

XXV ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI - BRASÍLIA/DF

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

REGINA VERA VILLAS BOAS

YURI SCHNEIDER

JULIA MAURMANN XIMENES

Todos os direitos reservados e protegidos.

Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN

Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP

Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC

Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:

Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH

Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR

Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini Sanches – UNINOVE

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)

Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:

Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF

Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDI

Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC

Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG

Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA

Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

D598

Direitos sociais e políticas públicas I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UnB/UCB/IDP/UDF;

Coordenadores: Julia Maurmann Ximenes, Regina Vera Villas Boas, Yuri Schneider – Florianópolis: CONPEDI, 2016.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-183-8

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: DIREITO E DESIGUALDADES: Diagnósticos e Perspectivas para um Brasil Justo.

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Brasil – Encontros. 2. Direitos Sociais. 3. Políticas Públicas.
I. Encontro Nacional do CONPEDI (25. : 2016 : Brasília, DF).

CDU: 34



CONPEDI

Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito

Florianópolis – Santa Catarina – SC
www.conpedi.org.br

XXV ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI - BRASÍLIA/DF

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

Apresentação

Entre os dias 6 e 9 de julho o XXV Encontro Nacional do CONPEDI ocorreu em Brasília, com o tema Direito e Desigualdades: diagnósticos e perspectivas para um Brasil justo.

Diante da pertinência com esta temática, o grupo de trabalho Direitos Sociais e Políticas Públicas se reuniu em três diferentes salas, e a presente apresentação trata do primeiro grupo.

A histórica desigualdade social brasileira é o contexto da maioria das discussões, conduzidas ainda para o papel dos diferentes atores jurídicos na efetivação dos direitos sociais a partir da promulgação da Constituição de 1988.

Inicialmente os trabalhos retomaram questões mais conceituais da relação entre Direito e Políticas Públicas como a judicialização, a dignidade da pessoa humana, o papel do Estado, do Poder Judiciário, o mínimo existencial e a reserva do possível.

Outra grande temática foi a judicialização da saúde: aqui sete trabalhos analisaram os desafios deste fenômeno, inclusive com a análise de casos específicos, da gestão orçamentária e da nova abordagem na problematização sobre o papel do Poder Judiciário na efetivação dos direitos sociais – o estado de coisas inconstitucional.

O terceiro direito social debatido em vários trabalhos foi a educação. Aqui as pesquisas contribuíram com importantes reflexões a partir da análise de casos, como Belo Horizonte e Rio de Janeiro, dentre outras perspectivas.

Para finalizar, a discussão envolveu trabalhos relacionados com a corrupção como “mecanismo de esvaziamento das políticas públicas” e pesquisas sobre políticas públicas de alívio a pobreza no Brasil.

O debate continua, mas esperamos que mais uma vez a publicação dos trabalhos discutidos contribua para a pesquisa jurídica brasileira sobre a efetivação dos direitos sociais.

Boa leitura!!!

Julia Maurmann Ximenes – IDP/CONPEDI

Yuri Schneider – UNOESC

Regina Vera Villas Boas – UNISAL

INDICADORES SOCIAIS DE POBREZA COMO PRIVAÇÃO DE LIBERDADES SOCIAL INDICATORS OF POVERTY AND DEPRIVATION OF LIBERTIES

Natasha Gomes Moreira Abreu ¹

Resumo

Este estudo pretende analisar a pobreza nas regiões brasileiras a partir dos critérios de Amartya Sen e a fome mapeada pelo prestigiado Josué de Castro, após os 67 (sessenta e sete) anos de sua obra Geografia da Fome, o dilema brasileiro: pão ou aço. Tomam-se neste trabalho, os dados do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) de indicadores sociais. Por fim, discute-se como estão os indicadores sociais e o que implicam para o desenvolvimento de liberdades senesiano.

Palavras-chave: Direito à alimentação, Insegurança alimentar e nutricional, Privação de capacidades

Abstract/Resumen/Résumé

This study analyzes poverty in Brazilian regions by the criterion of Amartya Sen and hunger mapped by the prestigious Josué de Castro, after 67 (sixty seven) years of his work Geography of Hunger, the Brazilian dilemma: bread or steel. Take up this work, data from the Ministry of Social Development (MDS) of social indicators. Finally, it discusses how are social indicators and involving the development of freedoms senesiano.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Right to food, Nutrition and food insecurity, Capability deprivation

¹ Mestre em Direito Agrário pela Universidade Federal de Goiás (UFG), Professora da Faculdade do Sudeste Goiano (FASUG), Advogada. natasha.moreira.adv@gmail.com

Introdução

A fome foi enfrentada pelo prestigiado Josué de Castro que publicou pela primeira vez em 1946, sua obra *Geografia da Fome*, dilema brasileiro: pão ou aço, realizando um profundo exame sobre a insegurança alimentar e nutricional brasileira, culminando na delimitação de cinco áreas geográficas da fome no Brasil, sendo: 1- Amazônica, 2- Nordeste Açucareiro, 3- Sertão Nordestino, 4- Centro-Oeste e 5- Extremo Sul. As duas primeiras caracterizadas pela fome endêmica, a terceira ocasionada pela epidemia da fome e as duas últimas marcada pela desnutrição.

Apesar dos avanços que o Brasil percorreu, ainda persiste a fome oculta entre os brasileiros mais pobres. Vive-se em situação de insegurança alimentar. O estudo realizado dos indicadores sociais mostra que a pobreza em sua ampla dimensão atormenta principalmente as Regiões Nordeste e Norte. E que mesmo com políticas sociais de transferência de renda ainda há um número elevado de brasileiros excluídos da participação social e econômica.

Inicialmente, o objetivo do presente trabalho era de atualizar ao menos que superficialmente a obra de Josué de Castro para identificar o atual mapa da fome, baseado em carências nutricionais e em suas respectivas doenças encontradas na maioria da população de cada área de fome ou de subnutrição.

Todavia, diante da complexidade da matéria, pela exiguidade de tempo e por falta de dados sobre a dieta alimentar qualitativa e quantitativa de cada região brasileira, optou-se por fazer uma síntese do assunto fome, ou melhor, insegurança alimentar e nutricional com base nos poucos dados estatísticos encontrados.

O segundo objetivo é demonstrar que haverá pobreza enquanto for negado à população o acesso aos direitos sociais garantidos constitucionalmente. Para tanto, utiliza-se de aporte teórico o autor indiano Amartya Sen.

Metodologicamente, busca-se a mensuração da pobreza nas regiões brasileiras com base nos diversos indicadores sociais bem como pela linha de pobreza - renda.

1. Abordagem da obra geografia da fome, o dilema brasileiro: pão ou aço

A fome no Brasil foi mapeada por Josué de Castro há 67 (sessenta e sete) anos atrás e a partir de então, sofreu constantes atualizações. Ele dividiu o país em 5 (cinco) áreas¹ alimentares, delimitadas conforme o grau de deficiência alimentar manifestada na maioria da população. Sendo 3 (três) áreas nitidamente de fome coletiva, Amazônica, Sertão Nordestino e Nordeste Açucareiro (Mata) e 2 (duas) áreas, a do Centro-Oeste e Extremo Sul de subnutrição.

Amazônia e Nordeste Açucareiro foram marcadas como áreas de fome endêmica, cuja população local apresenta nítida manifestação carencial permanentemente. Já no Sertão Nordestino a fome é epidêmica, com transitoriedade, surgida com a seca, que marca a vida do sertanejo. Essa área abrange o polígono das secas², os estados do Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia.

