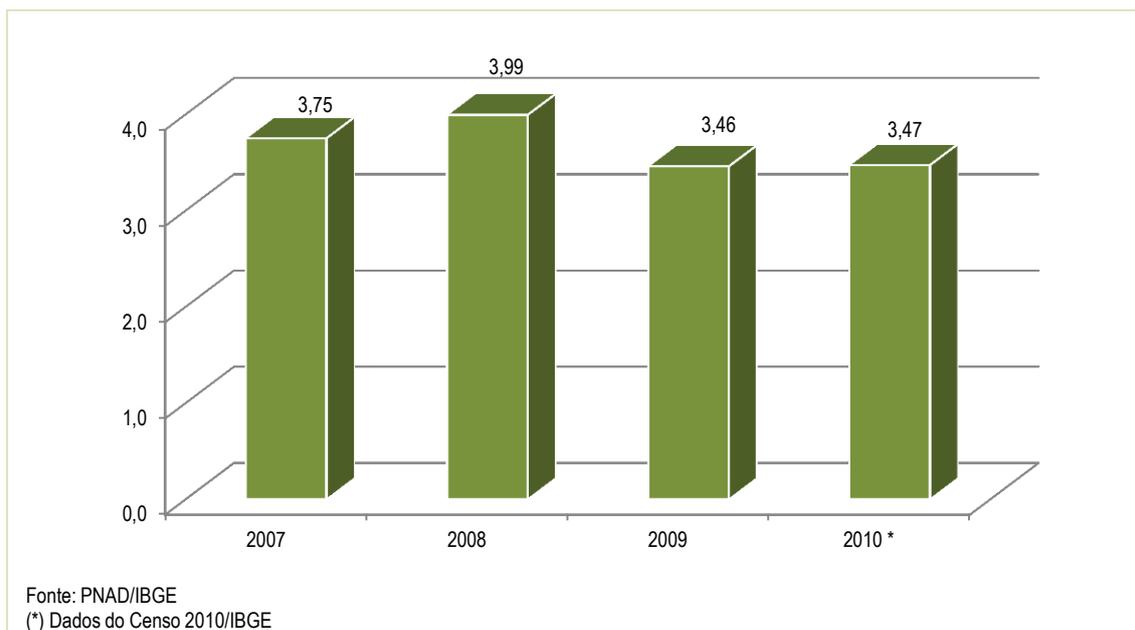
## 2.5 Indicadores de impacto

Os indicadores de impacto da educação refletem diretamente o efeito das políticas da área na realidade da população. Esses indicadores influenciam a qualidade de vida e a empregabilidade da população, que possuem relação direta com sua formação escolar.

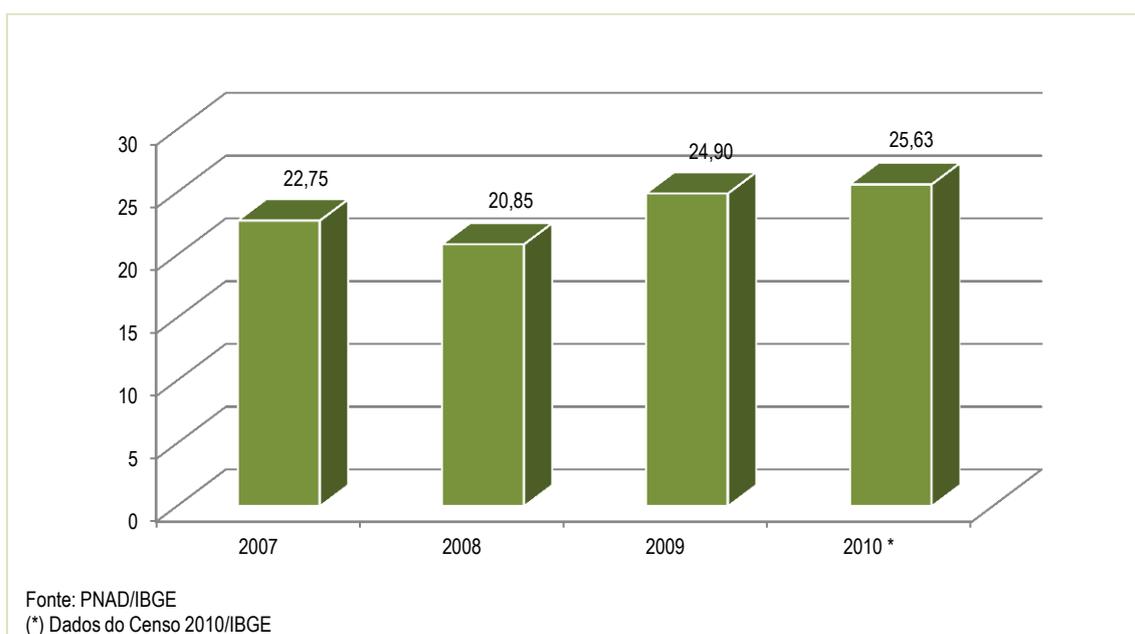
A taxa de analfabetismo para pessoas com 15 anos ou mais no Distrito Federal manteve-se relativamente constante e pequena entre os anos de 2007 e 2010, variando entre 3,99% e 3,47% (Figura 18), quase três vezes menor que a taxa de analfabetismo nacional. Mesmo assim, é necessário desenhar políticas de educação efetivas em alcançar os analfabetos ainda existentes na população do Distrito Federal.

O percentual de pessoas com ensino superior completo no Distrito Federal decresceu levemente entre os anos de 2007 e 2008 e aumentou entre os anos de 2009 e 2010, atingindo o percentual de 25,63% (Figura 19). Apesar do percentual de pessoas que concluíram o ensino superior estar aumentando, é preciso que um percentual ainda maior da população tenha formações mais específicas voltadas para as requisições do mercado econômico e a ampla expansão econômica vivenciada pelo país e pelo Distrito Federal.

**Figura 18. Taxa de analfabetismo em pessoas com 15 anos ou mais**



**Figura 19. Percentual de pessoas com ensino superior completo**



## 2.6 Conclusão

A política educacional do Distrito Federal apresentou alguns avanços nos últimos anos, principalmente no que se refere à disponibilização de estruturas adequadas nas escolas para o atendimento aos alunos. O aumento considerável de recursos financeiros para custeio da educação no período de 2007 a 2011 pode ter contribuído para esses avanços. O número de

alunos por turma está adequado aos limites sugeridos no Projeto de Lei do Senado (PLS) 504/11. A exceção é o ensino médio, que ultrapassa em apenas 1,7 alunos a meta de 35 alunos por turma. O número de escolas com vias e sanitários acessíveis a deficientes físicos e com acesso à *internet* banda larga também aumentaram gradativamente. E, mesmo em casa, o recurso da *internet* já está disponível para crianças e adolescentes em mais de 50% dos domicílios do Distrito Federal.

Quanto à inserção de crianças e adolescentes na escola, apenas o ensino fundamental apresenta índices altos de frequência escolar líquida, próximos a 100%. Os índices de inserção em creches, na pré-escola e no ensino médio aumentaram nos últimos anos. Em 2010, as taxas de frequência escolar líquida na pré-escola e no ensino médio ficaram em torno de 50%, e na creche, em torno de 10%.

Em relação à educação infantil, embora a Constituição Federal tenha estabelecido em 1988 a competência de municípios e do Distrito Federal de manter programas de pré-escola, e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996 tenha definido o dever do Estado de garantir atendimento gratuito na educação infantil, somente em 2008 foi incluído o inciso que obriga o Estado a ofertar vagas em escolas públicas próximas à residência de crianças a partir de quatro anos de idade. O deslocamento de casa para a escola pode ser um obstáculo à inserção educacional, principalmente no caso de crianças mais novas. Em relação à creche, apenas em 2006, foi estabelecido na Constituição Federal o dever do Estado de garantir vagas nesse tipo de estabelecimento, por meio de emenda constitucional. Essas lacunas na legislação podem ter contribuído para a baixa inserção de crianças com até cinco anos de idade no sistema educacional até o momento.

Em relação ao ensino médio, até 1996, a Constituição Federal previa apenas a progressiva extensão da obrigatoriedade e da gratuidade do ensino médio. Naquele ano, uma emenda constitucional alterou o texto para “progressiva universalização do ensino médio gratuito”. Na Lei de Diretrizes e Bases da Educação, o texto só foi alterado em 2009. Além das lacunas na legislação, a necessidade de inserção dos adolescentes de 15 a 17 anos de idade no mercado de trabalho, principalmente aqueles de famílias de baixa renda, pode estar contribuindo para a baixa inserção desse público no sistema educacional. A dificuldade de inserção de adolescentes no ensino médio influencia diretamente a inserção no ensino superior, que ainda é baixa.

