

**FACULDADES INTEGRADAS “ANTÔNIO EUFRÁSIO DE
TOLEDO”**

FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS E ADMINISTRATIVAS DE
PRESIDENTE PRUDENTE

**O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH) NO BRASIL A
PARTIR DE 1995: UMA ANÁLISE CRÍTICA DAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DURANTE A GESTÃO FHC A PARTIR DA PROPOSTA
DE UMA NOVA METODOLOGIA DE CÁLCULO – O ÍNDICE DE
DESENVOLVIMENTO HUMANO AMPLIADO (IDHA)**

Daniela Marini Costa

Presidente Prudente/SP
2002

**FACULDADES INTEGRADAS “ANTÔNIO EUFRÁSIO DE
TOLEDO”**

FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS E ADMINISTRATIVAS DE
PRESIDENTE PRUDENTE

**O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH) NO BRASIL A
PARTIR DE 1995: UMA ANÁLISE CRÍTICA DAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DURANTE A GESTÃO FHC A PARTIR DA PROPOSTA
DE UMA NOVA METODOLOGIA DE CÁLCULO – O ÍNDICE DE
DESENVOLVIMENTO HUMANO AMPLIADO (IDHA)**

Daniela Marini Costa

Monografia apresentada como requisito
parcial de Conclusão de Curso para a
obtenção do grau de Bacharel em Ciências
Econômicas, sob orientação do Prof. Sandro
Bertolli

Presidente Prudente/SP
2002

O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH) NO BRASIL A PARTIR DE 1995: UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DURANTE A GESTÃO FHC A PARTIR DA PROPOSTA DE UMA NOVA METODOLOGIA DE CÁLCULO - O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO AMPLIADO (IDHA)

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Ciências Econômicas

Prof. Sandro Bertolli

Prof. Ana Cláudia Dundes

Presidente Prudente, 03 de dezembro de 2002

*“Aprender é descobrir aquilo que você já sabe.
Fazer é demonstrar que você o sabe.
Ensinar é lembrar aos outros que eles sabem tanto quanto você.
Somos todos aprendizes, fazedores, professores.”*

Ilusões
Richard Bach

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por ter me dado a inteligência e proporcionado a oportunidade de cursar a faculdade.

Mãe, obrigada por ser minha força, minha melhor amiga, minha conselheira, o meu refúgio, enfim, obrigada por me amar tanto! Te amo!

Pai, a você eu agradeço por tudo o que me ensinou durante o período que estive aqui comigo. Por todo exemplo de vida que me deu, por toda garra e vontade de enfrentar os mais variados problemas. Tenho certeza que você esteve comigo durante todos os momentos em que me peguei pensando em você e sentindo sua falta! Te amo muito!

Rita e Ana, agradeço por toda a paciência que vocês tiveram comigo nesse período em que precisei de toda a compreensão de vocês. Amo muito vocês!

Aos meus familiares agradeço por todo o apoio, por todo o carinho e por toda admiração que vocês tem por mim. Vocês são essenciais na minha vida.

Aos meus amigos, obrigada por cada palavra de apoio, por cada momento feliz, por cada sorriso, por cada abraço, enfim, obrigada por serem meus amigos, e fazerem parte da minha vida.

Sandro, obrigada pela enorme paciência, por toda a atenção dedicada e por todo o cuidado dispensado a mim.

Enfim, agradeço à todas as pessoas que me ajudaram direta ou indiretamente neste trabalho. Vocês foram de muita importância para mim e essenciais para a conclusão da Monografia.

RESUMO

Neste trabalho se objetiva analisar as políticas públicas adotadas durante o período de 1995 a 2001 voltadas para melhoria do Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil (IDH). As evidências apontam para uma possível preocupação do governo em apenas melhorar os números dos indicadores que compõem o IDH. O trabalho foi realizado através da apresentação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e de uma nova metodologia de cálculo apresentada, o Índice de Desenvolvimento Humano Ampliado (IDHA). A partir de então, passou-se à análise da evolução do IDH no Brasil durante o período selecionado, assim como dos programas de governo adotados para melhoria dos indicadores que compõem o IDH. Os resultados obtidos apontam mais claramente para a confirmação da hipótese acima descrita.

PALAVRAS-CHAVE: Índice de Desenvolvimento Humano; Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil; Índice de Desenvolvimento Humano Ampliado.

ABSTRACT

The present research aims to analyze the public politics adopted during the period from 1995 to 2001 directed toward improvement of the Human Development Index in Brazil. The evidences point with respect to a possible concern of the government in only improving components HDI numbers. The research was carried through the presentation of the Human Development Index (HDI) and a new methodology of calculation exposed, the Amplified Human Development Index (AHDI). From now, it has been analyzed the evolution of the HDI in Brazil during the selected period, as well as of the adopted programs of government for improvement of the pointers. The gotten results point more clearly with respect to the confirmation of the hypothesis above described.

KEYWORDS: Human Development Index; Human Development Index in Brazil; Amplified Human Development Index.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH) E O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO AMPLIADO (IDHA)	11
2.1 Considerações iniciais, metodologia de cálculo e a construção do IDH	11
2.1.1 <i>A metodologia de cálculo dos parâmetros que compõem o IDH</i>	12
2.1.1.1 <i>Índice de Renda</i>	13
2.1.1.2 <i>Índice de Longevidade</i>	14
2.1.1.3 <i>Índice de Educação</i>	15
2.1.1.4 <i>A construção do IDH</i>	16
2.2 Índice de Desenvolvimento Humano Ampliado (IDHA): uma proposta crítica ao IDH no Brasil	17
2.2.1 <i>Metodologia de construção do IDHA</i>	17
2.2.2 <i>Construção do Índice de Renda Ampliado</i>	18
2.2.3 <i>Construção do Índice de Longevidade Ampliado</i>	20
2.2.4 <i>Construção do Índice de Educação Ampliado</i>	22
2.2.5 <i>Construção do Índice de Desenvolvimento Humano Ampliado</i>	23
3. O IDH NO BRASIL: UMA ANÁLISE DE SUA EVOLUÇÃO NO PERÍODO 1995-2001	26
3.1 A evolução do Índice de Renda	26
3.2 A evolução do Índice de Longevidade	28
3.3 A evolução do Índice de Educação	33
3.3.1 <i>Análise da Taxa de Alfabetização de Adultos</i>	33
3.3.2 <i>Análise da Taxa Combinada de Matrícula</i>	34
3.3.3 <i>Análise do Índice de Educação</i>	35
3.4 A evolução do IDH no Brasil	36
4. CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

QUADRO 1 – Classificação do IDH segundo parâmetros estipulados pela ONU	16
QUADRO 2 – Programas voltados para a saúde no Brasil (1998-2002)	29

TABELAS

TABELA 1 – Índice de Renda Ajustado pelo Índice de Gini Calculado (IRG).....	20
TABELA 2 – Cálculo do Índice de Longevidade Ampliado	21
TABELA 3 – Cálculo do Índice de Educação Ampliado	23
TABELA 4 – Cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano Ampliado e comparação com o Índice de Desenvolvimento Humano na Metodologia do PNUD .	24
TABELA 5 – Evolução do Índice de Renda no Brasil (período selecionado)	26
TABELA 6 – Evolução do Índice de Longevidade no Brasil (período selecionado)	28
TABELA 7 – Evolução do Índice de Longevidade (IL) e Esperança de Vida (EV) – 1998 a 2001 (países selecionados)	31
TABELA 8 – Investimentos do REFORSUS (em R\$ milhões)	32
TABELA 9 – Evolução do Índice de Educação no Brasil (período selecionado)	33
TABELA 10 – Evolução do Índice de Educação – 1998 a 2001 (países selecionados)	35
TABELA 11 – Evolução do IDH no Brasil (período selecionado)	36
TABELA 12 – Evolução do IDH – 1998 a 2001 (países selecionados)	37

1. INTRODUÇÃO

Na economia, desde que se consolidou como ciência, se vem buscando estabelecer um conceito para desenvolvimento que compreenda toda a riqueza contida em uma nação. Para tanto, depois da publicação da “Riqueza das Nações”, de Adam Smith, passou-se a relacionar a geração da produção de riqueza com o desenvolvimento de um país. Ou seja, quanto maior o PIB ou PNB de um país mais este seria desenvolvido. Nesse sentido, o desenvolvimento econômico passou a ser mensurado apenas por este único indicador a partir do conceito de divisão média da riqueza entre a população – renda *per capita*.

Porém, com o passar do tempo e na medida em que as relações econômicas foram se tornando mais complexas, o conceito de desenvolvimento existente baseado apenas no indicador renda passou a ser questionado. A partir da observação de que países que apresentavam um elevado PIB ou PNB não promoviam boas condições de vida para a sua população outras alternativas de mensuração do desenvolvimento econômico passaram a ser desenvolvidas, visto que a riqueza não é um indicador de desenvolvimento *per se*, logo, não possibilita a partir dessa perspectiva melhorias diretas na qualidade de vida.

A partir, principalmente do século XX, quando a economia passou a se tornar cada vez mais complexa, trouxe consigo a mesma complexidade para o conceito de desenvolvimento econômico. Nesses termos, esse conceito passou a envolver não somente fenômenos econômicos concretos, mas também o que gera todo o crescimento econômico de uma nação: o ser humano e todas as suas necessidades básicas.

Desse modo, passou-se a diferenciar crescimento econômico de desenvolvimento, aceitando que estes são fenômenos distintos, porém, diretamente relacionados entre si e que o desenvolvimento gera crescimento e, não necessariamente o inverso é verdadeiro. Mas, para haver desenvolvimento é, sim, primordial o crescimento econômico e, este, sendo gerado pelo e para o homem.