As cinco áreas alimentares do país apresentam qualidades nutricionais precárias, sendo que numa região sofre-se de fome crônica e noutras mais discretas são marcadas pela subnutrição. Segundo Castro (1984), a fome é vista como um tabu, uma área é considerada como de fome quando a maior parte da sua população manifesta deficiências alimentares.

Na região amazônica, o alimento básico é a mandioca, maior valor calórico, geralmente preparado em forma de mingaus, beijus, bebidas fermentadas como o cauim, farofas. Esse regime alimentar apresenta deficiências nutricionais, tais como déficits de proteínas, sais minerais, ácidos aminados, cálcio, ferro e vitaminas, principalmente A, B1, além de ter valor calórico muito baixo das necessidades do organismo. O autor aponta que isso é decorrência da pobreza ou da ausência de alimentos como a carne, queijo, leite, ovos, verduras e frutas.

¹ Área do Amazonas na época compreendia os estados do Amazonas, Pará e parte do Mato Grosso, Goiás e Maranhão e territórios do Amapá e Rio Branco. A área do Nordeste Açucareiro ou Zona da Mata abrangia o litoral nordestino do Estado da Bahia ao Ceará, compreendendo uma faixa territorial com largura média de 80km. A área do Sertão Nordestino correspondia às terras centrais dos estados do Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia. A área do Centro-Oeste abraçava os estados de Minas Gerais, Goiás e Mato Grosso. E a área do Extremo Sul abrangia os estados da Guanabara, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (VASCONCELOS, 2008).

² Segundo o art. 1º, *caput* da lei nº 1.348/1951, Polígono das secas é “a poligonal que limita a área dos Estados sujeitos aos efeitos das secas, terá por vértices, na orla do Atlântico, as cidades de João Pessoa, Natal, Fortaleza e o ponto limite entre os Estados do Ceará e Piauí na foz do rio São João da Praia; a embocadura do Longá, no Parnaíba, e, seguindo pela margem direita deste, a afluência do Uruçui Preto cujo curso acompanhará até as nascentes; a cidade de Gilbués, no Piauí; a cidade de Barras, no Estado da Bahia; e, pela linha atual, cidades de Pirapora, Bocaiuva, Salinas e Rio Pardo de Minas, no Estado de Minas Gerais; cidades de Vista Nova, Poções e Amargosa, no Estado da Bahia; cidades de Tobias Barreto e Canhoba, no Estado de Sergipe; cidade de Gravatá, no Estado de Pernambuco; e cidade de João Pessoa, no Estado da Paraíba” (BRASIL, 2013a).

Em decorrência disso, há incidentes de cáries, raquitismo endêmico, anemia agravada pelas verminoses, fadiga, beribéri, deficiências gastrointestinais, insônia, anorexia ou falta de apetite, baixo crescimento, visão deficiente e perturbações cutâneas. Por conta disso, a fome crônica tem levado a altos índices de mortalidade e principalmente infantil.

Na área do Nordeste Açucareiro, ou área da mata, a alimentação básica é farinha com feijão, charque, café e açúcar, a carne de gado em quantidade insignificante, apresentando valor calórico mais baixo que o da área amazônica. O desequilíbrio nutritivo está no excesso de hidratos de carbono, deficiência de proteínas. A alimentação é pobre em vegetais, frutas, verduras, carne e leite, com manifestações carenciais de vitaminas e sais minerais, vitaminas B, B2, C, carência de ferro, proteína, ácido aminado, cálcio.

Dessa forma, Castro (1984) discorre que essas deficiências alimentares promovem o crescimento lento e precário do homem, cansaço, edemas, perturbações tróficas, anemia, rachaduras na boca e outras perturbações no seu organismo.

Na área do sertão do Nordeste, há outro tipo de fome coletiva, a epidêmica, gerada a partir de surtos da seca, é marcada pela transitoriedade. Antes da seca, em épocas de normalidades, a vida da população sertaneja é marcada pelo equilíbrio alimentar, estado de nutrição aceitável.

O alimento básico é o milho combinado de várias formas com o leite. Do leite é feita coalhada, manteiga, queijo. Consome-se carne de boi, carneiro e cabrito, feijão, batata-doce, inhame, rapadura e café. A ausência de verduras e frutas na alimentação do sertanejo que segundo o autor leva à carência de minerais e vitaminas que só é manifestada nos períodos da seca, quando aparecem as doenças.

A seca provoca o despovoamento da região, da fauna e flora, a criação de gado e a plantação desaparecem, restando ao sertanejo uma alimentação limitada a plantas brabas que sobrevivem à secura da terra. E que com o esgotamento desta, sem água, sem alimento, o sertanejo começa a abandonar sua casa e sair em retirada.

A fome assola o sertanejo de tal modo que o que se vê é um corpo esquelético. As crianças são as que mais manifestam doenças decorrentes da carência de alimentos. O seu crescimento é paralisado, ficando muitas com estatura mirrada, com deformações dos ossos.

A carência de proteína provoca edemas, distúrbios tróficos, diarreias que colaboram para reduzir ou acabar com a resistência. Elas manifestam problemas de visão, fissuras labiais. Os adultos perdem a capacidade de defesa do organismo. Segundo o autor, o que acarreta a fome, não é a seca, mas a pobreza, pois sem poder aquisitivo para adquirir alimentos nas épocas de seca, o sertanejo passa fome.

Nas áreas do Centro-Oeste e Extremo Sul, nomeadas como áreas de subnutrição e não propriamente de fome, em que as deficiências alimentares parciais passam mais despercebidas, ocultas e atingem determinados grupos ou classes sociais. O autor afirma que elas no geral, são possíveis de identificação apenas por um especialista.

No Centro-Oeste o alimento básico é o milho, associado ao feijão, gordura de porco, toucinho, lombo de porco. Há o consumo de vegetais, frutas. A dieta alimentar é de alto valor calórico, o que provoca maior incidência de diabetes e obesidade. A carência de vitamina A, B, C passam despercebidas.

Na área do Extremo Sul, há um consumo maior de verduras e frutas. A alimentação mesmo assim apresenta deficiências nutritivas. A subnutrição é crônica. Castro (1984) aponta que nos centros urbanos, crianças pobres têm carência de proteínas e apresentam distrofias malignas e síndromes.

Nessas duas últimas áreas, manifestam carência de iodo que provoca bócio endêmico, deficiência de crescimento, deformações, alterações do metabolismo, debilidade mental, nanismo e ainda têm suas populações atingidas por verminoses e paludismo.

Por fim, o autor finalizando seus escritos conclui que a vitória contra a fome vence o subdesenvolvimento.

2. Pobreza na perspectiva de Amartya Sen

Amartya Sen define a pobreza como “deficiência de capacidades básicas para alcançar certos níveis minimamente aceitáveis” (2012, p.172). A privação de capacidades pode culminar na morte prematura, subnutrição, analfabetismo etc. A pobreza não pode ser vista apenas como baixo nível de renda. Não podendo ser limitada sob essa perspectiva para justificar a implementação de políticas para seu combate com investimentos, por exemplo, na educação e saúde.

A renda é importante para gerar capacidades sim, mas não é o único meio. Por exemplo, o acesso à educação, saúde aumentam o potencial da pessoa em superar a pobreza e auferir renda (SEN, 2010). É necessário direcionar essas políticas para o combate das deficiências de capacidade para melhor qualidade de vida.

Para Sen (2010), a pobreza, a fome, a subnutrição, a carência de oportunidades, o descuido na prestação dos serviços públicos, a falta de saneamento básico, acesso à água tratada, são vistas como privações de liberdade. E o desenvolvimento só existe quando essas

privações de liberdade deixam de existir. Assim, a liberdade é meio e fim do desenvolvimento e se faz presente quando a pessoa tem acesso aos direitos sociais³.

