



PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE

2019

CICLOS DE VIDA

BRASIL

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

IBGE
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MINISTÉRIO DA
ECONOMIA

Presidente da República
Jair Messias Bolsonaro

Ministro da Economia
Paulo Roberto Nunes Guedes

Secretário Especial do Tesouro e Orçamento
Bruno Funchal

Ministro da Saúde
Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes

Secretário-Executivo
Rodrigo Moreira da Cruz

Secretário de Vigilância em Saúde
Arnaldo Correia de Medeiros

Secretário de Atenção Primária à Saúde
Raphael Câmara Medeiros Parente

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE

Presidente
Eduardo Luiz G. Rios Neto

Diretora-Executiva
Marise Maria Ferreira

ÓRGÃOS ESPECÍFICOS SINGULARES

Diretoria de Pesquisas
Cimar Azeredo Pereira

Diretoria de Geociências
Claudio Stenner

Diretoria de Informática
Carlos Renato Pereira Cotovio

Centro de Documentação e Disseminação de Informações
Carmen Danielle Lins Mendes Macedo

Escola Nacional de Ciências Estatísticas
Maysa Sacramento de Magalhães

UNIDADES RESPONSÁVEIS

Diretoria de Pesquisas
Coordenação de Trabalho e Rendimento
Maria Lucia França Pontes Vieira

Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise em Saúde e Vigilância
de Doenças Não Transmissíveis
Giovanny Vinícius Araújo de França

Coordenação-Geral de Agravos e Doenças
Não Transmissíveis
Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira

Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Coordenação-Geral de Monitoramento
e Avaliação da Atenção Primária
Paulo Eduardo Guedes Sellera

Errata

Na Equipe técnica, faltava a relação de nomes do Grupo de Trabalho de Deficiência, que colaborou nas tarefas de: elaboração do questionário, construção do plano tabular, discussão dos indicadores, elaboração do texto, entre outras. A relação de nomes foi incluída na página 135.

Ministério da Economia
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
Diretoria de Pesquisas
Coordenação de Trabalho e Rendimento

Pesquisa Nacional de Saúde 2019

Ciclos de vida

Brasil



Rio de Janeiro
2021

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

Av. Franklin Roosevelt, 166 - Centro - 20021-120 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil

ISBN 978-65-87201-76-4

© IBGE. 2021

Capa

Aline Carneiro Damacena e Leonardo Martins - Gerência de Editoração/Centro de Documentação e Disseminação de Informações - CDDI

Ficha catalográfica elaborada pela Gerência de Biblioteca e Acervos Especiais do IBGE

Pesquisa nacional de saúde : 2019 : ciclos de vida : Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2021. 139p.

Convênio: Ministério da Saúde.
Inclui glossário.
ISBN 978-65-87201-76-4

1. Indicadores de saúde - Brasil. 2. Saúde - Brasil. 3. Serviços de saúde - Brasil. 4. Saúde pública - Brasil. 5. Pessoas com deficiência - Saúde - Brasil. 6. Paternidade - Brasil. 7. Idosos - Saúde - Brasil. 8. Serviços de saúde para mulheres - Brasil. 9. Cuidado pré-natal - Saúde - Brasil. 10. Lactentes - Saúde - Brasil. 11. Planejamento familiar - Brasil. I. IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. II. Brasil. Ministério da Saúde.

CDU 311.141:614
SOC

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Sumário

Apresentação	5
Introdução	7
Notas técnicas	11
Abrangência geográfica e população-alvo	11
Aspectos da amostragem	11
Comparações com a PNS 2013	24
Coleta dos dados	24
Aspectos éticos	25
Análise dos resultados	27
Pessoas com deficiência	27
Paternidade e pré-natal do parceiro	49
Saúde dos indivíduos de 60 anos ou mais de idade	62
Saúde da mulher	79
Atendimento pré-natal	96
Saúde das crianças com menos de 2 anos de idade	105
Referências	113
Glossário	117

Convenções

-	Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento;
..	Não se aplica dado numérico;
...	Dado numérico não disponível;
x	Dado numérico omitido a fim de evitar a individualização da informação;
0; 0,0; 0,00	Dado numérico igual a zero resultante de arredondamento de um dado numérico originalmente positivo; e
-0; -0,0; -0,00	Dado numérico igual a zero resultante de arredondamento de um dado numérico originalmente negativo.

Apresentação

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, com a presente publicação, divulga os resultados da *Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2019*, realizada em convênio com o Ministério da Saúde, contemplando, neste volume: pessoas com deficiência; paternidade e pré-natal do parceiro; saúde das pessoas com 60 anos ou mais de idade; saúde da mulher; atendimento pré-natal; e crianças com menos de 2 anos de idade.

O tema Saúde era abordado em Suplementos específicos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, do IBGE. A partir de 1998, tais levantamentos passaram a ser realizados com intervalos regulares de cinco anos, mantendo-se aspectos essenciais da investigação, o que possibilitou a comparabilidade dos resultados entre os três anos nos quais se realizou a pesquisa: 1998, 2003 e 2008. Em 2013, foi realizada a primeira edição da PNS, separadamente da PNAD, com o propósito de ampliar a investigação sobre o tema. A PNS também tem intervalo previsto de cinco anos, entretanto não foi possível realizá-la em 2018, razão pela qual foi adiada para 2019.

Esta publicação traz **Notas técnicas** com considerações sobre os principais aspectos metodológicos do levantamento, **Análise dos resultados** com comentários sobre os principais indicadores ora apresentados, e um **Glossário**, ao final do volume, com os termos e conceitos considerados relevantes para a compreensão dos resultados. Tabelas desagregadas por sexo, grupos de idade, nível de instrução, cor ou raça, condição de ocupação e rendimento estão acessíveis no portal do IBGE na Internet para os seguintes recortes regionais: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Além das tabelas com indicadores

e respectivos intervalos de confiança, são disponibilizadas, igualmente, tabelas com os valores absolutos e os coeficientes de variação das estimativas.

Assim, com a disponibilização de mais essa base de dados, o Ministério da Saúde e o IBGE ampliam, consideravelmente, o conhecimento sobre as características de saúde da população brasileira. De posse desses resultados, as instâncias executivas e legislativas, os profissionais e pesquisadores, os Conselhos de Saúde e os demais agentes interessados no setor passam a contar com um amplo conjunto de informações que lhes ajudarão não só na formulação, como também no acompanhamento e na avaliação das políticas relacionadas à saúde.

Cimar Azeredo Pereira

Diretor de Pesquisas

Introdução

O tema acesso e utilização dos serviços de saúde tem sido amplamente investigado no Brasil, e os Suplementos de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD se inserem nessas iniciativas. Seus resultados ampliaram, consideravelmente, o conhecimento sobre as condições de vida e a saúde da população brasileira, subsidiando, assim, a reformulação e a avaliação de políticas públicas orientadas a esse setor (TRAVASSOS; VIACAVA; LAGUARDIA, 2008). No entanto, frente ao ensejo de mais informações específicas, tanto no âmbito da vigilância quanto no da assistência, compreendeu-se que seria necessário o desenvolvimento de um inquérito específico para a saúde, de modo a atender prioridades do Ministério da Saúde. Dessa forma, a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS foi a campo, em 2013, com o propósito de ampliar a investigação temática dos referidos Suplementos da PNAD.

Por ser uma pesquisa independente da PNAD, mas integrante do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares - SIPD, a PNS se beneficiou da Amostra Mestra, utilizada pela PNAD Contínua (FREITAS *et al.*, 2007), com maior espalhamento geográfico e ganho na precisão das estimativas. Com desenho próprio, elaborado, especificamente, para coletar informações de saúde, a PNS foi planejada tanto para estimar variados indicadores com a precisão desejada como para assegurar a continuidade do monitoramento da grande maioria daqueles anteriormente investigados por meio do Suplemento de Saúde da PNAD.

Para tal, a elaboração da PNS foi fundamentada em três eixos principais: o desempenho do sistema nacional de saúde; as condições de saúde da população brasileira; e a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco associados (MALTA *et al.*,

2008). Adicionalmente, tendo em vista evidências que indicam que os fatores sociais constituem elementos centrais na determinação do padrão de morbimortalidade, na adoção dos comportamentos saudáveis e na distribuição dos serviços e recursos de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2008; BARROS, *et al.*, 2011), os aspectos relacionados à equidade mereceram particular consideração na pesquisa.

A PNS 2013 foi divulgada em quatro volumes temáticos: *Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas; Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências; Ciclos de vida; e Indicadores de saúde e mercado de trabalho*¹. Seus dados foram vastamente trabalhados, tanto por gestores em saúde como pela comunidade científica, culminando no interesse, ainda durante o processo de divulgação da edição de 2013, de uma segunda edição da PNS.

No ano de 2019, a PNS iniciou, então, mais um processo de coleta de dados, também em parceria com o Ministério da Saúde, com o intuito de promover a comparação dos indicadores divulgados anteriormente e fornecer aportes à resposta do Sistema Único de Saúde - SUS.

Nos volumes lançados em 2020, foram divulgadas informações sobre acesso e utilização dos serviços de saúde, aspectos da estratégia de Saúde da Família, visitas de agentes de endemias, cobertura de planos de saúde, presença de animais e vacinação, atendimento médico, medidas aferidas de antropometria, percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Em maio de 2021, foi divulgado outro volume que apresentou informações sobre acidentes, violência, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social. Nesta publicação, serão divulgadas informações sobre: pessoas com deficiência; paternidade e pré-natal do parceiro; saúde das pessoas com 60 anos ou mais de idade; saúde da mulher; atendimento pré-natal; e aspectos da saúde e nutrição das crianças com menos de 2 anos de idade.

O IBGE detém um importante histórico na produção de estatísticas sobre as pessoas com deficiências. Este tema esteve presente em Suplementos da PNAD, nos questionários da amostra dos últimos Censos Demográficos, assim como na PNS de 2013 e na atual. O questionário usado na captação das informações na PNS foi elaborado de acordo as melhores práticas definidas pelo Grupo de Washington, do qual o IBGE é membro. Esse questionário foi aplicado para todos os moradores de 2 anos ou mais de idade, sendo que para crianças com menos de 5 anos, houve adaptações das perguntas para viabilizar a captação.

Com o objetivo de conhecer indicadores sobre a paternidade masculina no País e de contextualizar a importância do envolvimento consciente e ativo dos homens em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo, foi incluído na PNS o módulo de paternidade e pré-natal do parceiro. As informações deste módulo foram coletadas por meio de um questionário respondido pelos próprios homens de 15 anos ou mais de idade que faziam parte do grupo de moradores selecionados aleatoriamente pelo dispositivo de coleta.

No contexto do envelhecimento populacional do qual o Brasil está inserido, dados sobre a saúde da população de 60 anos ou mais de idade são cada vez mais

¹ Para informações mais detalhadas sobre esses volumes, consultar a página da PNS 2013 no portal do IBGE na Internet no endereço: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>.

necessários para acompanhar o perfil desse grupo, assim como para auxiliar a elaboração de políticas públicas voltadas para esse público alvo. Nesse sentido, a PNS, em suas duas versões, possui um módulo específico para saúde das pessoas de 60 anos ou mais, que busca identificar a existência de limitações funcionais ou instrumentais, a rede de apoio, a participação em atividades sociais, medicação, vacinação, entre outros aspectos.

O módulo de saúde da mulher é outro tema de grande importância na PNS, visto que é essencial para conhecer o perfil dessas mulheres, suas demandas de saúde, assim como possibilitar o direcionamento de recursos e políticas públicas de forma mais eficiente. Cabe destacar que as mulheres são a maioria da população, em especial, entre os idosos, e as principais usuárias do sistema de saúde do País. Este módulo, que foi respondido por mulheres de 15 anos ou mais de idade, selecionadas aleatoriamente nos domicílios da amostra da PNS, buscou investigar diversos aspectos sobre a vida da mulher, tais como: pré-natal, parto, exames preventivos, menstruação, planejamento familiar, contracepção etc.

Por fim, a PNS contempla um módulo temático de saúde e nutrição específico para crianças com menos de 2 anos de idade, na medida que diversos estudos mostram que cuidados adequados e investimentos na primeira infância trazem impactos positivos na vida adulta dessa criança. Nesse contexto, são realizadas perguntas sobre a alimentação, exames preventivos realizados após o nascimento e sobre a vacinação.

As informações da PNS 2019 serão utilizadas para subsidiar a formulação de políticas públicas nas áreas de promoção, vigilância e atenção à saúde do SUS. Seus resultados fomentarão a resposta e o monitoramento de indicadores nacionais e internacionais, como os relacionados aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS², às metas de redução de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT pactuadas com a OMS, e aqueles previstos no *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022* (BRASIL, 2011).

² Para informações mais detalhadas sobre o tema, consultar: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>.

Notas técnicas

Abrangência geográfica e população-alvo

A abrangência geográfica da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS é todo o Território Nacional³, dividido nos Setores Censitários da Base Operacional Geográfica, excluídas áreas com características especiais, classificadas, pelo IBGE, como setores de quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, setores com baixo patamar domiciliar, agrupamentos indígenas, unidades prisionais, Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI, Atendimentos Integrados à Criança e ao Adolescente - AICA, conventos, hospitais, agrovilas de projetos de assentamentos rurais, e agrupamentos quilombolas.

A população-alvo é constituída pelos moradores em domicílios particulares permanentes pertencentes à área de abrangência geográfica da pesquisa.

Aspectos da amostragem

Plano amostral

A PNS é uma pesquisa domiciliar, e o plano amostral empregado é o de amostragem conglomerada em três estágios, com estratificação das unidades primárias de amostragem (UPAs). Os Setores Censitários ou conjunto de setores formam as unidades primárias de amostragem; os domicílios são as unidades de segundo estágio; e os moradores de 15 anos ou mais de idade definem as unidades de terceiro estágio.

³ As embaixadas, os consulados e as representações do Brasil no exterior são considerados Território Nacional, porém não são abrangidos pela pesquisa. Por outro lado, as embaixadas, os consulados e as representações estrangeiras no Brasil não são incluídos por não fazerem parte do Território Nacional.

Como parte integrante do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares - SIPD, as unidades primárias de amostragem da pesquisa foram obtidas da Amostra Mestra, que é a estrutura amostral do Sistema. Portanto, a estratificação das unidades primárias de amostragem na PNS foi a mesma adotada para a Amostra Mestra⁴. A seleção da subamostra das unidades primárias de amostragem foi realizada por amostragem aleatória simples da amostra de um trimestre da Amostra Mestra.

No segundo estágio, foi selecionado, por amostragem aleatória simples, um número fixo de domicílios particulares permanentes em cada unidade primária de amostragem selecionada no primeiro estágio. A seleção foi efetuada no Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos - CNEFE, do IBGE, em sua mais recente atualização. Definiu-se, inicialmente, a seleção de 15 domicílios em cada unidade primária de amostragem, no entanto, com esse critério, algumas Unidades da Federação não alcançariam a quantidade de unidades primárias de amostragem necessárias para atingir seu tamanho de amostra, enquanto outras ficariam com uma amostra muito grande. Com isso, definiu-se que os Estados de Roraima, Amapá e Tocantins teriam 18 domicílios selecionados em cada unidade primária de amostragem, enquanto Maranhão, Ceará, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul teriam 12 domicílios selecionados. As demais Unidades da Federação continuaram com a seleção de 15 domicílios.

No terceiro estágio, um morador de 15 anos ou mais de idade foi selecionado, em cada domicílio selecionado, para responder o questionário específico, também por amostragem aleatória simples, obtido da lista de moradores construída no momento da entrevista.

Para a aferição de medidas antropométricas, foi selecionada uma subamostra de unidades primárias de amostragem da PNS. Depois, em cada uma delas, foram selecionados domicílios entre aqueles já pertencentes à amostra da PNS. Por fim, nesses domicílios, o morador selecionado para responder o questionário específico também teve suas medidas antropométricas aferidas. Ambas as seleções também foram realizadas por amostragem aleatória simples.

Tamanho da amostra

Para a determinação do tamanho da amostra de domicílios e de pessoas, foram considerados vários indicadores de interesse, o nível de precisão desejado para a estimativa do indicador por domínio, o efeito do plano amostral, o número de domicílios selecionados por unidade primária de amostragem, e a proporção de domicílios com pessoas na faixa etária de interesse.

Com base nos tamanhos de amostras estudados para a PNS 2013 e na precisão das estimativas obtidas com os dados daquela pesquisa, observou-se que seria necessário definir um tamanho de amostra maior que o da edição anterior para garantir precisão aceitável para os diversos domínios de estimação.

A estratégia escolhida foi iniciar o estudo com algumas alternativas de tamanhos de amostra e avaliar o coeficiente de variação esperado para cada um dos indicadores de interesse listados no Quadro, comparando com a precisão desejada, estipulada no planejamento da PNS 2013.

⁴ Para informações mais detalhadas sobre o tema, consultar FREITAS e outros (2007).

Quadro - Lista dos indicadores de interesse com seus respectivos domínios

Código	Descrição	Domínio
D1	Prevalência de diabetes 35 anos ou mais	Adultos 35 anos e mais selecionados
D2	Prevalência de hipertensão 35 anos ou mais	Adultos 35 anos e mais selecionados
D3	Prevalência de depressão 35 anos ou mais	Adultos 35 anos e mais selecionados
D4	Taxa de internação no último ano	Todos os moradores do domicílio
D5	Uso de serviço de saúde nas últimas duas semanas	Todos os moradores do domicílio
D6	Cobertura do plano de saúde privado	Todos os moradores do domicílio
D7	Cobertura de exame preventivo de câncer de colo de útero entre mulheres 25 a 59 anos	Mulheres de 25-59 anos selecionadas
D8	Cobertura de mamografia entre mulheres 50 anos ou mais	Mulheres de 50-69 anos selecionadas
D9	Indivíduos de 15 anos ou mais usuários atuais de produtos derivados do tabaco	Adultos 15 anos e mais selecionados
D10	Indivíduos de 15 anos ou mais fumantes atuais de tabaco	Adultos 15 anos e mais selecionados
D11	Indivíduos de 15 anos ou mais insuficientemente ativos	Adultos 15 anos e mais selecionados
D12	Indivíduos de 15 anos ou mais que praticam o nível recomendado de atividade física no lazer	Adultos 15 anos e mais selecionados
D13	Indivíduos de 15 anos ou mais fisicamente ativos no trabalho	Adultos 15 anos e mais selecionados
D14	Indivíduos de 15 anos ou mais que praticam atividade física no trabalho por 150 minutos ou mais por semana	Adultos 15 anos e mais selecionados
D15	Indivíduos de 15 anos ou mais fisicamente ativos no deslocamento para suas atividades habituais	Adultos 15 anos e mais selecionados
D16	Indivíduos com consumo médio diário elevado de álcool	Adultos 15 anos e mais selecionados
D17	Indivíduos de 15 anos ou mais que sofreram violência ou agressão de pessoa desconhecida nos últimos 12 meses e que tiveram alguma lesão corporal devido à violência ou agressão	Adultos 15 anos e mais selecionados
D18	Indivíduos de 15 anos ou mais que sofreram violência ou agressão de pessoa conhecida nos últimos 12 meses e que tiveram alguma lesão corporal devido à violência ou agressão	Adultos 15 anos e mais selecionados
I2	Mulheres de 15 a 49 anos de idade que já engravidaram alguma vez	Mulheres de 15 a 49 anos de idade selecionadas
I3	Mulheres de 15 a 49 anos de idade que utilizam algum método para evitar gravidez	Mulheres de 15 a 49 anos de idade selecionadas
I4	Mulheres de 15 a 49 anos de idade que utilizam a pílula para evitar gravidez	Mulheres de 15 a 49 anos de idade selecionadas
I5	Mulheres de 15 a 49 anos de idade que fizeram laqueadura	Mulheres de 15 a 49 anos de idade selecionadas
I6	Mulheres de 15 a 49 anos de idade que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses	Mulheres de 15 a 49 anos de idade selecionadas
I7	Mulheres de 15 a 49 anos de idade que já fizeram algum tratamento para engravidar	Mulheres de 15 a 49 anos de idade selecionadas

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento.

O cálculo dos coeficientes de variação (CVs) esperados foi realizado utilizando-se os valores dos indicadores estimados com base nos dados da PNS 2013, as fórmulas para um plano amostral por amostragem aleatória simples, e o efeito do plano amostral (EPA) também estimado pela PNS 2013. O efeito do plano amostral indica o quanto o plano amostral por conglomerados é menos eficiente (maior variância) que a amostragem aleatória simples, por isso os coeficientes de variação obtidos para a amostragem aleatória simples foram ajustados⁵.

Os tamanhos de amostra de domicílios e de pessoas que possibilitam a estimação dos indicadores com precisão mais próxima da desejada sofreram alguns ajustes para serem adaptados aos tamanhos da Amostra Mestra, que serve de infraestrutura amostral para a pesquisa. Assim, tem-se:

$$n_{AAS} = \frac{N}{N-1} \cdot P \cdot Q \cdot \frac{1}{CV^2 \cdot P^2 + \frac{P \cdot Q}{N-1}}$$

$$n_{AC} = n_{AAS} \cdot EPA$$

Onde

n_{AAS} é o tamanho da amostra de pessoas sob amostragem aleatória simples;

N é o número total de pessoas;

P é a proporção de interesse $Q = 1 - P$;

CV é o coeficiente de variação desejado da estimativa de proporção;

n_{AC} é o tamanho da amostra sob amostragem conglomerada; e

EPA é o efeito do plano amostral.

Para a definição do tamanho da amostra de UPA (m_d), foi fixado o número de domicílios selecionados em cada unidade primária de amostragem, e então dividido o tamanho da amostra de domicílios por esse número, que foi 12, 15 ou 18, dependendo do domínio. Dessa forma, $m_d = \frac{n_{ACd}}{12}$, $m_d = \frac{n_{ACd}}{15}$ ou $m_d = \frac{n_{ACd}}{18}$. Essa diferença decorre da limitação do tamanho da amostra de unidades primárias de amostragem pela Amostra Mestra.

Os tamanhos finais da amostra por Unidades da Federação são apresentados na Tabela 1.

⁵ Para informações mais detalhadas sobre a definição teórica do efeito do plano amostral, consultar Lila e Freitas (2006).

Tabela 1 - Tamanhos planejado e selecionado da amostra, segundo as Unidades da Federação - 2019

Unidades da Federação	UPAs na amostra mestra	Amostra da PNS			
		UPAs		Domicílios	
		Planejadas	Selecionadas	Planejados	Selecionados
Brasil	15 096	7 968	8 036	107 628	108 525
Rondônia	264	174	177	2 610	2 655
Acre	276	193	193	2 895	2 895
Amazonas	360	263	263	3 945	3 945
Roraima	156	156	156	2 808	2 808
Pará	504	330	333	4 950	4 995
Amapá	108	108	108	1 944	1 944
Tocantins	228	138	140	2 484	2 520
Maranhão	900	476	482	5 712	5 784
Piauí	324	204	207	3 060	3 105
Ceará	780	476	482	5 712	5 784
Rio Grande do Norte	300	235	237	3 525	3 555
Paraíba	384	240	245	3 600	3 675
Pernambuco	600	374	380	4 488	4 560
Alagoas	564	251	251	3 765	3 765
Sergipe	288	198	201	2 970	3 015
Bahia	768	356	355	4 272	4 260
Minas Gerais	1 104	488	495	5 856	5 940
Espírito Santo	600	280	281	4 200	4 215
Rio de Janeiro	1 164	508	512	6 096	6 144
São Paulo	1 224	598	613	7 176	7 356
Paraná	828	373	374	4 476	4 488
Santa Catarina	948	355	356	4 260	4 272
Rio Grande do Sul	888	362	360	4 344	4 320
Mato Grosso do Sul	336	222	225	3 330	3 375
Mato Grosso	396	194	193	2 910	2 895
Goiás	528	223	223	3 345	3 345
Distrito Federal	276	193	194	2 895	2 910

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento.

Nota: UPA = Unidade Primária de Amostragem.

A Tabela 1 apresenta os tamanhos de amostra de unidades primárias de amostragem planejados e os efetivamente obtidos após a alocação pelos estratos da pesquisa, bem como os tamanhos de amostra de domicílios selecionados.

Para avaliação da precisão das estimativas, a Tabela 2 fornece a média dos coeficientes de variação esperados, por Unidades da Federação, enquanto a Tabela 3, o percentual de domínios, por classes de coeficientes de variação esperados, para cada um dos indicadores de interesse. As classes escolhidas para essa avaliação foram: até 15%, mais de 15% até 30%, e mais de 30%, que são aquelas adotadas em divulgações do IBGE. Os domínios considerados foram: Grandes Regiões, Unidades da Federação, Regiões Metropolitanas, Capital e Restante da Unidade da Federação.

Tabela 2 - Tamanho esperado da amostra em cada domínio e média dos coeficientes de variação por Unidade da Federação, segundo os indicadores de interesse - 2019

Indicadores de interesse	Tamanho esperado da amostra	Média dos coeficientes de variação esperados por Unidade da Federação
Prevalência de diabetes em adultos com 35 anos ou mais	36 400	9,6
Prevalência de hipertensão em adultos com 35 anos ou mais	36 400	5,0
Prevalência de depressão em adultos com 35 anos ou mais	36 400	10,6
Taxa de internação último ano	347 200	4,4
Uso de serviço de saúde nas últimas duas semanas	347 200	3,0
Cobertura do plano de saúde privado	347 200	2,6
Cobertura de exame preventivo de câncer de colo de útero entre mulheres de 25 a 59 anos	33 900	4,0
Cobertura de mamografia entre mulheres com 50 anos ou mais	15 000	8,5
Indivíduos de 15 anos ou mais usuários atuais de produtos derivados do tabaco	108 500	5,5
Indivíduos de 15 anos ou mais fumantes atuais de tabaco	108 500	5,5
Indivíduos de 15 anos ou mais insuficientemente ativos	108 500	3,0
Indivíduos de 15 anos ou mais que praticam o nível recomendado de atividade física no lazer	108 500	4,5
Indivíduos de 15 anos ou mais fisicamente ativos no trabalho	108 500	3,7
Indivíduos de 15 anos ou mais que praticam atividade física no trabalho por 150 minutos ou mais por semana	108 500	5,7
Indivíduos de 15 anos ou mais fisicamente ativos no deslocamento para suas atividades habituais	108 500	5,4
Indivíduos com consumo médio diário elevado de álcool	108 500	4,8
Indivíduos de 15 anos ou mais que sofreram violência ou agressão de pessoa desconhecida nos últimos 12 meses e que tiveram alguma lesão corporal devido à violência ou agressão	108 500	24,2
Indivíduos de 15 anos ou mais que sofreram violência ou agressão de pessoa conhecida nos últimos 12 meses e que tiveram alguma lesão corporal devido à violência ou agressão	108 500	27,6
Mulheres de 15 a 49 anos que já engravidaram alguma vez	34 700	4,2
Mulheres de 15 a 49 anos que utilizam algum método para evitar gravidez	34 700	5,1
Mulheres de 15 a 49 anos que utilizam a pílula para evitar gravidez	34 700	7,0
Mulheres de 15 a 49 anos que fizeram laqueadura	34 700	9,2
Mulheres de 15 a 49 anos que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses	34 700	4,0
Mulheres de 15 a 49 anos que já fizeram algum tratamento para engravidar	34 700	23,3

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento.

