

Os censos e a dança dos dados nacionais

Jorge Kayano*
Roberta Cristina Boaretto**

Este artigo tem como objetivo fazer uma reflexão sobre o que mudou entre os censos demográficos de 1991 e 2000¹, incluindo algumas referências sobre a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios de 1998² - PNAD Saúde - e a Pesquisa Assistência Médico-Sanitária de 1999³, levantando questões sobre a determinação do processo saúde-doença e a trajetória do SUS nesta última década.

A taxa média de crescimento anual no período 1991-2000, de apenas 1,63%, indica a continuidade do declínio da fecundidade nos anos 90. O número médio de pessoas por família diminuiu para 3,5 pessoas – zona urbana e rural. Os domicílios com até dois moradores por dormitório representavam, em 1991, 62,9%, e em 2000 este número aumenta para 72,8%; também aumentou o número de famílias sob responsabilidade feminina, para 12,8 milhões.

O abastecimento de água por rede geral atendida, em 2000, 77,8% dos domicílios; o esgotamento sanitário por rede geral ou fossa séptica permaneceu como o serviço menos abrangente, representando 62,2% dos domicílios, e a coleta de lixo cobria 79% das moradias.

Com relação à educação, pela primeira vez o censo coletou o número de pessoas que freqüentavam a escola segundo a rede de ensino – mostrando que 79% dos alunos estão na rede pública de ensino – e também a taxa de escolarização em crianças de 0 a 4 anos, que é de 17,8% no país.

Comparativamente entre os dois censos, houve aumento significativo de crianças de 5 e 6 anos de idade na escola, passando de 37,2% em 1991 para 71,9% em 2000. Entre os jovens de 15 a 17 anos de idade, a taxa de escolarização passou de 55,3% para 78,8%. Em 2000, a população de 18 a 19 anos tinha uma taxa de escolarização de apenas 50,3% e os jovens de 20 a 24 anos tinham uma taxa de 26,5%. O grupo de 25 anos ou mais de idade possuía, em 2000, uma baixa taxa de escolarização de 5,9%, embora seja quase três vezes a taxa de 1991, de 2,2%⁴.

Esses dados mostram que a freqüência escolar melhorou em todas as faixas etárias e houve praticamente a universalização do acesso à educação na faixa de 7 a 14 anos – a taxa é de 95%. Na faixa de 15 a 17 anos a taxa de escolarização era de 78,8% e na faixa entre 18 e 19 anos esta taxa é de 50,3%, mostrando uma redução da freqüência escolar no decorrer das faixas de idade.

No período entre os censos de 1991 e de 2000, foi comparada a escolaridade da população de 10 anos ou mais de idade. Observou-se que houve redução na proporção das menos instruídas (19% contra 10%, respectivamente) e aumento na proporção das que tinham 11 anos ou mais de estudo (13,8% contra 19,0%, respectivamente).

Com relação ao trabalho, a taxa de atividade, ou seja, o percentual de pessoas economicamente ativas na população de 10 anos ou mais, permaneceu diferente entre homens e mulheres. Para a população em geral esta taxa era de 56,4% no levantamento de 2000. Quando se faz a distinção por sexo, observa-se que a população masculina tinha uma taxa de 69,4%, enquanto que a taxa de atividade feminina era de 44,1%. No grupo dos empregados, há uma associação entre emprego registrado (aqueles com carteira assinada ou militares e funcionários públicos) e nível de instrução mais elevado: 39,1% dos com carteira de trabalho assinada tinham 11 anos ou mais de estudo (equivalente à conclusão de pelo menos o ensino médio).

Os empregados constituíam 67,7% da população ocupada e os trabalhadores por conta própria formavam a segunda maior parcela (22,5%). No grupo dos empregados como um todo, 55,2% tinham carteira assinada e 8,6% eram militares ou funcionários públicos estatutários. Para os trabalhadores domésticos, 31,2% tinham carteira assinada.

Segundo o Censo, 24,4% da população ocupada e com rendimento de trabalho ganhavam até um salário mínimo e 2,6% mais de 20 salários mínimos mensais. Verificou-se que 51,9% ganhavam até dois salários mínimos.

Os resultados do Censo 2000 mostram que, aproximadamente, 24,5 milhões de pessoas (14,5% da

* Médico sanitário e pesquisador do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS)

** Psicóloga, pesquisadora em Saúde Coletiva do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS)

¹ Disponível no endereço eletrônico: <http://www.ibge.gov.br>

² Disponível no endereço eletrônico: <http://www.ibge.gov.br>

³ Pesquisa disponível no endereço eletrônico: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>

⁴ Esse indicador inclui estudantes que estavam aprendendo a ler e escrever e os que estavam na pós-graduação.

população total) apresentaram algum tipo de incapacidade ou deficiência. São as pessoas com ao menos alguma dificuldade de enxergar, de ouvir, locomover-se ou com alguma deficiência física ou mental. No total de casos declarados de portadores das deficiências investigadas, 8,3% possuíam deficiência mental, 4,1% deficiência física, 22,9% deficiência motora, 48,1% deficiência visual e 16,7% deficiência auditiva.