3. Análise de indicadores sociais das regiões brasileiras

O presente trabalho foi realizado a partir de dados e estatísticas dos aplicativos Identificação de Localidades e Famílias em Situação de Vulnerabilidade (IDV)⁴, e Data Social⁵ do programa Brasil Sem Miséria do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) e Secretaria de Avaliação e Gestão de Informação (SAGI) disponíveis para consulta.

A partir dos dados consultados por regiões brasileiras foram elaborados Gráficos ilustrativos propriamente para melhor compreensão destas realidades que serão expostas daqui a diante.

O saneamento básico compreende abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta de lixo, é um direito do cidadão (ANDREAZZI et al. 2007) e é condição de promoção de qualidade de vida (AZEREDO et al., 2007). Entretanto, ainda é um problema no Brasil e, portanto, merece atenção redobrada.

Segundo Giatti et al. (2004), a precariedade do saneamento básico atrai problemas para a saúde da população, como doenças parasitárias intestinais. E explica que além da falta de obras de saneamento básico, ainda há o problema da falta de programas educativos para promoção de hábitos higiênicos a essa população afetada, que com mudanças de hábitos pode controlar e prevenir o acometimento de doenças.

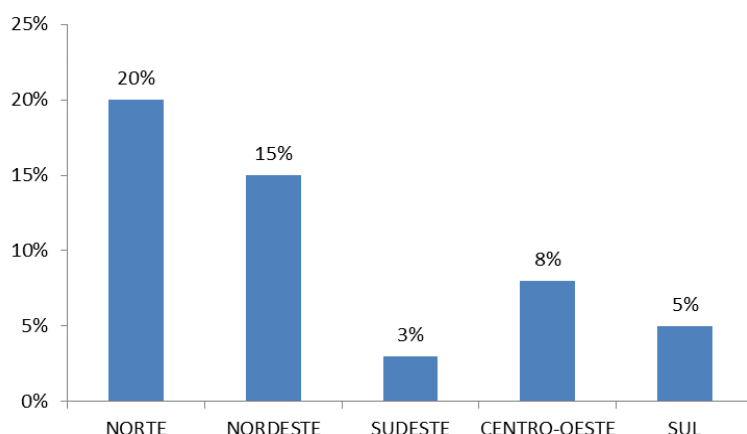
Nas Regiões Norte e Nordeste, respectivamente, 20% e 15% dos domicílios particulares têm saneamento inadequado. Em seguida aparece o Centro-Oeste com 8%, Sul 5% e Sudeste 3% (Gráfico 1).

³ A Constituição Federal de 1988, no seu art. 6º, *caput*, define como direitos sociais educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados.

⁴ O IDV é um aplicativo que apresentam dados e indicadores de pobreza, vulnerabilidade obtida pelo Censo Demográfico de 2010 e Cadastro Único de Programas Sociais de agosto de 2011 (MDA, 2013).

⁵ Data Social reúne indicadores e dados sobre o perfil socioeconômico e a estrutura demográfica de estados e municípios brasileiros (Id., 2013).

Gráfico 1 - Domicílios particulares permanentes com saneamento inadequado (%)

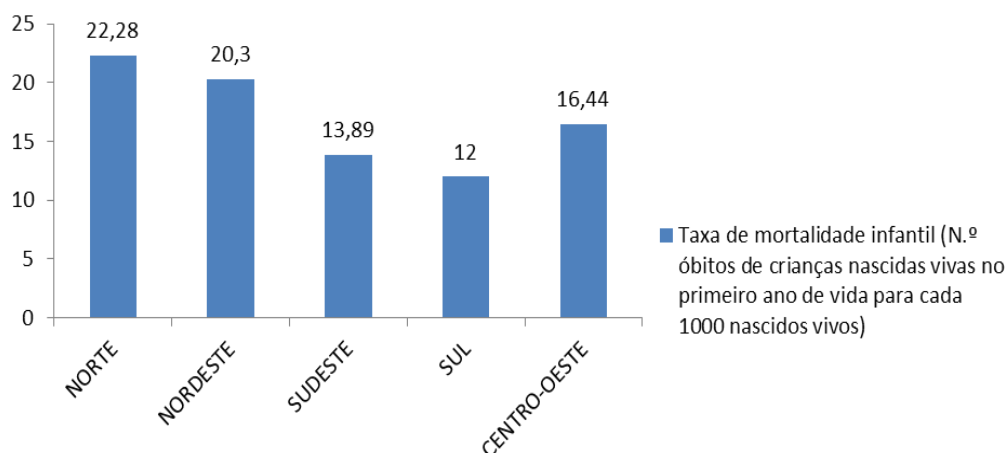


Fonte: MDS – SAGI – Matriz de Informações Sociais, 2010. (Elaboração própria)

A diarreia é uma das principais causas da mortalidade infantil (CARNEIRO et. al, 2012; OLIVEIRA & LATORRE, 2010) e é causada dentre outros, pela precariedade ou inexistência dos serviços de saneamento. (TEIXEIRA & HELLER, 2005)

A cada 1.000 mil crianças nascidas, durante o primeiro ano de vida, 22,28% delas vêm a óbito na região Norte, no Nordeste a taxa de mortalidade é 20,03%, no Centro-Oeste é 16,44%, Sudeste 13,89 e Sul 12% (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Taxa de mortalidade infantil



Fonte: MDS – SAGI – Matriz de Informações Sociais, 2009. (Elaboração própria)

O direito à alimentação está garantido na Constituição Federal/1988 no seu art. 6º, *caput*, lei nº 11.346/2006, Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, no Pacto de

São José da Costa Rica de 1966 e na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança. A todos é garantido o direito humano à alimentação adequada, que é constitutivo da dignidade da pessoa humana. Devendo o Poder Público adotar políticas públicas para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população.

Basicamente, segurança alimentar e nutricional é ter acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficientes, com respeito às boas práticas alimentares sustentáveis e promotoras de saúde. (BRASIL, 2013b)

Infelizmente, o Brasil não conseguiu erradicar a fome e a subnutrição, cujo enfrentamento se deu inicialmente por Josué de Castro em sua obra *Geografia da Fome*, o dilema brasileiro: pão ou aço, objeto de análise inaugural deste ensaio.

Sen (2010) assegura ser um erro atribuir os problemas de fome crônica (subnutrição) ou fome coletiva exclusivamente à produção de alimentos e tampouco existe crise na produção de alimentos nos dias atuais. A fome é resultante da pobreza, do baixo poder aquisitivo, da desigualdade de renda. (CASTRO, 1984; SANTOS, 2009) A desigualdade acirra ainda mais os problemas de fome coletiva. (SEN, 2012)

Na atualidade brasileira é difícil ocorrer morte pela fome total (SAWAYA, 2003) aqui descrita como falta de consumo de alimentos, inanição. O que é frequente é a fome oculta - consumo de alimentos insuficientes para atender as necessidades do corpo humano - de difícil mensuração, identificada aos olhos de um especialista. Nela, a pessoa morre lentamente apesar de comer todos os dias. (CASTRO, 1984)