Tabela 3 - Percentual de domínios de divulgação, por classes de coeficientes de variação esperados, segundo os indicadores de interesse - 2019

Indicadores de interesse	Domínios de divulgação, por classes de coeficientes de variação esperados (%)		
	Até 15	Mais de 15 até 30	Mais de 30
Prevalência de diabetes em adultos com 35 anos ou mais	52,4	46,7	1,0
Prevalência de hipertensão em adultos com 35 anos ou mais	99,0	1,0	0,0
Prevalência de depressão em adultos com 35 anos ou mais	47,6	50,5	1,9
Taxa de internação último ano	100,0	0,0	0,0
Uso de serviço de saúde nas últimas duas semanas	100,0	0,0	0,0
Cobertura do plano de saúde privado	100,0	0,0	0,0
Cobertura de exame preventivo de câncer de colo de útero entre mulheres de 25 a 59 anos	100,0	0,0	0,0
Cobertura de mamografia entre mulheres com 50 anos ou mais	69,5	28,6	1,9
Indivíduos de 15 anos ou mais usuários atuais de produtos derivados do tabaco	99,0	1,0	0,0
Indivíduos de 15 anos ou mais fumantes atuais de tabaco	98,1	1,9	0,0
Indivíduos de 15 anos ou mais insuficientemente ativos	100,0	0,0	0,0
Indivíduos de 15 anos ou mais que praticam o nível recomendado de atividade física no lazer	100,0	0,0	0,0
Indivíduos de 15 anos ou mais fisicamente ativos no trabalho	100,0	0,0	0,0
Indivíduos de 15 anos ou mais que praticam atividade física no trabalho por 150 minutos ou mais por semana	100,0	0,0	0,0
Indivíduos de 15 anos ou mais fisicamente ativos no deslocamento para suas atividades habituais	100,0	0,0	0,0
Indivíduos com consumo médio diário elevado de álcool	100,0	0,0	0,0
Indivíduos de 15 anos ou mais que sofreram violência ou agressão de pessoa desconhecida nos últimos 12 meses e que tiveram alguma lesão corporal devido à violência ou agressão	7,6	38,1	54,3
Indivíduos de 15 anos ou mais que sofreram violência ou agressão de pessoa conhecida nos últimos 12 meses e que tiveram alguma lesão corporal devido à violência ou agressão	3,8	37,1	59,0
Mulheres de 15 a 49 anos que já engravidaram alguma vez	100,0	0,0	0,0
Mulheres de 15 a 49 anos que utilizam algum método para evitar gravidez	100,0	0,0	0,0
Mulheres de 15 a 49 anos que utilizam a pílula para evitar gravidez	88,6	11,4	0,0
Mulheres de 15 a 49 anos que fizeram laqueadura	64,8	32,4	2,9
Mulheres de 15 a 49 anos que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses	100,0	0,0	0,0
Mulheres de 15 a 49 anos que já fizeram algum tratamento para engravidar	5,7	38,1	56,2

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento.

A PNS 2019 contou com uma etapa de aferição de medidas antropométricas do morador selecionado nos domicílios. Devido à complexidade dessa operação, ficou definido que a aferição seria realizada apenas em uma parte da amostra.

O dimensionamento da subamostra de unidades primárias de amostragem de antropometria foi elaborado a partir do número de moradores necessários para atingir a precisão desejada da estimativa da média de peso e de altura das pessoas, no nível Brasil. A partir desse tamanho de subamostra de moradores, que é igual ao tamanho da subamostra de domicílios, calculou-se o número de unidades primárias de amostragem, levando-se em conta a seleção de 7 domicílios por unidade.

Foram calculados tamanhos da subamostra, tanto para se estimar a média de peso quanto a média de altura, considerando-se um coeficiente de variação esperado de 1%. Os tamanhos finais foram obtidos considerando-se o valor máximo entre essas duas medidas.

Após o cálculo do tamanho da subamostra de pessoas para o Brasil, foi definido o número de unidades primárias de amostragem, dividindo-se o tamanho total por 7, que corresponde ao número de domicílios/moradores selecionados em cada unidade primária de amostragem. Posteriormente, fez-se a alocação nos estratos da Amostra Mestra, proporcionalmente ao tamanho da amostra da PNS, sendo obtidos os tamanhos finais por Unidades da Federação e situação do domicílio. Por fim, definiu-se como 2 o tamanho mínimo de unidades primárias de amostragem por estrato; com isso, os extratos que, inicialmente, teriam apenas 1 unidade primária de amostragem, tiveram seu tamanho ajustado para 2. A Tabela 4 apresenta os tamanhos das subamostras por Unidades da Federação e situação do domicílio.

Tabela 4 - Unidades primárias de amostragem, domicílios e pessoas na subamostra de antropometria, por situação do domicílio, segundo as Unidades da Federação - 2019

Unidades da Federação	Subamostra de antropometria					
	Unidades primárias de amostragem			Domicílios e pessoas		
	Situação do domicílio			Situação do domicílio		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
Brasil	1 151	749	402	8 057	5 243	2 814
Rondônia	22	14	8	154	98	56
Acre	9	5	4	63	35	28
Amazonas	32	20	12	224	140	84
Roraima	11	7	4	77	49	28
Pará	38	22	16	266	154	112
Amapá	14	8	6	98	56	42
Tocantins	17	11	6	119	77	42
Maranhão	50	26	24	350	182	168
Piauí	34	18	16	238	126	112
Ceará	60	40	20	420	280	140
Rio Grande do Norte	24	16	8	168	112	56
Paraíba	34	22	12	238	154	84
Pernambuco	48	30	18	336	210	126
Alagoas	26	16	10	182	112	70
Sergipe	20	12	8	140	84	56
Bahia	84	50	34	588	350	238
Minas Gerais	98	60	38	686	420	266
Espírito Santo	30	22	8	210	154	56
Rio de Janeiro	74	60	14	518	420	98
São Paulo	106	72	34	742	504	238
Paraná	70	48	22	490	336	154
Santa Catarina	52	34	18	364	238	126
Rio Grande do Sul	70	48	22	490	336	154
Mato Grosso do Sul	26	18	8	182	126	56
Mato Grosso	36	24	12	252	168	84
Goiás	50	34	16	350	238	112
Distrito Federal	16	12	4	112	84	28

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento.

Definição dos fatores de expansão

Na PNS, foi preciso definir fatores de expansão ou pesos amostrais das unidades primárias de amostragem, dos domicílios e todos os seus moradores, do morador selecionado, e da subamostra de antropometria.

Peso das unidades primárias de amostragem

Os pesos das unidades primárias de amostragem foram calculados considerando-se as probabilidades de seleção dessas unidades para a Amostra Mestra e para a amostra da pesquisa.

Peso dos domicílios e todos os seus moradores

Os pesos dos domicílios e todos os seus moradores, utilizados para a estimação das características investigadas para todos os moradores e para todos os idosos, foram definidos levando-se em conta o peso da unidade primária de amostragem correspondente e os ajustes para correção de não respostas e também para calibração das estimativas, segundo os totais populacionais estimados pela Coordenação de População e Indicadores Sociais, do IBGE.

Peso do morador selecionado

O peso do morador selecionado foi calculado considerando-se o peso do domicílio correspondente, a probabilidade de seleção do morador, ajustes para correção de não resposta por sexo e para calibração das estimativas, segundo os totais populacionais, por sexo e classes de idade, estimados com o peso de todos os moradores. As cinco classes de idade utilizadas foram: de 15 a 17 anos, de 18 a 24 anos, de 25 a 39 anos, de 40 a 59 anos, e 60 anos ou mais.

Peso para a subamostra de antropometria

Os fatores de expansão para a subamostra da antropometria foram calculados de forma análoga aos procedimentos realizados para a amostra da PNS. A calibração pelos totais populacionais utilizou as mesmas classes de idade.

Taxas de resposta e de perdas

Para o cálculo dos pesos, foi necessário obter a quantidade de domicílios por situação de coleta com vistas à realização dos ajustes pela perda de entrevistas. As Tabelas 5 e 6 indicam, respectivamente, o número de domicílios e o número de domicílios com moradores de 15 anos ou mais de idade na amostra planejada, selecionados para a pesquisa, com entrevista realizada, bem como as perdas por não resposta, e por domicílios selecionados fora do âmbito da pesquisa. A Tabela 7, por sua vez, mostra as informações anteriores para a subamostra de antropometria. Para as questões comuns a todos os moradores, a taxa de perda total foi 13,2%, abaixo, portanto, do planejado (20,0%); e, para as questões específicas, a taxa de perda foi um pouco maior, ficando em 16,2%, também abaixo do planejado (27,0%). Em relação à subamostra de antropometria, a taxa de perda foi 12,3%.

Tabela 5 - Domicílios na amostra planejada e selecionados, por situação de coleta, e taxas de perda total, de excesso de cobertura e de resposta, segundo as Unidades da Federação - 2019

Unidades da Federação	Domicílios na amostra planejada	Domicílios selecionados, por situação de coleta						Taxas (%)		
		Total (T)	Em UPAs com amostra não coletada (A)	Fora do âmbito (B)	No âmbito (1)			Perda total ((A+B+C3)/T)	Excesso de cobertura (B/T)	Resposta (C2/C1)
					Total (C1)	Com entrevista realizada (C2)	Sem entrevista realizada (C3)			
Brasil	108 525	108 457	42	7 874	100 541	94 114	6 427	13,2	7,3	93,6
Rondônia	2 655	2 655	-	220	2 435	2 301	134	13,3	8,3	94,5
Acre	2 895	2 895	-	171	2 724	2 433	291	16,0	5,9	89,3
Amazonas	3 945	3 945	-	258	3 687	3 513	174	11,0	6,5	95,3
Roraima	2 808	2 807	-	201	2 606	2 327	279	17,1	7,2	89,3
Pará	4 995	4 995	-	425	4 570	4 077	493	18,4	8,5	89,2
Amapá	1 944	1 944	-	105	1 839	1 667	172	14,2	5,4	90,6
Tocantins	2 520	2 520	-	222	2 298	2 048	250	18,7	8,8	89,1
Maranhão	5 784	5 784	-	407	5 377	5 199	178	10,1	7,0	96,7
Piauí	3 105	3 105	15	199	2 891	2 806	85	9,6	6,4	97,1
Ceará	5 784	5 784	12	510	5 262	4 660	602	19,4	8,8	88,6
Rio Grande do Norte	3 555	3 554	-	230	3 324	3 062	262	13,8	6,5	92,1
Paraíba	3 675	3 660	-	277	3 383	3 218	165	12,1	7,6	95,1
Pernambuco	4 560	4 560	-	305	4 255	4 113	142	9,8	6,7	96,7
Alagoas	3 765	3 762	15	300	3 447	3 235	212	14,0	8,0	93,8
Sergipe	3 015	3 015	-	181	2 834	2 678	156	11,2	6,0	94,5
Bahia	4 260	4 260	-	380	3 880	3 715	165	12,8	8,9	95,7
Minas Gerais	5 940	5 940	-	383	5 557	5 350	207	9,9	6,4	96,3
Espírito Santo	4 215	4 215	-	313	3 902	3 620	282	14,1	7,4	92,8
Rio de Janeiro	6 144	6 144	-	484	5 660	5 277	383	14,1	7,9	93,2
São Paulo	7 356	7 308	-	473	6 835	6 326	509	13,4	6,5	92,6
Paraná	4 488	4 488	-	295	4 193	4 031	162	10,2	6,6	96,1
Santa Catarina	4 272	4 272	-	237	4 035	3 788	247	11,3	5,5	93,9
Rio Grande do Sul	4 320	4 320	-	333	3 987	3 829	158	11,4	7,7	96,0
Mato Grosso do Sul	3 375	3 375	-	296	3 079	2 959	120	12,3	8,8	96,1
Mato Grosso	2 895	2 895	-	172	2 723	2 579	144	10,9	5,9	94,7
Goiás	3 345	3 345	-	289	3 056	2 842	214	15,0	8,6	93,0
Distrito Federal	2 910	2 910	-	208	2 702	2 461	241	15,4	7,1	91,1

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento.

Notas: 1. A diferença entre o número de domicílios na amostra planejada e o número de domicílios selecionados foi decorrente da menor quantidade de domicílios disponíveis para seleção no cadastro de algumas unidades primárias de amostragem.

2. Os domicílios em unidades primárias de amostragem com amostra não coletada foram considerados no cálculo das taxas de excesso de cobertura proporcionalmente à quantidade de domicílios fora do âmbito.

3. Os domicílios em unidades primárias de amostragem com amostra não coletada foram considerados no cálculo das taxas de resposta proporcionalmente à quantidade de domicílios no âmbito.

(1) Ocupados.

Tabela 6 - Domicílios com morador de 15 anos ou mais de idade na amostra planejada e selecionados, por situação de coleta, e taxas de perda total, de excesso de cobertura e de resposta, segundo as Unidades da Federação - 2019

Unidades da Federação	Domicílios na amostra planejada	Domicílios com morador de 15 anos ou mais de idade selecionados, por situação de coleta						Taxas (%)		
		Total (T)	Em UPAs com amostra não coletada (A)	Fora do âmbito (B)	No âmbito (1)			Perda total ((A+B+C3)/T)	Excesso de cobertura (B/T)	Resposta (C2/C1)
					Total (C1)	Com entrevista realizada (C2)	Sem entrevista realizada (C3)			
Brasil	108 525	108 457	42	14 301	94 114	90 846	3 268	16,2	13,2	96,5
Rondônia	2 655	2 655	-	354	2 301	2 176	125	18,0	13,3	94,6
Acre	2 895	2 895	-	462	2 433	2 380	53	17,8	16,0	97,8
Amazonas	3 945	3 945	-	432	3 513	3 479	34	11,8	11,0	99,0
Roraima	2 808	2 807	-	480	2 327	2 238	89	20,3	17,1	96,2
Pará	4 995	4 995	-	918	4 077	3 853	224	22,9	18,4	94,5
Amapá	1 944	1 944	-	277	1 667	1 554	113	20,1	14,2	93,2
Tocantins	2 520	2 520	-	472	2 048	1 922	126	23,7	18,7	93,8
Maranhão	5 784	5 784	-	585	5 199	5 080	119	12,2	10,1	97,7
Piauí	3 105	3 105	15	284	2 806	2 740	66	11,8	9,1	97,6
Ceará	5 784	5 784	12	1 112	4 660	4 265	395	26,3	19,2	91,5
Rio Grande do Norte	3 555	3 554	-	492	3 062	2 962	100	16,7	13,8	96,7
Paraíba	3 675	3 660	-	442	3 218	3 158	60	13,7	12,1	98,1
Pernambuco	4 560	4 560	-	447	4 113	4 083	30	10,5	9,8	99,3
Alagoas	3 765	3 762	15	512	3 235	2 987	248	20,6	13,6	92,3
Sergipe	3 015	3 015	-	337	2 678	2 610	68	13,4	11,2	97,5
Bahia	4 260	4 260	-	545	3 715	3 659	56	14,1	12,8	98,5
Minas Gerais	5 940	5 940	-	590	5 350	5 209	141	12,3	9,9	97,4
Espírito Santo	4 215	4 215	-	595	3 620	3 541	79	16,0	14,1	97,8
Rio de Janeiro	6 144	6 144	-	867	5 277	4 966	311	19,2	14,1	94,1
São Paulo	7 356	7 308	-	982	6 326	6 114	212	16,3	13,4	96,6
Paraná	4 488	4 488	-	457	4 031	3 967	64	11,6	10,2	98,4
Santa Catarina	4 272	4 272	-	484	3 788	3 738	50	12,5	11,3	98,7
Rio Grande do Sul	4 320	4 320	-	491	3 829	3 767	62	12,8	11,4	98,4
Mato Grosso do Sul	3 375	3 375	-	416	2 959	2 863	96	15,2	12,3	96,8
Mato Grosso	2 895	2 895	-	316	2 579	2 468	111	14,7	10,9	95,7
Goiás	3 345	3 345	-	503	2 842	2 702	140	19,2	15,0	95,1
Distrito Federal	2 910	2 910	-	449	2 461	2 365	96	18,7	15,4	96,1

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento.

Notas: 1. A diferença entre o número de domicílios na amostra planejada e o número de domicílios selecionados foi decorrente da menor quantidade de domicílios disponíveis para seleção no cadastro de algumas unidades primárias de amostragem.

2. Os domicílios em unidades primárias de amostragem com amostra não coletada foram considerados no cálculo das taxas de excesso de cobertura proporcionalmente à quantidade de domicílios fora do âmbito.

3. Os domicílios em unidades primárias de amostragem com amostra não coletada foram considerados no cálculo das taxas de resposta proporcionalmente à quantidade de domicílios no âmbito.

(1) Ocupados.

Tabela 7 - Domicílios na subamostra de antropometria planejada e selecionados, por situação de coleta, e taxas de perda total, de excesso de cobertura e de resposta, segundo as Unidades da Federação - 2019

Unidades da Federação	Domicílios na amostra planejada	Domicílios selecionados, por situação de coleta						Taxas (%)		
		Total (T)	Em UPAs com amostra não coletada (A)	Fora do âmbito (B)	No âmbito (1)			Perda total ((A+B+C3)/T)	Excesso de cobertura (B/T)	Resposta (C2/C1)
					Total (C1)	Com entrevista realizada (C2)	Sem entrevista realizada (C3)			
Brasil	8 057	8 050	7	649	7 394	7 060	334	12,3	8,1	95,5
Rondônia	154	154	-	9	145	140	5	9,1	5,8	96,6
Acre	63	63	-	3	60	55	5	12,7	4,8	91,7
Amazonas	224	224	-	28	196	187	9	16,5	12,5	95,4
Roraima	77	77	-	8	69	56	13	27,3	10,4	81,2
Pará	266	266	-	26	240	221	19	16,9	9,8	92,1
Amapá	98	98	-	5	93	88	5	10,2	5,1	94,6
Tocantins	119	119	-	12	107	97	10	18,5	10,1	90,7
Maranhão	350	350	-	22	328	317	11	9,4	6,3	96,6
Piauí	238	238	-	15	223	222	1	6,7	6,3	99,6
Ceará	420	420	-	52	368	342	26	18,6	12,4	92,9
Rio Grande do Norte	168	168	-	18	150	140	10	16,7	10,7	93,3
Paraíba	238	238	-	16	222	211	11	11,3	6,7	95,0
Pernambuco	336	336	-	21	315	307	8	8,6	6,3	97,5
Alagoas	182	182	-	21	161	155	6	14,8	11,5	96,3
Sergipe	140	140	-	10	130	123	7	12,1	7,1	94,6
Bahia	588	588	-	51	537	523	14	11,1	8,7	97,4
Minas Gerais	686	686	-	48	638	619	19	9,8	7,0	97,0
Espírito Santo	210	210	-	8	202	193	9	8,1	3,8	95,5
Rio de Janeiro	518	518	-	35	483	459	24	11,4	6,8	95,0
São Paulo	742	735	7	51	677	631	46	14,1	6,9	93,2
Paraná	490	490	-	31	459	439	20	10,4	6,3	95,6
Santa Catarina	364	364	-	21	343	329	14	9,6	5,8	95,9
Rio Grande do Sul	490	490	-	41	449	438	11	10,6	8,4	97,6
Mato Grosso do Sul	182	182	-	24	158	154	4	15,4	13,2	97,5
Mato Grosso	252	252	-	25	227	223	4	11,5	9,9	98,2
Goiás	350	350	-	37	313	297	16	15,1	10,6	94,9
Distrito Federal	112	112	-	11	101	94	7	16,1	9,8	93,1

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento.

Notas: 1. A diferença entre o número de domicílios na amostra planejada e o número de domicílios selecionados foi decorrente da menor quantidade de domicílios disponíveis para seleção no cadastro de algumas unidades primárias de amostragem.

2. Os domicílios em unidades primárias de amostragem com amostra não coletada foram considerados no cálculo das taxas de excesso de cobertura proporcionalmente à quantidade de domicílios fora do âmbito.

3. Os domicílios em unidades primárias de amostragem com amostra não coletada foram considerados no cálculo das taxas de resposta proporcionalmente à quantidade de domicílios no âmbito.

(1) Ocupados.

Comparações com a PNS 2013

De forma a permitir comparações entre os resultados das edições 2013 e 2019 da PNS, o IBGE precisou adotar alguns procedimentos.

Primeiramente, no que diz respeito à população, fez-se a reponderação dos pesos utilizados para a expansão da amostra da PNS 2013. O IBGE calibra as estimativas provenientes das pesquisas domiciliares por amostragem, tomando por base os dados das Projeções da População do Brasil e das Unidades da Federação que são elaborados e divulgados pelo próprio Instituto. Dessa forma, para a expansão da amostra da PNS, são utilizados estimadores de razão, cuja variável independente é o total populacional dos níveis geográficos correspondentes aos domínios de estimação da pesquisa. Em 2018, o IBGE divulgou a revisão da Projeção da População das Unidades da Federação, por Sexo e Idade, para o período 2010-2060, pelo Método das Componentes Demográficas⁶. Essa revisão foi utilizada no cálculo dos pesos amostrais da PNS 2019. De forma a garantir a comparabilidade dos resultados das duas edições da pesquisa, foram, portanto, recalculados os fatores de expansão da PNS 2013, os quais, inclusive, já se encontram disponibilizados, na página da pesquisa, no portal do IBGE na Internet.

Em segundo lugar, com a mudança definitiva da duração do ensino fundamental⁷, de 8 para 9 anos, foram atualizados, também, os microdados da PNS 2013 com essa nova variável derivada, que compatibiliza o sistema de ensino anterior com o atualmente em vigor, em que a duração do ensino fundamental passou a ser de 9 anos.

Por fim, para a atualização dos rendimentos coletados pela PNS 2013, fez-se necessário deflacionar os rendimentos nominais correspondentes àquele ano. Para tal, utilizou-se o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, que é parte integrante do Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor - SNIPC, do IBGE, e que contempla, atualmente, 13 Regiões Metropolitanas, duas Capitais e o Distrito Federal. Tendo em vista que a PNS é uma pesquisa de abrangência nacional, foram adotados procedimentos para a definição de índices de preços para todas as Unidades da Federação⁸. Junto aos microdados da pesquisa, acessíveis no portal, estão disponibilizados, em arquivo único, os deflatores a serem utilizados.

Coleta dos dados

A organização e a coordenação do trabalho de campo ocorreram sob a responsabilidade do IBGE. Todos os Agentes de Coleta, Supervisores e Coordenadores da PNS 2019 foram capacitados para compreender, detalhadamente, toda a pesquisa, e foi preparado material instrutivo que auxiliou a equipe de campo a inteirar-se dos objetivos estabelecidos em cada uma das questões e medidas (peso e altura) incluídas nesta edição da PNS. As entrevistas foram realizadas com a utilização de Dispositivos

⁶ Informações mais detalhadas a respeito da metodologia utilizada no cálculo das Projeções da População do Brasil e das Unidades da Federação, Revisão 2018, podem ser consultadas em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101597>.

⁷ A mudança da duração do ensino fundamental regular de 8 para 9 anos, com matrícula obrigatória aos 6 anos de idade, foi estabelecida na Lei n. 11.274, de 06.02.2006. A lei permitiu um período de transição durante o qual existiu tanto o ensino fundamental com duração de 8 anos como o de 9 anos.

⁸ Pelo deflacionamento da PNS ser semelhante ao da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua, informações mais detalhadas podem ser obtidas na nota técnica da última pesquisa, em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?edicao=30387&t=notas-tecnicas>.

Móveis de Coleta - DMC, *smartphones*, programados com o questionário da pesquisa e os processos de crítica das variáveis.

Inicialmente, realizou-se contato com a pessoa responsável ou com algum dos moradores do domicílio selecionado. O Agente de Coleta descreveu o estudo ao morador, seus objetivos e procedimentos, além da importância de sua participação na pesquisa, e foi elaborada uma lista de todos os moradores do domicílio. Foram identificados o informante que respondeu o questionário domiciliar e todos os moradores do domicílio, bem como o morador adulto que responderia à entrevista individual, que foi selecionado por meio de programa de seleção aleatória no DMC. As entrevistas foram agendadas nas datas e horários mais convenientes para os informantes, prevendo-se duas ou mais visitas a cada domicílio.

Aferições

Para o morador adulto selecionado para a entrevista individual, ocorreu uma subamostra para aferições de peso e altura. Foram utilizados, respectivamente, balança eletrônica e estadiômetro portáteis.

O treinamento para a coleta das medidas antropométricas foi desenvolvido em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ e com o Laboratório de Avaliação Nutricional de Populações - LANPOP, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP. Adicionalmente, foram desenvolvidos critérios para o estabelecimento de medidas improváveis biologicamente. Foram seguidos os mesmos procedimentos da PNS 2013, realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde.

Aspectos éticos

O projeto da PNS 2019 foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, em agosto de 2019.

Análise dos resultados

Pessoas com deficiência

Ao longo das últimas décadas, a produção de estatísticas de pessoas com deficiência tem sido cada vez mais demandada, tanto por órgãos de governo, quanto pela sociedade. No âmbito internacional, o Art. 31⁹ da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada na Assembleia Geral das Nações Unidas em 13 de dezembro de 2006 e assinada pelo Brasil em 30 de março de 2007, afirma a necessidade de informações confiáveis que possam permitir a elaboração de políticas e o monitoramento dos fatores de melhoria das condições de vida desse grupo. Nesse mesmo sentido, a meta de “não deixar ninguém para trás” da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável sublinha a importância da produção de dados desagregados por região, sexo, renda, idade, escolaridade e emprego de modo a fornecer uma imagem mais completa da situação das pessoas com deficiência, contribuindo para as metas da não descriminalização e da igualdade de oportunidades para todos.

O levantamento de informações oficiais sobre o tema no Brasil é anterior à criação do IBGE. Esteve presente no primeiro recenseamento brasileiro, em 1872, e nos anos 1890, 1900 e 1920. Já sob tutela do IBGE, sua investigação foi abarcada pelo primeiro Censo Demográfico realizado pelo Instituto, em 1940, mas passou por um longo hiato, retornando apenas em 1981, no suplemento sobre saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, repetido nas edições de 1998, 2003 e 2008 da Pesquisa. Em 1989, a Lei n. 7.853, de 24.10.1989,

⁹ Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo, promulgado pelo Decreto n. 6.949, de 25.08.09 (BRASIL, 2009).

determinou a inclusão de questões concernentes às pessoas com deficiência no Censo Demográfico 1991 e nos anos subsequentes. O IBGE vem cumprindo a obrigatoriedade do quesito, que fez parte do questionário da amostra nos Censos Demográficos 1991, 2000 e 2010. Em seguida, a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS, realizada pela primeira vez em 2013, foi composta por um extenso bloco de questões relacionadas às pessoas com deficiência. Em 2019, a PNS reafirma a importância do assunto, atualizando e alterando as questões desse bloco, como apresentado ao longo deste capítulo.

Com efeito, a investigação estatística do tema tem passado por mudanças consideráveis ao longo do tempo para se adequar às discussões internacionais e à evolução da própria definição de deficiência. Atualmente, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência as define como: aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL 2009). O esforço em adequar e atualizar o tema reflete-se na formulação dos questionários, que passaram por alterações em cada levantamento. Ainda hoje são travados debates sobre como mensurar a deficiência para fins estatísticos, seja nas pesquisas amostrais ou censitárias.

Nesse contexto, foi fundado o Grupo de Washington para Estatísticas sobre as Pessoas com Deficiência no âmbito da Comissão de Estatística das Nações Unidas para padronizar e harmonizar definições, conceitos e metodologias, de modo a garantir a comparabilidade internacional entre os mais diferentes países. A missão do Grupo de Washington é a promoção e a coordenação da cooperação internacional desse tema, desenvolvendo ferramentas adaptadas para pesquisas censitárias e amostrais.