As PNADs, diferentemente dos censos demográficos, são pesquisas amostrais realizadas nos anos intercensitários. A PNAD-Saúde realizada em 1998 constatou que quase 80% da população avalia seu estado de saúde como bom ou muito bom e 3,6% o considerou ruim ou muito ruim. Além disso, a população tem, em média, 10 dias por ano de interrupção em suas atividades habituais por motivos de saúde.

A pesquisa identificou que um quarto da população do país tem plano de saúde e a cobertura é significativamente maior nas áreas urbanas. A cobertura por planos de saúde é maior entre as pessoas que avaliam seu estado de saúde como bom e muito bom (25,9%) e diminui quando a auto-avaliação do estado de saúde piora. Entre os que consideram seu estado ruim ou muito ruim, a cobertura é de 14,5%. Em relação a renda familiar, a taxa de cobertura dos planos é de 2,6% nas classes de renda familiar inferior a um salário mínimo, crescendo à medida em que o rendimento aumenta, até chegar a 76% de cobertura entre os que ganham 20 salários e mais.

Algumas análises da PNAD Saúde mostram que as pessoas no início e particularmente no final da vida apresentam mais problemas de saúde do que nas outras faixas etárias. A pesquisa relata que estudos realizados em outros países indicam que a necessidade em saúde apresenta forte gradiente social e tende a ser desfavorável aos indivíduos em posições sociais menos favorecidas. Observa-se também no Brasil que o número de pessoas que referem problemas de saúde diminui conforme a renda familiar aumenta, definindo um padrão de marcadas desigualdades sociais em saúde.

Com relação ao acesso aos serviços de saúde - públicos e privados - a pesquisa indica que os serviços mais utilizados pelas pessoas mais jovens e aquelas com menor renda familiar são primeiro os postos ou centros de saúde, seguidos de ambulatórios de hospitais e consultórios privados, mais procurados por mulheres, idosos e pessoas de mais alta renda. O acesso a consultas médicas e odontológicas aumenta com a renda e é maior nas áreas urbanas e, entre as pessoas atendidas, cerca da metade teve seu atendimento feito pelo SUS, e aproximadamente um terço das pessoas referiu ter utilizado plano de saúde para receber este atendimento. É necessário destacar que a frequência de internações decresce à medida em que aumenta a renda familiar. Outro dado relevante é que cerca de um terço da população não tem uso regular de serviços de saúde.

Outra pesquisa que permite analisar a estrutura dos serviços públicos de saúde é a PAMS 99, realizada pelo IBGE. Nos últimos 20 anos, o número de unidades públicas de saúde no Brasil passou de 8.748 para 32.606, o que representa 66,8% do total de serviços de saúde no país, o dobro em relação aos privados (33,2%). A participação dos municípios nos serviços públicos passou de 69% em 1992 para 92% em 1999 e 71% de estabelecimentos de saúde no país têm algum tipo de vínculo com o SUS. Este aumento deve-se principalmente à região Norte, que registrou um aumento de 547%, enquanto que no mesmo período, o crescimento no Brasil foi de 229%.

Com relação aos leitos, a PAMS 99 registrou 484.945 leitos para internação no Brasil, sendo 29,5% públicos e 70,5% privados, considerando que em 1992, havia 25% de leitos públicos e 75% de leitos privados.

As pesquisas nos permitem algumas conclusões: houve, apesar das dificuldades, um avanço na descentralização e municipalização dos serviços públicos de saúde. A proximidade entre beneficiários da política de saúde e local de decisão permite responder melhor a quadros epidemiológicos regionais, ampliar a cobertura e disponibilizar melhores serviços.

Ficou evidente também, que os planos de saúde atuam no sistema como mais um elemento de geração de desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde, pois cobrem uma parcela seleta da população brasileira na qual predominam as pessoas de maior renda familiar e que possuem melhores condições de vida.

Na década de 90, houve um retrocesso no mundo do trabalho, decorrente das mudanças estruturais e tecnológicas do processo produtivo e das políticas de ajuste econômico, caracterizadas por juros elevados, baixa prioridade à expansão do mercado interno, baixa remuneração do trabalho assalariado, crescimento do trabalho informal e precarização das relações de trabalho⁵. Desta forma, aprofundou-se a desigualdade social, agravando a situação de pobreza e exclusão, tanto dos que estão fora do mercado trabalho quanto dos assalariados com precárias condições de trabalho e de remuneração. Estes fatos aumentaram o hiato entre os poucos que têm acesso a bons serviços - de saúde, habitação, saneamento, equipamentos de lazer - e, portanto, boas condições de vida e os demais.

As transformações demográficas, sociais e econômicas pelas quais passaram a sociedade brasileira mostraram uma influência sobre as condições de saúde da população, ao mesmo tempo em que geraram novas demandas para o sistema de saúde, pressionando-o no sentido de responder ao novo perfil das necessidades.

⁵ Documento do Conselho Nacional de Saúde preparado para a 11ª Conferência Nacional de Saúde.