Os indicadores de rendimento escolar no ensino fundamental melhoraram progressivamente, com o aumento da taxa de aprovação e a redução das taxas de reprovação e abandono. O problema está localizado no ensino médio, que apresentou aumento na taxa de reprovação de 2008 a 2010, e altas taxas de abandono escolar, acima de 5% em todos os anos

analisados. Em contraposição ao ensino fundamental, o ensino médio também tem perdido em qualidade, demonstrado pela redução no valor do IDEB entre 2007 e 2009.

Quanto ao impacto, as taxas de alfabetização se mostraram baixas e estáveis entre 2007 e 2010, e houve um pequeno aumento no percentual de pessoas com nível superior nesse mesmo período. Não é possível estabelecer relações entre os indicadores apresentados de inserção e de rendimento escolar e os de impacto, pois os resultados de uma política educacional só podem ser observados a longo prazo. Entretanto, é preciso ter uma atenção especial no ensino médio, que atualmente parece ser o gargalo para o acesso ao ensino superior.

### 3. Promoção da saúde

A avaliação das políticas em saúde implantadas no Distrito Federal e de seus impactos em indicadores de saúde da população também é essencial à avaliação do desenvolvimento social.

A Constituição Brasileira de 1988 aponta que a saúde é “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Além disso, explicita que todos os entes federados, incluindo o Distrito Federal, são responsáveis por prestar serviços de atendimento à saúde, mediante o apoio da União. A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regula o Sistema Único de Saúde (SUS), também postula que o Estado deve formular e executar políticas econômicas e sociais com o objetivo de reduzir riscos de doenças e outros agravos e a fim de estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. A legislação, portanto, preserva o dever do Estado, em seus diversos níveis, em garantir serviços de saúde à população.

A Lei Orgânica do Distrito Federal também foca primordialmente a saúde, e estabelece a competência do poder público de prestar serviços de assistência à saúde da população, com o devido amparo técnico e financeiro da União. Ademais, reafirma a estrutura do SUS, obedecendo às seguintes diretrizes: atendimento integral ao indivíduo, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; descentralização administrativa da rede de serviços de saúde para as Regiões Administrativas; participação da comunidade; direito do indivíduo à informação sobre sua saúde e a da coletividade, as formas de tratamento, os riscos a que está exposto e os métodos de controle existentes; gratuidade da assistência à saúde; e integração dos serviços que executam ações preventivas e curativas adequadas às realidades epidemiológicas.

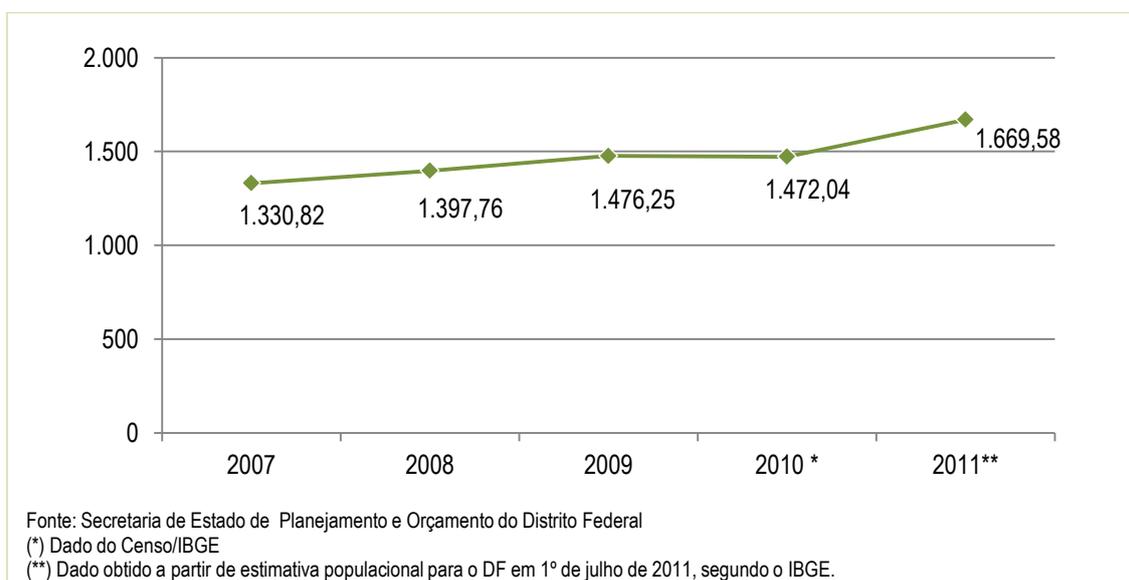
Dada a importância da prestação de serviços de saúde e o papel fundamental do Estado e de seus entes federativos, torna-se necessário avaliar as políticas públicas voltadas para a área, reorientando-as quando não efetivas. A preocupação com a eficiência e a efetividade dos serviços públicos de saúde impacta profundamente a percepção da população sobre o governo responsável por essas políticas. A seguir será exposta a evolução de indicadores de recursos disponíveis para a política de saúde, de cobertura de algumas ações e de resultado, referentes à morbidade por doenças específicas e à mortalidade na população.

### 3.1 Indicadores de recursos

Os indicadores de recurso servem para a avaliação do investimento público em saúde, expondo estatísticas relacionadas ao gasto público em saúde, número de leitos de internação e complementares e aproveitamento de leitos de internação em procedimentos cirúrgicos.

O gasto em saúde por pessoa cresceu gradativamente, mas pouco, entre 2007 e 2011, passando de R\$ 1.330,82 para R\$ 1.669,58, respectivamente. O valor repassado pelo Fundo Constitucional aumentou de R\$ 559,19, em 2007, para R\$ 876,04 por pessoa, em 2011. O valor custeado pelo Distrito Federal manteve-se relativamente estável no período.

**Figura 20. Gasto anual\*, em reais, por pessoa em saúde no Distrito Federal**



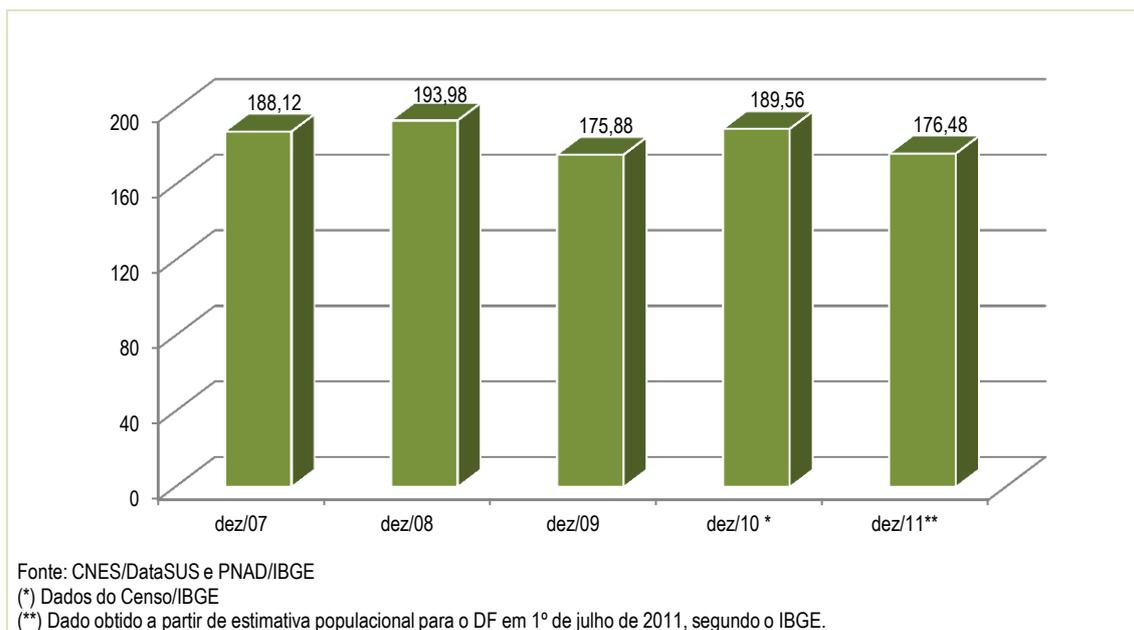
\*Valor total liquidado, somadas as fontes locais e do Fundo Constitucional, corrigido conforme o INPC (valores de dez/2011).

O número de leitos de internação no SUS disponíveis no Distrito Federal para cada 100 mil habitantes manteve-se constante entre os anos de 2007 e 2011, com média de 186 leitos de internação para cada 100 mil habitantes (Figura 21).