Os principais instrumentos desenvolvidos pelo Grupo de Washington são: o conjunto curto de questões sobre deficiência (*short set of disability questions*); o conjunto estendido de questões sobre funcionalidade (*extended set of questions on functioning*); e o módulo sobre funcionalidade infantil (*child functioning*). O questionário da PNS 2019 para pessoas com deficiência funda-se nesses três instrumentos. Essa escolha abre possibilidades de comparações não só com o questionário do Censo Demográfico de 2010 e o que será realizado em 2022, como também com outros países que seguem as orientações do grupo. O conjunto curto é o instrumento de coleta de dados sobre pessoas com deficiência em estudos populacionais mais difundido internacionalmente (BOTELHO; PORCIUNCULA, 2018). O conjunto curto concentra-se em seis domínios funcionais – enxergar, ouvir, andar, cognição, autocuidado e comunicação – identificando, entre toda a população, aquelas pessoas sujeitas a um maior risco de sofrerem restrições à participação em sociedade. O conjunto estendido de questões sobre funcionalidade abarca uma gama mais vasta de domínios - visão, audição, locomoção, cognição, ansiedade e depressão, dor, fadiga, comunicação e funcionamento dos membros superiores - e aplica questões referentes ao uso de instrumentos de auxílio e a outros fatores ligados à essa participação.

O conjunto de questões sobre funcionalidade infantil foi desenvolvido em parceria com o Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (United Nations International Children's Emergency Fund - UNICEF) e subdivide-se em dois grupos: o primeiro destinado a crianças de 2 a 4 anos e outro, de 5 a 17 anos de

idade. Ambos focam nos domínios que mais afetam as crianças e adolescentes nas suas faixas de desenvolvimento. Outra preocupação apontada neste módulo é o de desenhar questões que possam captar atividades próprias à idade de cada criança, adaptando a redação das perguntas com estruturas como “comparando com crianças da mesma idade...” para facilitar este entendimento.

O módulo Pessoas com deficiência na PNS de 2019 foi aplicado para todos os moradores de 2 anos ou mais de idade e tem como objetivo principal gerar indicadores socioeconômicos, educacionais e de saúde de pessoas com deficiência. A identificação das pessoas com deficiência se deu a partir da mensuração do grau de dificuldade de algumas atividades que a pessoa possuía ao realizá-las, além de abordar o uso de aparelhos de auxílio e a forma de obtenção desses aparelhos. Conforme as recomendações do Grupo de Washington para as categorias de resposta, elas devem obedecer a uma escala de dificuldade: “nenhuma dificuldade”, “alguma dificuldade”, “muita dificuldade” ou “não consegue de modo algum”.

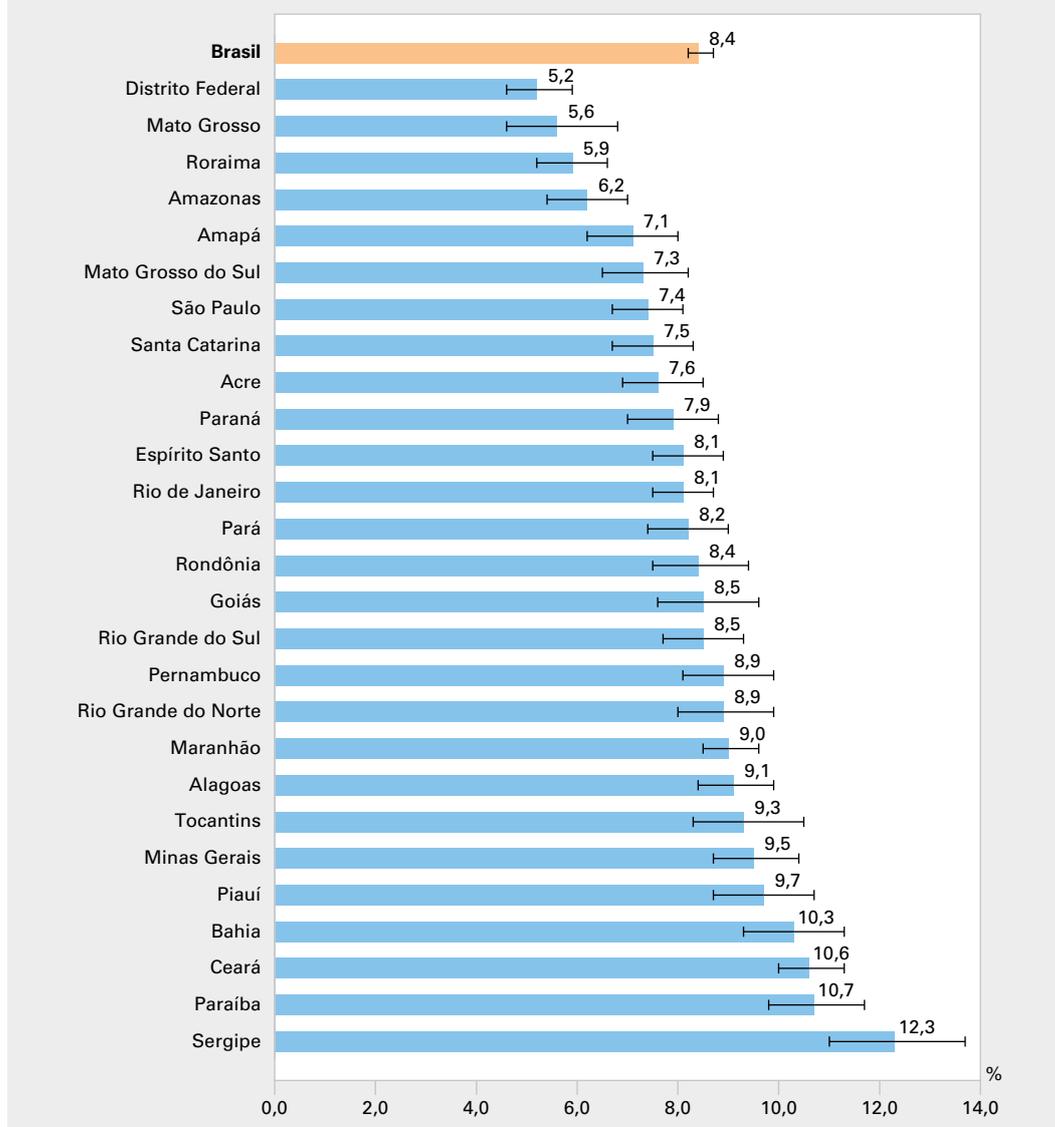
Nesse passo, para os indicadores ora apresentados, considerou-se pessoa com deficiência aquela que tenha respondido apresentar muita dificuldade ou não conseguir de modo algum em uma ou mais questões relativas às dificuldades sejam de enxergar, de ouvir, de se locomover, de realizar movimentos nos membros superiores ou de realizar tarefas habituais em decorrência de limitações nas funções mentais ou intelectuais, independente do uso de aparelhos de auxílio. Considerando os diversos tipos de deficiência captadas pela PNS de 2019, verificou-se também se a pessoa fazia uso de algum recurso ou aparelho de apoio e se os mesmos foram obtidos pelo SUS.

Por fim, cumpre reiterar que o marco conceitual adotado para investigação das pessoas com deficiência pelo IBGE alinha-se à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF, divulgada pela Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO) em 2001 (CIF..., 2008), à Convenção de Direitos da Pessoa com Deficiência e à Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146, de 06.07.2015). Dessa forma, o Instituto reafirma a compreensão da deficiência como produto da interação entre funções e estruturas corporais com limitações e barreiras sociais e ambientais resultando em restrições de participação em igualdade de condições com as demais pessoas. O chamado modelo biopsicossocial da deficiência – em contraposição a um modelo puramente médico – é considerado fundamental para a concepção das pessoas com deficiência como sujeito pleno de direitos, que deve ser incluído em todas as dimensões da vida em sociedade.

Análises sociodemográficas

A partir da PNS 2019, estimou-se em 17,3 milhões o número de pessoas de 2 anos ou mais de idade com deficiência relacionada a pelo menos uma de suas funções. Esse número representava 8,4% da população de dois anos ou mais de idade. Dessas pessoas, 14,4 milhões encontravam-se em domicílios urbanos e 2,9 milhões em domicílios rurais. Dentre as Grandes Regiões, o percentual de pessoas com deficiência na Região Nordeste foi de 9,9%; na Região Sudeste, 8,1%; na Região Sul, 8,0%; na Região Norte foi de 7,7%; e na Região Centro-Oeste foi de 7,1%. Na Região Nordeste, observou-se que todas as Unidades da Federação tiveram percentuais acima da média nacional. Conforme o Gráfico 1, destacou-se o Estado de Sergipe, onde 12,3% da população com 2 anos ou mais de idade eram pessoas com deficiência.

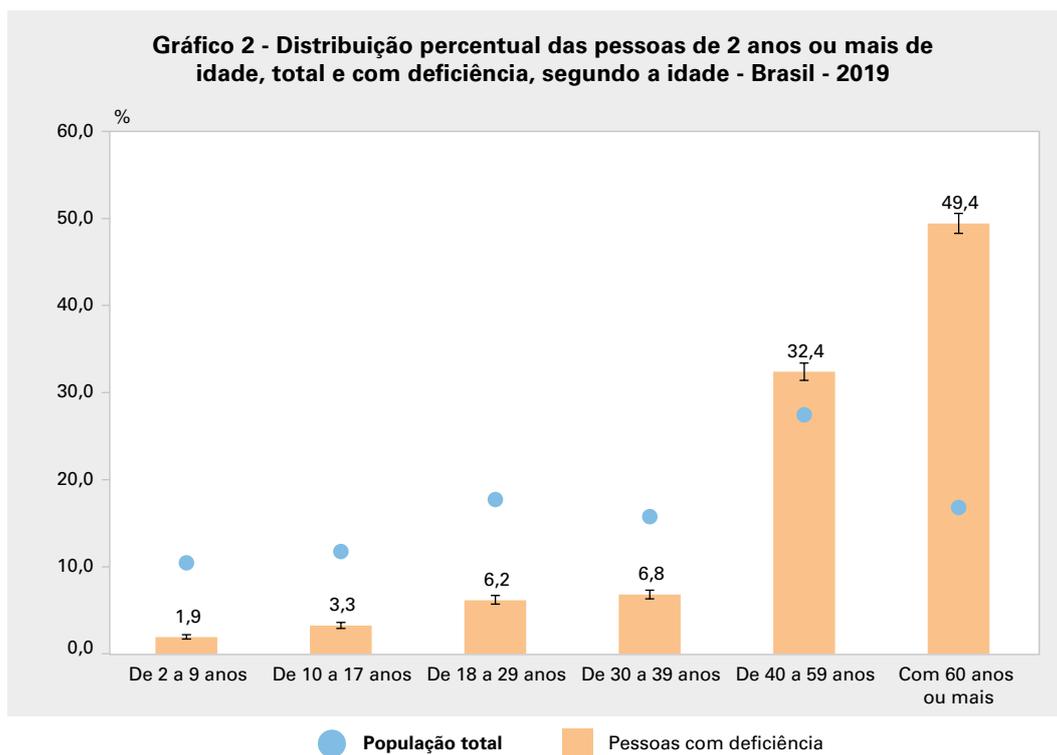
Gráfico 1 - Proporção de pessoas de 2 anos ou mais de idade com deficiência, segundo as Unidades da Federação - 2019



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

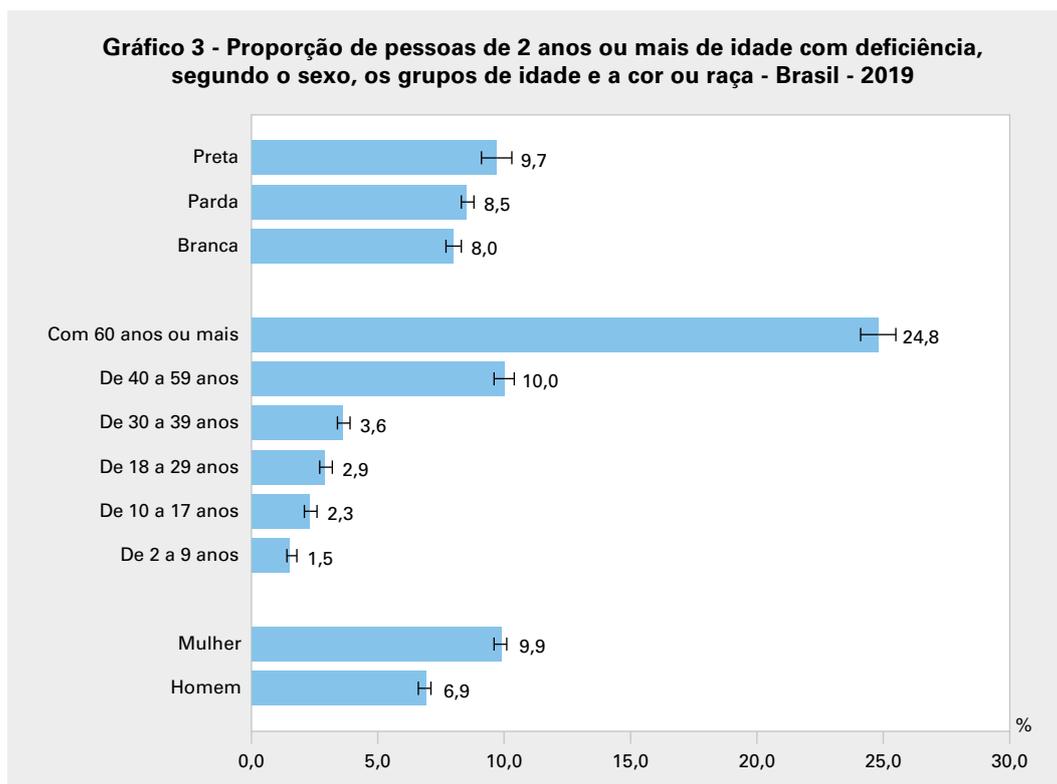
Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Dentre as crianças de 2 a 9 anos de idade, 1,5% (cerca de 332 mil crianças) eram pessoas com deficiência *vis-à-vis* as pessoas com 60 anos ou mais de idade com deficiência, que representavam 24,8% (8,5 milhões de pessoas) da população relativa a essa faixa etária. O Gráfico 3 mostra que, ao redor dos 40 anos de idade, há um aumento significativo no percentual de pessoas com deficiência, indicando os primeiros indícios do processo de envelhecimento e conseqüentemente uma perda em suas funções visuais, auditivas, motoras e intelectuais. Comparando os dois grupos (população total e população com deficiência), verifica-se também uma predominância de pessoas mais jovens na população em geral, enquanto entre as pessoas com deficiência, predominam as pessoas mais velhas.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Entre os homens com 2 anos ou mais de idade, o percentual de pessoas com deficiência foi de 6,9% e, entre as mulheres, 9,9%. Em números absolutos, no contingente total de pessoas com deficiência, 10,5 milhões eram mulheres e 6,7 milhões eram homens. Essa diferença pode ser explicada, em parte, pela maior expectativa de vida ao nascer das mulheres do que a dos homens (80,1 anos e 73,1 anos, respectivamente, em 2019, conforme Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2019). Entre as pessoas que se declararam da cor preta, 9,7% eram pessoas com deficiência. Esse percentual foi superior aos declarados nas cores parda e branca com percentuais, respectivamente, 8,5% e 8,0%.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

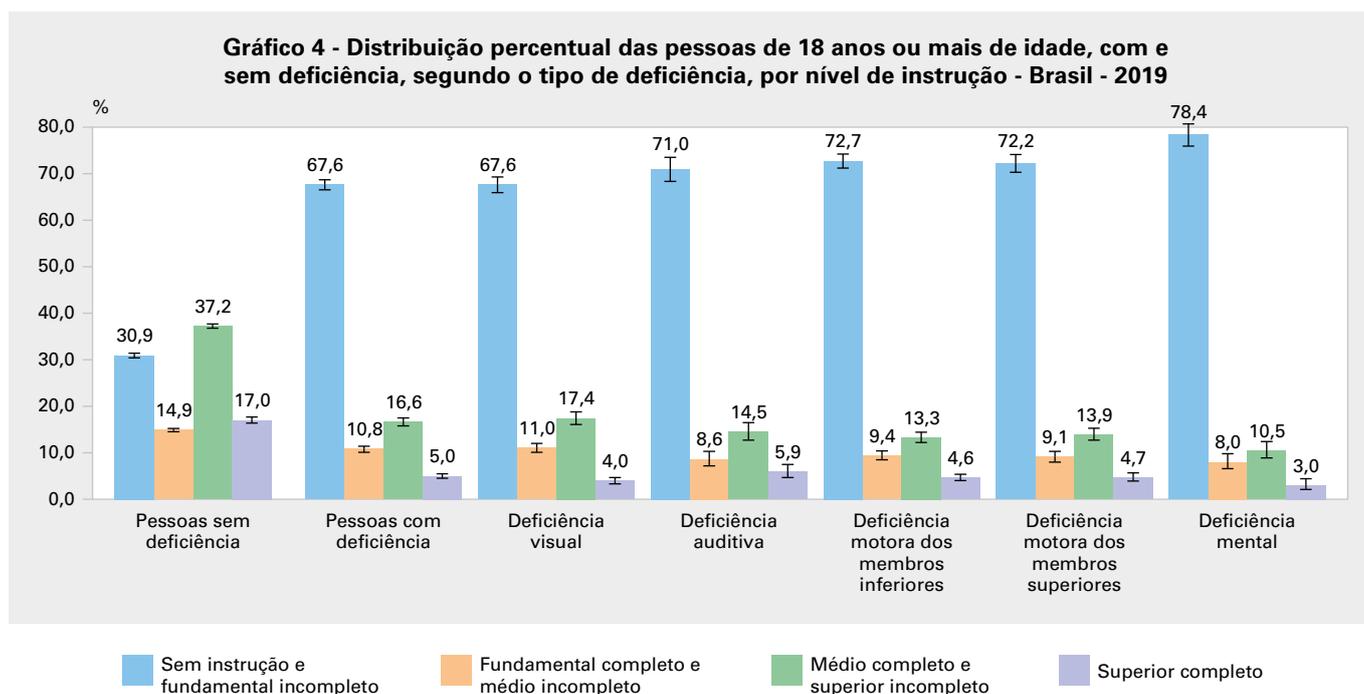
Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Nível de instrução

Os resultados da PNS de 2019 mostraram diferenças relevantes entre o nível de instrução das pessoas com 18 anos ou mais de idade com deficiência e o das sem deficiência. Enquanto 67,6% da população com deficiência não tinha instrução ou possuía apenas o fundamental incompleto, esse percentual era de 30,9% para as pessoas sem nenhuma das deficiências investigadas, representando uma diferença de 36,7 pontos percentuais. Esse resultado pode ser em parte explicado pela maior concentração de população sem instrução nas idades mais avançadas, em que também há maior incidência do fenômeno deficiência.

No outro extremo da escolarização, o percentual da população de 18 anos ou mais com deficiência com nível superior completo foi de 5,0%, enquanto para as pessoas sem deficiência, 17,0%. Tanto dificuldades específicas para o acesso ao ensino superior, quanto de conclusão do ensino médio devem contribuir para essa diferença. Em 2019, apenas 16,6% da população com deficiência tinha o ensino médio completo (ou superior incompleto), contra 37,2% das pessoas sem deficiência.

Entre as pessoas com deficiência, aquelas com deficiência mental encontravam-se em situação de maior desvantagem, com o menor percentual de pessoas com pelo menos ensino médio completo e com o maior percentual sem instrução ou com ensino fundamental incompleto. O Plano Nacional de Educação, instituído pela Lei n. 13.005, de 25.06.2014, tem como meta 4 universalizar, para a população de 4 a 17 anos com deficiência, independentemente do tipo, o acesso à educação básica e ao atendimento educacional especializado preferencialmente na rede regular de ensino.

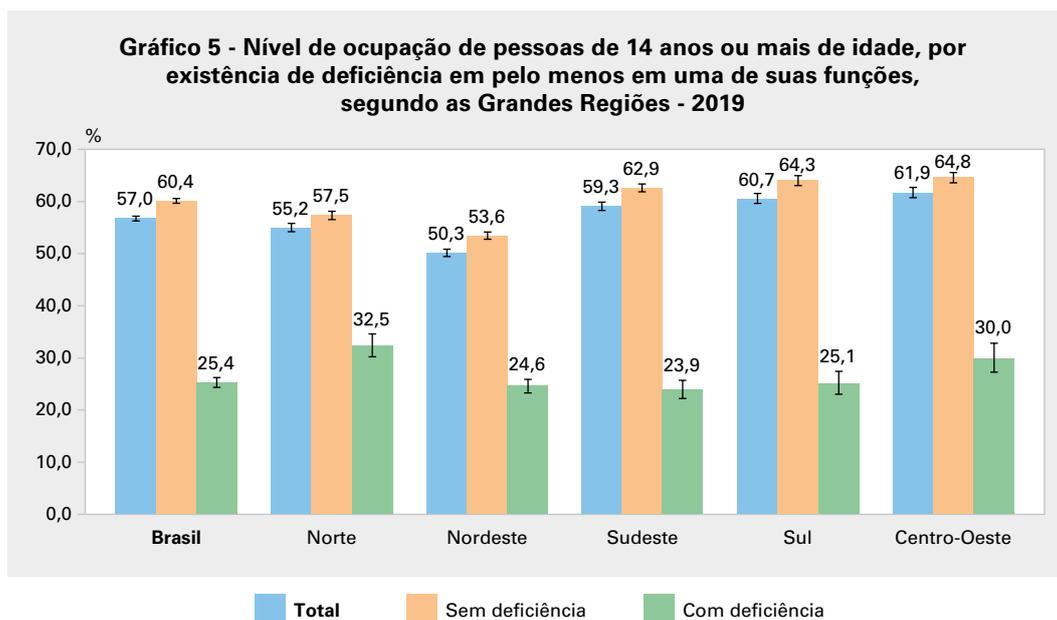


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Nível de ocupação

O direito ao trabalho para as pessoas com deficiência está previsto no Art. 8 da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146, de 06.07.2015). No entanto, os dados da PNS 2019 revelam dificuldades para sua efetivação. De acordo com a Pesquisa, em 2019, o nível de ocupação das pessoas de 14 anos ou mais de idade com deficiência foi de 25,4%, enquanto na população em geral foi de 57,0%, chegando a 60,4% entre as pessoas sem deficiência em idade para trabalhar. O desnível entre os dois grupos populacionais foi marcante em todas as Grandes Regiões.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

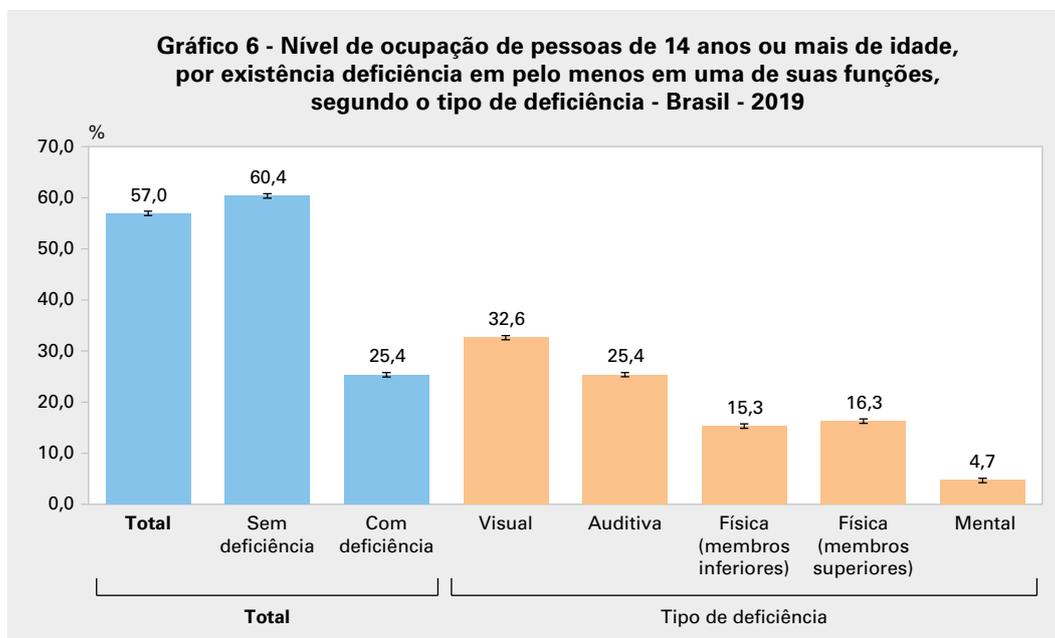
O nível de ocupação mais baixo das pessoas com deficiência decorre principalmente de sua menor participação na força de trabalho. Em 2019, apenas 28,3% das pessoas com deficiência com 14 anos de idade ou mais estavam na força de trabalho, percentual que era de 66,3% para a população sem deficiência.

Quando se verifica, para as pessoas com deficiência que estão fora da força de trabalho, nos últimos 30 dias anteriores à entrevista, quais os motivos para não terem tomado alguma providência efetiva para conseguir trabalho, 48,9% disseram que por problemas de saúde, 28,8% por não desejar trabalhar e 10,5% não conseguia trabalho por ser considerado muito jovem ou idoso. A Pesquisa não permite, contudo, averiguar se a condição de saúde é um limitador em si por seu grau de severidade ou se, ante barreiras possivelmente encontradas, como falta de acessibilidade nos transportes públicos e locais de trabalho, discriminação, entre outros, as pessoas com deficiência acabam por desistir de procurar ocupação.

Já a taxa de desocupação é um indicador que não exprime desigualdade entre a população com e sem deficiência. De fato, em 2019, a taxa de desocupação dentre as pessoas com deficiência foi de 10,3% *vis-à-vis* 9,0% das pessoas sem deficiência e 9,1% da população total. Uma série de estudos têm buscado compreender o impacto das leis de cotas no setor público e no mercado de trabalho para o alcance desse resultado (COSTILLA; NERI; CARVALHO, 2002; GUGEL, 2016; GARCIA; BENEVIDES; ALENCAR, 2018).

É preciso ressaltar, ainda, que há desigualdades marcantes na inserção em postos de trabalho no interior do grupo populacional com deficiência, por tipo de deficiência apresentada. Enquanto as pessoas com deficiência visual e auditiva apresentaram níveis de ocupação de 32,6% e 25,4%, respectivamente, para as pessoas com deficiência física o indicador foi de 15,3%, - quando relacionada a dificuldades de realizar atividades com os membros inferiores - e 16,3% - para dificuldades refe-

rentes aos membros superiores. A situação mais desvantajosa, novamente, foi a das pessoas com deficiência mental, com nível de ocupação de 4,7%, indicativo de que as políticas públicas de inclusão falham principalmente com esse grupo.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

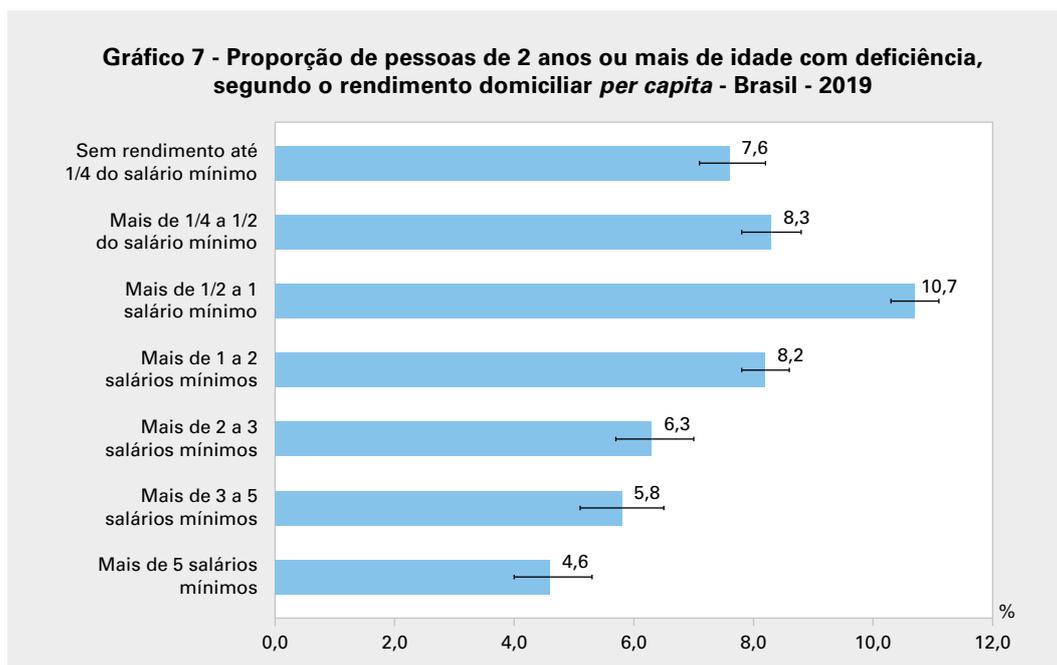
Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Rendimento domiciliar *per capita*

Analisando a proporção de pessoas com deficiência nos domicílios classificados segundo o rendimento domiciliar *per capita*, constata-se a sobrerrepresentação do grupo (que constituía, conforme visto em seção anterior, 8,4% da população) nos domicílios com rendimento entre $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo, com 10,7%, em 2019. Não é surpreendente encontrar um percentual maior de pessoas com deficiência nesses domicílios que naqueles com menores rendimentos, pois há uma maior incidência de deficiência entre idosos, o que poderia significar recebimento de aposentadoria, e que pessoas com deficiência, mesmo sem o requisito da idade, podem ter acesso ao Benefício de Prestação Continuada.