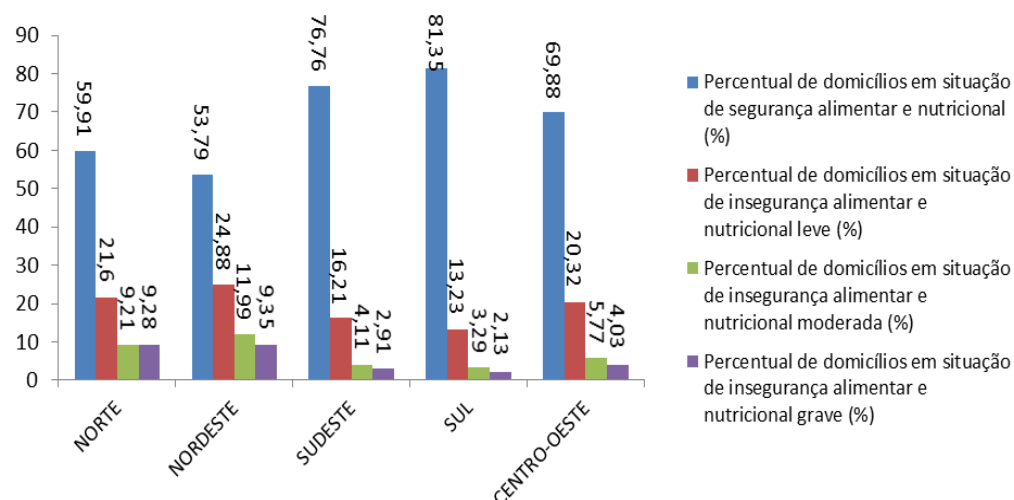
Segundo Simoncini et al. (2011) a fome, a alimentação e pobreza estão umbilicalmente ligadas. A fome é um indicativo de pobreza e subdesenvolvimento, está relacionada com o modelo social e econômico do país. E sua consequência é a desnutrição – problema de saúde pública. (BARRETO, 2003)

Simoncini et al. (2011) discorrem que a questão da fome oculta ou parcial está ligada à questão de segurança alimentar. A fome é a falta de acesso aos alimentos e a deficiência de nutrientes na alimentação e atinge a população pobre. A obesidade também deve ser vista como caso de desnutrição. Para eles, o acesso diário aos alimentos depende do poder aquisitivo da população, da disponibilidade de renda. A segurança alimentar deve estar relacionada a alimentos com qualidade, com valor nutricional que corresponda às necessidades do organismo humano.

A obra de Josué de Castro aos 67 anos de elaborada, ainda hoje se faz presente quando se verifica que nas regiões brasileiras a insegurança alimentar, leve, moderada ou grave é uma constante. No Nordeste 46,21% dos domicílios particulares permanentes estão

em situação de insegurança alimentar, no Norte é de 40,09%, Centro-Oeste 30,12%, Sudeste 23,24% e Sul 18,65% (Gráfico 3).

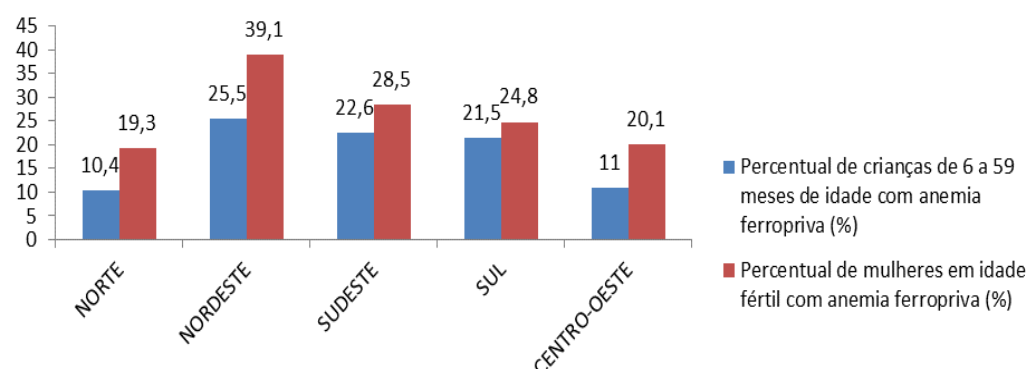
Gráfico 3 – Domicílios particulares permanentes por situação de segurança alimentar



Fonte: MDS – SAGI – Matriz de Informações Sociais, 2009. (Elaboração própria)

Além disso, os dados colhidos de informações da saúde da criança e da mulher, mostram que a região Nordeste tem o maior índice de crianças entre 6 (seis) meses a 5 (cinco) anos de idade e mulheres na idade fértil com anemia *ferropriva*, seguido das regiões Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Norte (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Prevalência de Anemia Ferropriva



Fonte: MDS – SAGI – Matriz de Informações Sociais, 2006. (Elaboração própria)

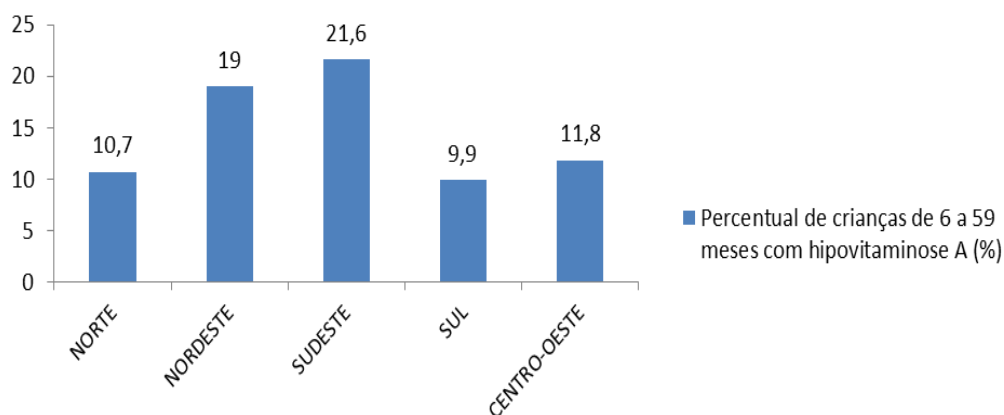
A anemia *ferropriva* de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2007) é manifestada pela carência de ferro. Esse tipo de anemia é o mais comum e atinge as crianças menores de 5 (cinco) anos. A doença compromete o desenvolvimento neuropsicomotor e na aprendizagem. Seus sinais são a palidez, anorexia, falta de apetite, geofagia, apatia, irritabilidade, cansaço, fraqueza muscular e dificuldade de realizar atividade física.

A prevenção se faz com educação nutricional e condições ambientais satisfatórias, envolvendo o aleitamento materno, fortificação de alimentos de consumo massivo, controle de infecções, acesso a água e esgoto adequados.

O Governo Federal iniciou em 2012 o Programa Brasil Carinhoso – Primeira Infância. Nele, as famílias de extrema pobreza com crianças de até 6 (seis) anos passaram a receber o Benefício de Superação da Extrema Pobreza na Primeira Infância (BSP), “que é um reforço monetário de valor variável” de pelo menos R\$ 70,00 (setenta) reais. O programa ainda fornece a suplementação de vitamina A e de ferro etc. (RUCKERT & RABELO, 2013)

Na região Sudeste, 21,6% das crianças entre 6 (seis) meses e 5 (cinco) anos de idade têm deficiência de vitamina A, seguido das regiões Nordeste com 19%, Centro-Oeste 11,8%, Norte 10,08% e Sul 9,9% (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Prevalência de Hipovitaminose A



Fonte: MDS – SAGI – Matriz de Informações Sociais, 2006. (Elaboração própria)

Segundo a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), a vitamina A atua no crescimento e desenvolvimento, como antioxidante, na manutenção da visão, no funcionamento do sistema imunológico etc. Daí que a sua falta ou deficiência pode causar cegueira e contribuir para o aumento das mortes e doenças infecciosas na infância.