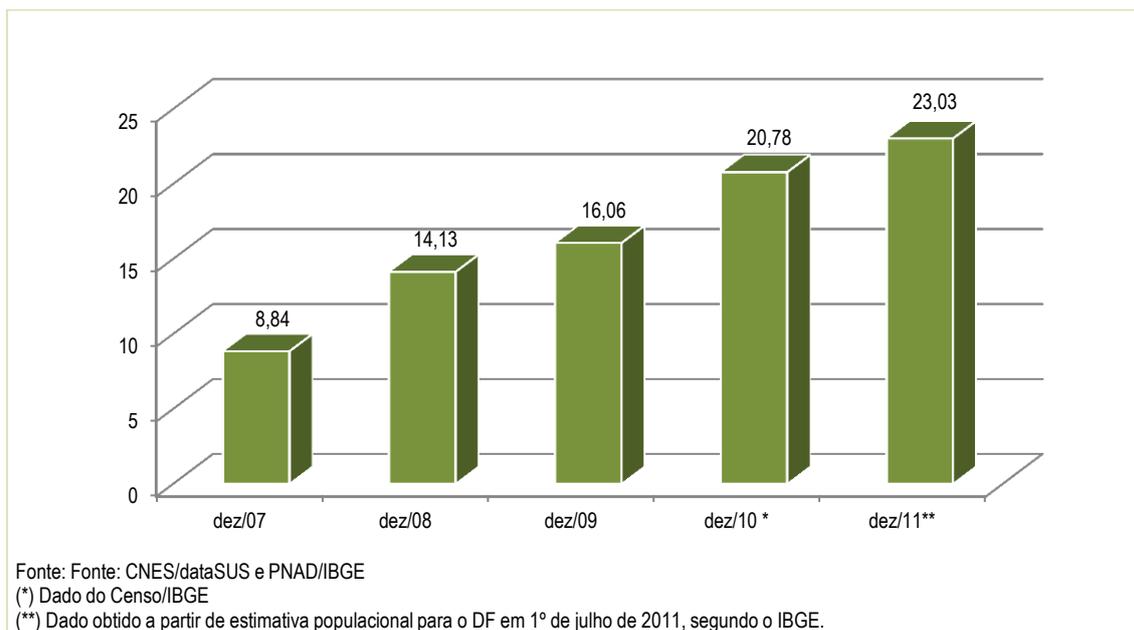
Já o indicador de número de leitos complementares<sup>6</sup> disponíveis no Distrito Federal por 100 mil habitantes apresentou tendência crescente entre os anos de 2007 e 2011, passando de 8,84 para 23,03 leitos complementares por 100 mil habitantes (Figura 22). O dado sugere um crescimento da disponibilidade desse serviço à população.

<sup>6</sup> Os leitos complementares são compostos por leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e de unidades intermediárias.

**Figura 21. Número de leitos de internação no SUS por 100 mil habitantes**

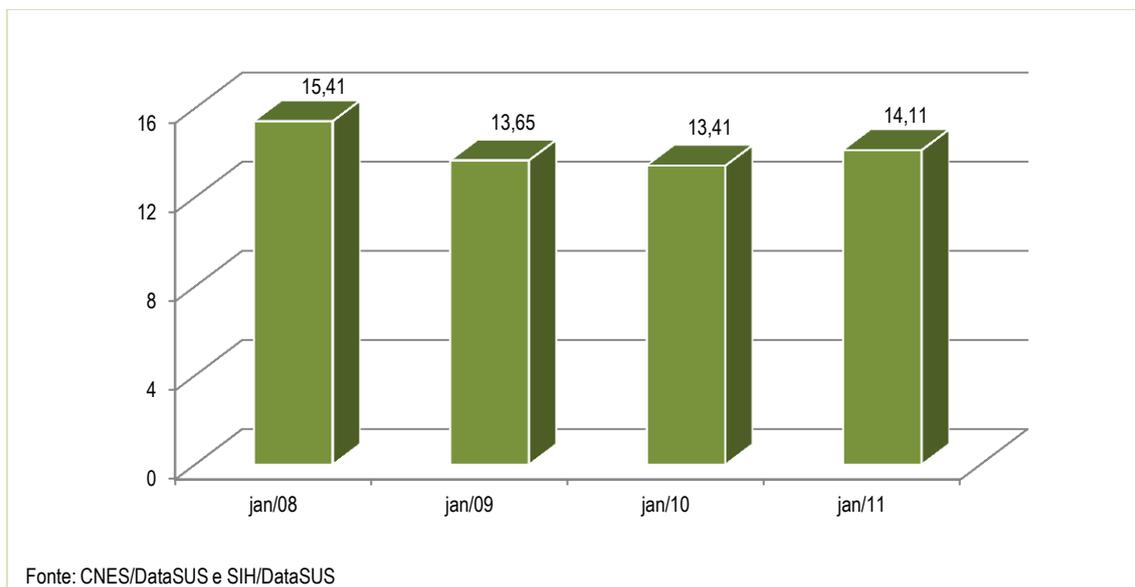


**Figura 22. Número de leitos complementares no SUS por 100 mil habitantes**



Por fim, entre 2008 e 2010, o índice de aproveitamento de leitos de internação do SUS em procedimentos cirúrgicos (dias/mês) diminuiu de 15,41 para 13,41, e em 2011 subiu para 14,11 dias por mês de utilização do leito (Figura 23). A evolução desse indicador sugere uma redução no número de dias em que os leitos de internação para cirurgia foram utilizados por mês nesse período, aumentando a ociosidade de leitos cirúrgicos, embora tenha havido uma recuperação no último ano.

**Figura 23. Índice de aproveitamento de leitos de internação no SUS em procedimentos cirúrgicos (dias/mês)**

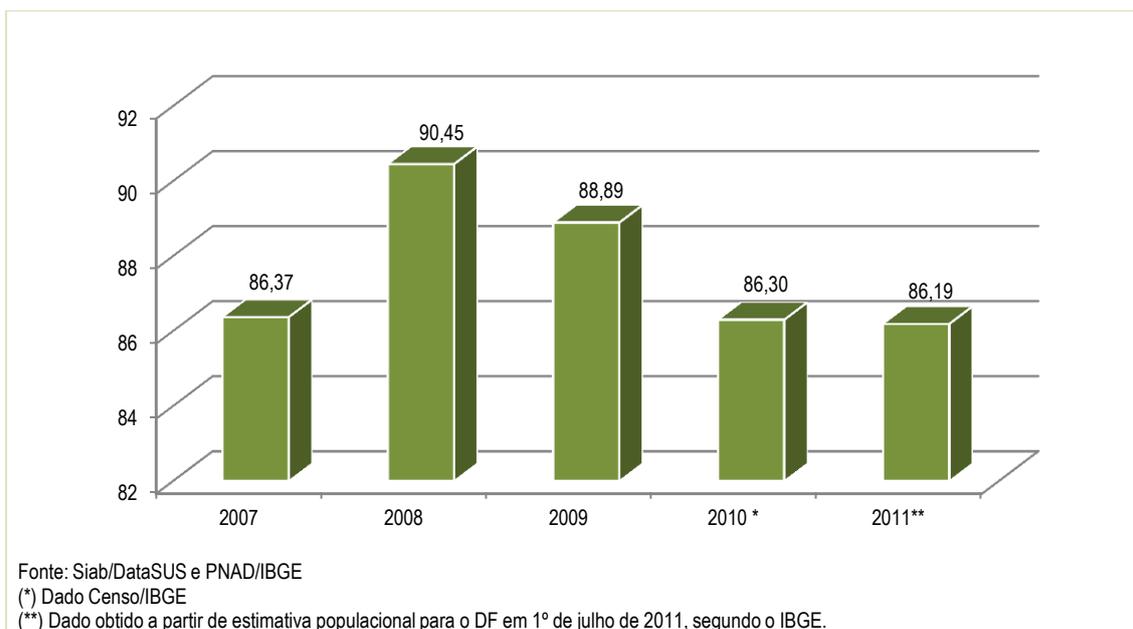


### 3.2 Indicadores de cobertura

Os indicadores de cobertura remetem ao alcance de grupos específicos pelas políticas de saúde, ao medir a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que recebeu de forma efetiva esse procedimento. Esses indicadores englobam a cobertura vacinal, a distribuição percentual de mães de nascidos vivos por número de consultas pré-natal, a cobertura populacional por equipes da Estratégia Saúde na Família (ESF) e a cobertura populacional dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

O percentual de cobertura vacinal, que considera crianças menores de um ano imunizadas conforme calendário de vacinação oficial, aumentou de 86,37% para 90,45% entre os anos de 2007 e 2008, decrescendo nos três anos subsequentes e alcançando o percentual mais baixo observado em 2011 – somente 86,19% das crianças menores de um ano foram imunizadas nesse ano (Figura 24). O decréscimo no percentual de cobertura vacinal entre os anos de 2008 a 2011 sugere que o Estado não está sendo eficiente em manter patamares elevados de imunização de crianças menores de um ano, devendo repensar estratégias de divulgação de campanhas de vacinação e melhorar a orientação da família sobre o calendário oficial, no pré-natal e no puerpério.