Em contraste, encontrou-se que as pessoas com deficiência estavam mais sub-representadas nos domicílios com maiores rendimentos domiciliar *per capita*. Nos domicílios com rendimento de mais de 2 a 3 salários mínimos, eram 6,3%; naqueles com rendimento com mais de 3 a 5 salários mínimos, 5,8%; e nos domicílios que superavam 5 salários mínimos *per capita*, 4,6%. A Pesquisa não permite estabelecer causalidade entre os fenômenos, mas hipóteses que poderiam explicar, em parte, essa sub-representação seriam o menor nível de ocupação e os menores rendimentos do trabalho quando ocupados das pessoas com deficiência¹⁰.

¹⁰ Na literatura, há estudos que investigaram a discriminação salarial das pessoas com deficiência, como Soares Júnior e Covre-Sussai (2018).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: 1. Excluídas as pessoas cuja condição no domicílio era pensionista, empregado(a) doméstico(a) ou parente do(a) empregado doméstico(a).

2. O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Tipos de deficiência

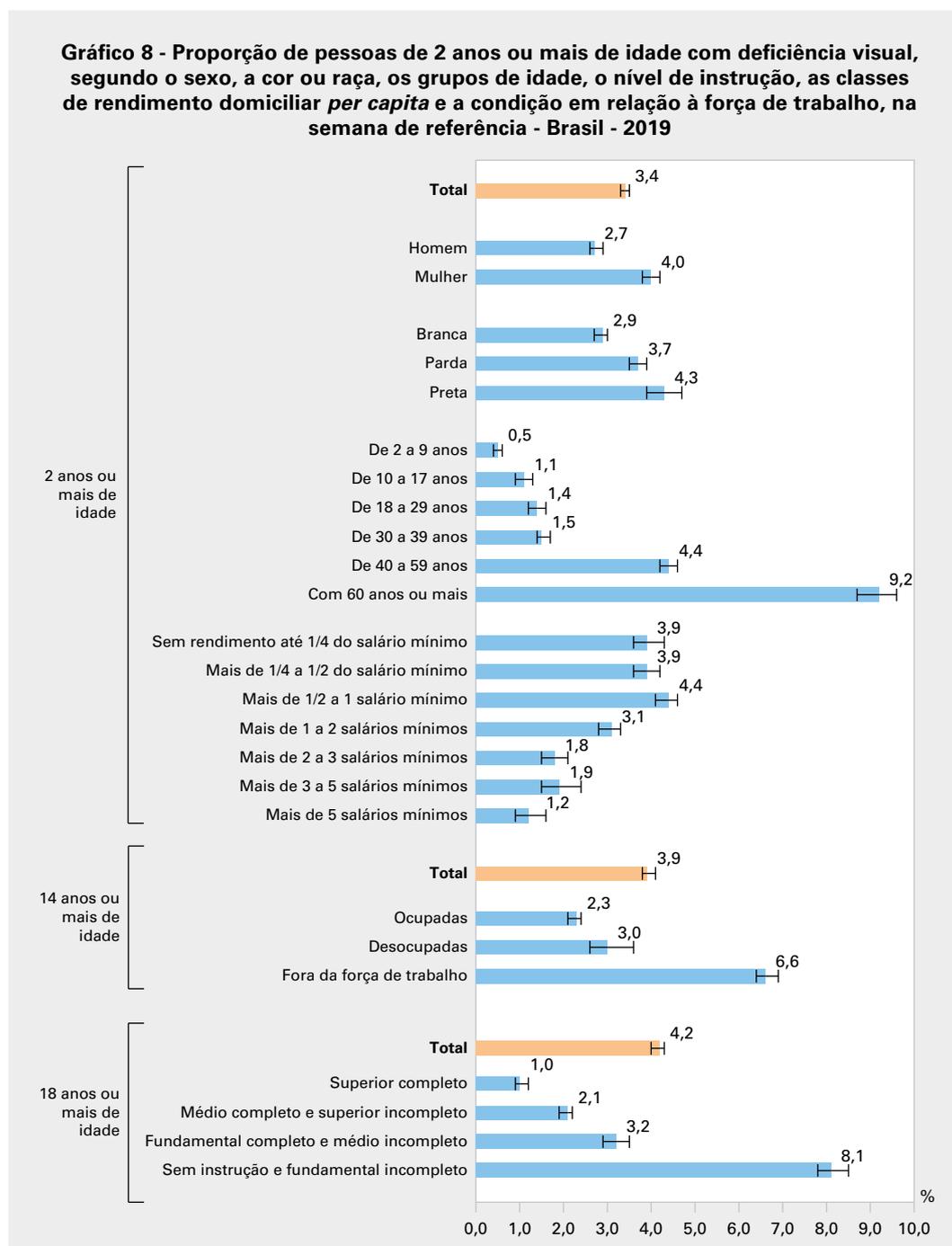
Deficiência visual

Segundo os dados da Pesquisa, 3,4% da população com 2 anos ou mais de idade no Brasil declarou ter muita dificuldade ou não conseguir de modo algum enxergar, o que representava quase 7 milhões de brasileiros com deficiência visual em 2019. Houve diferenças percentuais entre os sexos das pessoas com essa deficiência: a população masculina com deficiência visual foi de 2,7%, enquanto para a população feminina, 4,0%. Com relação às faixas etárias, 0,5% da população de 2 a 9 anos de idade tinha deficiência visual; de 10 a 39 anos de idade, o percentual ficou entre 1,1% e 1,5%; a partir dos 40 anos ou mais de idade, o percentual aumenta para 4,4% e, com 60 anos ou mais de idade, atinge 9,2%.

A proporção de pessoas com 18 anos ou mais de idade, que declararam ter deficiência visual na população, foi de 4,2%. Dentre o total populacional com pelo menos 18 anos de idade e que não tinham instrução ou tinham o nível fundamental incompleto, 8,1% tinham alguma deficiência visual; 3,2% dentre os que tinham nível fundamental completo ou médio incompleto; 2,1%, médio completo ou superior incompleto e 1,0% com nível superior completo. Ou seja, as pessoas com deficiência visual estão sobrerrepresentadas apenas no grupo populacional menos escolarizado – ou sem escolarização alguma.

Com relação ao rendimento domiciliar *per capita* das pessoas de 2 anos ou mais de idade, os domicílios que tinham rendimento de até 1 salário mínimo tiveram percentuais variando de 3,9% a 4,4%. Dentre os domicílios com rendimento *per capita* de 5 salários mínimos ou mais, esse percentual foi de 1,2%.

Uma vez que 3,9% das pessoas de 14 anos ou mais de idade tinham deficiência visual e apenas 2,3% do total das pessoas ocupadas possuíam essa deficiência, as pessoas com deficiência visual estão sub-representadas entre os ocupados. Já o percentual de pessoas com deficiência visual fora da força de trabalho, 6,6%, revela sua maior representatividade nesse grupo, tendência que se repete para todos os tipos de deficiência.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.
 Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Deficiência auditiva

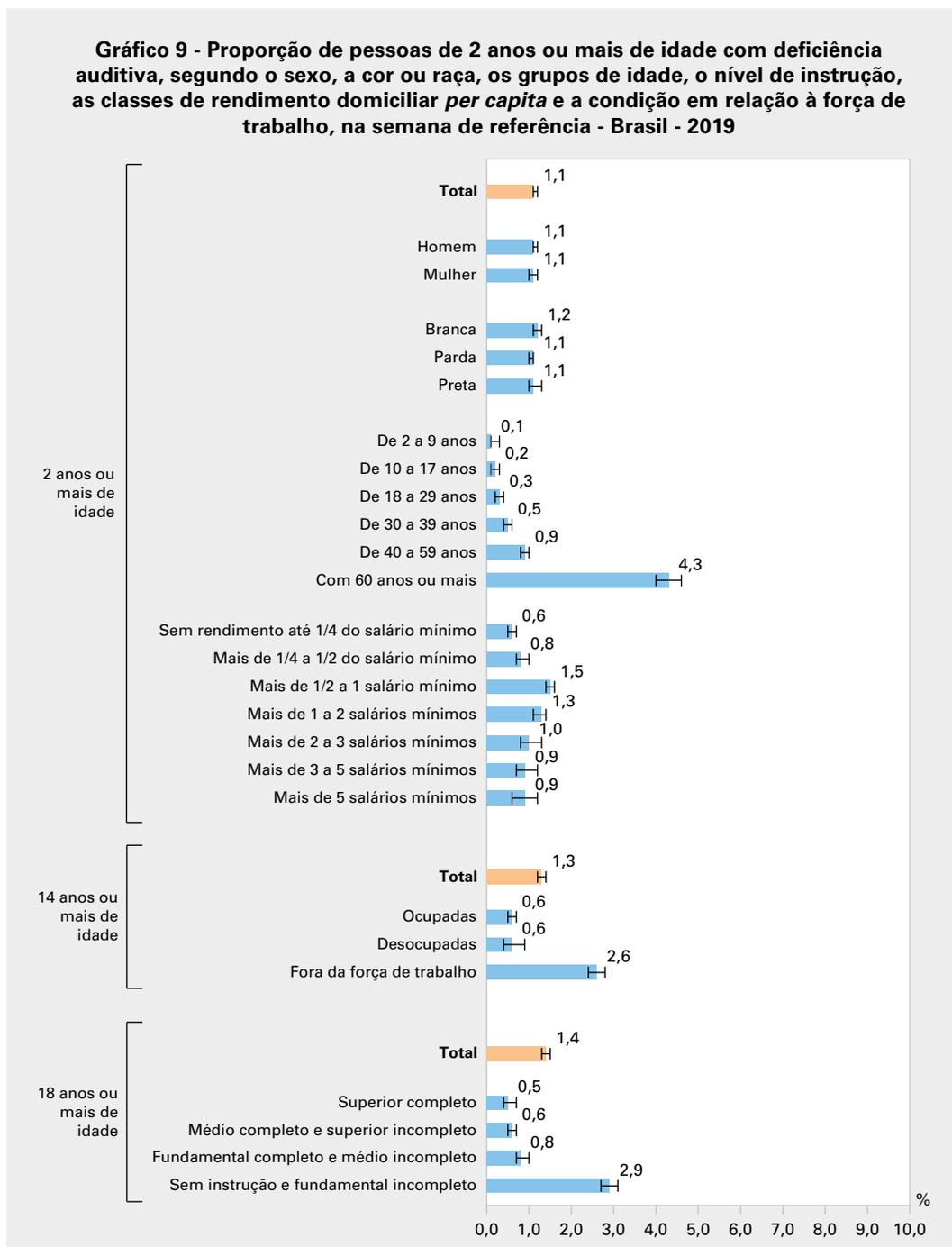
Para o caso das pessoas com deficiência auditiva, 2,3 milhões de brasileiros com 2 anos ou mais de idade declararam ter muita dificuldade ou não conseguir de modo algum ouvir, o que constituía 1,1% da população brasileira em 2019. Não houve diferenças entre sexos – ambos atingiram o percentual de 1,1% da população. Havia 31 mil crianças de 2 a 9 anos de idade com deficiência auditiva e, à medida que as idades avançavam, a quantidade de pessoas com limitações auditivas também aumentava: 1,5 milhão de pessoas (4,3%) com deficiência auditiva tinham 60 anos ou mais de idade. Não houve diferenças percentuais entre as pessoas com deficiência auditiva segundo a cor ou raça.

Quanto ao nível de escolaridade, a situação foi similar à de deficiência visual: quanto maior o grau de escolaridade, menor a parcela de pessoas com deficiência auditiva compondo o grupo. Com efeito, 2,9% das pessoas com 18 anos ou mais de idade que não tinham instrução ou tinham o nível fundamental incompleto eram pessoas com deficiência auditiva. O grupo constituía 0,8% das pessoas com nível fundamental completo ou médio incompleto; 0,6%, com nível médio completo ou superior incompleto e apenas 0,5% com nível superior concluído.

Nos domicílios com rendimento domiciliar *per capita* sem rendimento ou de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, 0,6% dos residentes de 14 anos ou mais de idade tinham deficiência auditiva. A faixa de rendimento que teve maior proporção de pessoas com deficiência auditiva foi a dos domicílios cujo rendimento era de $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo, com 1,5%.

No Brasil, 1,3% da população de 14 anos ou mais de idade tinha deficiência auditiva, entretanto a participação dessas pessoas na população ocupada, assim como na desocupada, foi de apenas 0,6% (578 mil e 60 mil, respectivamente). O percentual de pessoas com deficiência auditiva na população fora da força foi de 2,6%, ou seja, a população com deficiência auditiva está majoritariamente fora do mercado de trabalho.

Gráfico 9 - Proporção de pessoas de 2 anos ou mais de idade com deficiência auditiva, segundo o sexo, a cor ou raça, os grupos de idade, o nível de instrução, as classes de rendimento domiciliar *per capita* e a condição em relação à força de trabalho, na semana de referência - Brasil - 2019



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.
 Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS

Nesta pesquisa foi investigada, pela primeira vez, se o morador sabe usar a Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS¹¹ para todas as pessoas de 5 anos ou mais de idade, inde-

¹¹ Por meio da Lei nº. 10.436, de 24.04.2002, considera a LIBRAS é uma língua reconhecida no País como meio legal de comunicação e expressão como qualquer outra língua.

pendentemente de ser ou não pessoa com deficiência. A LIBRAS é utilizada como meio de comunicação por uma parcela da população, em especial às que tem deficiência auditiva.

Mensurar o contingente de usuários da LIBRAS pode melhor orientar e planejar políticas públicas, principalmente, voltadas para a educação. Os números indicam que nem todas as pessoas com deficiência auditiva se comunicam em LIBRAS, mas os que se comunicam, demandam uma política educacional especializada.

Como a deficiência auditiva é um fenômeno que aumenta com a idade, quando a pessoa já é fluente na sua língua materna, seja o Português ou outra língua oral, optou-se em avaliar o conhecimento da Libras entre as pessoas de 5 a 40 anos de idade que responderam ter pelo menos alguma dificuldade em ouvir, uma vez que, uma pessoa que adquiriu a surdez com a idade, continuará a se comunicar na sua língua materna.

Assim, considerando as pessoas com idade compreendida entre 5 e 40 anos de idade, aqueles que referiram ter ao menos alguma dificuldade para ouvir totalizaram cerca de 1,7 milhão de pessoas. Destes, aproximadamente 153 mil pessoas disseram saber usar a LIBRAS, o que representa 9,2% deste grupo populacional. Entre os deficientes auditivos, ou seja, pessoas com muita dificuldade de ouvir ou não conseguem de modo algum ouvir, o percentual dos que conhecem LIBRAS foi de 22,4%. Notou-se nítida relevância que o uso da LIBRAS tem para as pessoas que declararam não conseguir ouvir de forma alguma, visto que 61,3% (aproximadamente 43 mil pessoas) sabiam usar LIBRAS.

Tabela 8 - Proporção de pessoas de 5 a 40 anos de idade, que referiram dificuldade permanente para ouvir, por conhecimento de Libras, segundo o grau de dificuldade para ouvir - Brasil - 2019

Grau de dificuldade para ouvir	Proporção de pessoas de 5 a 40 anos de idade anos ou mais de idade, que referiram dificuldade permanente para ouvir, por conhecimento de Libras (%)						
	Total	Sabe usar Libras					
		Sim			Não		
		Pro- por- ção	Intervalo de confiança de 95%		Pro- por- ção	Intervalo de confiança de 95%	
Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior			
Total	100,0	9,2	7,3	11,6	90,8	88,4	92,7
Alguma dificuldade	100,0	5,6	4,1	7,6	94,4	92,4	95,9
Muita dificuldade	100,0	12,9	8,6	19,0	87,1	81,0	91,4
Não consegue de modo algum	100,0	61,3	42,7	77,1	38,7	22,9	57,3
Deficiência auditiva (1)	100,0	22,4	16,5	29,6	77,6	70,4	83,5

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: Libras - Língua Brasileira de Sinais.

(1) Muita dificuldade de ouvir ou não consegue de modo algum ouvir.

Deficiência física

Para as pessoas com deficiência física, foram levantadas as dificuldades para realizar determinadas tarefas utilizando os membros inferiores ou superiores, separadamente.

Membros inferiores

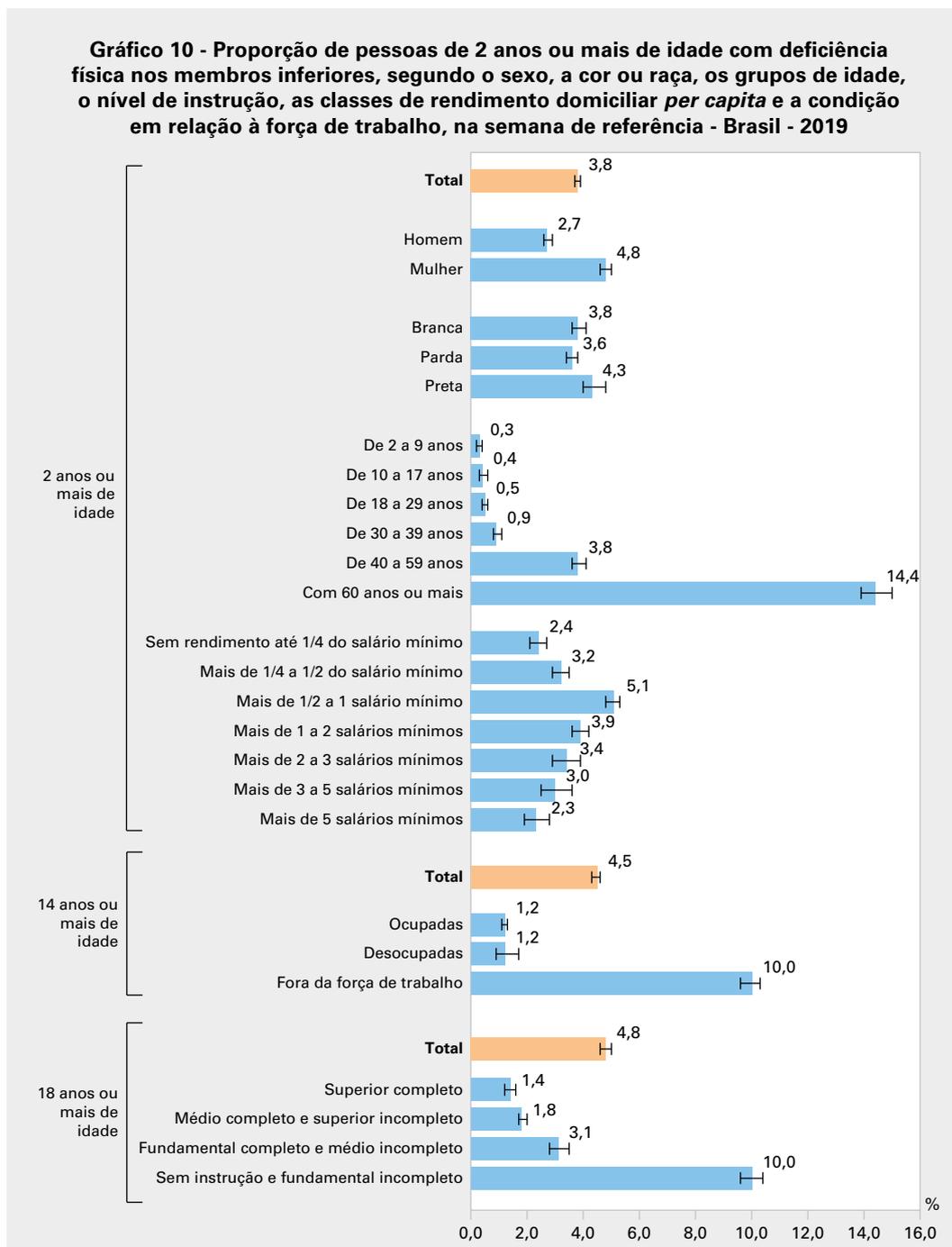
Perguntou-se se as pessoas tinham dificuldade para caminhar ou subir degraus. Cerca de 3,8% das pessoas de 2 anos ou mais de idade responderam ter muita dificuldade ou não conseguir de modo algum, sendo consideradas pessoas com deficiência física, o que representava 7,8 milhões de pessoas. Em razão de especificidades do desenvolvimento das crianças pequenas, para aqueles entre 2 e 4 anos de idade o quesito restringiu-se a investigar a capacidade de caminhar.

Dentre as mulheres, 4,8% tinham deficiência física relacionada ao uso de membros inferiores; para os homens, 2,7%. A proporção foi mais elevada para pessoas de 60 anos ou mais de idade, atingindo 14,4% dessa população, ou seja, quase 5 milhões de pessoas. Embora em menor contingente, havia, em 2019, 174 mil crianças de 2 a 17 anos de idade com deficiência física. Essa deficiência estava mais presente entre as pessoas da cor preta (4,3%) do que entre as pessoas pardas e brancas (3,6% e 3,8%, respectivamente).

As pessoas com essa deficiência encontravam-se em maior percentual entre as pessoas com menos instrução. Enquanto 1,4% das pessoas com nível superior completo eram pessoas com deficiência física, 10,0% das que não tinham instrução ou tinham o nível fundamental incompleto estavam no grupo – enquanto o percentual de pessoas com deficiência física foi de 3,8%.

Quanto à inserção no mercado de trabalho, havia menor proporção de pessoas de 14 anos ou mais de idade com deficiência física ocupadas na semana de referência (1,2% - 1,2 milhão de pessoas), do que no grupo em idade de trabalhar (4,5% - cerca de 7,7 milhões de pessoas). A maior concentração de pessoas com deficiência física estava na população fora da força de trabalho (10%).

Quanto ao rendimento domiciliar *per capita* das pessoas de 2 anos ou mais de idade, 2,4% das pessoas que viviam em domicílio sem rendimento ou com rendimento de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo eram pessoas com deficiência física relacionada ao uso dos membros inferiores, o que equivale a 480 mil pessoas. Nas demais faixas de rendimento, o que teve maior destaque, foi o grupo com rendimento de $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo cujo percentual de pessoas com deficiência física nesses domicílios foi de 5,1%.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Membros superiores

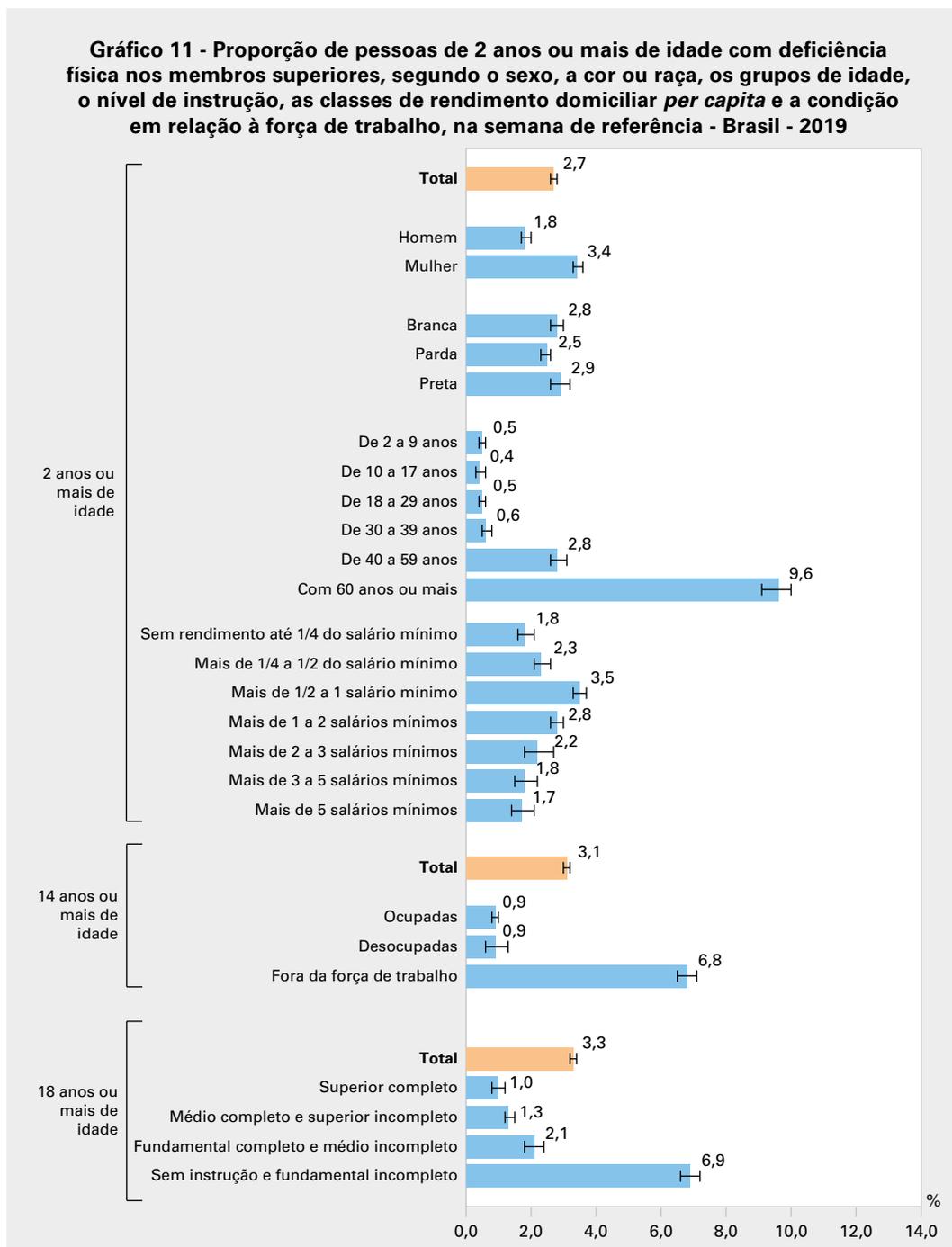
Também foram consideradas pessoas com deficiência física as pessoas que responderam ter muita dificuldade ou não conseguir de modo algum uma ou mais dessas atividades: levantar uma garrafa com dois litros de água da cintura até a altura dos olhos ou pegar objetos pequenos ou abrir e fechar recipientes. Para as crianças de 2 a 4 anos de idade, a única atividade investigada foi pegar objetos pequenos.