Passando o foco sobre a renda, uma parcela significativa da população vive com até R\$ 70,00 (setenta) reais e outra vive com até um $\frac{1}{4}$ do salário mínimo vigente. O Governo Federal através do Plano Brasil Sem Miséria coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, considera a situação de extrema pobreza quando a família tem renda *per capita* igual ou inferior a R\$ 70,00 (setenta) reais (RUCKERT & RABELO, 2013). Já a linha da pobreza é definida como em $\frac{1}{4}$ do salário mínimo mensal. (LOUREIRO & SULIANO, 2009)

Buscando suporte na teoria senesiana, a pobreza é multidimensional, não podendo ser vista tão somente como insuficiência de renda, mas também, como desigualdade na “distribuição da riqueza socialmente produzida” a partir do não acesso aos serviços sociais básicos. (SILVA E SILVA, 2005)

Sem sombra de dúvida, a renda permite a pessoa ter acesso a um conjunto de funcionamentos sociais e o desenvolvimento de capacidades, porém não deve ser vista como uma finalidade por si só, mas como instrumento para a realização destes. (CAMPOS FILHO, 2007)

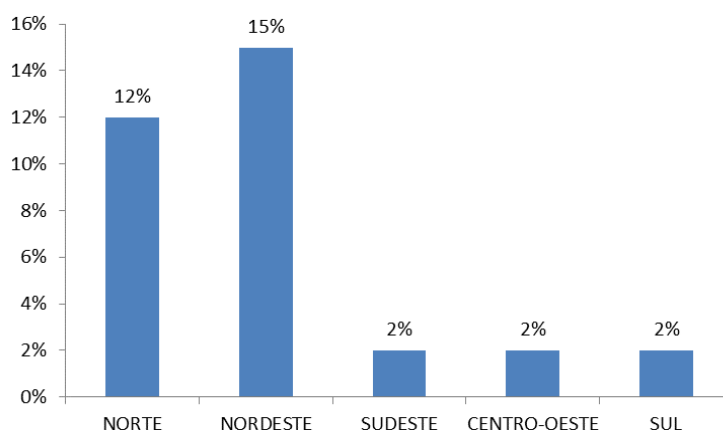
A capacidade de uma pessoa para realizar funcionamentos está no que ela tem razão para valorizar. Os funcionamentos podem variar desde estar bem nutrido, livre de doenças evitáveis e morte prematura. (SEN, 2012)

O desenvolvimento visto como um “processo liberdades reais que as pessoas desfrutam” (RIBEIRO & MENEZES, 2008), só realiza com a eliminação das principais fontes de privação de liberdades que segundo Sen (2010) é a pobreza, carência de oportunidades econômicas, negligência dos serviços públicos e de assistência social que resulta na negação das liberdades políticas e civis que impede a pessoa de participar da vida em sociedade.

Nesse sentido, Ribeiro & Menezes (2008) afirmam que a pobreza retira do indivíduo a liberdade de saciar sua fome, de se vestir, de ter moradia digna, de obter remédios e consumir água potável.

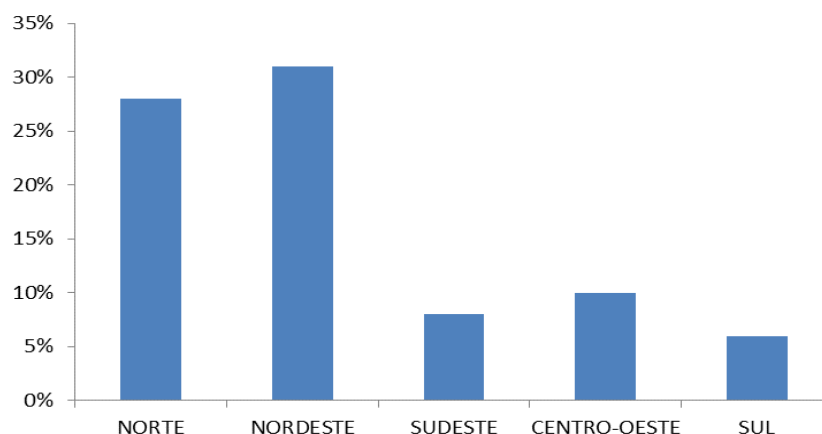
Na região Nordeste 15% dos domicílios particulares permanentes tem renda de até R\$ 70,00 (setenta) reais e 31% com renda de até $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo. O Norte ocupa a segunda posição, respectivamente com 12% e 28% (Gráficos 6 e 7).

Gráfico 6 - Pessoas residentes em domicílios particulares permanentes com renda até R\$ 70 reais (%)



Fonte: MDS – SAGI – Matriz de Informações Sociais, 2010. (Elaboração própria)

Gráfico 7 - Pessoas residentes em domicílios particulares permanentes com renda até 1/4 sal. mín. (%)

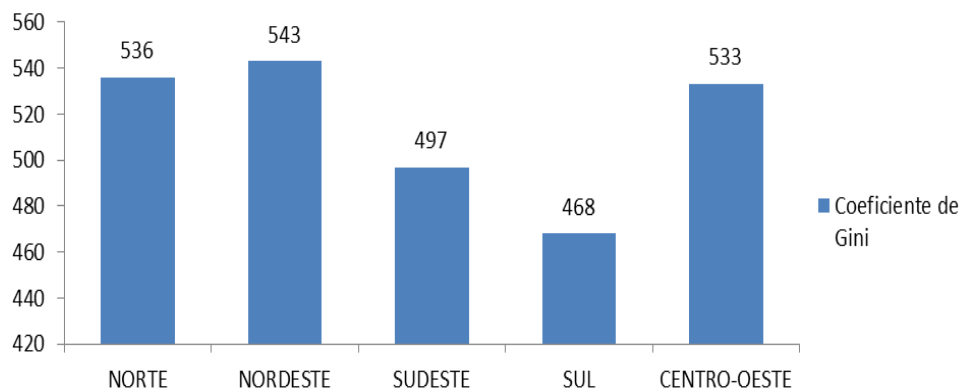


Fonte: MDS – SAGI – Matriz de Informações Sociais, 2010. (Elaboração própria)

A desigualdade social pela má distribuição de recursos justifica a pobreza. (RIBEIRO & MENEZES, 2008) O Brasil continua a ser um país de desigualdades regionais. De acordo com o coeficiente de Gini⁶, o Nordeste tem o pior índice de desigualdade de distribuição de renda 0,543, seguido do Norte 0,536 e Centro-Oeste 0,533 (Gráfico 8). Comumente nos países com alta desigualdade, esse coeficiente fica entre 0,5% a 0,7%. (GUIMARÃES & LIMA, 2009) Quanto mais próximo do zero o coeficiente, menos desigual é a região ou o país.

⁶ O coeficiente Gini é uma medida de desigualdade da distribuição da renda mais utilizada no mundo. (HOFFMANN, 1991)

Gráfico 8 – Coeficiente de Gini

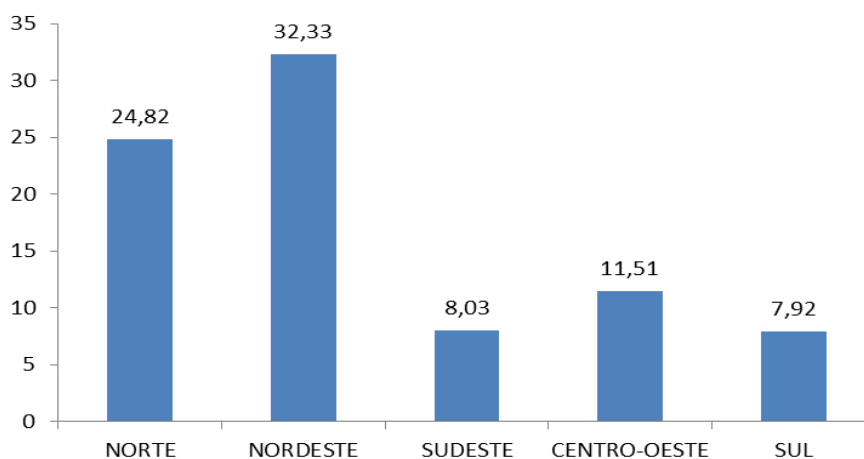


Fonte: MDS – SAGI – Matriz de Informações Sociais, 2011. (Elaboração própria)

Aproximando-se do pensamento de Sen de que as políticas públicas com desenvolvimento econômico diminuem a desigualdade e tem melhor resposta no combate da pobreza (Ribeiro & Menezes, 2008), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2008) entende que a redução da pobreza ocorre quando a renda dos mais pobres é elevada, e isso se faz com crescimento econômico e com redução da desigualdade.