Nesse novo contexto de desenvolvimento baseado no ser humano, foi criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Tal indicador envolve dimensões consideradas básicas para o desenvolvimento, sendo destacadas renda, saúde e educação e, tendo como hipótese principal que, alcançadas essas dimensões básicas, outras consideradas secundárias serão viabilizadas.

Entretando, mesmo o IDH sendo mais abrangente do que a antiga mensuração de desenvolvimento por meio apenas do indicador de renda, este ainda pode distorcer a realidade por ser muito genérico, pois não é capaz de absorver as diferenças existentes em uma mesma nação – além de poder induzir alguns governos a desenvolver políticas voltadas mais para a “construção” de indicadores que, ao serem as fontes para a consolidação do IDH, as mesmas estejam muito mais calcadas nessas perspectivas do que realmente em prezar pela qualidade de vida das diferentes camadas sociais.

Assim, no presente trabalho se buscou mostrar a insuficiência do IDH em realmente apresentar a melhor perspectiva da situação socioeconômica, especialmente para o caso Brasil. A partir da análise do caso brasileiro, se buscou apresentar os resultados apurados pela metodologia de cálculo idealizada pelo PNUD bem como apresentar uma alternativa a essa metodologia, o Índice de Desenvolvimento Humano Ampliado (IDHA). Tal proposta, apesar de também insuficiente, aponta que ao se considerar outros parâmetros não tratados pela metodologia do PNUD – mas presentes para o caso do Brasil – mostrou que esse indicador de desenvolvimento ainda está muito distante do ideal.

O trabalho está dividido em três partes além desta introdução. No capítulo 2 se faz a apresentação da metodologia de cálculo do IDH idealizada pelo PNUD, assim como a do IDH Ampliado. No capítulo 3 é feita uma análise da evolução do IDH no Brasil durante o período 1995-2001, destacando as políticas adotadas pelo governo para melhoria dos indicadores que compõem o IDH. Na última parte, algumas notas são apresentadas a título de conclusão.

2. O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH) E O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO AMPLIADO (IDHA)

2.1. Considerações iniciais, metodologia de cálculo e a construção do IDH

Durante muito tempo, a concepção de desenvolvimento das nações esteve ligada estritamente à dimensão econômica dos países medida através do Produto Nacional Bruto (PNB) ou do Produto Interno Bruto (PIB). Nesse sentido, quanto maior o valor da produção nacional dos países maior seria o seu desenvolvimento.

Porém, como observado pela equipe do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), alguns países apesar de possuírem valores elevados do PNB ou do PIB apresentavam incapacidade de se desenvolver, o que tornou questionável essa perspectiva de avaliação do desenvolvimento mediante apenas a característica “produção”.

Através dessa observação do PNUD e da mudança na concepção do fenômeno desenvolvimento, sugeriu-se que a análise do desenvolvimento dos países do mundo passasse também a envolver além do referencial da produção de riqueza – expressa na variável *renda per capita* – dimensões fundamentais para a vida e a condição humana. Desse modo, a mensuração tornou-se mais complexa, porém mais próxima da realidade e da concepção de desenvolvimento.

Neste contexto foi criado para o PNUD, por um grupo de especialistas liderados pelo conselheiro especial Dr. Mahbub ul Haq, um índice sintético composto por dimensões fundamentais do desenvolvimento humano: o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Esse indicador passaria a apontar que o conceito de desenvolvimento econômico deve estar centrado no ser humano. O índice é publicado anualmente desde 1990 e tem como objetivo avaliar as condições dos indicadores que compõem o IDH, assim como auxiliar em estratégias para melhoria destes referenciais.

2.1.1. A metodologia de cálculo dos parâmetros que compõem o IDH¹

O IDH é composto por três indicadores: Índice de Renda (IR), Índice de Longevidade (IL) e Índice de Educação (IE). A escolha destas três dimensões do desenvolvimento deve-se ao fato de serem consideradas básicas e que, sendo essas alcançadas, as outras referências consideradas secundárias² seriam viabilizadas.

Outro fator relevante a respeito do IDH é a sua quantificação. Para que tais parâmetros fossem passíveis de mensuração o mais adequadamente possível, foi elaborada toda uma metodologia específica tendo em vista facilitar a obtenção de dados nos países em que o IDH é computado.

O estabelecimento dos índices parciais – IR, IL e IE – cujos valores se situam entre 0 e 1, é feito através da seguinte fórmula:

$$\text{Índice} = \frac{\text{Valor Observado} - \text{Valor Mínimo}}{\text{Valor Máximo} - \text{Valor Mínimo}} \quad (1)$$

A partir dessas considerações, foi formulado que o Índice de Renda seria determinado por meio do PIB real *per capita* – ajustado para refletir as diferenças na Paridade do Poder de Compra (PPC)³ entre países e expressos em dólares internacionais (PPC\$). Quanto ao Índice de Longevidade, o mesmo passaria a ser estabelecido com base na expectativa de vida ao nascer das populações dos países em consideração. Finalmente, quanto ao Índice de Educação seria representado pela medida da escolaridade dos habitantes, que compreende duas variáveis: (i) a taxa de alfabetização de adultos e (ii) a taxa combinada de matrícula nos níveis primários, secundários e superior.

Nos itens a seguir está demonstrado com maior rigor como os índices parciais para a determinação do IDH são calculados.

¹ Este tópico foi idealizado com base dos trabalhos de PNUD – Relatório do Desenvolvimento Humano (vários números), Castro (1999) e Godoy *et al.* (2001).

² São consideradas secundárias dimensões tais como: participação política, diversidade cultural, direitos humanos, liberdade, dentre outras.

³ A moeda de cada país é convertida em dólares internacionais, para que um dólar tenha o mesmo poder de compra sobre o PIB doméstico que o dólar norte-americano sobre o PIB dos EUA (CASTRO, 1999, p.35).

2.1.1.1. Índice de Renda

Na concepção do Índice de Renda que compõe o IDH, partiu-se da hipótese de que a contribuição da renda para o desenvolvimento humano apresenta rendimentos decrescentes, portanto se estabeleceu um redutor para o impacto da variação do PIB *per capita* observado por meio da formulação de Atkinson para a utilidade apresentada pela renda. Em outras palavras, partiu-se da concepção de que a utilidade ou bem-estar proporcionado pela renda torna-se menos que proporcional ao aumento da mesma a partir de determinado ponto – no caso, a partir do PIB *per capita* médio mundial. Então, é tomado o valor do PIB *per capita* médio mundial como sendo limiar, a partir do qual variações na renda observada passam a apresentar rendimentos decrescentes. Para valores de PIB *per capita* inferiores ao médio mundial verificado, não é necessário o ajustamento⁴. Assim, a partir da identificação das seguintes variáveis, pode-se chegar à interpretação da metodologia de cálculo para o Índice de Renda (IR). Então, são considerados:

- W_i = PIB *per capita* observado ajustado (segundo a utilidade ou bem-estar derivado da renda);
- W_m = valor descontado de 40 mil dólares PPC (segundo a fórmula de Atkinson);
- y^* = rendimento mundial médio (em dólares PPC) tomado como valor limiar;
- y_i = renda observada;
- y = valor do PIB *per capita* estabelecido como valor máximo para o cálculo do Índice de Renda, ou seja, 40 mil dólares;
- n = valor aproximado de quantas vezes o PIB observado se encontra no valor máximo estipulado.

Sendo que o ajuste da renda observada será feito da seguinte forma:

$$\begin{array}{ll} W_i = y^* & \text{Para } 0 < y_i < y^* \\ W_i = y^* + 2[(y_i - y^*)^{1/2}] & \text{Para } y^* \leq y_i \leq 2y^* \end{array}$$

⁴A partir de 1999, essa metodologia de cálculo para a renda foi alterada. A contribuição para um aperfeiçoamento do cálculo foi feita por Amartya Sen e Sudhir Anand e consiste em corrigir todos os valores observados da renda *per capita* respondendo à hipótese dos rendimentos decrescentes, inclusive os abaixo da média mundial. A alteração tornou o parâmetro mais próximo da realidade.

$$W_i = y^* + 2(y^{*1/2}) + 3[(y_i - 2y^*)^{1/3}] \quad \text{Para } 2y^* \leq y_i \leq 3y^*$$

E, de uma forma geral, a correção do valor do PIB *per capita* médio mundial (y^*) é calculado a partir da seguinte fórmula de Atkinson:

$$W_m = y^* + 2(y^{*1/2}) + 3(y^{*1/3}) + 4(y^{*1/4}) + \dots + n[y - (n - 1)y^*]^{1/n} \quad (2)$$

para $(n - 1)y^* \leq y \leq ny^*$

Após essas considerações, pode-se apresentar a determinação do Índice de Renda. Para tanto, toma-se como valor máximo do rendimento mundial 40 mil dólares PPC, ajustado conforme anteriormente observado, e como valor mínimo 100 dólares PPC. Feitas as alterações necessárias na renda, o índice é calculado como se segue.

$$\text{Índice de Renda} = IR = \frac{W_i - 100}{W_m - 100} \quad (3)$$

2.1.1.2. Índice de Longevidade

O Índice de Longevidade (IL) é estabelecido com base na esperança de vida ao nascer (V) observada nos países analisados, ou seja, por quantos anos viveria uma criança se os padrões de mortalidade prevaletentes no seu nascimento se mantivessem os mesmos ao longo de sua vida (PNUD, 1999, p. 255). Para o estabelecimento do IL segue-se a seguinte fórmula, conforme o limite máximo de 85 anos de vida e o mínimo de 25 anos de vida estabelecidos pelo PNUD como os parâmetros máximo e mínimo de esperança de vida:

$$\text{Índice de Longevidade} = IL = \frac{V - 25}{85 - 25} \quad (4)$$

2.1.1.3. Índice de Educação

O Índice de Educação (IE) é composto por dois outros parâmetros: (i) a Taxa de Alfabetização de Adultos (TAA), que tem como objetivo quantificar a parte da população adulta (com idade superior a 15 anos) com capacidade para ler, escrever e compreender um texto pequeno e simples sobre o seu cotidiano; e (ii) a Taxa Combinada de Matrícula (TCM) nos três níveis de ensino estipulados – fundamental, médio e superior – relativos à população com idade entre 7 e 22 anos e que visa captar a potencialidade da instrução da população.