Com base nos dados da PNS de 2019, 2,7% das pessoas de 2 anos ou mais de idade eram pessoas com deficiência física relacionada ao uso dos membros superiores o que representa, aproximadamente, 5,5 milhões de pessoas. A população feminina apresentou percentual superior à masculina com 3,4% e 1,8%, respectivamente. Entre os grupos etários, as pessoas com idade a partir de 40 anos apresentaram ter essa deficiência com percentual maior do que a inserção deles na população atingindo 9,6% para 60 anos ou mais de idade.

De forma similar às demais deficiências, quanto ao nível de instrução, entre as pessoas de 18 anos ou mais de idade, a maior incidência de pessoas com deficiência física relacionada ao uso dos membros superiores se deu mais entre aqueles sem instrução ou nível fundamental incompleto (6,9%). No extremo oposto, apenas 1,0% das pessoas com nível superior faziam parte do grupo.

Tratando-se de ocupação, 0,9% dos ocupados (863 mil pessoas) e 0,9% dos desocupados (85 mil pessoas) tinham deficiência física nos membros superiores – percentual abaixo da inserção deles na população em idade a trabalhar. Tal como para as outras deficiências, a maior concentração, 6,8% (4,4 milhões), estava na população fora da força de trabalho.

Quanto ao rendimento domiciliar *per capita* das pessoas de 2 anos ou mais de idade com deficiência física nos membros superiores, 1,8% das pessoas que viviam em domicílio sem rendimento ou com rendimento de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo tinham essa deficiência, o que equivale a 367 mil pessoas. Dentre os domicílios cujo rendimento *per capita* era $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo, o percentual de pessoas com esse tipo de deficiência física (3,5%) foi acima da inserção populacional (3,1%).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Deficiência mental

Para identificar as pessoas com deficiência mental, inclusive intelectual, verificou-se a dificuldade permanente para realizar as atividades do dia a dia, como se comunicar, realizar cuidados pessoais, trabalhar, ir à escola, brincar, entre outros, em decorrência de limitações nas funções mentais. Vale ressaltar que, como as crianças ainda estão em fase de crescimento e desenvolvimento das suas funções mentais, a mensuração da dificuldade teve como parâmetro o desenvolvimento esperado para a faixa etária.

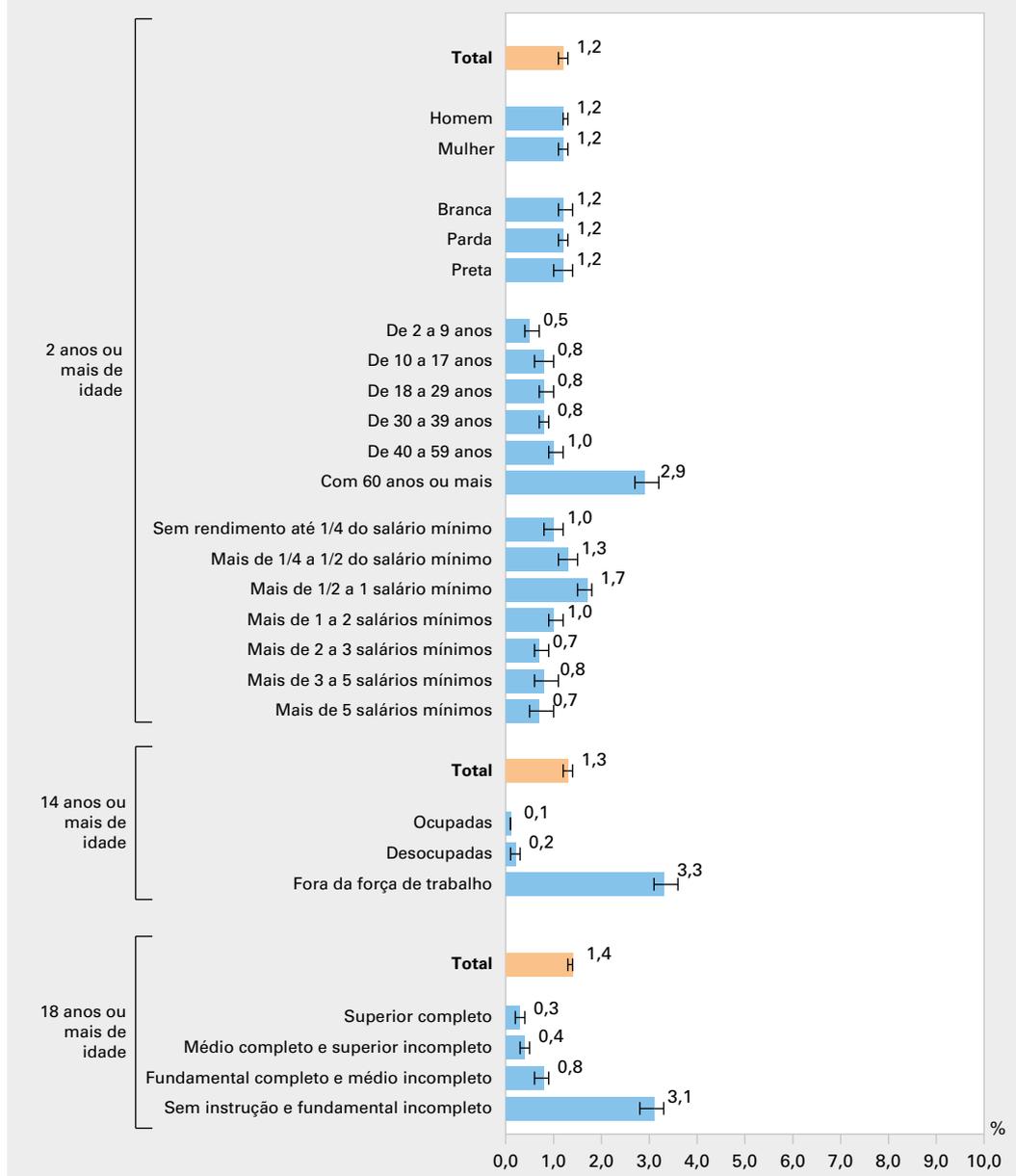
Segundo os dados da PNS de 2019, 1,2% da população com 2 anos ou mais de idade, ou seja, 2,5 milhões de pessoas, tinha deficiência mental. A população feminina apresentou percentual igual à masculina com 1,2% para ambos. Esse mesmo percentual foi encontrado para todas as cores/raças. Entre os grupos etários, as pessoas com idade a partir de 60 anos apresentaram ter essa deficiência com percentual maior do que a inserção deles na população atingindo 2,9% para esse grupo etário.

Quanto ao nível de instrução, entre as pessoas de 18 anos ou mais de idade, a maior incidência de pessoas com deficiência mental se deu entre aqueles sem instrução ou nível fundamental incompleto (3,1%). No extremo oposto, apenas 0,3% das pessoas com nível superior tinham deficiência mental.

Em termos de ocupação, 0,1% dos ocupados (105 mil pessoas) e 0,2% dos desocupados (15 mil pessoas) tinham deficiência mental – percentual abaixo da inserção deles na população em idade para trabalhar (1,3%). Analogamente às demais deficiências, a maior incidência estava fora da força de trabalho com 3,3% (2,1 milhões de pessoas).

Quanto ao rendimento domiciliar *per capita* das pessoas de 2 anos ou mais de idade com deficiência mental, 1,0% das pessoas que viviam em domicílio sem rendimento ou com rendimento de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo tinham essa deficiência, o que equivale a 197 mil pessoas. Assim como para as demais deficiências, o percentual do grupo com rendimento de $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo foi maior do que as demais faixas de rendimento.

Gráfico 12 - Proporção de pessoas de 2 anos ou mais de idade com deficiência mental ou intelectual, segundo o sexo, a cor ou raça, os grupos de idade, o nível de instrução, as classes de rendimento domiciliar *per capita* e a condição em relação à força de trabalho, na semana de referência - Brasil - 2019



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Aparelhos de auxílio

No questionário da PNS 2019, perguntou-se a toda a população de 2 anos ou mais de idade se utilizava algum aparelho de auxílio para lidar com os problemas sejam de visão, audição ou motor. Reitere-se que a questão foi posta a toda a população, independentemente de deficiência ou dificuldade, a fim de monitorar a demanda geral por esse tipo de recurso. Vale lembrar que nem toda pessoa com dificuldade é uma

pessoa com deficiência – para haver deficiência, a dificuldade deve ser permanente e pelo menos moderada, ou seja, tinha ao menos muita dificuldade em realizar determinadas tarefas em decorrências de alguma de suas funções auditivas, visuais ou motoras, para resultar em restrições de participação em sociedade.

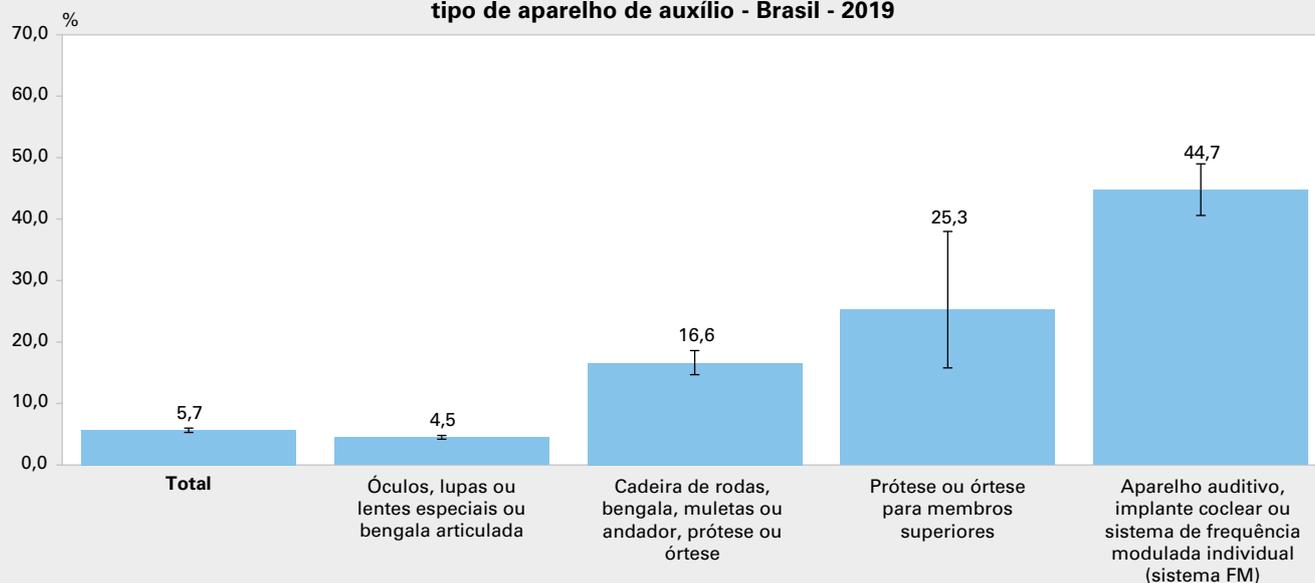
Dentre os possíveis aparelhos de auxílio, o mais utilizado foram os óculos ou outro aparelho para atender aos problemas na visão (lentes de contato, lupas ou lentes especiais, bengala articulada ou cão guia), cujo percentual foi de 40,4% da população (82,7 milhões de pessoas). A maior prevalência se deu nas idades mais avançadas atingindo a 72,0% para aqueles com 60 anos ou mais de idade.

Para atender às limitações auditivas, 0,8% (1,7 milhão de pessoas) disseram utilizar algum recurso para ouvir melhor, podendo ser um aparelho auditivo, implante coclear ou sistema de frequência modulada individual (sistema FM). Analisando o uso desses recursos entre as classes de rendimento domiciliar *per capita*, encontrou-se que 0,3% dos que viviam em domicílios sem rendimento ou com até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo utilizavam esse tipo de recurso, em comparação a 1,9% dos que tinham 5 salários mínimos ou mais. Tendo em vista o percentual de pessoas com deficiência auditiva (que implica dificuldades severas na função) entre as classes de rendimento domiciliar *per capita*, demonstrada em seção anterior, é uma sinalização de que pessoas em domicílios com menores rendimentos estejam privadas de um instrumento de que potencialmente necessitam.

Ao se observar a utilização de algum aparelho de auxílio para se locomover, 1,7% da população (3,5 milhões de pessoas) com 2 anos ou mais de idade informaram utilizar cadeira de rodas, bengala, muletas, andador ou alguma prótese/órtese, enquanto 0,5% da população (1,1 milhão de pessoas) utilizavam prótese/órtese para auxiliar no movimento dos membros superiores. Daqueles que não tinham rendimento ou tinham rendimento de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, 0,7% utilizavam algum recurso para se locomover, em comparação a 1,7% para aqueles que tinham rendimento domiciliar *per capita* de 5 salários mínimos ou mais.

A partir dos dados da PNS de 2019, foi possível investigar como esses aparelhos de auxílio foram obtidos. Cerca de 5,7% (4,6 milhões de aparelhos) foram obtidos por meio do SUS, mas o percentual difere conforme o tipo de aparelho. Apenas 4,3% das pessoas que disseram usar óculos, responderam tê-los obtido pelo SUS, o que provavelmente ocorre por ser um recurso de mais fácil acesso. Nota-se, no Gráfico 13, como recursos mais custosos e complexos demandam mais do SUS: 54,0% (183 mil unidades) das pessoas que disseram utilizar próteses obtiveram-nas pelo SUS; 45,7% (65 mil unidades) para as órteses, 44,5% (558 mil unidades) aparelhos auditivos; 40,1% (29 mil unidades) implantes cocleares; 35,7% (65 mil unidades) sistema FM; 28,1% (14 mil unidades) próteses para membros superiores; 23,2% (10 mil unidades) órteses para membros superiores; 22,1% (226 mil unidades) cadeira de rodas; 15,2% (148 mil unidades) lupas ou lentes especiais; 8,9% (39 mil unidades) bengala articulada e 6,9% (171 mil unidades) bengalas, muletas ou andador.

Gráfico 13 - Proporção de pessoas de 2 anos ou mais de idade que utilizavam um ou mais aparelhos de auxílio obtidos no SUS, no total de pessoas que utilizavam algum aparelho de auxílio, segundo o tipo de aparelho de auxílio - Brasil - 2019



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Reabilitação

Toda e qualquer pessoa que tenha alguma limitação nas suas funções auditivas, visuais, motoras ou mentais foi investigada, mesmo não sendo considerada pessoa com deficiência. Ou seja, pessoas com dificuldades brandas fazem parte do escopo desta parte da investigação, um total de 52,7 milhões de pessoas (ou 28,5% da população).

A reabilitação contribuirá para que a pessoa consiga atingir e manter o máximo o seu funcionamento individual, como também permite fazer manutenção de sua função, evitando o agravamento das suas limitações, promovendo independência, capacidade física, mental e social, além de favorecer a sua inclusão e participação em todos os aspectos da vida. Os tipos de reabilitação podem ser fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicoterapia, entre outros.

Segundo os dados da PNS de 2019, cerca de 8,3 milhões de pessoas de 2 anos ou mais de idade que declaram ter ao menos alguma dificuldade permanente de ouvir, enxergar, se locomover, utilizar os membros superiores ou de realizar atividades do dia-a-dia em decorrência de limitações nas suas funções mentais/intelectuais, o que equivale a 15,8% desta população, recebia, nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista, algum cuidado em reabilitação de forma regular. Deste total, a maioria (51,4%) teve acesso a essa reabilitação por meio do SUS ou de algum serviço conveniado ao SUS. Os demais, 44,9% recorreram a serviços do convênio, plano de saúde ou particular, 3,2% foram por outras formas e 0,5% não souberam informar. Entre os residentes em domicílios rurais, 70,6% tiveram acesso à reabilitação por meio do SUS, enquanto nos domicílios urbanos, 49,2%.

Paternidade e pré-natal do parceiro

Temas vinculados a paternidade e participação no pré-natal foram abordados, pela primeira vez na PNS de 2019, por meio de um questionário respondido pelos homens de 15 anos ou mais que faziam parte do grupo de moradores selecionados. Essas informações buscam contextualizar a importância do envolvimento consciente e ativo de homens em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo, assim como conhecer indicadores sobre a fecundidade masculina no País.

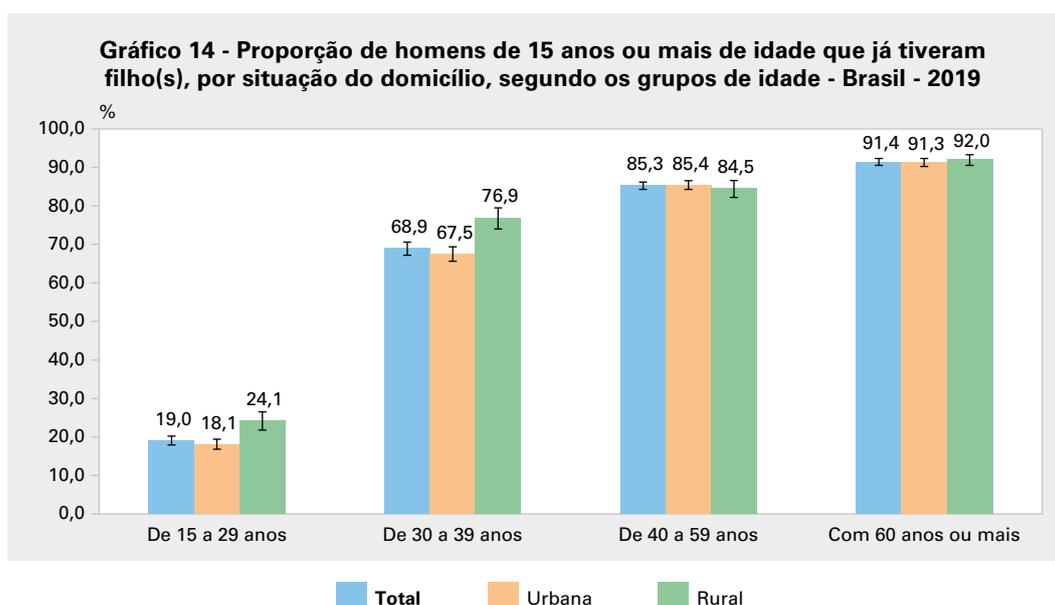
No Brasil, as informações sobre comportamento reprodutivo dos homens são pouco conhecidas. Em geral, há uma maior prática de coleta de informações sobre a fecundidade das mulheres, visto que elas têm um período reprodutivo definido e limitado, assim como garantem a informação sobre maternidade biológica. No entanto, em um contexto de mudanças do comportamento reprodutivo da população, com a fecundidade total já abaixo do nível de reposição e a fecundidade adolescente ainda relativamente alta, conhecer o comportamento reprodutivo dos homens pode auxiliar as estimativas futuras sobre o crescimento vegetativo, assim como fornecer subsídios para políticas públicas de planejamento da fecundidade. Nesse sentido, com essas informações busca-se responder, por exemplo: Qual o percentual de homens com filhos no Brasil? Em média, quantos filhos os homens têm? Qual a média de idade dos homens quando seu primeiro filho nasceu?

Do ponto de vista social, tem sido defendido que os homens podem e devem ser envolvidos integralmente em tudo o que diz respeito à tomada de decisão reprodutiva, desde a escolha de ser pai à participação solidária na gestação, no parto e no cuidado e na educação das crianças. Nesse contexto, como parte da atual estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, a investigação sobre a participação do homem no pré-natal do filho, busca contextualizar a importância do envolvimento consciente e ativo de homens em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo e, ao mesmo tempo, contribuir para a ampliação e a melhoria do acesso e acolhimento desta população aos serviços de saúde, com enfoque na atenção básica.

Paternidade dos homens

Todos os resultados aqui expostos sobre o comportamento reprodutivo dos homens precisam ser interpretados com cautela, uma vez que muitos homens podem estar no início ou no meio do seu ciclo reprodutivo e, diferentemente das mulheres, eles não têm uma idade que delimita a reprodução. Nesse sentido, para auxiliar nessa interpretação, os indicadores serão apresentados segundo grupos etários.

No Brasil, 64,6% dos homens que em 2019 tinham 15 anos ou mais de idade, já haviam sido pais de pelo menos um filho ou filha. Entre os homens de 15 a 29 anos, esse percentual foi de 19,0%, sendo maior na área rural (24,1%) do que na área urbana (18,1%). Entre os homens de 30 a 39 anos, o número de homens que já foram pais variou de 67,5% na área urbana a 76,9% na área rural. Já nas faixas de idade de 40 a 59 anos e na de 60 anos ou mais, esse percentual atingiu, respectivamente, 85,3% e 91,4%, deixando de existir diferenças estatisticamente significativas entre as áreas rurais e urbanas.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

O comportamento reprodutivo dos homens foi similar entre as Grandes Regiões, não havendo, em geral, diferenças estatisticamente significativas. Ressalta-se que, a partir dos 40 anos de idade, mais de 80% dos homens já havia tido pelo menos um filho, independentemente da Grande Região.

A Tabela 9 apresenta os percentuais de homens que já tiveram filhos por nível de instrução, cor ou raça e por faixa de rendimento domiciliar *per capita* para os grupos etários de 15 a 29 e de 30 a 39 anos. Como o percentual de homens que já foram pais entre 40 e 59 anos e com 60 anos ou mais superou, respectivamente, 80% e 90%, independentemente do recorte feito e sem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias, a análise estará focada nos dois grupos mais novos. Nota-se que quanto mais escolarizado, mais baixa foi a realização da paternidade entre os homens. Entre aqueles com 15 a 29 anos, 17,1% com o ensino médio completo ou superior já tinham filhos, enquanto entre aqueles sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto, 24,8% já eram pais. Entre os homens com 30 a 39 anos, esses percentuais foram, respectivamente, de 63,1% e 76,7%.

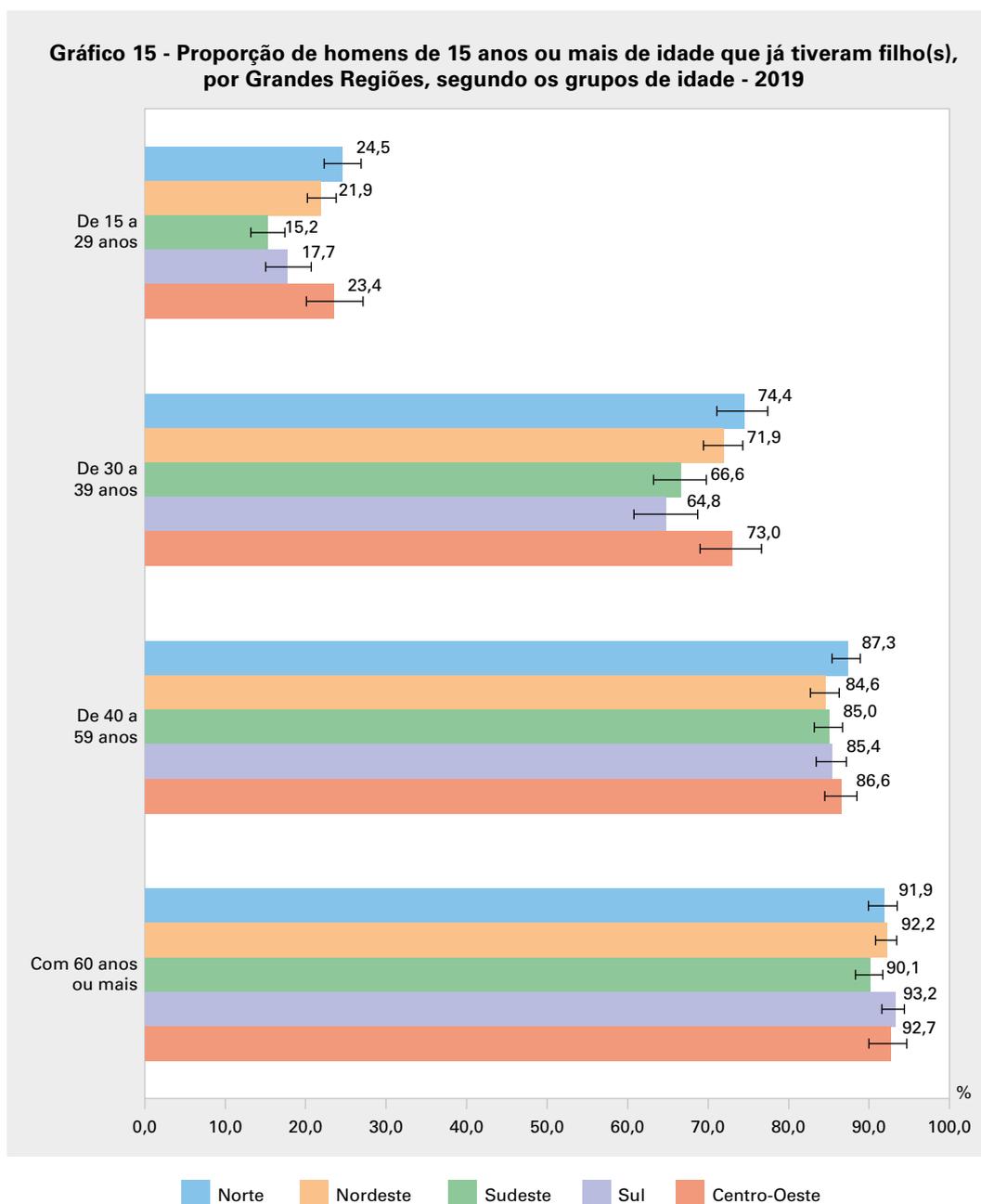


Tabela 9 - Proporção de homens de 15 a 39 anos de idade que já tiveram filho(s), por grupos de idade, segundo características selecionadas - 2019

Características selecionadas	Proporção de homens de 15 a 39 anos de idade que já tiveram filho(s) (%)					
	15 a 29 anos			30 a 39 anos		
	Proporção	Intervalo de confiança de 95%		Proporção	Intervalo de confiança de 95%	
		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior
Nível de instrução						
Sem instrução e fundamental incompleto	24,8	22,0	27,8	76,7	73,7	79,5
Fundamental completo e médio incompleto	18,5	16,5	20,7	80,6	77,3	83,6
Médio completo ou superior	17,1	15,6	18,8	63,1	60,8	65,3
Cor ou raça						
Branca	14,2	12,6	16,0	64,0	60,8	67,0
Parda	21,5	19,8	23,3	72,7	70,4	75,0
Preta	23,1	19,6	27,1	71,5	66,9	75,7
Rendimento domiciliar <i>per capita</i>						
Até ¼ do salário mínimo	25,8	22,3	29,5	88,2	85,1	90,8
Mais de ¼ até ½ salário mínimo	22,6	20,0	25,5	81,8	75,9	86,5
Mais de ½ até 1 salário mínimo	22,4	20,0	25,0	73,3	69,8	76,4
Mais de 1 salário mínimo	12,9	11,3	14,7	59,1	56,5	61,6

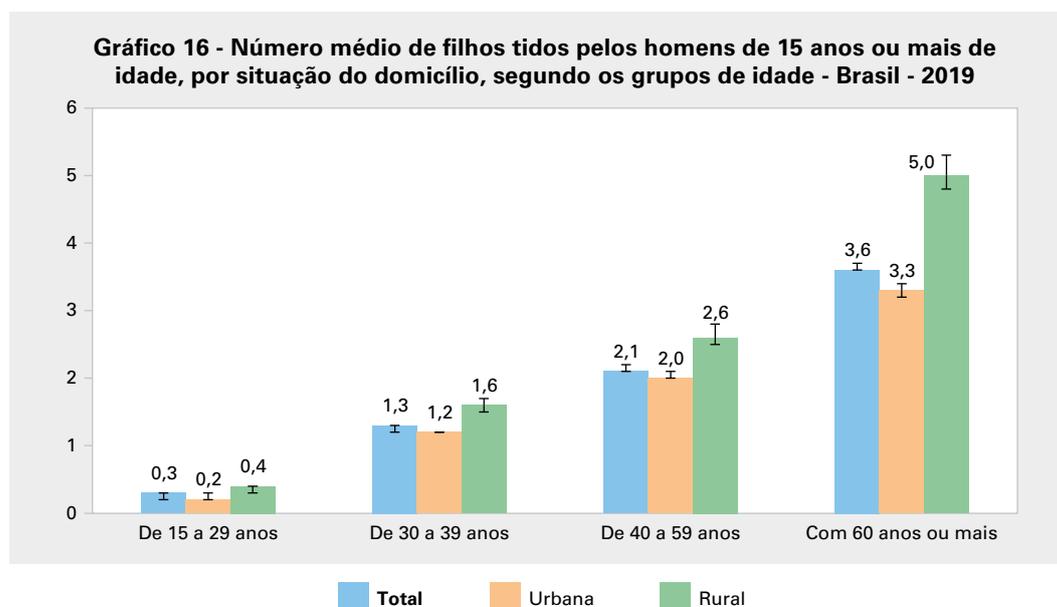
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Em relação à cor ou raça, observa-se que não houve diferença significativa no indicador de paternidade dos homens de cor preta frente aos de cor parda. Para os homens de 15 a 29 anos, o percentual de homens brancos com filhos foi menor do que o dos homens pretos ou pardos, respectivamente, 14,2%, 23,1% e 21,5%. Para a faixa de 30 a 39 anos, 64,0% dos homens brancos tiveram algum filho, enquanto 72,7% entre aqueles de cor parda. Já em termos de rendimento domiciliar *per capita*, observa-se que a porcentagem de homens com pelo menos um filho na faixa mais elevada de rendimento domiciliar *per capita* foi menor do que entre aqueles com menos de 1 salário mínimo *per capita*. Essa diferença superou 12 pontos percentuais para os homens de 15 a 29 anos na comparação entre aqueles cujo rendimento domiciliar *per capita* foi maior que 1 salário mínimo (12,9%) e aqueles com até ¼ de salário mínimo (25,8%), saltando para uma diferença de 29,1 pontos percentuais entre os homens de 30 a 39 anos nessas mesmas faixas de rendimento, respectivamente, 59,1% e 88,2%.