O Nordeste é o maior beneficiário do Programa Bolsa Família (PBF) 32,33%, seguido do Norte 24,82%, Centro-Oeste 11,51%, Sudeste 8,03% e Sul 7,92% (Gráfico 9). Todavia, quando se analisa a quantidade de benefício recebido em dinheiro por família há uma mudança do cenário.

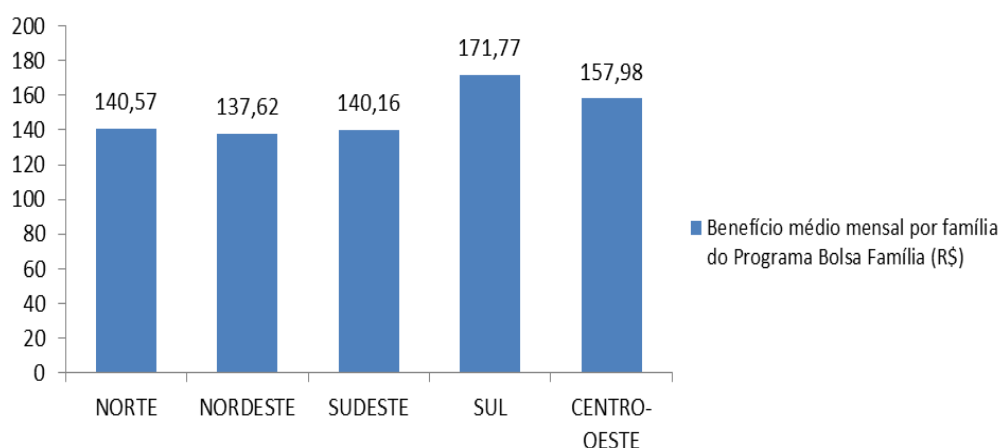
Gráfico 9 - Quantidade de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF)



Fonte: MDS – SAGI – Matriz de Informações Sociais, 2010. (Elaboração própria)

As famílias da região Sul recebem R\$ 171,77 (cento e setenta e um reais e setenta e sete centavos), o Centro-Oeste R\$ 157,98 (cento e cinquenta e sete reais e noventa e oito centavos), o Norte R\$ 140,57 (cento e quarenta reais e cinquenta e sete centavos), o Sudeste R\$ 140,16 (cento e quarenta reais e dezesseis centavos) e por último, aparece o Nordeste, com famílias recebendo R\$ 137,62 (cento e trinta e sete reais e sessenta e dois centavos) (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Benefício médio mensal por família do Programa Bolsa Família (R\$)



Fonte: MDS – SAGI – Matriz de Informações Sociais, 2013. (Elaboração própria)

Procurando explicações, primeiro é preciso conhecer quais os condicionantes para o recebimento da bolsa família. Segundo a lei 10.836/2004, esse programa beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza (Brasil, 2013c), servindo como alívio imediato. O PBF é concebido como um articulador de ações voltadas para o “desenvolvimento de capacidades nas famílias beneficiárias e ao acesso a oportunidades que propiciem sua inclusão na sociedade”. (Campos Filho, 2007)

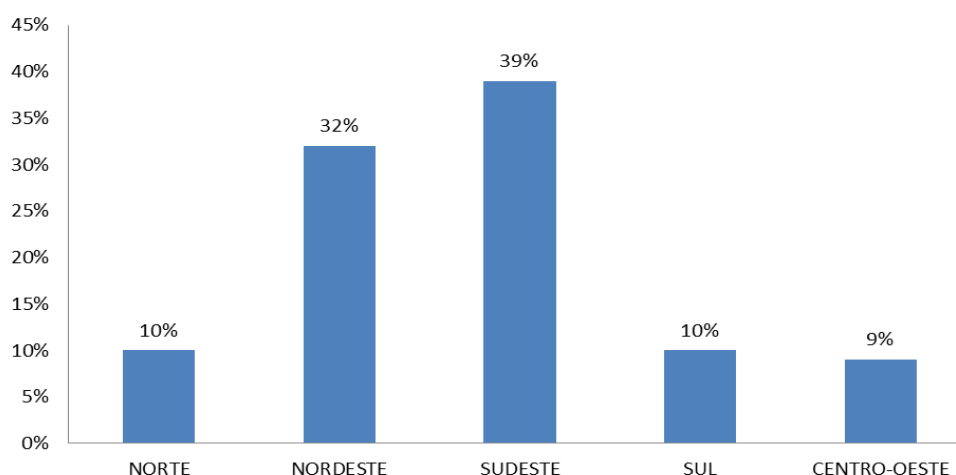
A lei do PBF garante a transferência de renda mediante o cumprimento de condicionalidades relativas ao exame pré-natal, acompanhamento nutricional, de saúde e frequência escolar de 85%. O cumprimento destas permite o rompimento da pobreza ao oferecer às crianças de famílias pobres melhores oportunidades de qualificação e inserção no mercado de trabalho e na sociedade. (CAMPOS FILHO, 2007) Segundo as autoras Ruckert & Rabelo (2013) se não fosse a exigência das condicionalidades, o PBF se transformaria em apenas um programa assistencialista.

Percebe-se então, conforme o gráfico 10, que as famílias da região Sul atendem melhor as condicionalidades nas áreas da saúde e da educação (RUCKERT & RABELO, 2013), diferentemente das nordestinas.

Analisando outro tipo de transferência monetária mensal, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) é assegurado a idosos e pessoas com deficiência cuja renda familiar *per capita* seja inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário-mínimo conforme lei nº 8.742/93. (Brasil, 2013d)

A quantidade de beneficiários idosos do BPC na região Sudeste é de 39%, seguido do Nordeste com 32%, Sul e Norte com percentual igual de 10% e Centro-Oeste com 9% (Gráfico 11).

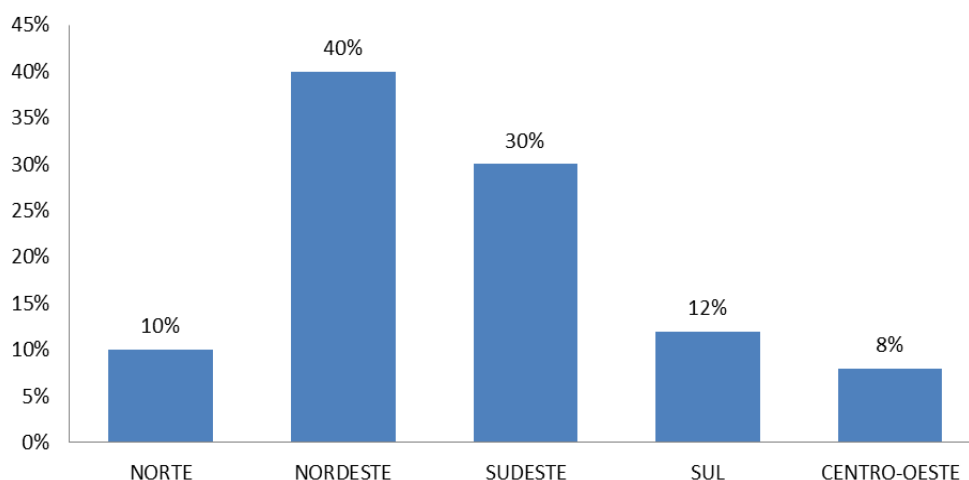
Gráfico 11 - Quantidade de beneficiários do BPC Idosos



Fonte: MDS – SAGI – Matriz de Informações Sociais, 2013. (Elaboração própria)

Já o BPC para pessoas com deficiência, a situação muda um pouco, a região Nordeste passa a ter maior número de beneficiários 40%, Sudeste 30%, Sul 12%, Norte 10% e Centro-Oeste 8% (Gráfico 12).