Os índices derivados dessas duas taxas são obtidos da seguinte forma, tendo como limites máximos e mínimos os seguintes valores:

- Taxa de Alfabetização de Adultos (TAA): máximo 100% e mínimo 0%;
- Taxa Combinada de Matrícula (TCM): máximo 100% e mínimo 0%.

A partir dessas apurações em termos de taxas, a fim de transformá-las em índices, se realiza os seguintes procedimentos:

$$\text{Índice de Alfabetização de Adultos} = \text{IAA} = \frac{\text{TAA} - 0}{100 - 0} \quad (5)$$

$$\text{Índice Combinado de Matrícula} = \text{ICM} = \frac{\text{TCM} - 0}{100 - 0} \quad (6)$$

Combinando-se os dois índices derivados a partir das fórmulas acima (5 e 6), e considerando ainda que tais índices carregam consigo uma ponderação específica, sendo de 2/3 para o IAA e 1/3 para o ICM, chega-se ao cálculo do IE.

$$\text{Índice de Educação} = \text{IE} = 2/3(\text{IAA}) + 1/3(\text{ICM}) \quad (7)$$

A partir do estabelecimento dos índices parciais componentes do IDH é possível chegar à explicação da concepção da construção desse referencial do desenvolvimento humano, o qual está exposto no tópico a seguir.

2.1.1.4. A construção do IDH

Num esforço de combinar em um único indicador as três dimensões que foram apresentadas anteriores como passíveis da avaliação do desenvolvimento humano das nações, o modelo desenvolvido pelo PNUD utiliza-se de um método de cálculo bastante acessível baseado na média aritmética simples exposta a seguir.

$$\text{IDH} = \frac{\text{IL} + \text{IE} + \text{IR}}{3} \quad (8)$$

Face ao exposto, o valor obtido na expressão situa-se entre 0 e 1, sendo que os valores mais próximos de 1 indicam níveis superiores de desenvolvimento segundo a classificação feita pelo PNUD e expostas no Quadro 1.

QUADRO 1 – Classificação do IDH segundo parâmetros estipulados pela ONU

Classificação	Valores estipulados para o IDH
Baixo desenvolvimento humano	$0 \leq \text{IDH} < 0,500$
Médio desenvolvimento humano	$0,500 \leq \text{IDH} < 0,800$
Alto desenvolvimento humano	$0,800 \leq \text{IDH} \leq 1$

Fonte: Relatório do Desenvolvimento Humano (1997, p.145).

A partir das considerações realizadas neste tópico, pode-se dizer que o surgimento do IDH a partir dos trabalhos do PNUD veio para contribuir com o avanço dos esforços em se dimensionar o desenvolvimento dos países. Apenas pelo fato de introduzir mais alguns referenciais para se conceber o conceito de desenvolvimento humano já representa uma grande evolução em relação ao único parâmetro utilizado até então para caracterizá-lo: a renda.

Assim, realizada a apresentação sumária dos referenciais básicos para a compreensão do IDH, no tópico a seguir será apresentada uma nova forma de cálculo do IDH, o Índice de Desenvolvimento Humano Ampliado (IDHA). Sendo que este incorpora novas variáveis aos índices que compõem o IDH, na tentativa de deixá-lo mais próximo da realidade pelo menos para o caso do Brasil. Posto que as variáveis incorporadas são importantes para tentar desfazer a distorção que o IDH vem a sofrer por ser muito genérico e não assimilar certas diferenças em países como o Brasil.

2.2. Índice de Desenvolvimento Humano Ampliado (IDHA): uma proposta crítica ao IDH no Brasil

Com relação ao IDH calculado para o Brasil, alguns trabalhos surgiram com propostas de revisão quanto à maneira de se calcular o indicador especificamente para o caso brasileiro⁵.

Com destaque para o trabalho de Godoy *et al* (2001), no presente tópico são apresentados os principais aspectos metodológicos e resultados alcançados na análise do caso brasileiro. Tais evidências servirão de base para algumas análises da evolução do IDH no Brasil nos anos 1995-2001.

Com o objetivo de contribuir para a melhorar na mensuração do IDH, trazendo-o mais próximo da realidade, foi desenvolvido por Godoy *et al.* (2001), o Índice de Desenvolvimento Humano Ampliado (IDHA) cujos principais aspectos são apresentados a seguir.

2.2.1. Metodologia de construção do IDHA

Conforme Godoy *et al.* (2001), o IDHA é uma contribuição para o IDH, respeitando portanto, as três dimensões básicas do desenvolvimento, com algumas considerações.

O Índice de Renda continua sendo obtido pelo PIB Real *per capita*, conforme a metodologia usada pelo PNUD, porém agora, ponderado pelo Índice de Gini⁶ a fim de

⁵ Com destaque para os trabalhos de Romão (1993) e Godoy *et al* (2001). Porém, apenas será considerado o último, visto que está melhor inserido na perspectiva de discussão a que se propôs no presente trabalho.

levar em consideração a concentração de renda. Passa a ser chamado de Índice de Renda Ajustado (IRG).

O Índice de Longevidade mantém a mesma forma de cálculo do PNUD, porém com peso de 1/3, com mais dois parâmetros incorporados: leitos hospitalares por grupo de mil habitantes com peso de 1/3 e número de médicos por grupo de dez mil habitantes, também com peso de 1/3. Passa a ser denominado Índice de Longevidade Ampliado (ILA).

Ao Índice de Educação calculado pelo PNUD é acrescentado a Taxa de Alfabetização Funcional. Cada taxa portanto, fica com o peso de 1/3. Esse novo indicador passa a ser denominado Índice de Educação Ampliado (IEA).

O IDHA também situa-se entre 0 e 1, com os mesmos intervalos de baixo, médio e alto desenvolvimento humano, segundo a metodologia do PNUD. Foi respeitada igualmente a média aritmética simples das três dimensões apontadas anteriormente para o cálculo do IDHA. Foi tomado como ano base para a pesquisa 1996, pela disponibilidade dos dados uma vez que se prezou pela identidade do ano-base.

A seguir, são apresentados, mais detidamente, a forma de cálculo usada pelos autores, das dimensões que compõem o IDHA comparando-o com o IDH, calculado pelo PNUD.

2.2.2. Construção do Índice de Renda Ampliado

Em contribuição ao Índice de Renda, a proposta de Godoy *et al.* (2001) é a incorporação do Índice de Gini à renda *per capita*, cujo objetivo é mensurar a concentração de renda, bastante recorrente no caso do Brasil.

A utilização do Índice de Gini no caso do Brasil é justificável pois “... a alta concentração de renda é uma dos fatores determinantes do elevado grau de exclusão social no país, o que tende a gerar baixa qualidade de vida, principalmente nos grandes centros urbanos.” (Godoy *et al.*, 2001, p.6)

Como parâmetro máximo para calcular o Índice de Gini foi necessária a utilização de um parâmetro externo, pois o Brasil é um dos países de maior concentração de renda do

⁶ O Índice de Gini mede o grau de concentração de renda. Seus valores situam-se entre 0 e 1. Valores próximos de 0 indicam menor concentração de renda. Valores próximos de 1 indicam maior concentração de renda.

mundo. O procedimento metodológico feito por Godoy *et al.* (2001) foi o de tomar por base valores dos Índices de Gini para países selecionados da Organização para Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), e extrair a média aritmética simples, ponderada pelo tamanho da população de cada país. A alternativa é justificada no sentido de se atribuir a esses países a características de baixa concentração de renda.

A base de dados varia entre 1994 e 1997⁷, porém, Godoy *et al.* (2001) aceitaram que as oscilações foram de pouca influência entre os anos apurados, devido ao elevado grau de estabilidade socioeconômica dos países observados. Para a determinação do valor máximo como do mínimo, foi necessária uma reformulação, pois o Índice de Gini (IG) demonstra uma boa distribuição de renda quanto menor o seu valor. Portanto, o valor a ser utilizado para a determinação do Índice de Gini Calculado⁸ foi o parâmetro $1 - IG$, de onde inverteu-se o referencial de análise para o que os autores chamaram de Índice de Gini Ajustado pois, assim, o mesmo seria usado como todos os outros parâmetros do IDH (PNUD): quanto maior seus valores, melhor o indicador.

Como valor mínimo para o IG calculado, tomou-se o do Estado de Pernambuco, tendo o valor equivalente a 0,6597 que ajustado será de 0,3403. A escolha deste Estado foi por apresentar o parâmetro inferior no caso do Brasil para o ano da pesquisa. Logo, está bastante próximo de ser o menor referencial para esse aspecto no mundo uma vez que, como apresentado anteriormente, o Brasil possui uma das rendas mais concentradas do mundo.