Média de filhos

O número médio de filhos tidos, ou seja, a parturição ou o acumulado do número de filhos, foi de 1,7 filho para os homens que em 2019 tinham 15 anos ou mais de idade. Esse valor variou segundo a faixa de idade. Entre aqueles com 15 a 29 anos, que ainda estão no início da vida reprodutiva, o número médio de filhos tidos foi de 0,3 filho, não havendo diferença entre área urbana e rural. Entre o grupo de 30 a

39 anos, a média subiu para 1,3 filho, sendo que na área urbana, esse valor foi de 1,2 filho e na área rural de 1,6 filho. Para os homens de 40 a 59 anos a diferença de urbano e rural amplia, respectivamente, 2,0 filhos e 2,6 filhos. Entretanto, os homens com 60 anos ou mais, além de serem aqueles com maior número médio de filhos (3,6 filhos), foram também os que apresentaram a maior diferença entre urbano (3,3 filhos) e rural (5,0 filhos).



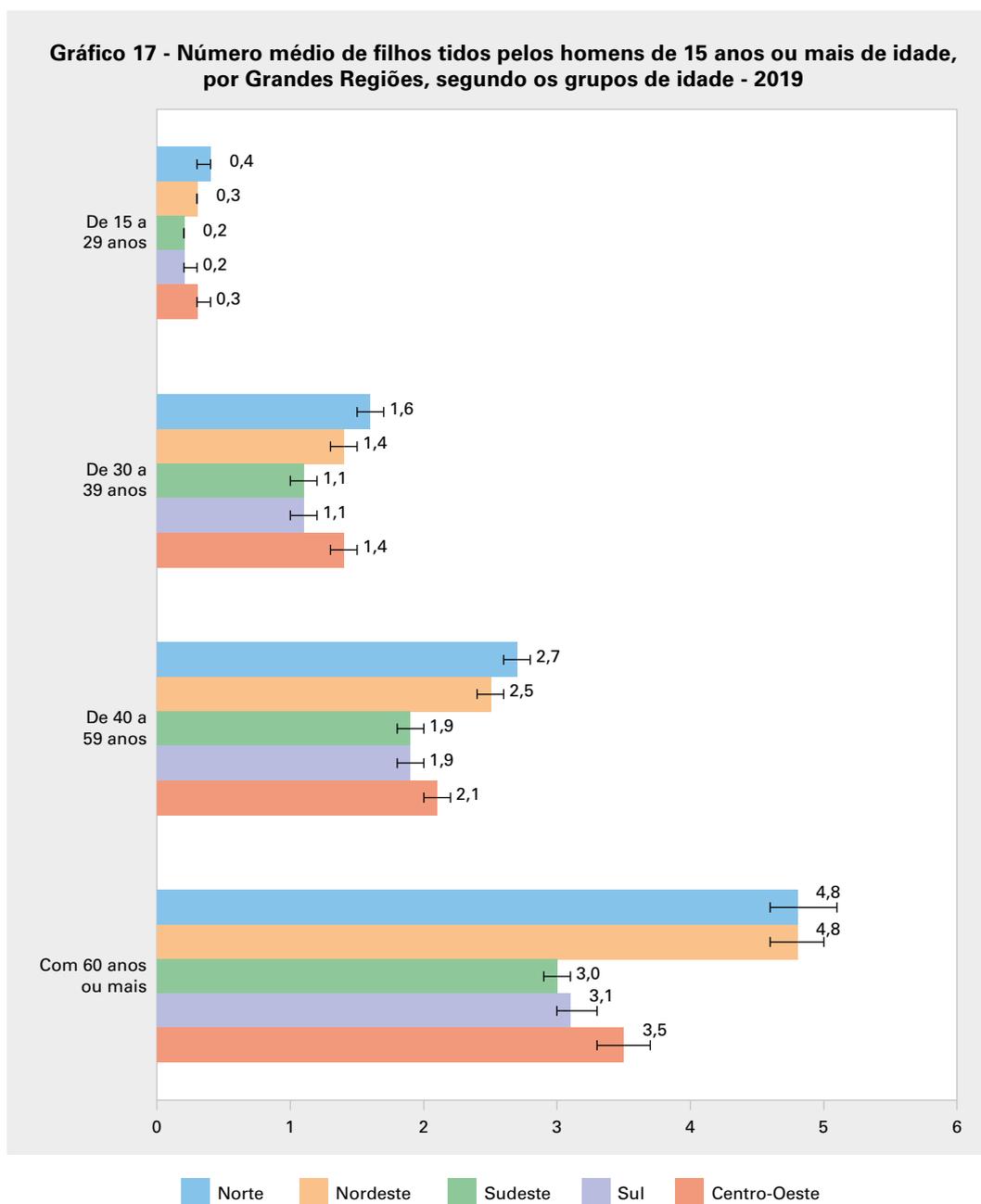
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Entre as Grandes Regiões, Sul e Sudeste tiveram uma média de filho por homem menor do que as Regiões do Centro-Norte do País, nas faixas de idade a partir dos 30 anos. A maior diferença, foi observada para o grupo de homens com 60 anos ou mais: 4,8 filhos entre aqueles que viviam nas Regiões Norte e Nordeste, 3,5 filhos no Centro-Oeste, 3,1 filhos na Sul e 3,0 na Sudeste.

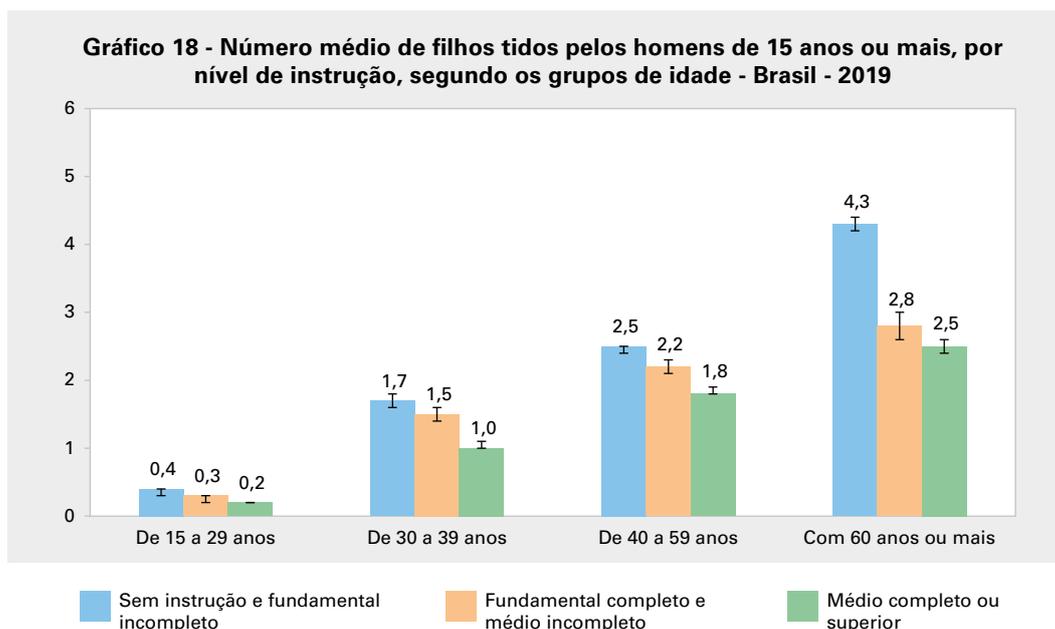
O número médio de filhos se mostrou negativamente associado ao nível de instrução dos homens. De 15 a 29 anos de idade, onde a fecundidade era baixa, a média de filhos variou de 0,2 filho entre os mais escolarizados a 0,4 filho entre os menos escolarizados. Já entre 30 e 39 anos foi, respectivamente, de 1,0 filho para 1,7 filho. Com 40 a 59 anos, a média de filhos só ultrapassou 2 filhos para quem tinha nível de instrução até o ensino médio incompleto, enquanto com 60 anos ou mais, o grupo de homens que não chegou a completar o ensino fundamental tinha quase 2 filhos a mais que o grupo mais escolarizado.

Em termos de cor ou raça, o número médio de filhos tidos do homem branco foi sempre menor que do homem pardo e não houve diferenças estatisticamente significativas entre pretos ou pardos. Ressalta-se que entre os homens de 60 anos ou mais, verificou-se a maior diferença entre a média de filhos: 3,1 filhos para o homem branco e 4,2 filhos para o homem preto ou pardo.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

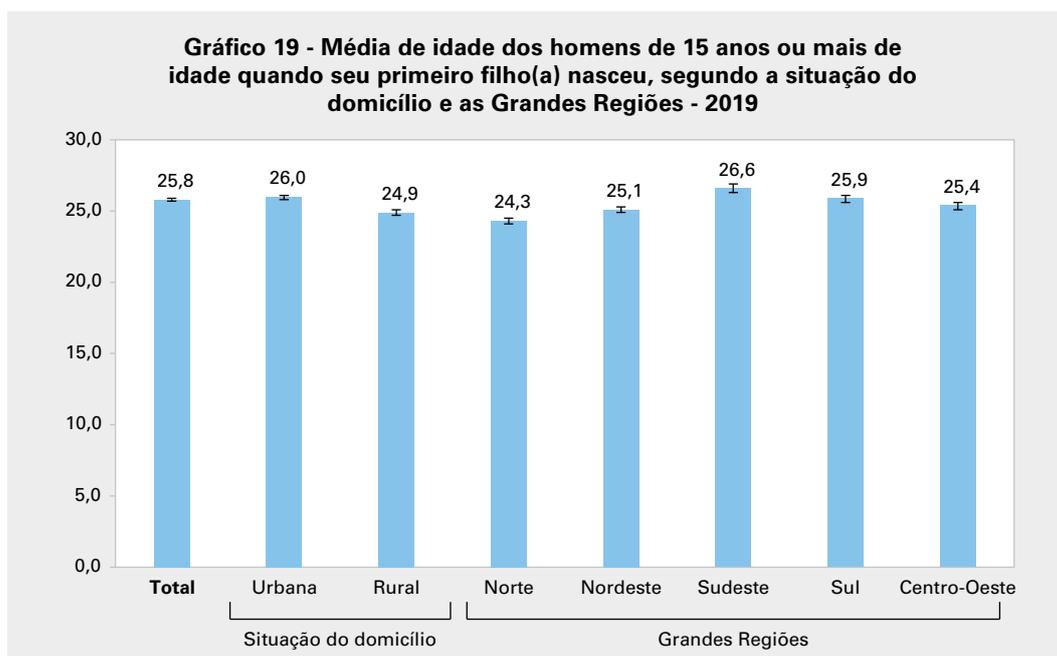
Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Adicionalmente, a correlação negativa entre fecundidade e rendimento domiciliar *per capita* também foi observada no número médio de filhos. De 30 a 39 anos, a média de filhos entre aqueles com rendimento domiciliar *per capita* maior que 1 salário mínimo foi de 0,9, sendo de 2,2 filhos para quem vive em um domicílio com até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo *per capita*, ou seja, uma diferença de 1,3 filho. Para os grupos etários de 40 a 59 anos e 60 anos ou mais, a média de filhos variou, respectivamente, de 1,8 filho e 3,0 filhos na faixa de maior rendimento, para 3,2 filhos e 4,8 filhos na faixa de menor rendimento, uma diferença de 1,4 filho e 1,8 filho.

Idade ao ter o primeiro filho

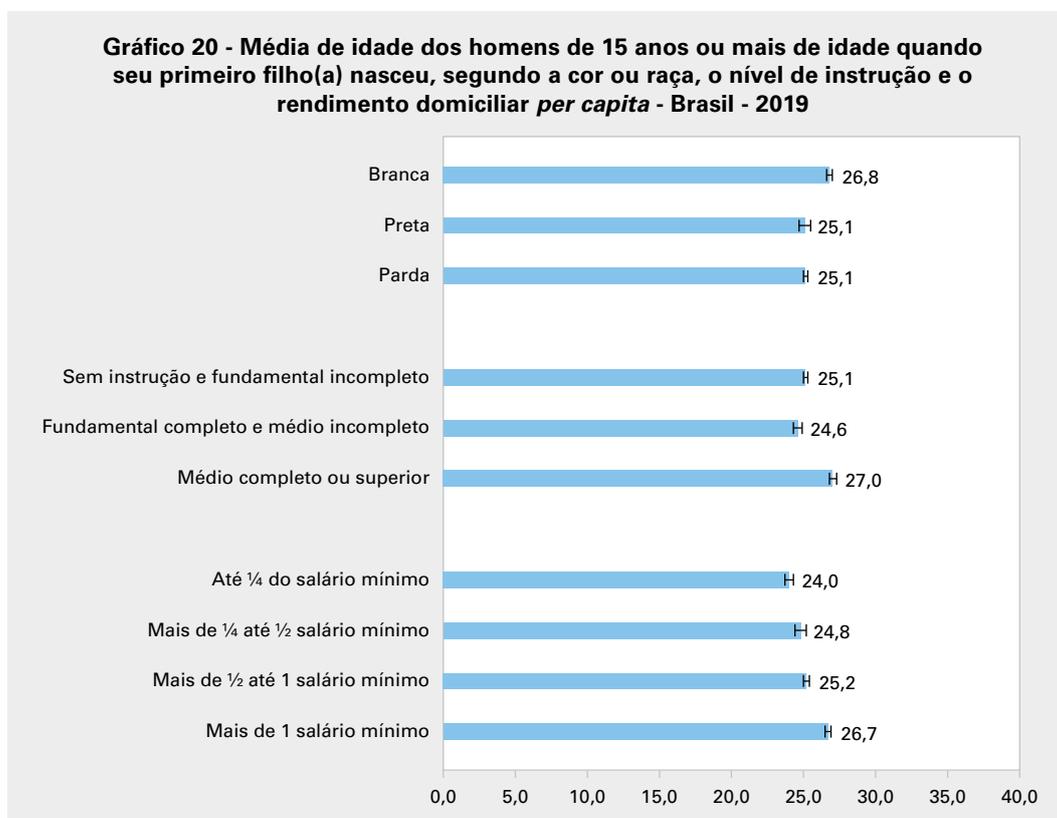
Um indicador importante sobre o comportamento reprodutivo dos homens é a idade que eles tinham no momento do nascimento do seu primeiro filho, ou seja, quando se tornaram pais pela primeira vez. Esse evento pode ser analisado pelo indicador de idade média, assim como pela distribuição dos homens de acordo com a faixa de idade que tinham no momento do nascimento do primeiro filho. Cabe ressaltar, que alguns homens ainda não iniciaram a paternidade e outros permanecerão sem filhos por toda a sua vida.

Em 2019, a idade média no momento do nascimento do primeiro filho entre os homens de 15 anos ou mais que já tinham filhos foi de 25,8 anos, sendo de 26,0 anos na área urbana e de 24,9 anos na área rural. Em termos regionais, os homens na Região Norte foram aqueles que, em média, tiveram o primeiro filho mais cedo (24,3 anos), enquanto na Sudeste, a média de idade foi a mais elevada (26,6 anos).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.



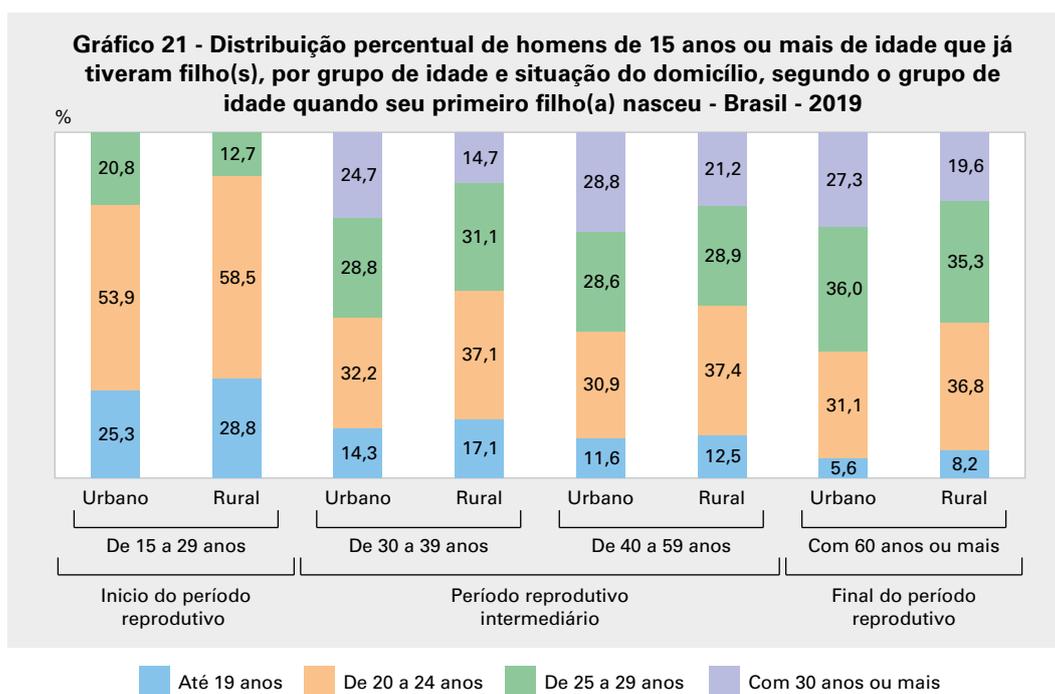
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Com relação ao nível de instrução, aqueles com o ensino médio completo ou superior apresentaram uma idade média de 27,0 anos no momento do nascimento do primeiro filho, enquanto nos dois grupamentos de escolaridade mais baixa, essa média de idade variou de 24,6 a 25,1 anos, não sendo esta diferença estatisticamente significativa. Em termos de cor ou raça, a média de idade dos homens brancos na época do nascimento do primeiro filho foi maior em 1,7 ano quando comparada a dos homens pretos ou pardos, sendo que entre pretos e pardos não houve diferença na idade média. Adicionalmente, pode-se observar que a idade média do homem no momento do nascimento do primeiro filho foi tão maior quanto maior seu rendimento domiciliar *per capita*.

Como a fecundidade varia entre os grupos etários, ainda mais por conta do ciclo reprodutivo mais longo dos homens, cabe analisar em cada um desses grupos a distribuição dos homens com filhos de acordo com a faixa de idade que teve o primeiro filho. Para os homens de 15 a 29 anos com filhos, cuja paternidade ainda era baixa, 53,9% dos homens que moravam na área urbana e 58,5% dos que moravam na área rural foram pais pela primeira vez entre os 20 e 24 anos. Para os jovens que viviam na área rural, 28,8% tiveram o primeiro filho com até 19 anos, enquanto para 20,8% dos jovens de área urbana a paternidade foi iniciada entre 25 e 29 anos.

Na medida em que o grupo etário envelhece e a proporção de homens com pelo menos um filho sobe, a distribuição dos homens de acordo com a idade que tinham no momento do nascimento do primeiro filho muda. Observa-se que, entre os homens com 60 anos ou mais, cujo ciclo reprodutivo está praticamente concluído, 63,3% dos homens que viviam na área urbana foram pais a partir dos 25 anos, enquanto na área rural esse percentual foi 54,9%. Por outro lado, a paternidade precoce (até 19 anos) foi maior na área rural (8,2%) do que na urbana (5,6%).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

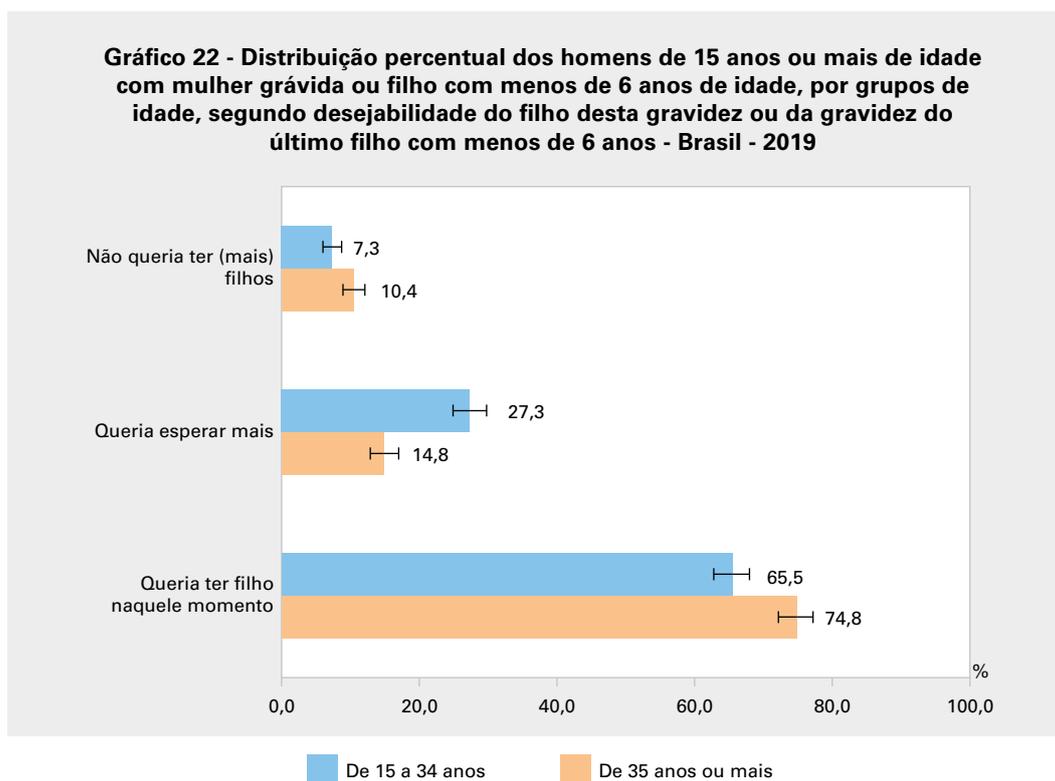
Entre os homens de 40 a 59 anos que já tiveram filho(s), nota-se que praticamente 50% dos homens na área rural tiveram o primeiro filho até 24 anos, percentual que foi de 42,5% na área urbana. Além disso, na área urbana, 28,8% foram pais a partir dos 30 anos, enquanto na área rural foram 21,2%. Vale destacar que a proporção de homens de 40 a 59 anos que foram pais pela primeira vez após os 30 anos, em 2019, não teve diferença estatisticamente significativa do que entre aqueles de 60 anos ou mais.

Esse mesmo padrão pode ser observado para os homens entre 30 e 39 anos, com a ressalva de que nesta faixa de idade ainda existe uma grande quantidade de homens que podem vir a ser pais e, caso sejam, estarão com 30 anos ou mais. Nesse sentido, percebe-se um envelhecimento da idade em que o homem tem seu primeiro filho, em especial na área urbana. Para exemplificar essa mudança de comportamento, pode-se fazer um exercício simples que consiste em supor que os homens de 30 a 39 anos e de 40 a 59 anos irão alcançar o mesmo percentual de homens com pelo menos 1 filho na faixa de idade de 60 anos ou mais, ou seja, por volta de 90%. A partir dessa hipótese, estima-se que cerca de 33% dos homens de 40 a 59 anos e 44% dos homens de 30 a 39 anos, nas áreas urbanas, seriam pais a partir dos 30 anos. Já nas áreas rurais, esses percentuais seriam, respectivamente, 27% e 28%. Os resultados desse exercício superam os percentuais reais da faixa de 60 anos ou mais.

Planejamento reprodutivo e pré-natal do parceiro

De acordo com a Lei 9.263, de 12.01.1996, o planejamento familiar é um direito de todo cidadão e é entendido como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (BRASIL, 1996). Somada a esta legislação, a Portaria do Ministério da Saúde n. 1.944, de 27.08.2009, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, coloca como uns de seus objetivos: ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino e estimular a participação e a inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando as ações educativas, inclusive no que toca à paternidade (BRASIL, 2009). Nesse contexto, a PNS 2019, investiga para os homens de 15 anos ou mais de idade, que tinham uma esposa ou companheira grávida (1,6 milhão) ou último filho com menos de 6 anos (11,3 milhões), a intencionalidade de se ter aquele filho quando a mulher ficou grávida, assim como a participação no pré-natal dessa criança.

A intencionalidade ou desejabilidade de se ter um ou mais filhos é um dos pilares do planejamento reprodutivo, no âmbito da participação masculina na reprodução. O Gráfico 23 mostra que, entre os homens de 15 a 34 anos de idade, 65,5% queriam ter filho naquele momento, e entre aqueles de 35 anos ou mais esse percentual foi de 74,8%. No entanto, entre os mais jovens, 27,3% gostariam de ter esperado mais para ter filho e 7,3% não queriam ter filhos. Para o grupo de 35 anos ou mais, esses percentuais foram, respectivamente de 14,8% e 10,4%.