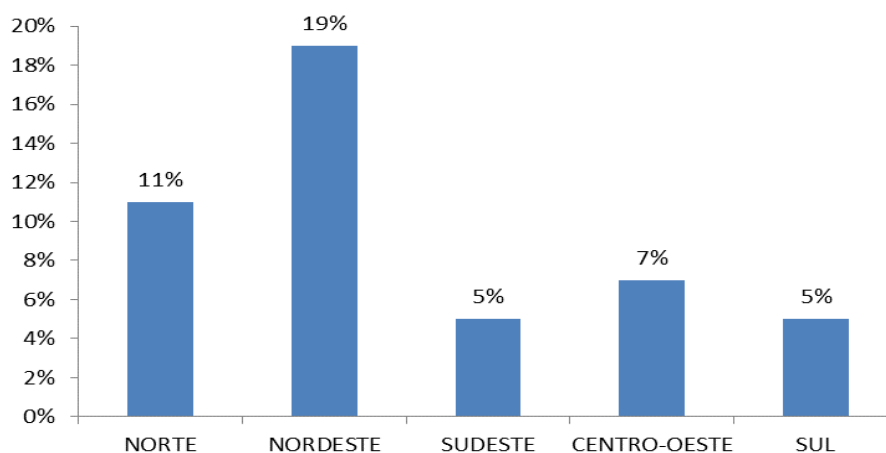
Gráfico 12 - Quantidade de beneficiários do BPC Pessoas com deficiência



Fonte: MDS – SAGI – Matriz de Informações Sociais, 2013. (Elaboração própria)

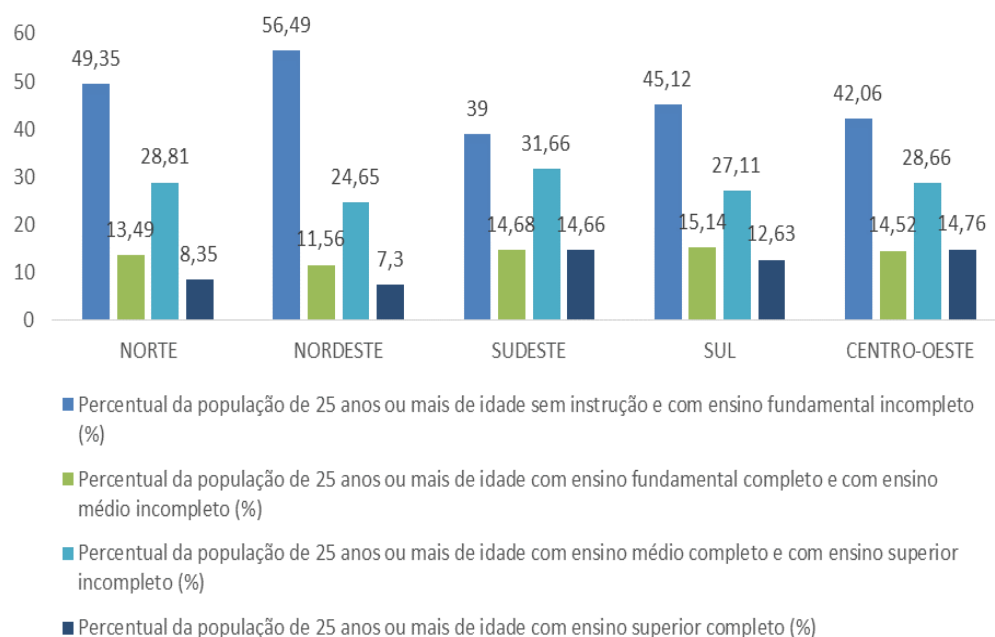
Avaliando agora o nível de escolaridade das regiões brasileiras, Nordeste ocupa a primeira posição de brasileiros com 15 (quinze) anos ou mais que não sabem ler e escrever 19% e 79,18% com 25 (vinte e cinco) anos ou mais entre os 20% mais pobres, que não tem instrução, ou tem ensino fundamental incompleto, a segunda região é o Norte com 11% e 73,08% respectivamente, seguido das demais regiões como podem ser observadas pelos gráficos 13 e 14; bem como, podem ser vistos os 3 (três) níveis de escolaridade entre os 20% mais pobres por região.

Gráfico 13 - Pessoas de 15 anos ou mais de idade que não sabem ler e escrever (%)



Fonte: MDS – SAGI – Matriz de Informações Sociais, 2010. (Elaboração própria)

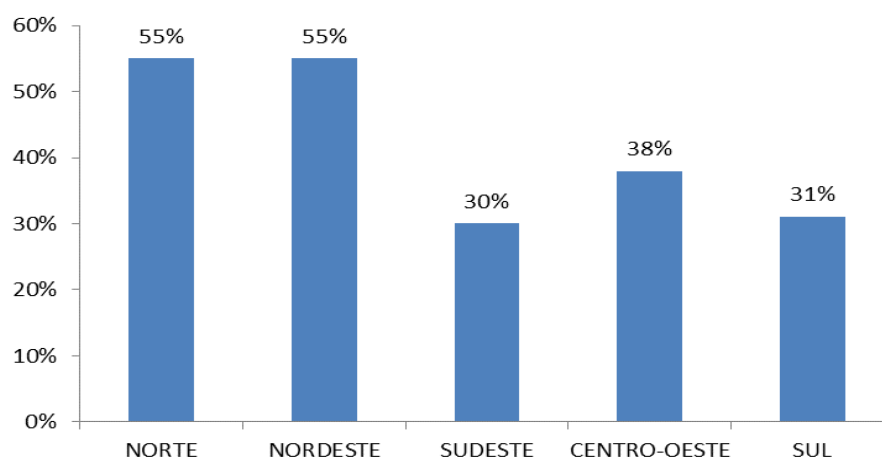
Gráfico 14 – Nível de instrução



Fonte: MDS – SAGI – Matriz de Informações Sociais, 2012. (Elaboração própria)

Ribeiro & Neder (2009) apontam para outro problema decorrente do baixo nível de escolaridade. Os jovens pouco escolarizados e inexperientes enfrentam maiores dificuldades em obter ocupação no mercado formal de trabalho. O que pode ser comprovado pelo gráfico 15.

Gráfico 15 - População de 16 anos ou mais em situação de informalidade



Fonte: MDS – SAGI – Matriz de Informações Sociais, 2010. (Elaboração própria)

O gráfico mostra que 55% das pessoas de 16 (dezesesseis) anos ou mais da região Norte e Nordeste estão na informalidade. Depois prossegue o Centro-Oeste em 38%, Sul em 31% e Sudeste em 30%.