Não foram utilizados os parâmetros extremos (0 e 1), pois se trata de uma situação irreal, o que comprometeria a qualidade da metodologia. Para a obtenção do Índice de Gini Calculado, foi utilizado no trabalho de Godoy *et al.* (2001), a mesma metodologia do PNUD.

O Índice de Renda Ajustado é obtido através da média aritmética simples entre o Índice de Renda (PNUD) e o Índice de Gini Calculado. O resultado obtido para este Índice no estudo, que tomou como ano base o ano de 1996, está apresentado na Tabela 1 a seguir.

⁷ A base de dados varia de país para país uma vez que não se dispunha dos mesmos num único ano-base.

⁸ Que representa os indicadores de concentração de renda para o caso do Brasil usando a mesma metodologia de cálculo para todos os indicadores do PNUD, conforme fórmula (1).

TABELA 1 – Índice de Renda Ajustado pelo Índice de Gini Calculado (IRG)

Unidade da Federação	Índice de Gini Calculado	Índice de Renda (PNUD)	Índice de Renda Ajustado (IRG)
Acre	0,160	0,854	0,507
Alagoas	0,090	0,363	0,227
Amapá	0,296	0,798	0,547
Amazonas	0,125	0,850	0,488
Bahia	0,021	0,541	0,281
Ceará	0,040	0,388	0,214
Distrito Federal	0,164	0,981	0,573
Espírito Santo	0,155	0,931	0,543
Goiás	0,129	0,778	0,454
Maranhão	0,188	0,311	0,250
Mato Grosso	0,191	0,742	0,467
Mato Grosso do Sul	0,148	0,952	0,550
Minas Gerais	0,081	0,888	0,485
Pará	0,187	0,631	0,409
Paraíba	0,070	0,354	0,212
Paraná	0,161	0,954	0,558
Pernambuco	0,000	0,471	0,236
Piauí	0,096	0,288	0,192
Rio de Janeiro	0,116	0,965	0,541
Rio Grande do Sul	0,198	0,960	0,579
Rondônia	0,192	0,953	0,573
Roraima	0,138	0,928	0,533
Santa Catarina	0,305	0,954	0,630
São Paulo	0,258	0,970	0,614
Sergipe	0,089	0,760	0,425
Tocantins	0,101	0,223	0,162
Brasil	0,074	0,954	0,514

Fonte: Dados básicos do IBGE, 1997 e UNDP – Human Development Report, 1998. *apud* Godoy *et al.* (2001).

Observa-se a grande diferença entre o Índice de Renda com base nos indicadores do PNUD e o IRG apurados, o que demonstra uma alta concentração de renda para o Brasil.

Portanto, a contribuição de Godoy *et al.* (2001) para melhoria na fórmula do Índice é válida, pois o torna mais próximo da realidade existente no Brasil auxiliando, assim, o governo a direcionar melhor suas políticas a fim de melhorar a qualidade de vida da população.

2.2.2. Construção do Índice de Longevidade Ampliado

Como citado anteriormente, o cálculo deste indicador foi dividido em três partes, respeitando também a metodologia do PNUD. A primeira parte são os valores originais

apresentados pelo RDH (1997) para determinar a expectativa de vida. As outras partes referem-se ao número de leitos hospitalares por grupos de mil habitantes e número de médicos por grupos de dez mil habitantes. Nesses termos, “justifica-se que a adoção de tais parâmetros ocorre porque a esperança de vida está intimamente relacionada à questão de saúde”. (Godoy *et al.*,2001, p.11)

Conforme os autores, se foi tentado acrescentar ao índice o acesso da população a moradias com saneamento básico, porém, não foi possível reunir dados para este fim. Entretanto, a incorporação de um fator, que foi denominado de “acesso potencial à saúde”, representa um modificador do IDH. Os resultados obtidos através do trabalho para os parâmetros relacionados à longevidade, estão dispostos na Tabela 2.

TABELA 2 – Cálculo do Índice de Longevidade Ampliado

Unidade da federação	Índice de Longevidade (IL)*	Índice de Longevidade Ampliado (ILA)
Acre	0,701	0,485
Alagoas	0,615	0,483
Amapá	0,714	0,447
Amazonas	0,711	0,402
Bahia	0,691	0,443
Ceará	0,669	0,458
Distrito Federal	0,723	0,702
Espírito Santo	0,737	0,556
Goiás	0,727	0,677
Maranhão	0,644	0,548
Mato Grosso	0,717	0,473
Mato Grosso do Sul	0,738	0,544
Minas Gerais	0,738	0,573
Pará	0,709	0,415
Paraíba	0,636	0,524
Paraná	0,737	0,598
Pernambuco	0,624	0,507
Piauí	0,657	0,444
Rio de Janeiro	0,700	0,770
Rio Grande do Norte	0,670	0,495
Rio Grande do Sul	0,764	0,634
Rondônia	0,701	0,410
Roraima	0,688	0,471
Santa Catarina	0,758	0,543
São Paulo	0,740	0,655
Sergipe	0,683	0,469
Tocantins	0,703	0,547
Brasil	0,710	0,578

Fonte: Dados básicos do IBGE, 1997 e UNDP Human Development Report, 1998 *apud* Godoy *et al.* (2001).

* Dados do PNUD, IPEA, IBGE, FJP (1998).

De acordo com a Tabela 2, a diferença entre o ILA e o IL calculada através do método do PNUD foi bastante significativa, mostrando que a realidade é bem diferente da mostrada por meio da forma de cálculo do PNUD. Apontando, também, que o Índice pode mostrar mais de perto a realidade quanto a esse aspecto e que deveriam ser utilizados pelo governo na adoção de políticas mais abrangentes em relação à saúde.

2.2.3. Construção do Índice de Educação Ampliado

Ao Índice de Educação foi incorporado a análise do analfabetismo funcional. Tal aspecto foi apresentado como a condição de pessoas com mais de 20 anos com menos de quatro anos de escolaridade que são alfabetizados porém não têm condições de ler um texto básico nem utilizá-lo no seu dia-a-dia, aspecto esse que não lhes garante a possibilidade de inserção competitiva no mercado de trabalho. Os demais fatores são os originais já calculados pelo método do PNUD. A atribuição dos pesos aos fatores também mudou, passando a ser de 1/3 para cada.

A inclusão da categoria de analfabetos funcionais deve-se ao fato anteriormente exposto. O que piora a situação é o fato de que pelo cálculo segundo o método do PNUD, estes indivíduos são encaixados no Índice de Alfabetização de Adultos, cujo peso é de 2/3 sobre o total do Índice de Educação, sobrestimando conseqüentemente o valor do Índice de Educação e, conseqüentemente, do IDH.

Para a construção do Índice de Alfabetização Funcional, tomaram-se as taxas de analfabetismo (TAN) e analfabetismo funcional (TAF) como percentuais da população, na base 100-TANF (Taxa de Analfabetismo Funcional), para determinação da taxa de alfabetização funcional (TAF). O Índice de Alfabetização Funcional (IAF) é calculado de acordo com a equação a seguir.

$$IAF = \frac{TAF - 0}{100 - 0} \quad (9)$$

Os resultados encontrados, tomando como base o ano de 1996, estão expostos na Tabela 3 a seguir.

TABELA 3 – Cálculo do Índice de Educação Ampliado

Unidade da Federação	Índice de Educação (PNUD)	Índice de Educação Ampliado (IEA)
Acre	0,709	0,653
Alagoas	0,638	0,575
Amapá	0,845	0,793
Amazonas	0,764	0,703
Bahia	0,732	0,639
Ceará	0,714	0,642
Distrito Federal	0,902	0,865
Espírito Santo	0,839	0,779
Goiás	0,854	0,786
Maranhão	0,687	0,609
Mato Grosso	0,841	0,758
Mato Grosso do Sul	0,855	0,779
Monas Gerais	0,843	0,773
Pará	0,770	0,692
Paraíba	0,682	0,606
Paraná	0,851	0,768
Pernambuco	0,750	0,691
Piauí	0,657	0,584
Rio de Janeiro	0,867	0,818
Rio Grande do Norte	0,731	0,671
Rio Grande do Sul	0,883	0,829
Rondônia	0,807	0,719
Roraima	0,838	0,755
Santa Catarina	0,876	0,822
São Paulo	0,895	0,840
Sergipe	0,751	0,672
Tocantins	0,835	0,743
Brasil	0,825	0,760

Fonte: Dados básicos do IBGE, 1997 e UNDP Human Development Report, 1998 *apud* Godoy *et al.* (2001).

Como observado, o país se incorporado o IAF, cairia de alto desenvolvimento humano na área de educação para médio desenvolvimento humano, caracterizando melhor a situação atual. O IEA se aplicado ao Brasil, torna o indicador mais próximo da realidade, permitindo ao Governo direcionar da melhor maneira possível suas políticas voltadas à educação.

2.2.4. Construção do Índice de Desenvolvimento Humano Ampliado

Depois de calculado os três índices básicos que compõem a metodologia do IDHA, passou-se à construção do índice final, através da média aritmética simples dos três

indicadores antes calculados. Os mesmos estão apresentados na Tabela 4 a seguir na qual também estão expostos os valores apontados para o IDH segundo a metodologia do PNUD a fim de se poder comparar as duas metodologias.