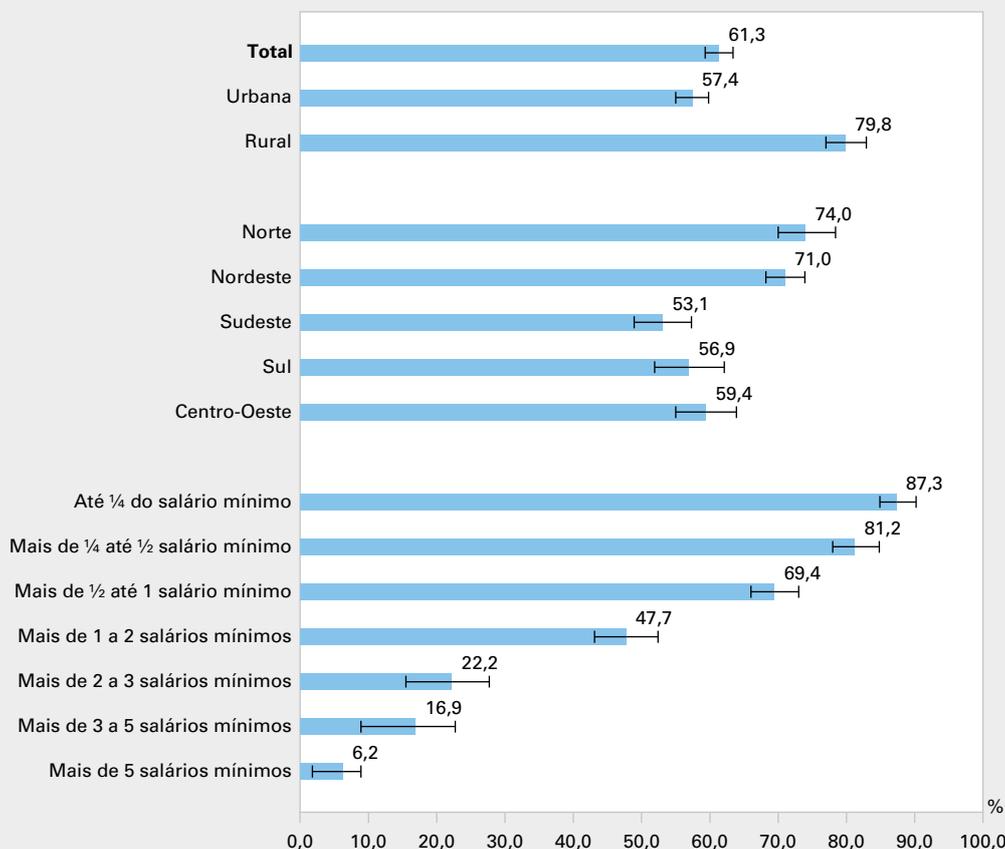


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

O segundo pilar analisado do planejamento reprodutivo masculino é seu acompanhamento no pré-natal da gestação da mulher. Para auxiliar a compreensão desta participação, deve-se considerar que em 2019, 95,2% dos homens que tinham uma esposa ou companheira grávida ou o último filho com menos de 6 anos, declararam que foi realizado pré-natal durante a gravidez do filho. Esse percentual não foi estatisticamente diferente entre a área urbana e rural e, apesar de se manter acima de 92% em todas as Grandes Regiões, alcançou 97,1% na Sudeste.

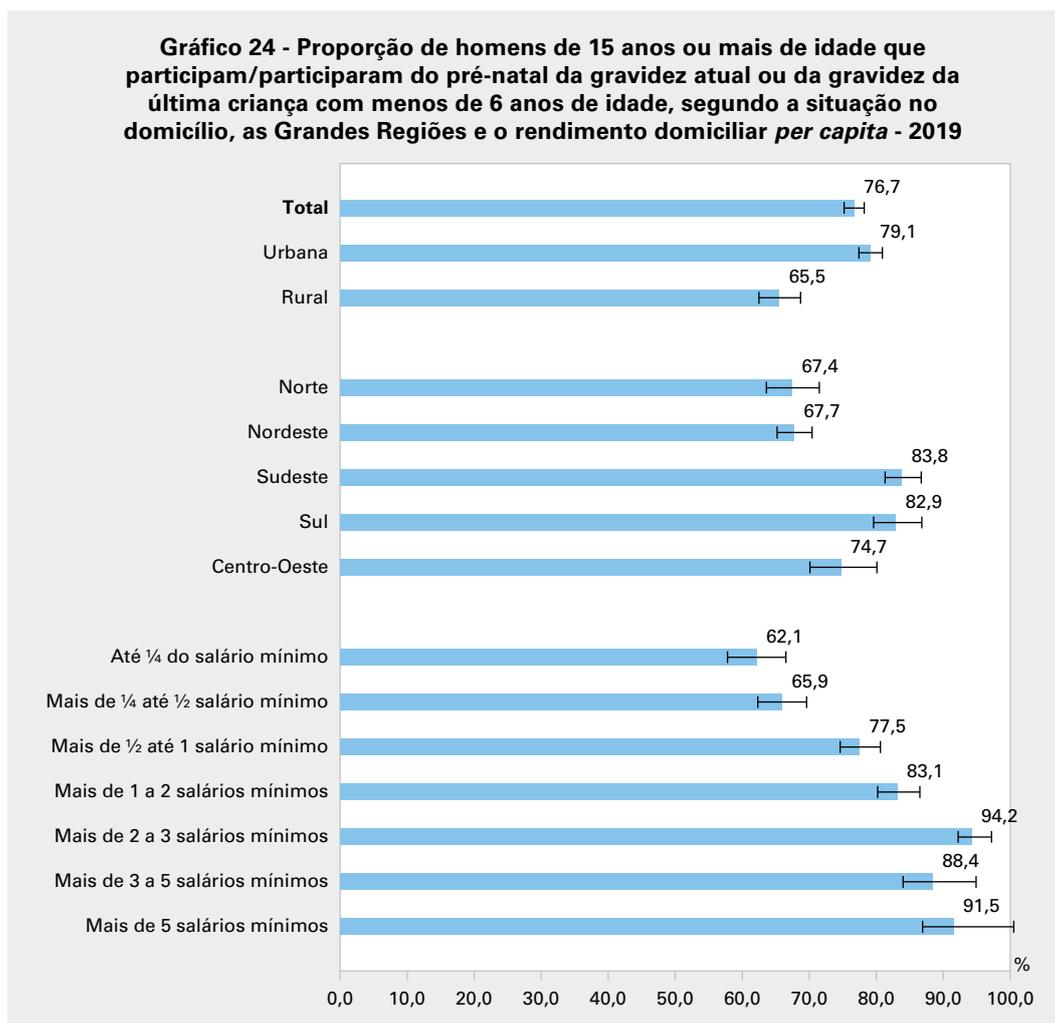
Gráfico 23 - Proporção de homens de 15 anos ou mais de idade que têm/tiveram pré-natal feito pelo SUS na gravidez atual ou na gravidez da última criança com menos de 6 anos de idade, segundo a situação no domicílio, as Grandes Regiões e o rendimento domiciliar *per capita* - 2019



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Dos homens cuja mulher fez pré-natal na gestação, 61,3% disseram que este foi realizado no SUS, sendo que na área urbana esse percentual foi de 57,4%, na área rural foi de 79,8%. As Regiões Norte e Nordeste superaram 70%, enquanto no Centro-Sul do País esse percentual variou de 53,1% a 59,4%. Já em termos do rendimento domiciliar *per capita*, a utilização do SUS no pré-natal do filho foi mais frequente entre aqueles homens com menor rendimento.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

No Brasil, 76,7% dos homens declaram ter participado do acompanhamento pré-natal da gestação da companheira grávida ou do último filho com menos de 6 anos. Essa participação foi maior entre residentes da área urbana (79,1%) do que da rural (65,5%), assim como no Centro-Sul do País (acima de 74,0%) e para os homens com rendimento domiciliar *per capita* acima de 2 salários mínimos.

Durante a realização do pré-natal da gestação do filho, 19,5% dos homens declararam ter realizado os exames que lhes foram solicitados, 51,6% deles disseram terem sido informados sobre a possibilidade de participação no momento do parto e 20,2% foram incentivados a participar de palestras, rodas de conversas e/ou cursos sobre cuidados com o bebê.

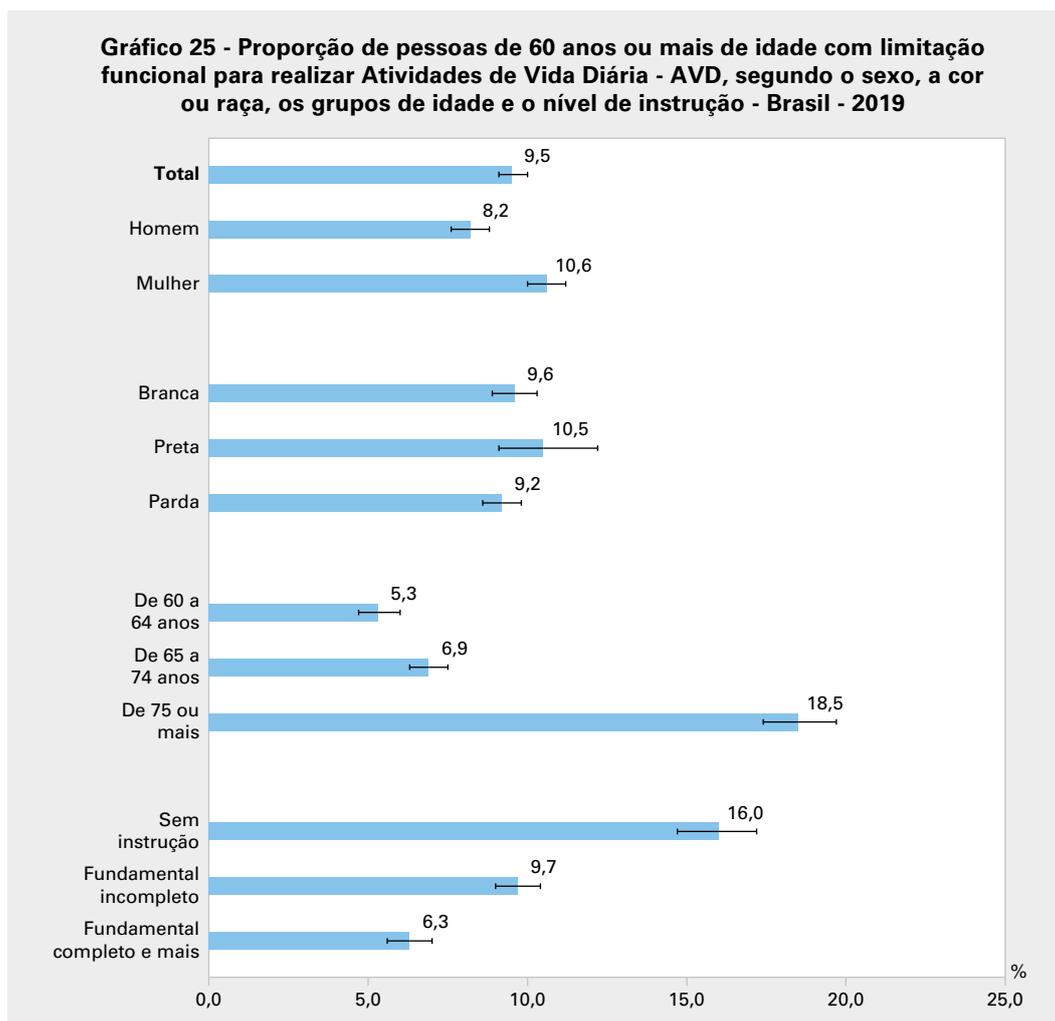
Saúde dos indivíduos de 60 anos ou mais de idade

As projeções populacionais do Brasil evidenciam o avanço do envelhecimento da população. Um dos indicadores que mostram esse fenômeno é a esperança de vida ao nascer, que em 2013 era de 74,9 anos e passou para 76,6 anos em 2019. O envelhecimento da população traz consigo alguns desafios relativos à saúde. Nesse contexto, a PNS 2019 investigou alguns fatores relacionados à saúde das pessoas de 60 anos ou mais de idade, estimadas em 16,4% da população, totalizando 34,4 milhões de pessoas (em 2013 eram 13,2% da população ou 26,3 milhões de pessoas).

Funcionalidade

Foram investigadas as limitações funcionais que as pessoas de 60 anos ou mais de idade enfrentavam para realizar, sozinhas, suas Atividades de Vida Diária (AVD), como: comer, tomar banho, ir ao banheiro, vestir-se, andar em casa de um cômodo para outro no mesmo andar, e deitar-se ou levantar-se da cama sozinho.

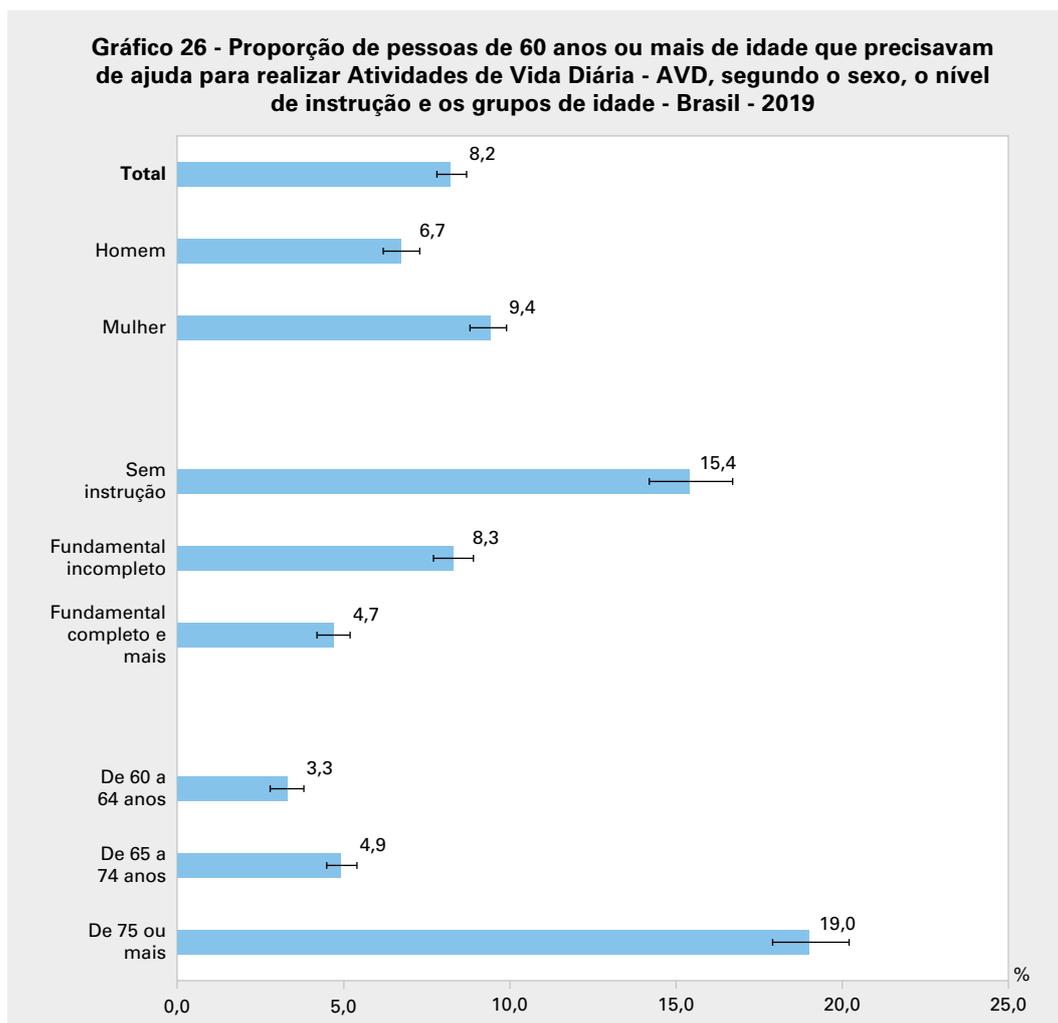
No Brasil, segundo a PNS 2019, 9,5% (ou 3,3 milhões) das pessoas de 60 anos ou mais de idade tinham limitação funcional para realizar suas Atividades de Vida Diária, ou seja, relataram não conseguir ou ter grande dificuldade em realizar as atividades citadas. Todas as Grandes Regiões apresentaram níveis estatisticamente semelhantes à média nacional, e o percentual de mulheres (10,6%) foi superior ao dos homens (8,2%). Não houve diferença estatisticamente significativa entre brancos, pretos e pardos. Verificou-se que, quanto mais elevada a idade, maior a proporção de pessoas com tais limitações, variando de 5,3%, para aquelas de 60 a 64 anos, a 18,5%, para as de 75 anos ou mais de idade. Por outro lado, em relação ao nível de instrução, a relação foi em sentido inverso, ou seja, quanto mais elevado o nível de instrução, menor o indicador investigado: para as pessoas sem instrução, 16,0%; com fundamental incompleto, 9,7%; e com fundamental completo ou mais, 6,3%.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

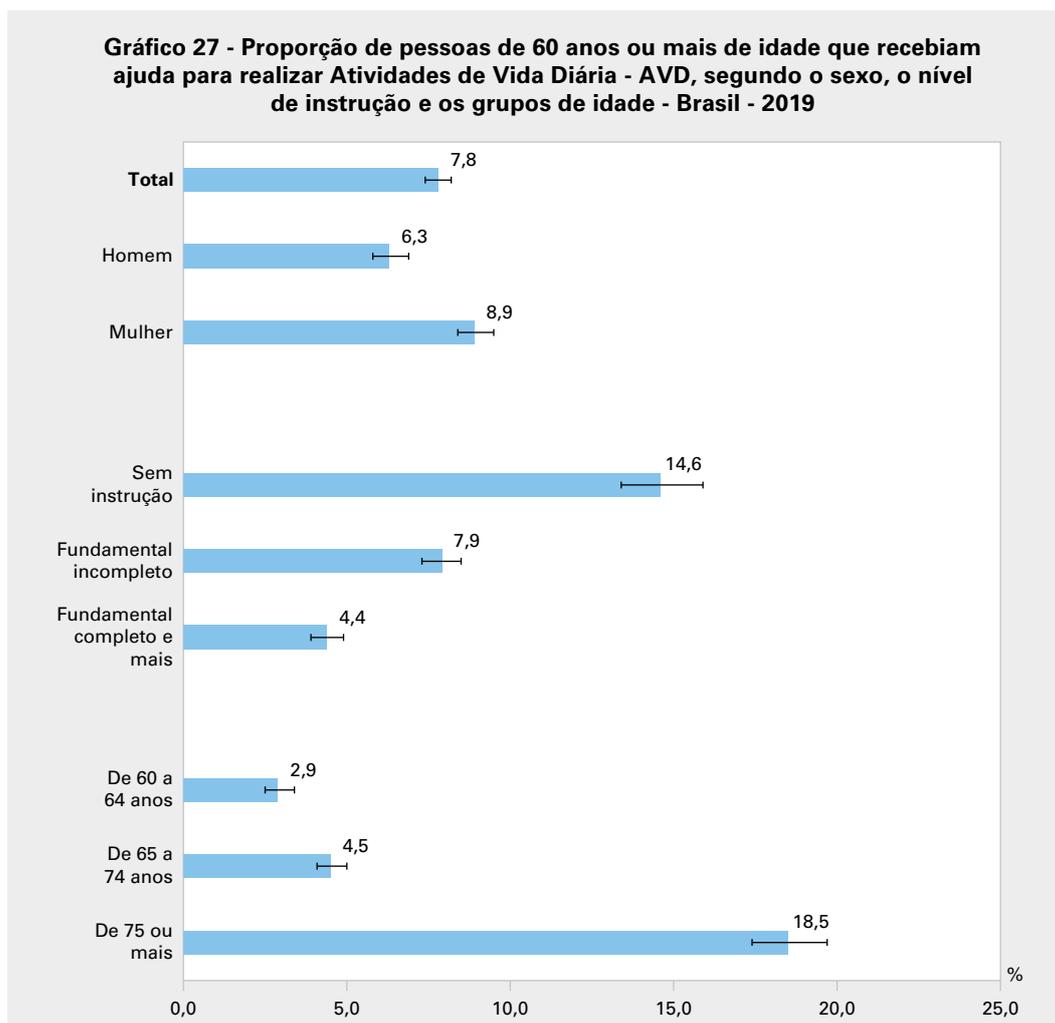
A proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade que precisavam de ajuda para realizar Atividades de Vida Diária, foi de 8,2% do total desse grupo de idade. De acordo com a pesquisa, sobre o perfil dessas pessoas, 9,4% eram mulheres e 6,7% eram homens. Os grupos de idade mais avançados apresentaram maiores proporções do que os grupos mais novos (3,3% de 60 a 64 anos, 4,9% de 65 a 74 anos e 19% de 75 anos ou mais). Entre as pessoas sem instrução, a estimativa foi mais alta, registrando 15,4% enquanto com fundamental incompleto registrou 8,3% e as pessoas com fundamental completo e mais registraram uma proporção de 4,7%.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

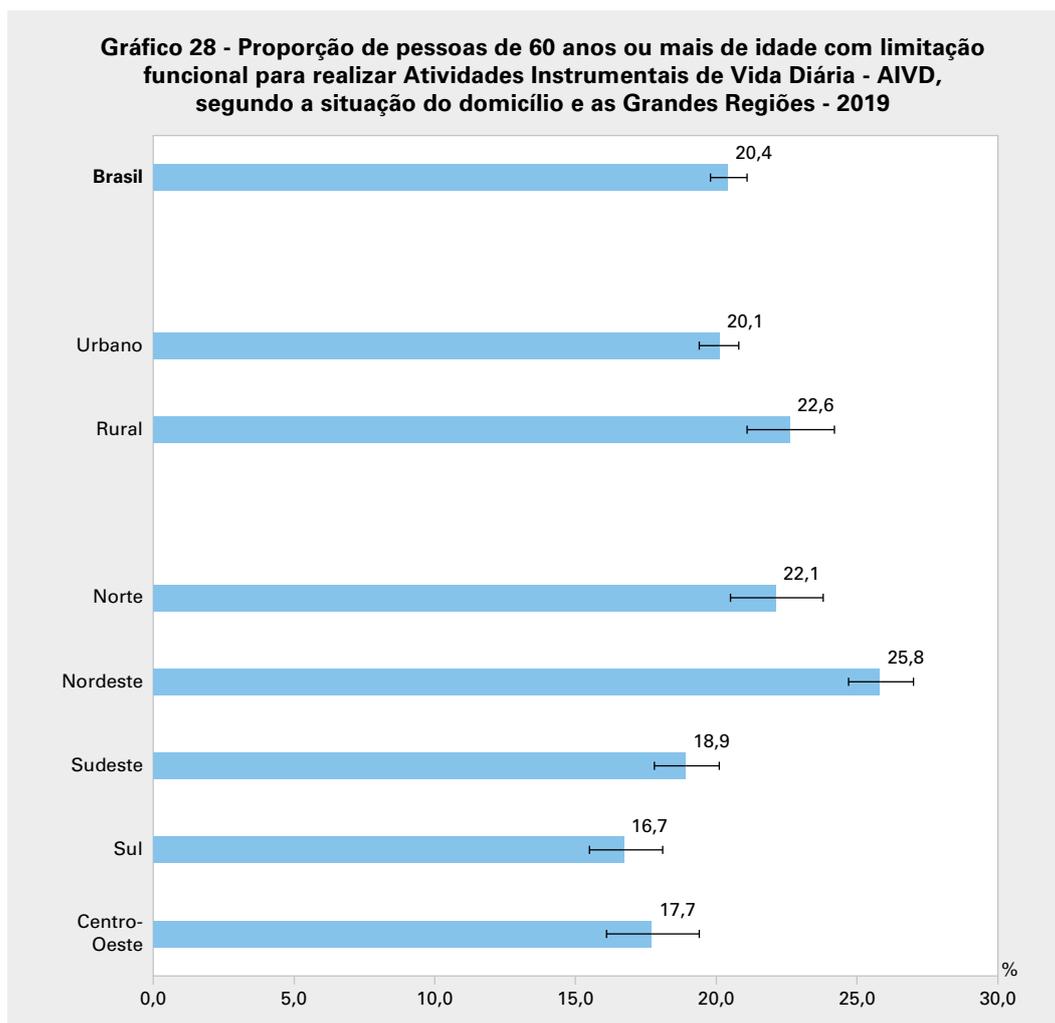
Foi estimado que 2,7 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (7,8%) recebiam alguma ajuda para realizar as atividades descritas anteriormente. O percentual de mulheres (8,9%) era maior do que o de homens (6,3%), assim como o das pessoas sem instrução (14,6%) registrou percentual mais elevado do que as pessoas com o fundamental completo e mais (4,4%). Pessoas mais velhas receberam mais ajuda para realizar Atividade de Vida Diária do que as demais.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

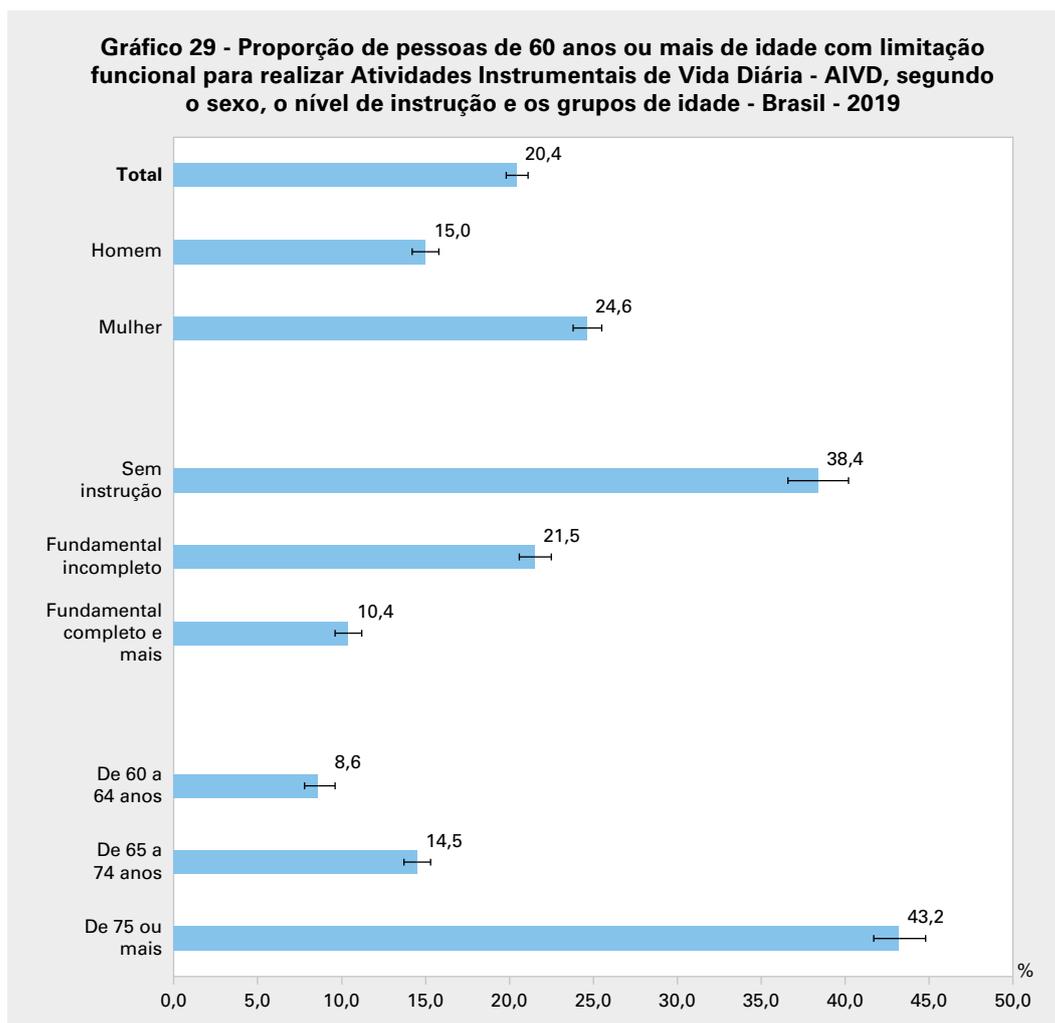
A pesquisa também investigou as limitações funcionais que as pessoas de 60 anos ou mais de idade enfrentavam para realizar, sozinhas, suas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), como: fazer compras (de alimentos, roupas, medicamentos e outros); cuidar do seu próprio dinheiro; tomar seus medicamentos; ir ao médico e sair utilizando transporte como ônibus, metrô, táxi ou carro. A proporção de pessoas que apresentaram essas limitações foi estimada em 20,4%. A Região Nordeste apresentou a maior proporção desse indicador (25,8%).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