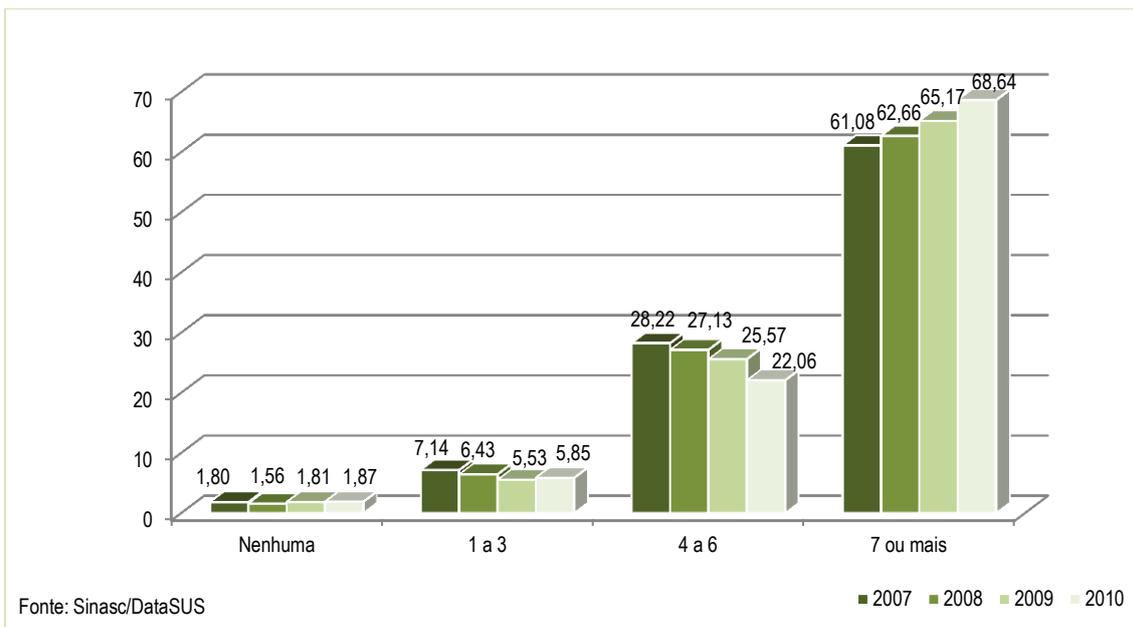
**Figura 24. Cobertura vacinal de crianças menores de um ano**



A distribuição percentual de mães de nascidos vivos por número de consultas pré-natal mostra que o percentual de mães de nascidos vivos submetidas a sete ou mais consultas pré-natal aumentou de 61,08% em 2007 para 68,64% em 2010, enquanto o percentual de mães que frequentou entre quatro e seis consultas decresceu de 28,22% para 22,06% no mesmo período de tempo (Figura 25). O percentual que compareceu a uma, duas ou três consultas decresceu de 7,14% em 2007 para 5,85% em 2010. Considerando o grupo de mães de nascidos vivos que não esteve em nenhuma consulta pré-natal durante a gestação, verificou-se uma manutenção de percentuais entre 1,80% e 1,87% na maioria dos anos considerados. A análise dos dados sugere que entre 2007 e 2010 o Estado conseguiu abarcar cada vez mais mães no grupo adequado de consultas pré-natal, aquele com sete ou mais consultas, mas o serviço ainda precisa alcançar um grupo marginalizado de gestantes.

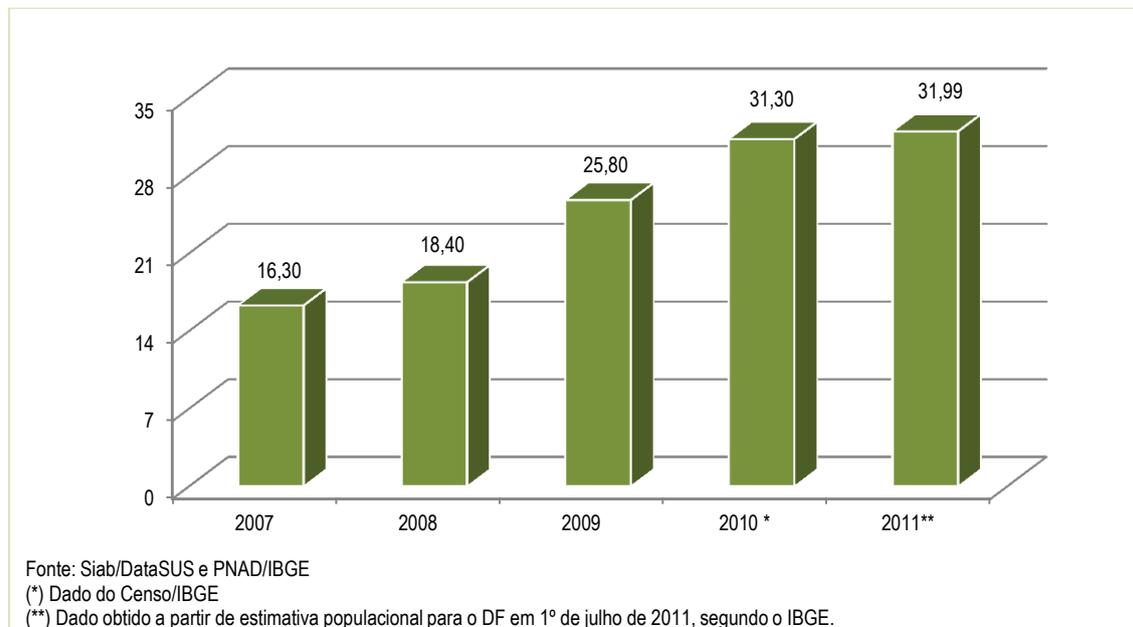
A Saúde da Família é uma estratégia definida pelo governo federal, no âmbito do Ministério da Saúde, para oferecer uma atenção básica mais resolutiva e humanizada no país. Essa estratégia atende a população por meio de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias em uma área geográfica determinada. Os profissionais inseridos nessas equipes buscam desenvolver ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, além de ações voltadas para a reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e manutenção da saúde da comunidade como um todo.

**Figura 25. Percentual de mães de nascidos vivos por número de consultas pré-natal**



Foi observado um aumento da cobertura da população pelas equipes da Estratégia Saúde da Família entre os anos de 2007 e 2011, passando de 16,30% para 31,99% da população total do Distrito Federal (Figura 26).

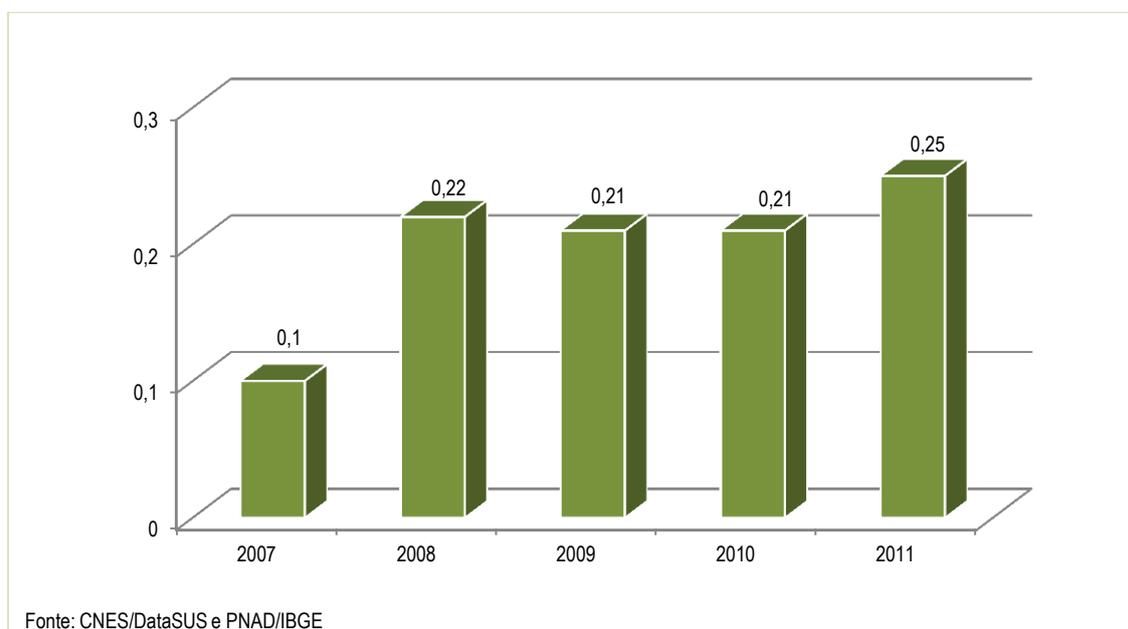
**Figura 26. Cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família**



Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) buscam oferecer atendimento a pessoas com transtornos mentais e a seus familiares, acompanhando sua situação de saúde e reinserindo socialmente seus usuários pelo acesso ao trabalho, lazer e exercício dos direitos civis. O acompanhamento de pessoas com transtornos mentais em Caps é uma estratégia importante para evitar internações em hospitais psiquiátricos e a conseqüente marginalização e isolamento dessa população. A substituição de leitos de internação por serviços abertos, como os Caps, é a principal proposta da política de saúde mental preconizada pelo Ministério da Saúde, desde 2001, quando foi promulgada a Lei 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

A cobertura da população pelos Caps aumentou de 0,10 em 2007 para 0,22 em 2008, decrescendo levemente nos anos de 2009 e 2010, quando atingiu 0,21 para cada 100 mil habitantes (Figura 27). No ano de 2011, a cobertura proporcionada pelos Caps aumentou novamente, alcançando 0,25, o que sugere um redirecionamento de políticas na área e uma preocupação em acompanhar um maior contingente de pessoas nesse ano. Entretanto, esse valor está muito aquém da orientação do Ministério da Saúde, que é de um Caps para cada 100 mil habitantes.