TABELA 4 – Cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano Ampliado e comparação com o Índice de Desenvolvimento Humano na metodologia do PNUD

Unidades da Federação	Índice de Renda Ajustado (IRG)	Índice de Longevidade Ampliado (ILA)	Índice Ampliado de Educação (IAE)	IDH Ampliado (IDHA)	IDH (PNUD)
Acre	0,507	0,485	0,653	0,548	0,754
Alagoas	0,227	0,483	0,575	0,428	0,538
Amapá	0,547	0,447	0,793	0,596	0,786
Amazonas	0,488	0,402	0,703	0,531	0,775
Bahia	0,281	0,443	0,639	0,454	0,655
Ceará	0,214	0,458	0,642	0,438	0,590
Distrito Federal	0,573	0,702	0,865	0,713	0,869
Espírito Santo	0,543	0,556	0,779	0,626	0,836
Goiás	0,454	0,677	0,786	0,639	0,786
Maranhão	0,250	0,548	0,609	0,469	0,547
Mato Grosso	0,467	0,473	0,758	0,566	0,767
Mato Grosso do Sul	0,550	0,544	0,779	0,624	0,848
Monas Gerais	0,485	0,573	0,773	0,610	0,823
Pará	0,409	0,415	0,692	0,505	0,703
Paraíba	0,212	0,524	0,606	0,447	0,557
Paraná	0,558	0,598	0,768	0,641	0,847
Pernambuco	0,236	0,507	0,691	0,478	0,615
Piauí	0,192	0,444	0,584	0,407	0,534
Rio de Janeiro	0,541	0,770	0,818	0,710	0,844
Rio Grande do Norte	0,324	0,495	0,671	0,497	0,668
Rio Grande do Sul	0,579	0,634	0,829	0,681	0,869
Rondônia	0,573	0,410	0,719	0,567	0,820
Roraima	0,533	0,471	0,755	0,586	0,818
Santa Catarina	0,630	0,543	0,822	0,665	0,863
São Paulo	0,614	0,655	0,840	0,703	0,868
Sergipe	0,425	0,469	0,672	0,522	0,731
Tocantins	0,162	0,547	0,743	0,484	0,587
Brasil	0,514	0,578	0,760	0,617	0,830

Fonte: Dados básicos do IBGE, 1997 e UNDP Human Development Report, 1998 apud Godoy et al. (2001)

Como observado, o Distrito Federal foi o Estado que apresentou maior IDHA, mantendo a liderança nacional em comparação com o IDH. Através da mensuração do IDHA, o Brasil passou da condição de alto desenvolvimento humano no ano de 1996 para um país de médio desenvolvimento humano.

O IDH, que substituiu a antiga forma de calcular o desenvolvimento humano através somente da renda, como observado anteriormente ainda apresenta algumas lacunas,

pelo menos no caso brasileiro aqui analisado. O IDHA evidenciou estas lacunas através da incorporação em sua metodologia de variáveis como o Índice de Gini, o número de leitos hospitalares por grupos de mil habitantes e o número de médicos por grupos de 10 mil habitantes bem como a alfabetização funcional.

Assim, realizada a apresentação sumária dos referenciais básicos para a compreensão do IDH e do IDHA para o Brasil no ano de 1996, no capítulo a seguir está apresentada uma evolução dos indicadores que compõem o IDH para o caso do Brasil, no período de 1995-2001. Em especial, são realizadas algumas considerações específicas quanto às alterações que esses indicadores sofreram no período da gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso. As evidências suscitadas apontam para um possível viés político no sentido de se ter empreendido um esforço muito grande de políticas paliativas de governo. Tais empenhos seriam para que os resultados dessas políticas produzissem efeitos que contribuíssem para a melhoria dos indicadores que constituem o IDH, sem efetivamente se prezar pela qualidade das políticas aplicadas.

3. O IDH NO BRASIL: UMA ANÁLISE DE SUA EVOLUÇÃO NO PERÍODO DE 1995-2001

3.1. A evolução do Índice de Renda

O período selecionado apresentou mudanças no quadro econômico do país que influenciaram diretamente o PIB e portanto a renda *per capita*. A Tabela 5 a seguir mostra a evolução do Índice de Renda no Brasil durante este período.

TABELA 5 – Evolução do Índice de Renda no Brasil (período selecionado)

Ano	PIB Real <i>per capita</i> (dólares PPC)	PIB Ajustado <i>per capita</i> (dólares PPC)	Índice de Renda (IR)
1995	5.240	5.142	0,94
1996	5.240	5.142	0,94
1997	5.362	5.362	0,87
1998	5.928	5.928	0,94
1999	6.480	-	0,70
2000	6.625	-	0,70
2001	7.037	-	0,71

Fonte: Relatório do Desenvolvimento Humano (1995-2001).

Observando a Tabela 5, se percebe que o PIB *per capita* aumentou durante o período em questão. Porém, o Índice de Renda não acompanhou o mesmo crescimento. A explicação está na mudança de cálculo do índice a partir de 1999, na qual se passou a considerar os rendimentos decrescentes para todas as rendas observadas, ou seja, todas as rendas mesmo que abaixo da média mundial são ajustadas, o que torna o parâmetro mais próximo da realidade. A contribuição foi feita por Amartya Sen e Sudhir Anand.

Devido à mudança metodológica, as comparações com os anos anteriores a ela, não podem ser feitas sem antes transformar todos em um mesmo modo de cálculo, como era feito antes da mudança, ou através da nova forma de cálculo.

Analisando o crescimento do PIB *per capita*, é possível analisar que esse se deu graças às políticas adotadas durante o governo FHC. Dentre elas, destacam-se a abertura comercial, as privatizações e o Plano Real, que trouxe estabilidade monetária.

Mesmo durante os últimos anos do governo, período de relativa instabilidade econômica, como a crise asiática e as crises cambiais que geraram incerteza no mercado e

recessão, a taxa média de crescimento do PIB *per capita* no período foi de 0,37%⁹, mostrando que mesmo com problemas, a renda cresceu.

Porém, o PIB *per capita* não leva em consideração as desigualdades da renda. Pois “sendo apenas uma média, ela pode não ter correspondência alguma com a real forma de apropriação do esforço produtivo nacional entre os segmentos da sociedade” (MONTIBELLER, 2001, p.17). Considerando que o Brasil é um país com renda muito mal distribuída, ou seja, extremamente concentrada (atualmente o Brasil é o segundo país com maior desigualdade social na distribuição de renda no mundo) como mostra o índice de Gini calculado para a década de 90, neste período o referido índice foi de 0,60.

A pesquisa de Castro (1999), também considerada, apontou que a desigualdade é uma aspecto marcante da história econômica do Brasil, devido à pouca dependência da produção de mercadorias para a exportação, prática que levou à concentração populacional e de riqueza em poucas regiões do país.

Retomando o desenvolvimento econômico brasileiro no seu ciclo histórico, tem-se a resposta para as desigualdades regionais apresentadas atualmente no Brasil. Muito dela encontra-se no fato também de algumas regiões apresentarem melhor desenvolvimento que outras, como é o caso do eixo Centro-Sul do Brasil, aumentando ainda mais a concentração de renda.

A renda também é a grande causadora das desigualdades, como desigualdades de oportunidades, individuais e entre os grupos sociais.

Como a renda é considerada essencial para a obtenção dos outros indicadores do desenvolvimento, essa deve ser mensurada da melhor maneira possível, trazendo à tona a realidade. Em seu estudo, Castro observou que a renda apresenta influência nas demais dimensões do Índice, e que o “modelo matemático do IDH mede o progresso humano de um agrupamento, tendo como determinante o nível de renda”.(CASTRO, 1999, p.78).

Através de seu estudo, o autor também analisou que a renda é a dimensão que mais varia em relação às outras duas que compõem o IDH. Seu estudo mostra que os incrementos da esperança de vida e da alfabetização de adultos são bem inferiores, enquanto que a renda em muitos casos mais que duplica. “Além disto, estes incrementos são muito maiores em países com elevado desenvolvimento humano, do que no último grupo, aumentando, dessa forma, o ‘fosso’ entre ricos e pobres”.(CASTRO, 1999, p.78)

⁹ Fonte: www.ipeadata.gov.br

Portanto, a renda, por apresentar características que a promovem melhor, exercendo uma maior influência na evolução do IDH, tem o dever de mostrar a realidade do grupamento mensurado para que as medidas a serem tomadas melhorem de fato a qualidade do IDH, e para tanto deve ser mensurada da melhor forma possível.

A mudança no modo de cálculo em 1999, melhorou a apuração do Índice além de mudar de posição países que antes eram beneficiados pela forma de cálculo antiga, como era o caso do Brasil. Porém, esta ainda não leva em consideração outras peculiaridades da renda como a sua concentração, que prejudica a análise do indicador, como foi apresentado anteriormente para o caso do Brasil a partir da metodologia do IDHA.

No capítulo anterior, foi mostrada a nova forma de cálculo do Índice de Renda, o IRG, levando em consideração a concentração de renda, aspecto marcante no desenvolvimento do Brasil. A nova forma de cálculo para o Índice de Renda proposta torna a mensuração mais real e auxilia na adoção de políticas de melhoria do Índice de Renda e conseqüentemente do Índice de Desenvolvimento Humano.

Durante o período analisado, os esforços do governo foram no sentido de expansão do PIB brasileiro, apesar das dificuldades impostas pelo modelo econômico ora em pauta, fazendo assim com que a renda *per capita* melhore, o que torna inevitável uma melhoria no índice. Porém, a concentração de renda é um referencial crescente cada vez mais no Brasil. Portanto, se faz necessário políticas que melhorem a distribuição de renda, atendendo assim a proposta do Índice de Renda Ampliado, feita por Godoy *et al* (2001).