Retomando ao pensamento de Sen (2010), a educação é condição necessária para a manutenção da segurança humana. O indivíduo que não tem acesso a ela tem reduzidas suas capacidades de realizar funcionamentos. Cid argumenta que a falta de educação ou a sua precariedade gera insegurança social, política e econômica. A pessoa “não tem voz política, não tem habilidades para obter um bom emprego, não conhece as leis, nem os processos legais, nem tem as informações adequadas...”. (2010, p. 120) Por isso, investir em educação é promover o desenvolvimento, uma melhor qualidade de vida.

4. Conclusão

Nos últimos anos o Brasil vem desenvolvendo um esforço para eliminar as mazelas que atingem seus brasileiros, através de crescimento econômico, geração de renda e emprego, investimento na educação, programas de transferência de renda e assistência social, ocorre que a pobreza ainda é uma constante na vida da população de baixa renda.

Os indicadores sociais analisados mostram as mais variadas privações de capacidades básicas nas regiões brasileiras e principalmente no Nordeste e Norte como insegurança alimentar e nutricional, pobreza econômica, ineficácia dos serviços públicos de educação, saneamento básico, saúde e assistência social.

Pelo estudo ancorado na teoria senesiana, o desenvolvimento só se faz com a expansão das liberdades substantivas que são as capacidades de realizar funcionamentos que a pessoa tem razão para valorizar. Os funcionamentos básicos que abordamos no presente trabalho são: o direito do cidadão estar bem nutrido, alimentado, livre de doença evitável, ter água potável e condições mínimas de higiene, ter alfabetização, ter trabalho etc.

Nesse sentido, através de políticas públicas permanentes de acesso à renda e melhores condições de infraestrutura e serviços básicos extirpar-se-á a pobreza multidimensional e oportuniza ao mesmo tempo em que se oportuniza ao cidadão brasileiro o direito de participar da vida em sociedade.

Referências

- AZEREDO, C. M.; COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; MAIA, T. M.; MARQUES, E. S. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 12, n. 3, p. 743-753, 2007.
- ANDREAZZI, M. A. R; BARCELLOS, C.; HACON, S. Velhos indicadores para novos problemas: a relação entre saneamento e saúde. **REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PUBLICA**. Washington, DC, v. 22, n. 3, p. 211-217, 2007.
- BARRETO, I. Determinantes sociais, políticos e econômicos da situação nutricional da sociedade brasileira. **Revista da UFG [online]**, v. 5, n. 1, 2003.
- BRASIL. Revisão dos limites da área do polígono das secas. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l1348.htm> . Acesso em: 17/07/2013a.
- BRASIL. SISAN - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm>. Acesso em: 15/07/2013b.
- BRASIL. Bolsa Família. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.836.htm>. Acesso em: 15/07/2013c.
- BRASIL. Assistência Social. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm>. Acesso em: 15/07/2013d.
- CID, R. R. L. REDUZINDO AS DESIGUALDADES SOCIAIS. As capacidades na manutenção da segurança humana. **Revista Páginas de Filosofia**, v. 2, n. 2, p. 107-137, 2010.
- CASTRO, J. **Geografia da Fome, dilema brasileiro: pão ou aço**. 10ª Ed. Rio de Janeiro: Antares, 1984.
- CAMPOS FILHO, A. C. Transferência de renda com condicionalidades e desenvolvimento de capacidades: uma análise a partir da integração dos programas Bolsa Família e Vida Nova no Município de Nova Lima. **Tese (Doutorado)** – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 231p. Rio de Janeiro, 2007.
- CARNEIRO, A. M. M. A.; PATRIOTA, E. F.; OLIVEIRA, J. S. A.; GOMES, M. G. C. G. P.; MEDEIROS, S. M.; FERNANDES, S. M. B. A. PREVENÇÃO DA DIARRÉIA INFANTIL: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA. **Revista Enfermagem UFPE [online]**, v. 6, n. 5, p. 1209-1216, 2012.
- CGAN. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/vita_info_publico.php?exibe_pagina=vita_programa_hipovitaminose>. Acesso em: 15/07/2013.
- Departamento Científico de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. Anemia Carenzial Ferropriva. fev. 2007. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/img/documentos/doc_anemia_carenzial_ferropriva.pdf>. Acesso em: 17/07/2013.
- GUIMARÃES, A. L. S.; LIMA, J. C. C. O. Desenvolvimento com Redução da Desigualdade Regional: Uma Abordagem Geográfica. **Revista do BNDES**, v. 16, n. 31, p. 113-138, 2009.

GIATTI, L. L.; ROCHA, A. A.; SANTOS, F. A.; BITENCOURT, S. C.; PIERONI, S. R. M. Condições de saneamento básico em Iporanga, Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública [online]**, v. 38, n. 4, p. 571-577, 2004.

HOFFMANN, R. O ÍNDICE DE DESIGUALDADE DE THEIL-ATKINSON. **Revista de Econometria**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 143-160, 1991.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **PNAD 2007**: primeiras análises. Pobreza e mudança social. v. 1, 2008.

LOUREIRO, A. O. F.; SULIANO, D. C. AS PRINCIPAIS LINHAS DE POBREZA UTILIZADAS NO BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica do Ceará – IPECE. **Nota Técnica** 38. 2009. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/notas_tecnicas/NT_38.pdf>. Acesso em: jul, 2013.

SEN, AMARTYA. **Desigualdade Reexaminada**. Trad. Ricardo Doninelli Mendes. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Record, 2012.

_____. **Desenvolvimento como Liberdade**. Trad. Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

MDS. Brasil Sem Miséria. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/brasilsemmiseria>>. Acesso em: 15 jul. de 2013.

OLIVEIRA, T. C. R.; LATORRE, M. R. D. O. Tendências da internação e da mortalidade infantil por diarreia: Brasil, 1995 a 2005. **Rev. Saúde Pública [online]**, vol.44, n.1, p. 102-111, 2010.

RIBEIRO, C. O.; MENEZES, R. G. Políticas públicas, pobreza e desigualdade no Brasil: apontamentos a partir do enfoque de Amartya Sen. **Revista Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 42-55, 2008.

RIBEIRO, R.; NEDER, H. D. Juventude(s): desocupação, pobreza e escolaridade. **Nova econ. [online]**, v.19, n.3, p. 475-506, 2009.

RUCKERT, I. N. J.; RABELO, M. M. O Programa Bolsa Família e os esforços para a redução da pobreza. **Revista Indicadores Econômicos FEE**. Porto Alegre, v. 40, n. 4, p. 83-98, 2013.

SILVA E SILVA, M. O. Os programas de transferência de renda e a pobreza no Brasil: superação ou regulação? **Revista de Políticas Públicas**. v. 9, n.1, p. 251-278, 2005.

SIMONCINI, J. B. V. B.; MAIA, H. A. O.; MAZETTO, F. A. P. “FOME OCULTA”. **Revista Geografia UFJF**, v. 1, n. 1, p. 1-8, 2011.

SANTOS, L. C. Da Geografia da fome ao Fome Zero: contribuição ao estudo da fome no Brasil. 2009. 204f. **Tese (Doutorado)** – Instituto de Geociências e Ciências Exatas, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 2009.

SAWAYA, A. L. (Org.). Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição. São Paulo: Cortez, 1997. In: SANTOS, L. C. Da Geografia da fome ao Fome Zero: contribuição ao estudo da fome no Brasil. 2009. 204f. **Tese (Doutorado)** – Instituto de Geociências e Ciências Exatas, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 2009.

VASCONCELOS, F. A. G. Josué de Castro e a Geografia da Fome no Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, v.24, n.11, p. 2710-2717, 2008.

TEIXEIRA, J. C.; HELLER, L. Fatores ambientais associados à diarreia infantil em áreas de assentamento subnormal em Juiz de Fora, Minas Gerais. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [online]**, v.5, n.4, p. 449-455, 2005.