**Figura 27. Cobertura populacional dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)\***



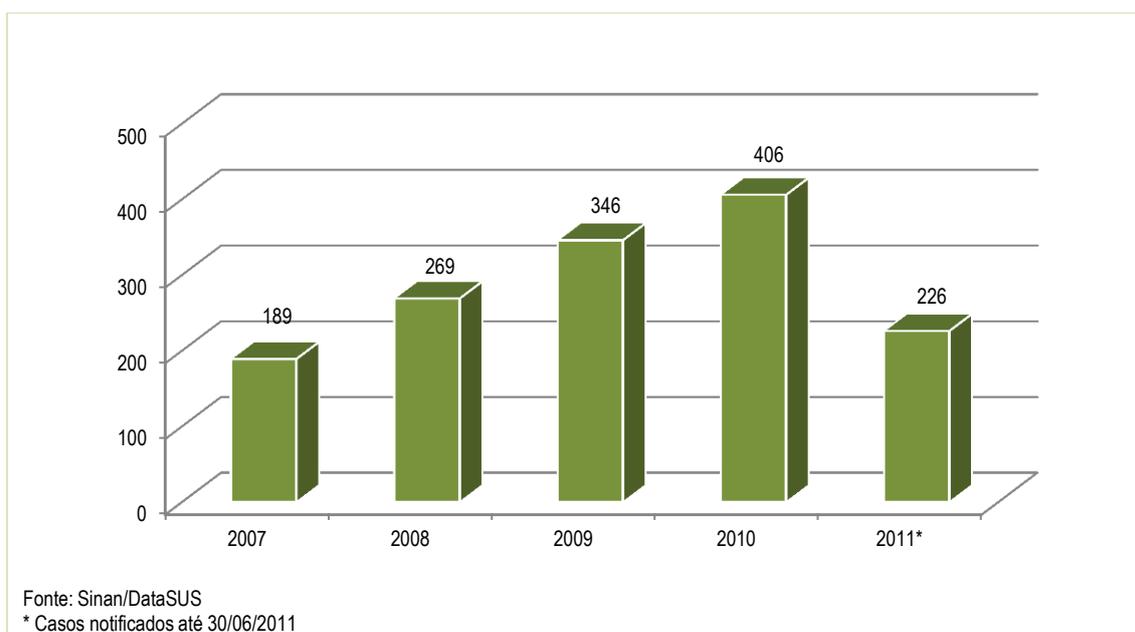
\*Cobertura ponderada conforme a cobertura prevista para cada tipo de Caps: um Caps I atende bem até 50.000 habitantes; um Caps II, um Caps ad e um Caps i atendem bem até 100.000 habitantes e um Caps III atende até 150.000 habitantes.

### 3.3 Indicadores de resultado – morbidade e mortalidade

Os indicadores de morbidade e de mortalidade permitem medir os resultados dos serviços de saúde ofertados ao aferir as condições de saúde de indivíduos e populações. Os indicadores de morbidade relacionam-se à contaminação da população por doenças específicas passíveis de prevenção e as internações por doenças crônicas. A seguir, serão apresentados indicadores de notificação de casos de HIV/aids e dengue, além da taxa de internações advindas de complicações por diabetes.

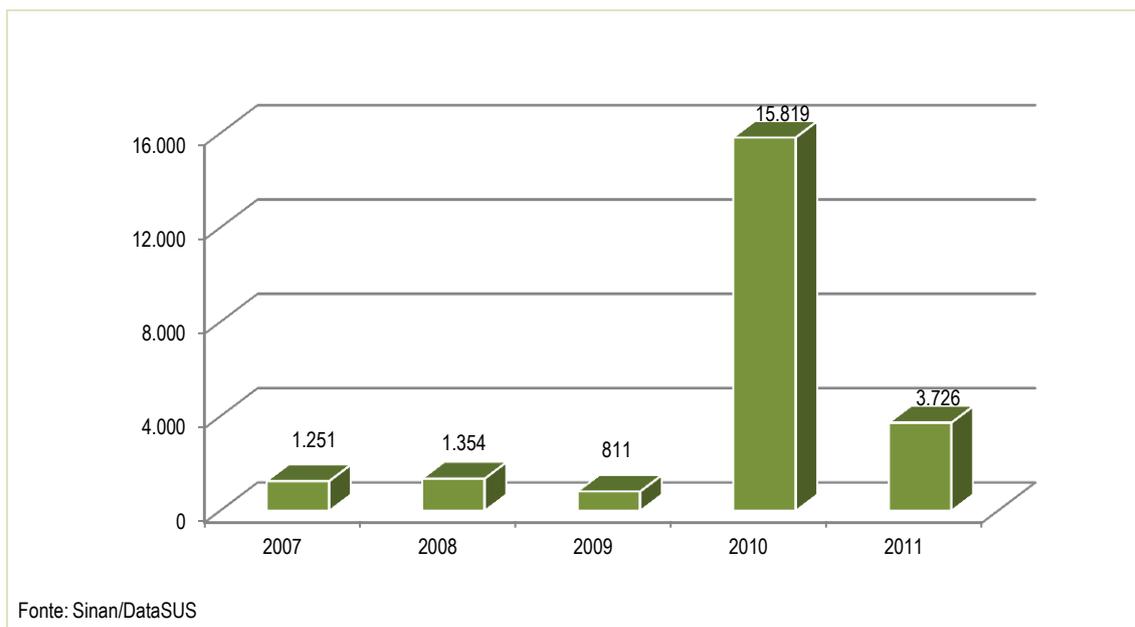
A quantidade de casos notificados de HIV/aids aumentou de 189 em 2007 para 406 em 2010 (Figura 28). Em 2011, o número de casos decresceu, totalizando 226 casos notificados. Nesse ano, as políticas parecem ter sido efetivas em diminuir a quantidade de notificações realizadas em 2010.

**Figura 28. Notificação de novos casos de HIV/aids**



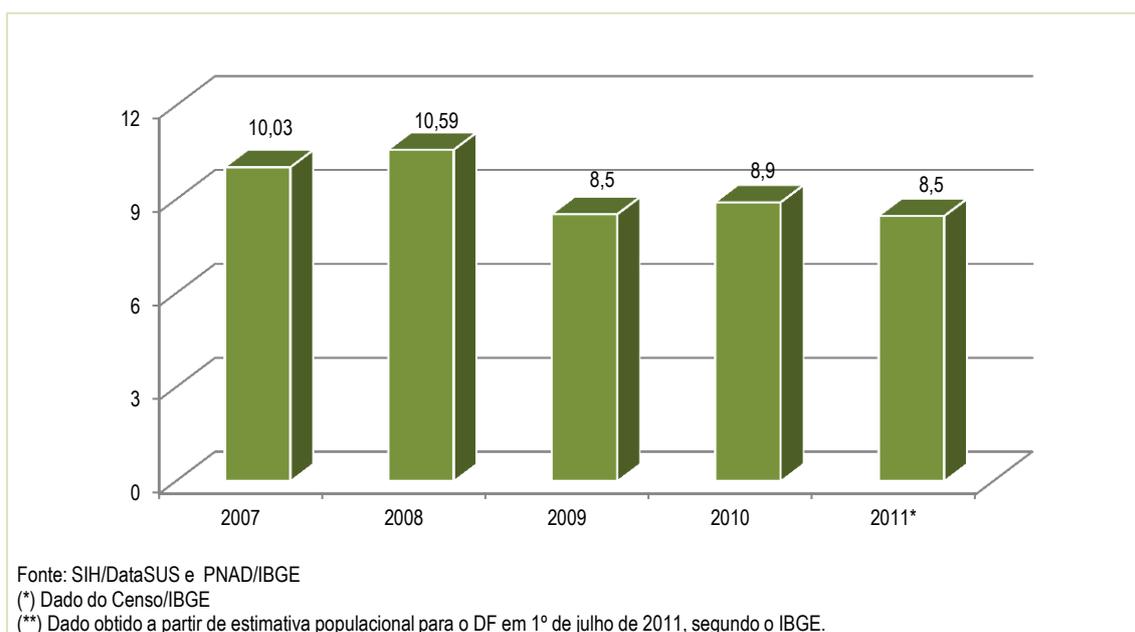
O número de casos notificados de dengue foi cerca de 1.300 em 2007 e 2008, com queda para 811 casos em 2009 (Figura 29). Em 2010, houve um pico de mais de 15 mil novos casos, com posterior queda para 3.726 em 2011. O aumento do número de notificações em um determinado ano parece aliar-se à diminuição do número de notificações no ano subsequente, o que indica que as políticas de prevenção à doença foram muito variáveis em sua efetividade.