3.2. A evolução do Índice de Longevidade

O Índice de Longevidade é um índice cuja tendência é sempre aumentar, pois os investimentos mundiais em saúde colaboram para que isso aconteça, além de ser uma cobrança crescente da população de cada país. A Tabela 6 a seguir mostra a evolução do Índice de Longevidade para o Brasil no período selecionado.

Como observado, o Índice de Longevidade composto pela esperança de vida ao nascer, se manteve estável nos quatro primeiros anos do período em questão, com ligeiros aumentos nos anos seguintes.

TABELA 6 – Evolução do Índice de Longevidade no Brasil
(período selecionado)

Ano	Esperança de vida (em anos)	Índice de Longevidade (IL)
1995	66,3	0,69
1996	66,3	0,69
1997	66,4	0,69
1998	66,6	0,69
1999	66,8	0,70
2000	67,0	0,70
2001	67,5	0,71

Fonte: Relatório do Desenvolvimento Humano (1995-2001).

Porém, a esperança de vida ao nascer apresentou crescimentos em todos os anos do governo, o que faz analisar as políticas adotadas relacionadas à saúde. Políticas essas em sua grande maioria voltadas à reeducação de hábitos alimentares, incentivos à amamentação, campanhas de vacinação, dentre outras. Ao todo são 35 programas voltados exclusivamente para a área da saúde hoje em vigor, como mostra o Quadro 2 a seguir.

QUADRO 2 – Programas voltados para a saúde no Brasil (1998-2002)

Programas de Saúde	
Nome do Programa	Objetivo do Programa
Agentes comunitários de saúde	O Programa está consubstanciado na contribuição das ações entre diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde.
Bolsa Alimentação	Consiste na complementação da renda familiar, com recursos da União, para melhoria da alimentação e das condições de saúde e nutrição.
Campanha nacional de Registro de Nascimento	Tem como objetivo conceder esse primeiro direito a todas as crianças.
Carteiro Amigo	É uma atividade de incentivo ao aleitamento materno, para reverter o quadro de desnutrição e mortalidade infantil.
Cartão Nacional da Saúde	O objetivo do cartão nacional da saúde é facilitar o atendimento hospitalar, possibilitando uma identificação mais rápida do paciente, a marcação de consultas e exames e melhorar o acesso aos medicamentos fornecidos pelo SUS.
Controle de Endemias	Faz parte do processo de descentralização das ações de saúde no âmbito do SUS, com o intuito de reduzir e até eliminar as doenças endêmicas do Brasil.
Gestação de alto risco	A implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à gestante de Alto Risco tem a intenção de estimular e apoiar a organização e/ou consolidação de Sistemas de Referência da área hospitalar, em todos os estados do país, para gestantes de alto risco.
Iniciativa hospital amigo da criança	Foi idealizada para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce.
Plano Nacional de Mobilização e Intensificação	O programas visa a eliminação da Hanseníase e o Controle da Tuberculose. Para isso, o Ministério da Saúde dá condições como recursos financeiros,

das ações para eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose.	conhecimento técnico atualizado e alto grau de descentralização dos serviços de saúde.
Política Nacional de Alimentação e Nutrição	Tem como propósito garantir a qualidade dos alimentos colocados para o consumo no país, da promoção de práticas alimentares saudáveis e da prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais.
Política Nacional de Medicamentos	Tem como meta garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade desses produtos, bem como a promoção do uso racional da população dos medicamentos considerados essenciais.
Programa Criança e Vida	Tem como objetivo promover iniciativas voltadas para a assistência a crianças e adolescentes com câncer. O Ministério da Saúde oferece o suporte técnico, enquanto a Fundação Banco do Brasil desenvolve e financia as ações.
Programa Humanização no Pré-Natal e Nascimento	Foi instuído com o objetivo de melhorar o acesso à cobertura e á qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.
Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama – Viva Mulher	Lançado em 1997, tem como objetivo reduzir, substancialmente, o número de mortes causadas pelo câncer do colo do útero e de mama, permitindo à mulher um acesso mais efetivo ao diagnóstico precoce pelo exame Papanicolau e exame clínico das mamas, além do tratamento adequado do tumor.
Programa Nacional de Controle de Tabagismo e Outros Fatores de risco de Câncer	Em quatro anos, já capacitou profissionais das secretarias de saúde de três mil municípios brasileiros para orientar a população sobre os males do tabagismo, nas escolas, na empresas, nos hospitais e nas cominidades locais.
Programa Salve	Tem como uma das suas principais metas reduzir o número de vítimas fatais nos acidentes de trânsito.
Programa Saúde da Família	O principal propósito do Programa Saúde da Família é reorganizar a prática da atenção à saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.
Programa Saúde do Adolescente	É dirigido a todos os jovens entre 10 a 19 anos e é caracterizado pela integralidade das ações e pelo enfoque preventivo e educativo.
Programa Saúde na Escola	Em convênio coma Fundação Cesgranrio/RJ, prevê a produção de vídeos educativos para compor a grade de programação da TV Escola/MEC.
Programa Saúde no Ar	É uma programa radiofônico educativo que tem como objetivo difundir mensagens com conteúdos informativos e formativos para a promoção de saúde e adoção de medidas preventivas junto à população de baixa renda.
Programa de Assistência Farmacêutica	O programa visa garantir o tratamento eficaz das populações mais pobres e facilitar o seu acesso aos medicamentos essenciais.
Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso	Tem como objetivo conseguir a manutenção de um estado de saúde com a finalidade de atingir o máximo de vida ativa, na comunidade, junto à família, com o maior grau possível de independência funcional e autonomia.
Programa de Garantia de Qualidade de Sangue	Tem como objetivo resolver o angustiante problema social que é a insegurança e receios do paciente quando lhe é indicado uma transfusão de sangue.
Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde	Tem como principal objetivo intervir na tenção básica de saúde, levando assistência à populações de municípios desprovidas ou com insuficiência de serviços.
Programa de Prevenção e Controle das Doenças Imunopreventíveis	Tem como objetivo prevenir e manter sob controle as doenças passíveis de imunização.
Programa de qualidade em Radioterapia	Objetiva uniformizar as condutas de radioterapia e dosimetria pelo treinamento de profissionais da áera e normalização dos procedimentos.
Programa de Saúde Bucal	A inclusão da saúde bucal no Programa Saúde da Família permite o desenvolvimento dessas ações de forma integrada, beneficiando grupos populacionais prioritários.
Programa de educação e saúde através do exercício físico e do esporte	Tem como meta aumentar a prática da atividade física na população, visando melhorar a qualidade de vida, e sua importância como fator de promoção, prevenção e manutenção da saúde.
Projeto Expande	Lançado em 2001 e desenvolvido juntamente com as Secretaria de Assistência

	à Saúde e Secretaria Executiva, ambas do Ministério da Saúde. Tem como principal objetivo estruturar a integração da assistência oncológica no Brasil a fim de obter um padrão de alta qualidade na cobertura da população. Prevê a criação de 20 Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) no país até 2004, para atender a cerca de 14 milhões de brasileiros.
Projeto Viva Legal	Prevê a produção e veiculação de vídeos educativos com uma linguagem atual e descontraída, para transmissão de informações relevantes para a saúde da população.
Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem	Tem como objetivo o desenvolvimento de Recursos Humanos na área da Saúde. Sua meta é assegurar os processos de formação técnica e educação profissional em saúde, coma qualificação e especialização de profissionais de enfermagem de nível médio e superior, visando a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.
Projeto de Promoção da Saúde	A promoção da saúde consiste em proporcionar à população as condições e requisitos necessários para melhorar e exercer controle sobre sua saúde, envolvendo: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade.
REFORSUS	O Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde investe na recuperação da rede física de saúde do País, que presta serviços ao SUS.
Sistema Informatizado de Aquisição e Distribuição de Medicamentos	A missão do sistema é disponibilizar as informações necessárias a todos os interessados, sejam eles Estados, Municípios e Fornecedores, bem como quaisquer setores da comunidade.
Sistema de Informação da Atenção Básica	Tem a função de monitorar os indicadores de saúde das populações, a partir de informações dos agentes e das equipes de Saúde da Família.

Fonte: Ministério da Saúde, 2002.

O indicador de saúde no relatório do PNUD apresenta uma melhora no índice para o caso do Brasil, porém, esta é uma realidade também mundial, devido às grandes descobertas da medicina nos últimos anos e aos investimentos mundiais em pesquisas. As melhoras geram efeitos em todos os países, como não poderia deixar de ser. A seguir, é apresentada a evolução do Índice de Longevidade e a esperança de vida ao nascer de países pertencentes aos três níveis do desenvolvimento humano, segundo PNUD.

TABELA 7 – Evolução do Índice de Longevidade (IL) e Esperança de Vida (EV) – 1998 a 2001¹⁰ (países selecionados)

Países	1998		1999		2000		2001	
	IL	EV	IL	EV	IL	EV	IL	EV
Canadá	0,90	79,1	0,90	79,0	0,90	79,1	0,89	78,7
EUA	0,86	76,4	0,86	76,7	0,86	76,8	0,86	76,8
Inglaterra	0,86	76,8	0,87	77,2	0,87	77,3	0,87	77,5
Chile	0,84	75,1	0,83	74,9	0,83	75,1	0,84	75,2
Argentina	0,79	72,6	0,80	72,9	0,80	73,1	0,80	73,2
Coréia do Sul	0,78	71,7	0,79	72,4	0,79	72,6	0,83	74,7
China	0,76	69,2	0,75	69,8	0,75	70,1	0,75	70,2
Índia	0,61	61,6	0,63	62,6	0,63	62,9	0,63	62,9
Paquistão	0,63	62,8	0,65	64,0	0,66	64,4	0,58	59,6

Fonte: Relatório do Desenvolvimento Humano (1995-2001).