**Figura 29. Notificação de novos casos de dengue**



A taxa de internação por complicações advindas do diabetes variou bastante entre os anos de 2007 e 2011, mas há uma tendência de redução no número de internações a cada 10 mil habitantes (Figura 30). Em 2007 e 2008, a taxa foi pouco maior do que 10 internações por 10 mil habitantes por ano, enquanto que a taxa ficou em torno de 8,5 internações por 10 mil habitantes por ano entre 2009 e 2011.

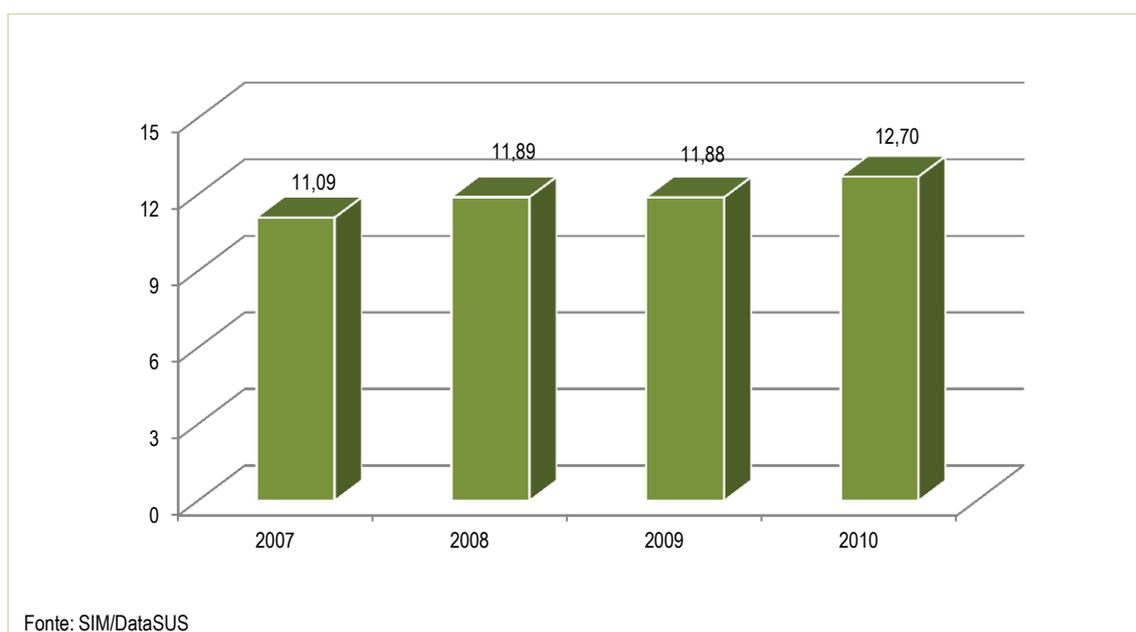
**Figura 30. Taxa de internação por complicações advindas do diabetes (para cada 10 mil habitantes)**



Os indicadores de mortalidade são estatísticas que ressaltam a efetividade das políticas em saúde, ocupando-se da taxa de mortalidade em grupos específicos. Nesse relatório será apresentada a evolução das taxas de mortalidade infantil (para menores de um ano), na infância (para menores de cinco anos) e materna.

Entre 2007 e 2008, a taxa de mortalidade infantil aumentou de 11,09 para 11,89 óbitos a cada mil nascidos vivos, mantendo-se estável até 2009 (Figura 31). Em 2010, a taxa voltou a subir, atingindo 12,70 óbitos a cada mil nascidos vivos.

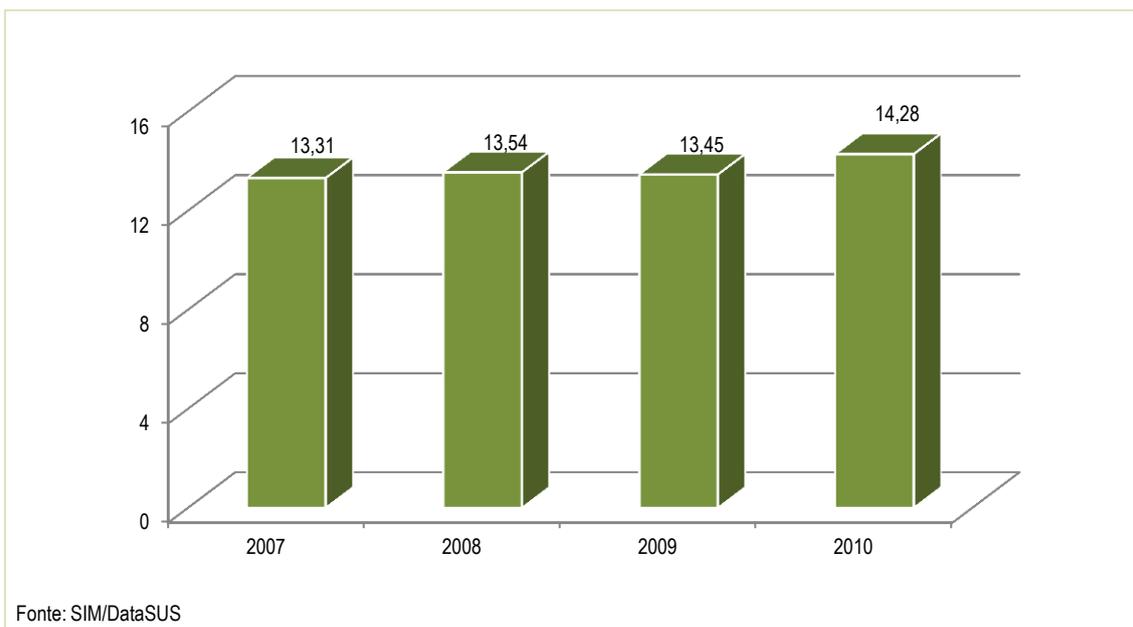
**Figura 31. Taxa de mortalidade infantil (para cada mil nascidos vivos)**



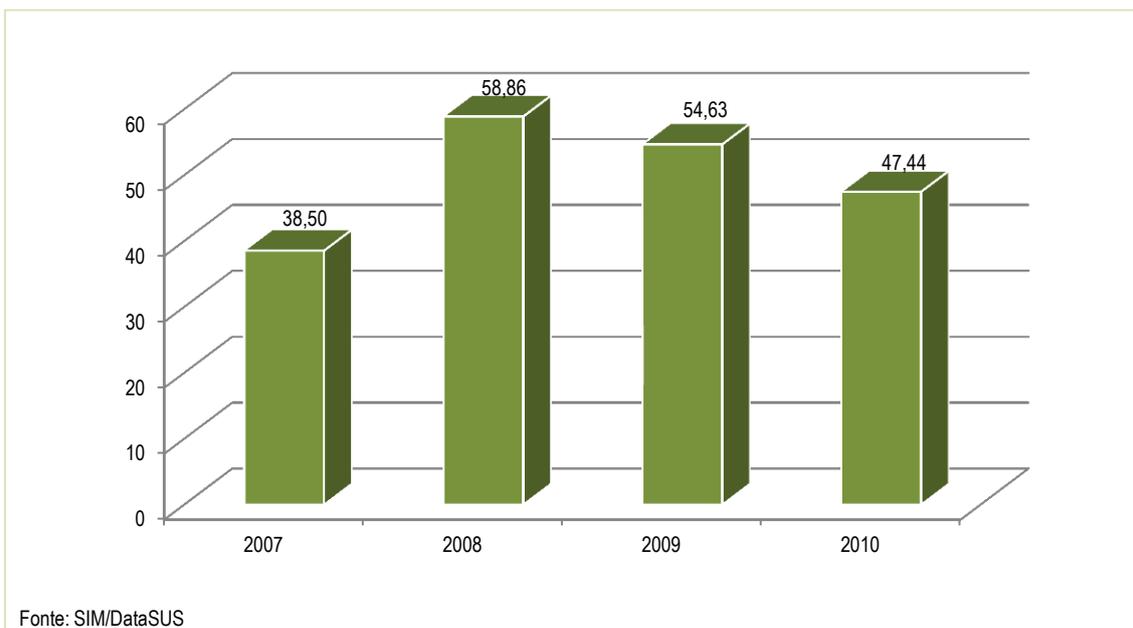
A taxa de mortalidade na infância apresentou tendência semelhante à da taxa de mortalidade infantil, mantendo-se estável em pouco mais de 13 óbitos a cada mil nascidos vivos entre 2007 e 2009, e aumentando para mais de 14 óbitos em 2011 (Figura 32). O aumento das taxas de mortalidade infantil e na infância em 2011 pode estar associado à diminuição da cobertura vacinal observada nos últimos anos no Distrito Federal.