¹⁰ A escolha deste período se deve à dificuldade na obtenção dos dados.

A variação do Índice de Longevidade no Brasil foi de 0,02 no período em questão. Uma variação considerada alta para um índice com essa dimensão. Conforme observado no quadro acima, a variação do Brasil equipara-se a dos países mais desenvolvidos. Porém, os países com menor IDH, tiveram uma variação maior no Índice de Longevidade, como a Índia que obteve uma variação de 0,04.

Analisando o quadro dos programas de governo brasileiro voltados para a saúde, observa-se pouca atenção voltada para o atendimento hospitalar, o programa mais significativo desta área é o REFORSUS que divide os investimentos em áreas programáticas como mostra a Tabela 8 a seguir.

TABELA 8 - Investimentos do REFORSUS (em R\$ milhões)

Área Programática	Valor do Investimento
AP I – Rede Hospitalar e Ambulatorial	581,9
AP II – Programa Saúde da Família	29,1
AP III – HEMORREDE	67,8
AP IV – LACENS	41,6
Total	720,4

Fonte: Ministério da Saúde (2002).

Ao se analisar a evolução do índice observa-se que esta foi bastante significativa, e os programas do governo voltados para a saúde importantes no sentido de prevenção, reeducação, informação, ou seja, oferecem expectativas de melhora a longo prazo. Porém, para o atendimento hospitalar, apesar do significativo investimento, a atenção dada foi bem menor.

Portanto, para a nova forma de mensuração do Índice, o ILA, apresentado anteriormente, a situação do Índice de Longevidade não seria tão boa quanto à apresentada, já que a nova fórmula envolve o número de leitos hospitalares e o número de médicos disponíveis, indicadores não priorizados nos programas de governo do período analisado.

Por isso, é necessária uma melhor apuração do índice para que este represente melhor a realidade vivida no país, auxiliando a adoção de políticas que melhorem a qualidade do indicador.

3.3. A evolução do Índice de Educação

O Índice de Educação como visto anteriormente é calculado através de duas taxas: a Taxa Alfabetização de Adultos e a Taxa Combinada de Matrícula. A Tabela 9 a seguir mostra a evolução do Índice de Educação no Brasil para o período selecionado, assim como dos parâmetros que o compõem.

TABELA 9 – Evolução do Índice de Educação no Brasil (período selecionado)

Anos	Taxa de alfabetização de adultos (%)	Taxa Combinada de Matrícula (%)	Índice de Educação
1995	81,9	70	0,78
1996	79,9	68	0,76
1997	82,7	72	0,79
1998	83,3	72	0,80
1999	84,0	80	0,83
2000	84,5	84	0,84
2001	84,9	80	0,83

Fonte: Relatório do Desenvolvimento Humano (1995-2001).

Para melhor interpretação da variação do Índice de Educação, serão analisadas separadamente as duas taxas: Taxa de Alfabetização de adultos e Taxa Combinada de Matrícula, que compõem o IE.

3.3.1. Análise da Taxa de Alfabetização de Adultos

A Taxa de de Afabetização de Adultos, medida em porcentagem, nos dois primeiros anos do período analisado apresentou uma queda de 2 pontos percentuais, a partir de então o crescimento desta foi constante.

A política pública lançada no sentido de melhorar esta taxa faz parte do Projeto Alvorada¹¹ e tem o nome de “Recomeço – Supletivo de Qualidade”. Esta consiste em ampliar a oferta de vagas para a Educação Fundamental pública de jovens e adultos.

¹¹ O Projeto Alvorada foi criado pelo Governo Federal e tem como objetivo reduzir as desigualdades regionais por meio da melhoria das condições de vida das áreas mais carentes do Brasil, o indicador utilizado para medir as desigualdades é o IDH.

As regiões beneficiadas pelo Programa são as com IDH inferiores a 0,5 e, também, todos os Estados do Norte e Nordeste, ou seja, as regiões com maiores índices de analfabetismo do Brasil.

Existe também o projeto Tele Sala, pelo qual os alunos fazem o supletivo através de vídeos, a presença não é exigida e a aprovação é feita através de provas semestrais aplicadas pela Secretaria de Educação.

A qualidade do ensino como se pode observar não é prioridade do projeto, pois o aluno faz o supletivo, consegue o diploma do ensino médio, e é caracterizado como um adulto alfabetizado, capaz de ler entender e interpretar um texto simples sobre o seu cotidiano, fazendo, assim, com que a Taxa de Alfabetização de Adultos aumente.

3.3.2. Análise da Taxa Combinada de Matrícula

Em geral, a taxa combinada de matrícula, também medida em porcentagem, foi um indicador que evoluiu durante o período em questão, apresentando uma queda no ano de 2001.

As políticas adotadas para melhoria desta taxa foram o Bolsa Escola, Programa de Aceleração de Aprendizagem, Valorização do Ensino Fundamental e Projeto de Progressão Continuada. Para o Ensino Superior, o programa priorizado é o FIES (Financiamento do Ensino Superior), que oferece a oportunidade do Ensino Superior para alunos que não conseguiram ingressar em universidades públicas estudarem em universidades privadas.

O Projeto Bolsa Escola incentiva os pais a matriculem seus filhos nas escolas em troca de dinheiro. O governo paga R\$ 15,00 por filho matriculado, sendo que o máximo é de R\$ 45,00 por família.

O Programa de Aceleração de Aprendizagem atende a crianças de 1.^a a 4.^a séries do ensino fundamental que apresentam a distorção idade-série e tem como objetivo combater o fracasso, evitando assim a evasão escolar.

No mesmo sentido, o Projeto Progressão Continuada é um programa de educação onde não permite o aluno ser retido por insuficiência de aprendizado – fato que só pode acontecer na 8.^a série do Ensino Fundamental, em séries anteriores somente por falta é aceita a retenção do aluno.

Como visto, os esforços do governo são no sentido de manter os alunos na escola sem investir na qualidade do ensino. Sem um Ensino Médio e Fundamental valorizados e de qualidade, a possibilidade de um aluno de escola pública ingressar em uma universidade pública é quase nula. O que acabou tornando o ensino superior elitizado. Quem tem recursos para pagar uma faculdade estuda em universidades públicas, pois tiveram um ensino fundamental e médio de qualidade, feito em escolas particulares. Quem não tem recursos tenta, conseguir o financiamento do ensino superior em universidades privadas ou abandona o sonho de cursar a faculdade.

3.3.3. Análise do Índice de Educação

Como não poderia deixar de ser, com o aumento das duas taxas durante o período analisado, o Índice de Educação também em média aumentou consideravelmente, com uma variação significativa de aproximadamente 0,06 no período.

Porém, como observado, todas as políticas voltadas para a educação geram mais gastos para o governo e não prezam pela qualidade do ensino no Brasil. Ou seja, melhoram o indicador mas não a qualidade.

O Índice de Educação é exclusivo de cada país, não acontece como no Índice de Longevidade. Melhoras no ensino de algum país não geram melhoras no ensino de outros. Porém para fins de comparação, a Tabela 10 a seguir mostra a evolução deste Índice nos mesmos países anteriormente selecionados para o Índice de Longevidade.

TABELA 10 – Evolução do Índice de Educação – 1998 a 2001
(países selecionados)

Países	1998	1999	2000	2001
Canadá	0,99	0,99	0,99	0,98
EUA	0,98	0,97	0,97	0,98
Inglaterra	0,95	0,99	0,99	0,99
Chile	0,88	0,89	0,90	0,90
Argentina	0,91	0,91	0,91	0,92
Coréia do Sul	0,93	0,95	0,95	0,95
China	0,76	0,78	0,79	0,80
Índia	0,53	0,54	0,55	0,56
Paquistão	0,39	0,41	0,44	0,43

Fonte: Relatório do Desenvolvimento Humano (1995-2001).

A conclusão a que se chega ao analisar os dados acima é que a preocupação com a educação é geral em todos os países observados. Pois o Índice, em geral, somente aumentou, ou se manteve estável, como foi o caso dos países mais desenvolvidos. Quanto menos desenvolvido o país, maior a expansão do Índice, como aconteceu na Índia, durante o período analisado, equiparando-se ao crescimento do Índice de Educação do Brasil.

A proposta do IEA, explicada anteriormente, é de grande importância pelo fato de no Brasil existirem muitos analfabetos funcionais, os quais na forma de cálculo do PNUD são caracterizados como adultos alfabetizados, distorcendo a realidade e prejudicando a adoção de políticas eficazes no sentido de melhorar a qualidade do ensino no Brasil.

Atualmente, 4% do PIB no Brasil são gastos com educação, sendo que desse total, metade é para o ensino superior¹², que é altamente elitizado no país. Continuar gastando com educação é necessário, porém mais do que isso é saber como gastar, direcionando melhor os gastos e melhorando a qualidade das políticas voltadas para a educação.

3.4. A evolução do IDH no Brasil

Depois de feita a análise da evolução dos indicadores, neste tópico se analisa a evolução do IDH no Brasil. Na Tabela 11, se apresenta a evolução do índice, assim como a posição do Brasil segundo o IDH.