Por fim, a taxa de mortalidade materna aumentou claramente entre 2007 e 2008, passando de 38,50 para 58,86 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos (Figura 33). O período de 2009 a 2010 foi caracterizado pelo decréscimo consecutivo dessa taxa para 47,44 óbitos. Embora tenha sido observada essa redução na taxa de mortalidade materna, o valor ainda está acima de 20 óbitos a cada 100 nascidos vivos, valor admitido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

**Figura 32. Taxa de mortalidade na infância (para cada mil nascidos vivos)**



**Figura 33. Taxa de mortalidade materna (para cada 100 mil nascidos vivos)**



### 3.4 Conclusão

A política de saúde apresentou alguns avanços, com o aumento do número de leitos complementares disponíveis à população e com a redução na taxa de internação por complicações advindas do diabetes por 10 mil habitantes. Entretanto, ocorreram alguns retrocessos e existem ainda alguns pontos críticos comentados a seguir.

No que se refere à disponibilidade de recursos, praticamente não se observou aumento no valor gasto com a política de saúde no Distrito Federal e o número de leitos clínicos ou cirúrgicos manteve-se estável no período de 2007 a 2011. Em contraposição, o aproveitamento dos leitos cirúrgicos, medido a partir do número médio de dias em que o leito foi utilizado, diminuiu nesse mesmo período.

Em relação à cobertura das ações de saúde, o percentual de crianças menores de um ano imunizadas conforme calendário oficial diminuiu gradativamente desde 2008. E, embora o percentual de gestantes com sete ou mais consultas pré-natal tenha se mantido estável, parece haver um grupo marginalizado desse tipo de atendimento, cerca de 7% das gestantes, que realizou menos de quatro consultas pré-natal durante a gestação. E, apesar das pequenas evoluções apresentadas, existem ainda deficiências na cobertura das equipes da Estratégia Saúde da Família, que atingem menos de 40% da população, e dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), cujo valor apresentado em 2011 foi de 0,25 Caps por 100 mil habitantes. Este último está bem abaixo da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde, que é de um CAPS para cada 100 mil habitantes.

Quanto aos indicadores de impacto, houve picos nas notificações de novos casos de HIV/aids e de dengue em 2010. Embora tenha havido uma recuperação em 2011, esses números são maiores do que os observados em anos anteriores. As taxas de mortalidade infantil e na infância também aumentaram no período de 2007 a 2010, crescimento que pode estar associado à diminuição da cobertura vacinal observada nos últimos anos. Por fim, a taxa de mortalidade materna, mesmo tendo decrescido desde 2008, atingindo 47,44 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, ainda está muito acima de 20 óbitos a cada 100 nascidos vivos, valor admitido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Nesse contexto, é possível inferir que falta continuidade em alguns programas na área de saúde, de modo que perpassem mandatos governamentais. O resultado disso é a baixa efetividade em longo prazo. Os dados observados mostram uma grande alternância entre aumento e diminuição de indicadores nos intervalos de tempo considerados e, a partir disso, pode-se identificar uma incongruência entre políticas e demandas, o que resulta na pouca efetividade das políticas nos vários anos.

## ***Recursos Previstos no PPA 2012-2015 para o Desenvolvimento Social do Distrito Federal***

Com o objetivo de aprimorar as políticas públicas voltadas para o desenvolvimento social do Distrito Federal, é preciso investir nessas áreas. O Plano Plurianual 2012-2015 apresenta as metas financeiras e físicas em todas as áreas de atuação do Governo do Distrito Federal. Os recursos constantes no PPA são provenientes principalmente de receitas tributárias e do Fundo Constitucional do Distrito Federal. O foco deste trabalho será nos programas temáticos que envolvem o combate à pobreza e à extrema pobreza, a elevação da escolaridade e a promoção da saúde.

O principal programa temático voltado para o combate à pobreza e à extrema pobreza é o 6228 – Transferência de Renda, cujo objetivo geral e específico é “promover o acesso e a elevação da renda como forma de contribuir com a redução da pobreza e extrema pobreza por meio da concessão de benefícios de transferência de renda no Distrito Federal”. Esse programa temático é composto por quatro ações, que abrangem o cadastramento de famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza no Cadastro Único de Programas Social e a suplementação do benefício do Programa Bolsa Família. O valor total previsto pelo programa temático para o período de quatro anos é de R\$ 438.016.567,00. Espera-se que essas ações contribuam para melhorar a cobertura do Programa Bolsa Família e elevar a renda das famílias em situação de pobreza e extrema pobreza.

Outro programa temático voltado para o combate à pobreza e à extrema pobreza é o 6211 – Garantia do Direito à Assistência Social, cujo objetivo geral é “universalizar a proteção social não contributiva como sistema de provisão de serviços e benefícios sociais instituídos e garantidos pelo Estado para enfrentar situações de risco social ou privações sociais já instaladas e implementar a gestão de Sistema Único de Assistência Social, com centralidade na família e no território onde esta vive”. As ações voltadas especificamente para complementar o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e para o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) estão contempladas no objetivo específico 3, que visa “garantir proteção social básica às famílias em situação de vulnerabilidade social no Distrito Federal, fortalecendo sua função protetiva e os vínculos familiares e comunitários e promovendo o acesso e usufruto de direitos socioassistenciais e o desenvolvimento de potencialidades e aquisições”. O valor total previsto nas ações desse objetivo para o período de quatro anos soma R\$ 273.270.985,00. Espera-se que essas ações contribuam para aprimorar a eficiência do BPC no atendimento a idosos e deficientes, e do PETI no atendimento a crianças e adolescentes em risco de trabalho infantil. **As ações voltadas para o combate à pobreza e à extrema pobreza, portanto, somam o valor de R\$ 711.287.552,00.**

O principal programa temático voltado para a elevação da escolaridade é o 6221 – Educação Básica, cujo objetivo é garantir acesso e permanência com qualidade de ensino socialmente referenciada em todas as etapas e modalidades da Educação Básica. Os objetivos estão focados nos diferentes níveis de escolaridade – educação infantil, ensino fundamental, ensino médio, na educação profissional, educação especial, educação de jovens e adultos e educação física e lazer nas escolas. O valor total previsto pelo programa temático para o período de quatro anos é de R\$ 18.118.682.186,00. Espera-se que essas ações contribuam na inserção e continuidade do aluno até o final da educação básica.

Outro programa temático voltado para a elevação da escolaridade é o 6220 – Educação Superior, cujo objetivo é “garantir acesso ao ensino superior e à formação profissional com qualidade, socialmente referenciada e orientada para o atendimento da crescente demanda por serviços no âmbito do Distrito Federal”. Os objetivos específicos estão focados na estruturação da Universidade Pública do Distrito Federal, na oferta de cursos de educação superior e técnico-profissional, na implantação de campus da Universidade de Brasília em outras regiões administrativas e oferta de cursos de graduação e pós-graduação na área de saúde. O valor total previsto pelo programa temático para o período de quatro anos é de R\$ 205.202.840,00. Espera-se que essas ações contribuam para a inserção de pessoas no ensino superior. **As ações voltadas para elevação de escolaridade, portanto, somam o valor de R\$ 18.323.885.026,00.**

O programa temático voltado para a promoção da saúde é o 6202 – Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, cujo objetivo é “garantir ao cidadão acesso ao sistema de saúde integral, humanizado e resolutivo, por meio de ações e serviços de promoção, prevenção, assistência e reabilitação”. Os objetivos específicos contemplam todas as áreas da saúde: atenção primária à saúde, assistência especializada em saúde, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão e planejamento do SUS, serviços de urgência e de emergência e saúde mental. O valor total previsto pelo programa temático para o período de quatro anos é de R\$ 5.201.456.721,00. Espera-se que essas ações contribuam para ampliar a oferta e melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Para garantir que os investimentos previstos sejam realizados, é importante que haja um monitoramento da execução orçamentária. Verificar se as metas físicas de cada programa estão sendo cumpridas também são indicadores da eficiência na aplicação dos recursos. Por fim, avaliar o impacto é fundamental para verificar a efetividade desses programas.

**Combate à pobreza e à extrema pobreza**

Índice de Gini: mede o grau de desigualdade na distribuição da renda domiciliar per capita entre os indivíduos. Seu valor pode variar teoricamente desde zero, quando não há desigualdade (as rendas de todos os indivíduos têm o mesmo valor), até 1, quando a desigualdade é máxima (apenas um indivíduo detém toda a renda da sociedade e a renda de todos os outros indivíduos é nula). Série calculada a partir das respostas à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE) (Fonte: IPEADATA).

Cobertura do Programa Bolsa Família: percentual de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, em relação à projeção do total de famílias pobres (com renda domiciliar mensal de até R\$140,00 *per capita*), calculado a partir do suplemento de renda da PNAD/IBGE 2006 (Fonte: MDS).

Número de idosos beneficiários do Benefício de Prestação Continuado: número de idosos beneficiários do Benefício de Prestação Continuado ou Renda Mensal Vitalícia, cujo critério para inclusão é possuir renda domiciliar mensal de até  $\frac{1}{4}$  de salário mínimo *per capita* (Fonte: MDS).

Número de deficientes beneficiários do Benefício de Prestação Continuado: número de deficientes beneficiários do Benefício de Prestação Continuado, cujo critério para inclusão é possuir renda domiciliar mensal de até  $\frac{1}{4}$  de salário mínimo *per capita* (Fonte: MDS).

Percentual de famílias em situação de extrema pobreza: percentual de famílias com renda *per capita* até R\$ 70,00, considerada a população total (Fonte: PNAD e Censo/IBGE).

Percentual de famílias em situação de pobreza: percentual de famílias com renda *per capita* entre R\$ 70,01 e R\$ 140,00, considerada a população total (Fonte: PNAD e Censo/IBGE).

Número de crianças e adolescentes inseridos no Programa de Erradicação do Trabalho Infantil: número de crianças e adolescentes beneficiários do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, cujo critério é estar ou haver o risco de estar em situação de trabalho infantil (Fonte: Secretaria de Estado do Desenvolvimento Social e Transferência de Renda do Distrito Federal).

Número de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil: número de crianças e adolescentes economicamente ativos na faixa etária de 10 a 14 anos de idade (Fonte: PNAD e Censo/IBGE).

## Elevação da escolaridade

Gasto anual em educação por aluno: Soma dos valores de fontes locais e do fundo constitucional liquidados com educação, dividida pelo número de alunos matriculados no período considerado. (Fonte: Seplan e INEP)

Média de alunos por turma por nível de ensino: número médio de alunos por turma nos níveis de ensino creche, pré-escola, ensino fundamental e ensino médio (Fonte: INEP).

Percentual de escolas com acessibilidade: percentual de escolas com sanitários, dependências e vias adequadas para deficientes físicos, em relação ao total de escolas em funcionamento (Fonte: INEP).

Percentual de escolas com acesso à internet banda larga: percentual de escolas com internet banda larga em relação ao total de escolas em funcionamento (Fonte: INEP).

Percentual de domicílios com acesso à internet banda larga: percentual de domicílios com internet banda larga em relação ao total de domicílios (Fonte: PNAD e Censo/IBGE).

Taxa de frequência escolar líquida em creches: percentual de pessoas de 0 a 3 anos que frequenta a creche (Fonte: INEP; PNAD e Censo/IBGE).

Taxa de frequência escolar líquida na pré-escola: percentual de pessoas de 4 e 5 anos que frequenta a pré-escola (Fonte: INEP; PNAD e Censo/IBGE).

Taxa de frequência escolar líquida no ensino fundamental: percentual de pessoas de 6 a 14 anos que frequenta o ensino fundamental (Fonte: INEP; PNAD e Censo/IBGE).

Taxa de frequência escolar líquida no ensino médio: percentual de pessoas de 15 a 17 anos que frequenta o ensino médio (Fonte: INEP; PNAD e Censo/IBGE).

Taxa de matrículas no ensino superior: número de matrículas no ensino superior em relação à população total multiplicado por 1.000 (Fonte: INEP; PNAD e Censo/IBGE).

Taxa de aprovação: percentual de alunos que, no final do ano em curso, preencheram os requisitos mínimos de aproveitamento e/ou frequência previstos em legislação (Fonte: INEP).

Taxa de reprovação: percentual de alunos que, no final do ano em curso, não preencheram os requisitos mínimos de aproveitamento e/ou frequência previstos em legislação (Fonte: INEP).

Taxa de abandono: percentual de alunos que deixaram de frequentar a escola, tendo sua matrícula cancelada. Não inclui os alunos que se matricularam, mas nunca frequentaram a escola (Fonte: INEP).

Taxa de distorção idade-série: percentual de alunos com idade superior à idade recomendada (Fonte: INEP).

Índice de Desenvolvimento da Educação Básica: índice que agrega dados sobre fluxo escolar e sobre desempenho em avaliações. Esse índice é calculado a partir dos dados sobre aprovação escolar, obtidos no Censo Escolar, e das médias de desempenho nas avaliações do Inep, do Saeb – para as unidades da federação e para o país, e da Prova Brasil – para os municípios (Fonte: INEP).

Taxa de analfabetismo: percentual da população com 15 anos ou mais de idade alfabetizada em relação ao total da população da mesma faixa etária (Fonte: PNAD e Censo/IBGE).

Percentual de pessoas com ensino superior completo: percentual da população com ensino superior completo ou com 15 anos ou mais de estudo em relação ao total da população a partir de 25 anos (Fonte: PNAD e Censo/IBGE).

## **Promoção da saúde**

Gasto anual em saúde per capita: Soma dos valores de fontes locais e do fundo constitucional liquidados com saúde, dividida pela população no período considerado. (Fonte: Seplan e IBGE)

Número de leitos de internação do SUS por 100 mil habitantes: número de leitos de internação – cirurgia e clínica – dividido pelo número de habitantes multiplicado por 100 mil (Fonte: CNES/DataSUS; PNAD e Censo/IBGE).

Número de leitos complementares do SUS por 100 mil habitantes: número de leitos complementares – em Unidades de Terapia Intensiva e em Unidades Intermediárias – dividido pelo número de habitantes multiplicado por 100 mil (Fonte: CNES/DataSUS; PNAD e Censo/IBGE).

Índice de aproveitamento de leitos de internação do SUS em procedimentos cirúrgicos (dias/mês): índice calculado a partir da multiplicação da quantidade de internações para procedimentos cirúrgicos no mês considerado pela média de tempo de internação em dias para o mesmo período, cujo resultado é dividido pela quantidade de leitos disponíveis à época. O resultado indica o número de dias em que o leito foi utilizado por mês (Fonte: CNES e SIH/DataSUS).

Cobertura vacinal: percentual de crianças menores de um ano imunizadas, conforme calendário de vacinação oficial (Fonte: Siab/DataSUS; PNAD e Censo/IBGE).

Percentual de mães de nascidos vivos por número de consultas pré-natal: percentual de mães de nascidos vivos por faixas de consultas pré-natal – 0; 1 a 3; 4 a 6; 7 ou mais – em relação ao total de nascidos vivos (Fonte: Sinasc/DataSUS).

Cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família: número de equipes da estratégia Saúde da Família, multiplicado por 3.450, dividido pelo número de habitantes multiplicado por 100. Inclui equipes de saúde da família, equipes de saúde da família com saúde bucal, equipes de agentes comunitários de saúde, equipes de atenção à saúde no sistema penitenciário, equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e equipes de agentes comunitários de saúde com saúde bucal (Fonte: Siab/DataSUS; PNAD e Censo/IBGE).

Cobertura populacional dos Centros de Atenção Psicossocial por 100 mil habitantes: número de pessoas cobertas por Centros de Atenção Psicossocial dividido pelo número de habitantes multiplicado por 100 mil (cobertura ponderada conforme a cobertura prevista para cada tipo de Caps: um Caps I atende bem até 50.000 habitantes; um Caps II, um Caps ad e um Caps i atendem bem até 100.000 habitantes e um Caps III atende até 150.000 habitantes). (Fonte: CNES/DataSUS; PNAD e Censo/IBGE).

Notificação de novos casos de HIV/aids: número de novos casos de HIV/aids notificados no ano considerado (Fonte: Sinan/DataSUS).

Notificação de novos casos de dengue: número de novos casos de dengue notificados no ano considerado (Fonte: Sinan/DataSUS).

Taxa de internação por complicações advindas do diabetes por 10 mil habitantes: número de indivíduos internados por cetoacidose diabética, hiperosmolaridade, macroangiopatias (arterosclerose de extremidades inferiores, coração e cérebro) e microangiopatias (retinopatia, nefrosclerose, monoradiculites, pé diabético, etc.), dividido pelo número de habitantes e multiplicado por 10 mil (Fonte: SIH/DataSUS; PNAD e Censo/IBGE).

Taxa de mortalidade infantil: número de óbitos de menores de um ano, por mil nascidos vivos, no ano considerado (Fonte: SIM/DataSUS).

Taxa de mortalidade na infância: número de óbitos de menores de cinco anos, por mil nascidos vivos, no ano considerado (Fonte: SIM/DataSUS).

Taxa de mortalidade materna: número de óbitos maternos, por cem mil nascidos vivos, no período considerado. A mortalidade materna diz respeito à quantidade de mulheres que vieram a óbito no período entre a gestação e o puerpério – 42 dias após o parto ou o término da gravidez (Fonte: SIM/DataSUS).