TABELA 11 – Evolução do IDH no Brasil (período selecionado)

Ano	IR	IL	IE	IDH	Posição do Brasil segundo IDH
1995	0,94	0,69	0,78	0,804	63
1996	0,94	0,69	0,76	0,797	*
1997	0,87	0,69	0,79	0,783	68
1998	0,94	0,69	0,80	0,809	62
1999	0,70	0,70	0,83	0,739	79
2000	0,70	0,70	0,84	0,747	74
2001	0,71	0,71	0,83	0,750	69

Fonte: Relatório do Desenvolvimento Humano (1995-2001).

* Dado não disponível.

¹² Fonte: www.ipea.gov.br apud Montibeller.

Durante o período analisado, o IDH apresentou uma evolução oscilante. Nos primeiros três anos (1995-1998), as mudanças foram resultados de ligeiras quedas no Índice de Educação e Índice de Renda, posto que o Índice de Longevidade se manteve estável durante o referido período.

A partir de 1999, o IDH sofreu uma brusca queda devido à mudança no modo de cálculo do Índice de Renda. Por isso, não é aconselhável a comparação com os anos anteriores.

Os países que mais sofreram variações em suas posições com a mudança na forma de cálculo foram os que se encaixam nos grupos de médio e baixo desenvolvimento humano. Pois como era o caso do Brasil, a renda *per capita* destes países antes da mudança não apresentava necessidade de ajuste. A Tabela 7 a seguir, mostra os países selecionados anteriormente e suas variações de posição.

TABELA 12 – Evolução do IDH – 1998 a 2001 (países selecionados)

Países	1998		1999		2000		2001	
	IDH	Posição	IDH	Posição	IDH	Posição	IDH	Posição
Canadá	0,960	1	0,932	1	0,935	1	0,936	3
EUA	0,943	4	0,927	3	0,929	3	0,934	6
Inglaterra	0,932	14	0,918	10	0,918	10	0,923	14
Chile	0,893	31	0,844	34	0,826	38	0,825	39
Argentina	0,888	36	0,827	39	0,837	35	0,842	34
Coréia do Sul	0,894	30	0,852	30	0,854	31	0,875	27
China	0,650	106	0,701	98	0,706	99	0,718	87
Índia	0,451	139	0,545	132	0,563	128	0,571	115
Paquistão	0,453	138	0,508	138	0,522	135	0,498	127

Fonte: Relatório do Desenvolvimento Humano (1998-2001).

Observa-se que países com baixo desenvolvimento humano apresentaram uma melhora no Índice, passando para países de médio desenvolvimento humano como o caso da Índia e do Paquistão.

A Tabela 7 mostra também, a estabilidade das primeiras posições, ou seja, dos países com maior renda *per capita* e portanto com menores variações no IDH.

Quanto à posição, a evolução do outros países deve ser levada em consideração, pois a alteração na posição não é correspondente somente com a melhora ou piora do índice, mas depende também da evolução deste em outros países. Um bom exemplo foi a

subida de posição do Brasil de 74.º lugar em 2000 para 69.º lugar em 2001, visto que a evolução do índice não foi tão grande assim, de apenas 0,003.

Contudo, o IDH, feito para mensurar o desenvolvimento, com o objetivo de ajudar os países a adotar políticas para melhorar os indicadores, mostra-se defasado para o Brasil em seu modo de cálculo, fugindo do seu principal objetivo. Trazer o índice o mais próximo possível da realidade não é uma tarefa fácil, porém se torna essencial no sentido de tentar melhorar a qualidade dos indicadores evitando, assim, a adoção de políticas que apenas melhorem os números e não prezem tanto pela qualidade. Como ocorrido no Brasil durante o período em questão, segundo a análise da evolução dos indicadores feita anteriormente.

Castro (1999) em seu trabalho, concluiu que a metodologia de construção do IDH mostra-se insuficiente para a mensuração do desenvolvimento, respaldado em particularidades brasileiras sobre a desigualdade e a pobreza. Sua principal crítica foi feita em relação à média aritmética simples do modo de cálculo do PNUD, que atribui mesmo peso a indicadores dependentes, porém, tão diferentes entre si, exemplificando que a renda foi o indicador que mais aumentou durante o período analisado em seu trabalho e portanto deveria receber uma atenção diferente.

Mensurar o desenvolvimento humano não é uma tarefa fácil, portanto a escolha na forma de cálculo deve ser feita de tal maneira que a realidade vivida pelo país seja a mesma transformada numericamente. O IDH, por ser tão abrangente, em muitos países como o Brasil não mostra a real situação em que se encontra o país, devido a grandes variações e realidades diferentes existentes em uma mesma nação. O IDHA proposto para o Brasil, exemplificado no capítulo anterior, apura melhor as variáveis consideradas peculiares para o caso brasileiro, não permitindo que haja muita distorção da realidade como pode estar ocorrendo ainda atualmente no Brasil.

4. CONCLUSÃO

Depois de apresentado o Índice de Desenvolvimento Humano e o Índice de Desenvolvimento Humano Ampliado, buscou-se analisar as políticas públicas adotadas pelo governo brasileiro no período de 1995 a 2001.

Entretanto, o IDH, como sendo uma medida de desenvolvimento tão importante e que norteia as políticas adotadas pelo governo não é capaz de absorver as diferenças existentes dentro dos países, permitindo que haja distorções da realidade vivida. Para o caso do Brasil em especial, o IDHA mostrou-se um indicador que, apesar das limitações, procura estar apurando fatos peculiares no sentido de contornar certas distorções que são observadas no país mas não abrangidas nos cálculos do IDH.

Através da análise feita no capítulo 3, observou-se a adoção de várias políticas públicas voltadas principalmente para os indicadores de saúde e educação, sendo que a renda evolui de acordo com o crescimento econômico. Porém, a qualidade dos programas adotados foi deixada de lado em detrimento da melhora dos números. Fato este que se torna mais evidente ao se comparar as políticas adotadas com a proposta do IDHA. Mostrando que se o índice fosse calculado pelo método do IDHA, a posição do Brasil seria bem diferente da atual, visto que as políticas adotadas são para atender às variáveis existentes no IDH.

Assim, o IDH e mesmo o IDHA, por se tratarem de indicadores que medem a questão do desenvolvimento humano, podem ser considerados mensuradores muito mais eficazes do que apenas o indicador renda, outrora único avaliador do desenvolvimento econômico das nações. O IDH, nesse sentido, quando introduzido, revelou-se como um avanço nesse sentido. Mesmo assim, pode não estar tão próximo da realidade socioeconômica de muitos países, como se tentou revelar a partir do IDHA para o caso do Brasil.

Logo, mesmo que o IDHA tenha sido revelado muito mais próximo da realidade brasileira que o IDH, ele também é um medidor, um quantificador do desenvolvimento humano. Se o IDH, a partir de sua colocação em prática, conduziu alguns países a utilizar políticas internas para melhoria dos índices que compõem tal indicador, pode ser que ele tenha se tornado um fim em si mesmo. Ou seja, em vez de se desenvolver políticas nacionais que prezem o desenvolvimento humano, tem se buscado a partir dos indicadores

do IDH, políticas talvez nem tanto voltadas à melhoria do desenvolvimento humano em si, mas que busquem aprimorar o indicador. Assim, a qualidade está sendo confundida com quantidade, o que nem sempre pode estar associado ao desenvolvimento humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASTRO, José Marcelo de. **Desigualdade, pobreza e evolução do índice de desenvolvimento humano (IDH) no Brasil, a partir da década de 60.**1999. 43f. Monografia (Bacharelado em Ciências Econômicas) – Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba.

GODOY, Amália Maria Goldberg *et al.* **Índice de desenvolvimento humano ampliado para as unidades da federação do Brasil.**1996.19f. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 1996. Mimeografado.

GOVERNO FEDERAL. Ministério da Educação. **FIES.** Disponível em: <<http://www.educacao.gov.br/sesu/fies>>. Acesso em: 27/08/2002.

_____. _____. **Bolsa Escola.** Disponível em:

<<http://www.educacao.gov.br/home/bolsaesc>>. Acesso em: 27/08/2002.

_____. _____. **Projeto Alvorada.** Disponível em :

<<http://www.educacao.gov.br/semec/ensimed/alvorada/projeto.shtm>>. Acesso em: 27/08/2002.

_____. Ministério da Saúde. **Programas de Saúde.** Disponível

em:<<http://portalweb02.saude.gov.br/saude/visao.cfm>>. Acesso em: 29/08/2002.

MONTIBELLER, Gilberto. **Gestão pública no Brasil.** São Paulo: Lagoa, 2002.

PNUD/IPEA. Relatório do Desenvolvimento Humano no Brasil 1996. Brasília/DF: PNUD,1996.

PNUD. **Relatório do Desenvolvimento Humano 1995.** Lisboa: Trinova, 1995.

_____. **Relatório do Desenvolvimento Humano 1997.** Lisboa: Trinova, 1997.

_____. **Relatório do Desenvolvimento Humano 1998.** Lisboa: Trinova, 1998.

_____. **Relatório do Desenvolvimento Humano 1999.** Lisboa: Trinova, 1999.

_____. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2000**. Lisboa: Trinova, 2000.

_____. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2001**. Lisboa: Trinova, 2001.

ROMÃO, Maurício Costa. Uma proposta de extensão do “índice de desenvolvimento humano” das Nações Unidas. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 13, n. 14(52), p.97-111, out.-dez/1993.