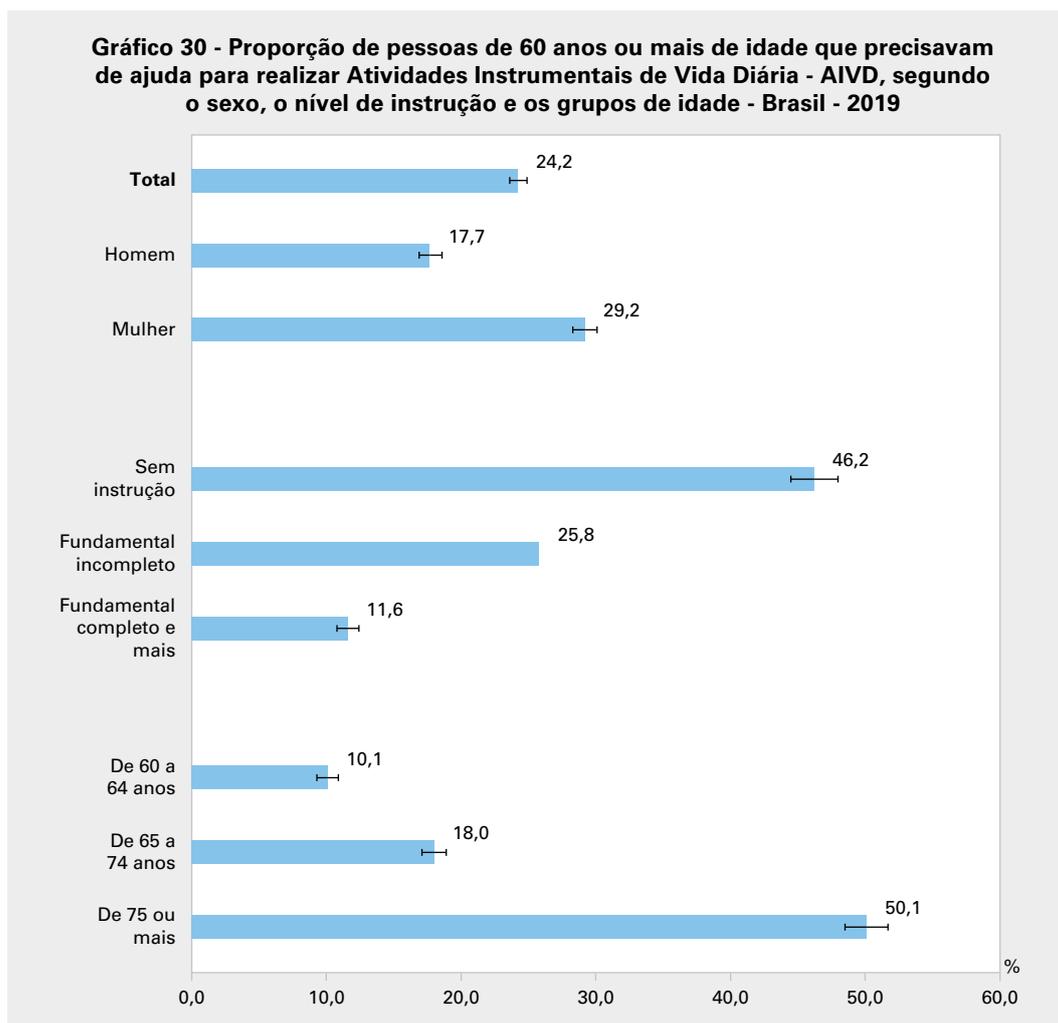
A limitação funcional para Atividades Instrumentais de Vida Diária foi maior para as mulheres (24,6%) do que para os homens (15,0%). Em relação aos grupos de idade, verificou-se que, quanto mais elevado, maior a proporção de pessoas com tais limitações, variando de 8,6%, para aquelas de 60 a 64 anos, a 43,2%, para as de 75 anos ou mais de idade. Levando em consideração o nível de instrução, observou-se relação em sentido oposto, ou seja, quanto mais elevado esse nível, menor era a proporção estimada para o indicador: para as pessoas sem instrução, 38,4%; com fundamental incompleto, 21,5%; e com fundamental completo ou mais, 10,4%.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

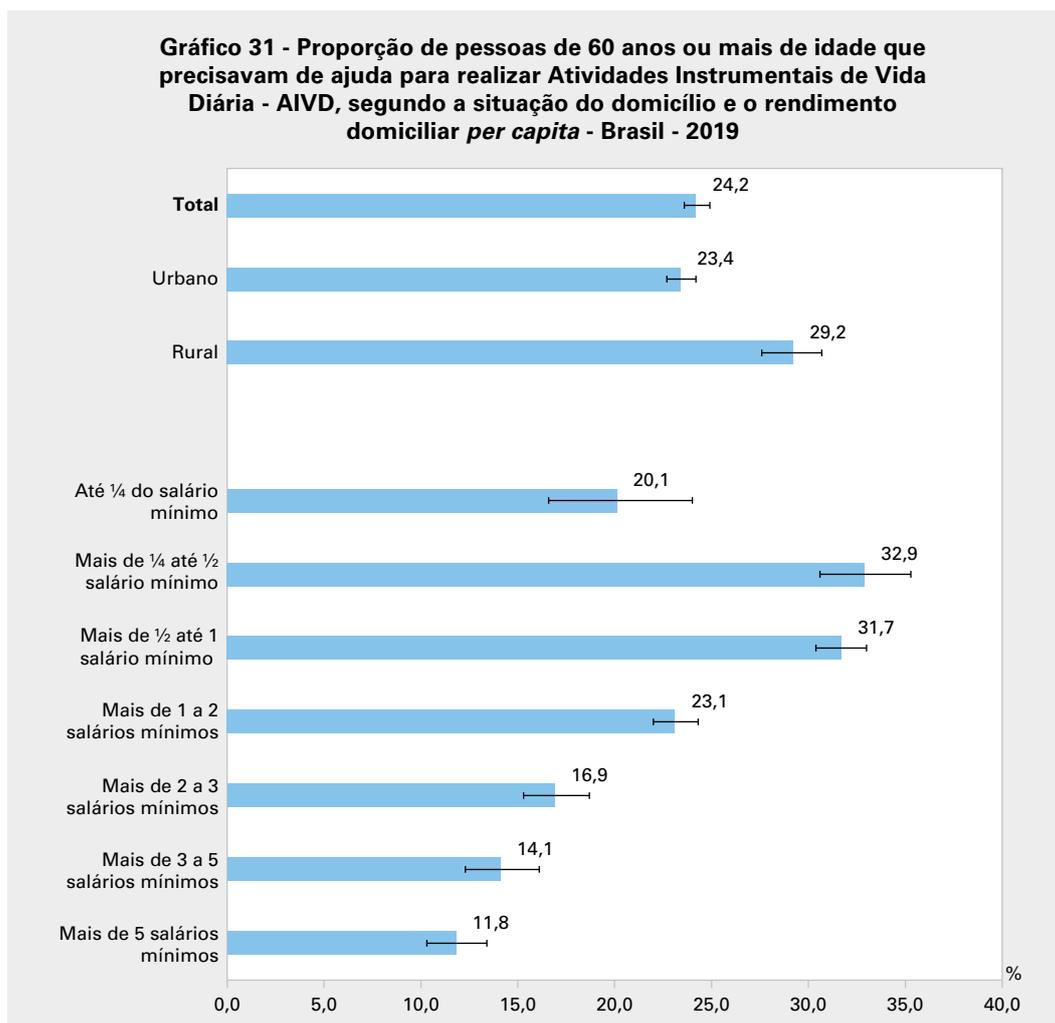
A PNS 2019 estimou que 24,2% da população de 60 anos ou mais de idade precisava de ajuda para realizar Atividades Instrumentais de Vida Diária. Em relação ao perfil sociodemográfico, eram 29,2% das mulheres e 17,7% dos homens. A população com menos instrução apresentou percentual mais elevado enquanto a com fundamental completo ou mais apresentou proporção mais baixa. Em relação à idade, quanto mais avançados os grupos de idade, maiores foram as estimativas. O percentual do grupo de 60 a 64 anos de idade foi de 10,1%, o de 65 a 74 foi de 18,0% e o de 75 ou mais registrou 50,1%.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

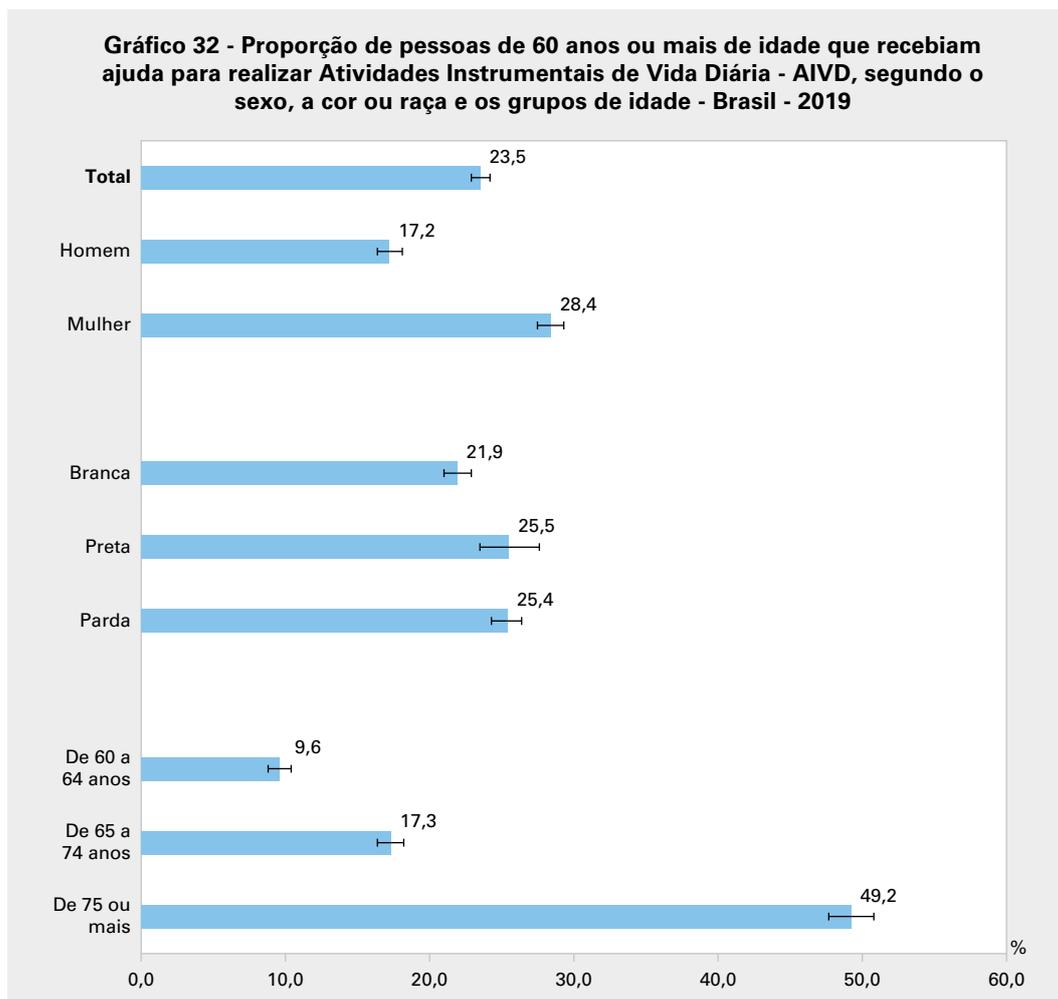
A análise do rendimento domiciliar desse grupo apontou que, com exceção das pessoas em domicílios sem rendimento ou até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, quanto maior o rendimento, menor o percentual de pessoas de 60 anos ou mais de idade que precisavam de ajuda para realizar atividades instrumentais da vida diária. Na área urbana (23,4%), este percentual era menor do que na área rural (29,2%).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

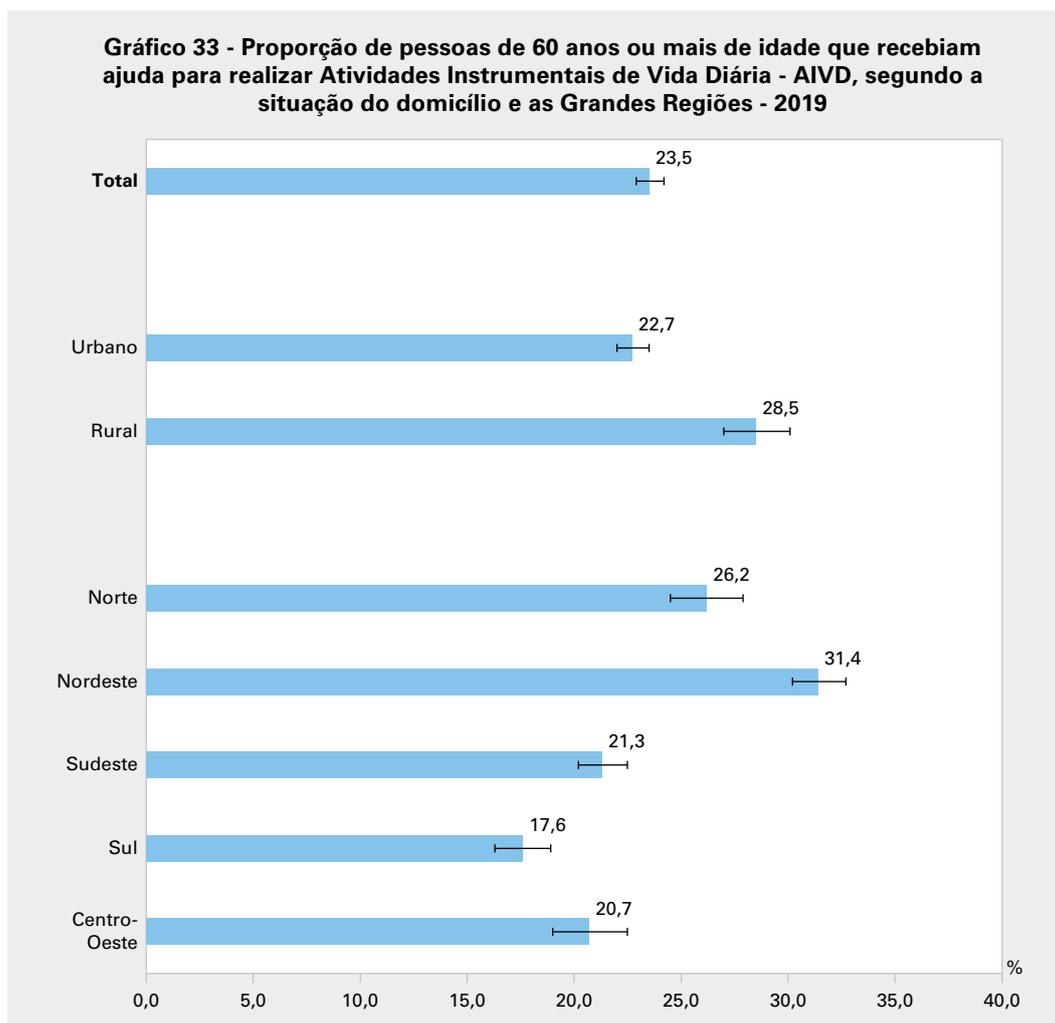
Foi estimado que 8,1 milhões de pessoas (23,5% da população de 60 anos ou mais de idade) recebiam ajuda para realizar Atividades Instrumentais de Vida Diária. Foram 28,4% das mulheres e 17,2% dos homens. A população branca (21,9%) apresentou um percentual ligeiramente menor do que os das populações preta (25,5%) e parda (25,4%) e, o grupo de idade mais elevada registrou maior proporção do que as faixas etárias mais baixas.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

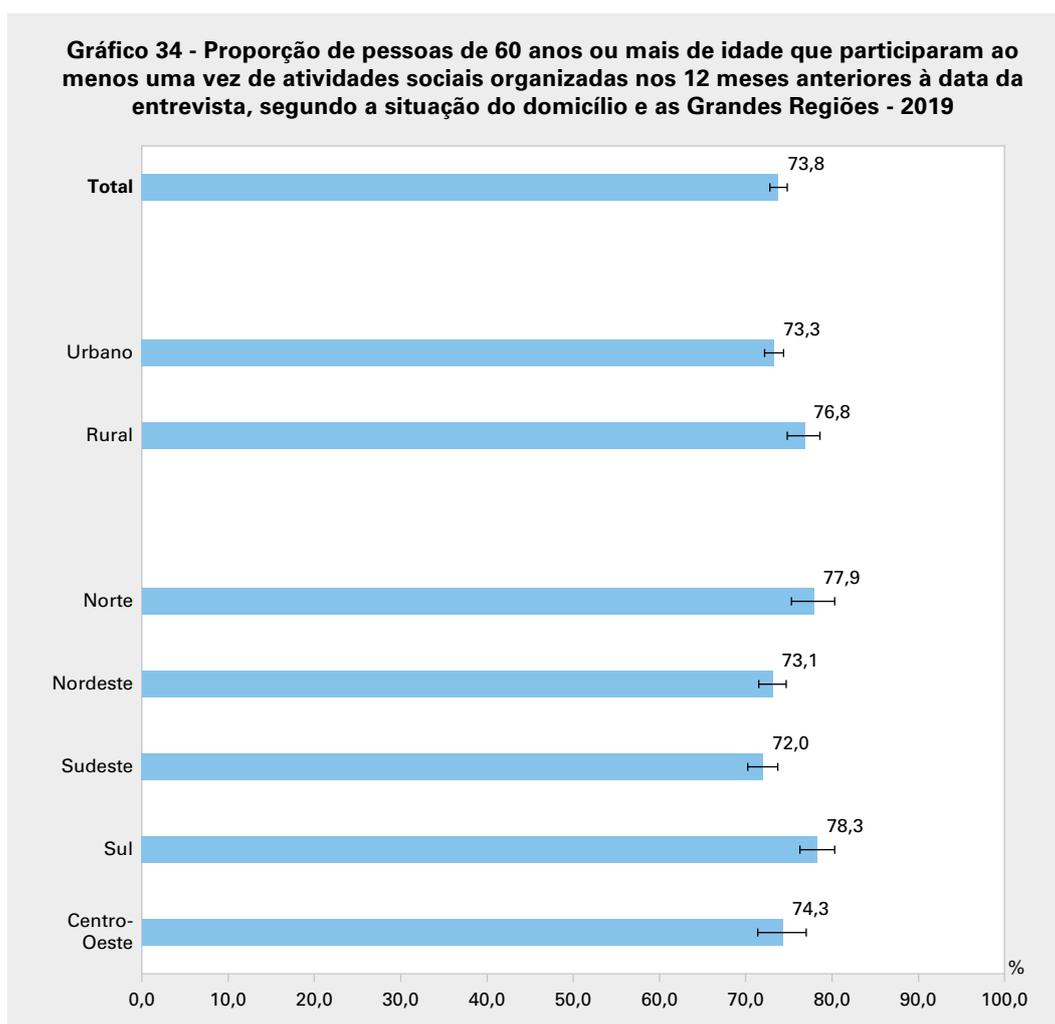
As estimativas regionais para esse indicador dão destaque às Regiões Nordeste (31,4%) e Norte (26,2%), com percentuais superiores à média nacional de pessoas que recebiam ajuda para realizar atividades instrumentais. Por outro lado, as Regiões Sudeste (21,3%), Centro-Oeste (20,7%) e Sul (17,6%) apresentaram proporções menores do que a média nacional. A área rural (28,5%) registrou estimativa mais alta do que a área urbana (22,7%).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Com o objetivo de verificar os graus de autonomia e independência e a inserção social, a pesquisa investigou a participação das pessoas de 60 anos ou mais de idade em atividades sociais organizadas, como clubes, grupos comunitários ou religiosos, centros de convivência do idoso, entre outras. Em 2019, 73,8% das pessoas de 60 anos ou mais de idade relataram participar de atividades sociais organizadas, tendo as Regiões Sul (78,3%) e Norte (77,9%) registrado médias superiores à média nacional. Considerando a situação do domicílio, a proporção na área urbana foi 73,3% e na área rural, 76,8%.



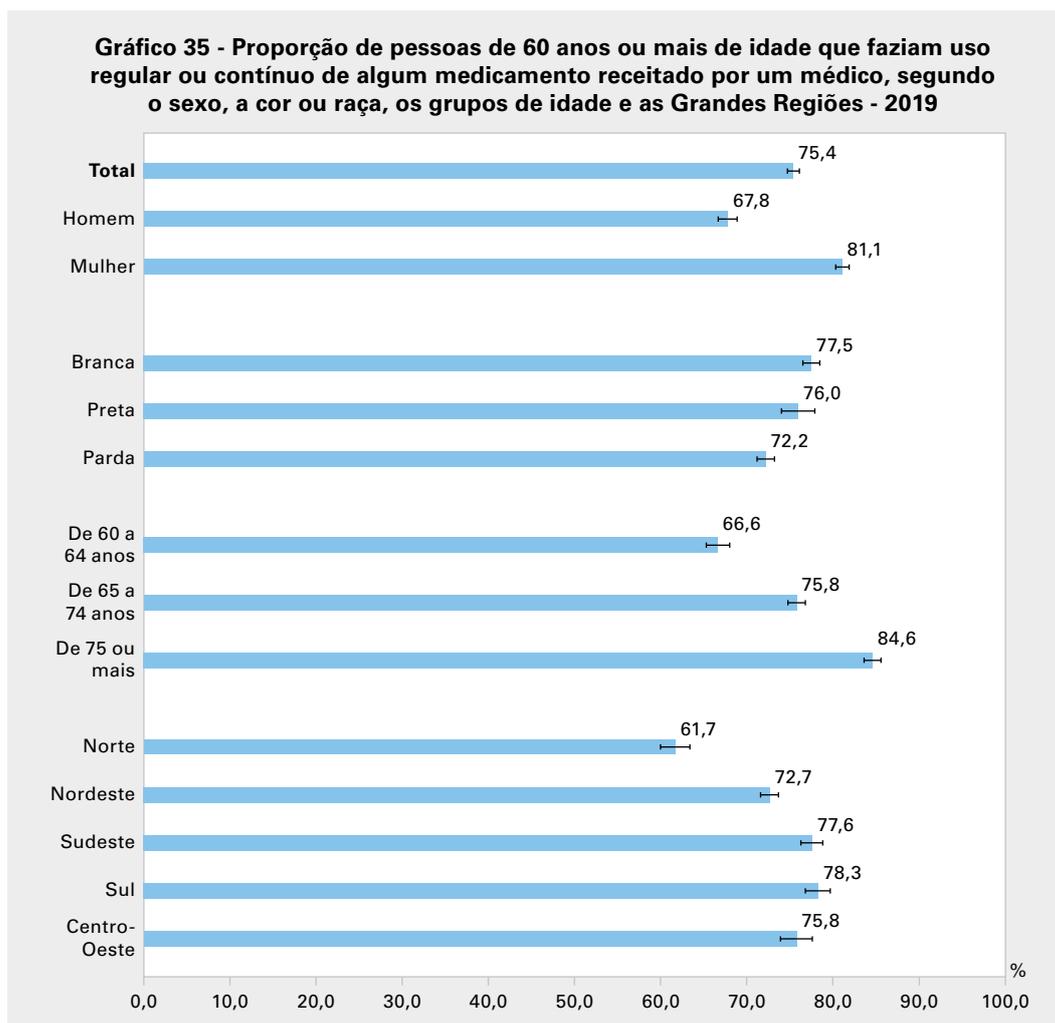
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Uso de medicamentos

Com o envelhecimento populacional, se observa um aumento das doenças crônicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, diabetes e neoplasias, por exemplo), aquelas que aliadas a um conjunto de fatores levam à deterioração progressiva da saúde, sendo as principais causas de mortalidade no País. Elas são responsáveis pela maior frequência de consultas ambulatoriais, consumo de medicamentos e internações hospitalares. Em relação ao uso de medicamentos, estudos apontam que os idosos são os principais usuários desta terapêutica.

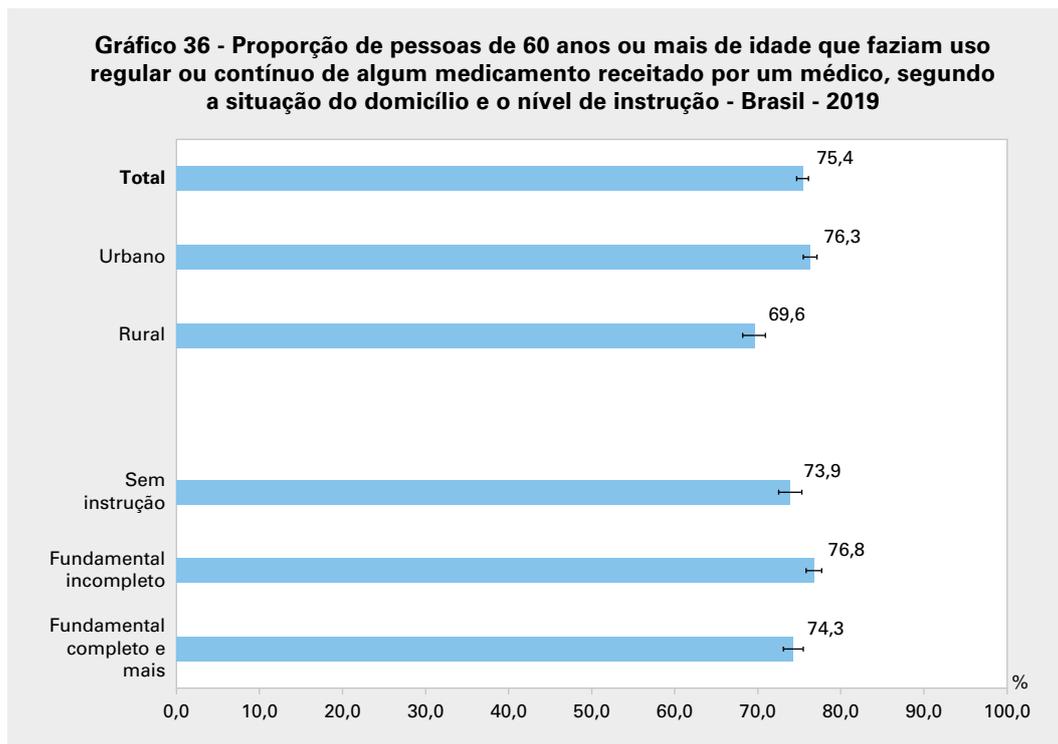
A PNS 2019 estimou em 75,4% o percentual de pessoas de 60 anos ou mais de idade que faziam uso regular ou contínuo de algum medicamento receitado por um médico. Em relação ao perfil sociodemográfico, 81,1% das mulheres e 67,8% dos homens, desse grupo de idade, faziam uso de medicamentos. A população parda (72,2%) apresentou proporções menores do que as populações branca e preta (77,5% e 76,0%, respectivamente) e os grupos de idade mais avançados registraram percentuais mais altos do que os de menor idade. O recorte regional mostrou que as Regiões Norte (61,7%) e Nordeste (72,7%) apresentaram proporções abaixo da média nacional.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Na área urbana, a pesquisa estimou um percentual de utilização de uso regular ou contínuo de medicamentos em 76,3%, enquanto na área rural essa proporção foi de 69,6%. Sobre o nível de instrução, 73,9% das pessoas sem instrução tomavam remédio, entre as com fundamental incompleto a proporção foi de 76,8% e para as pessoas com fundamental completo ou mais, o percentual foi de 74,3%.

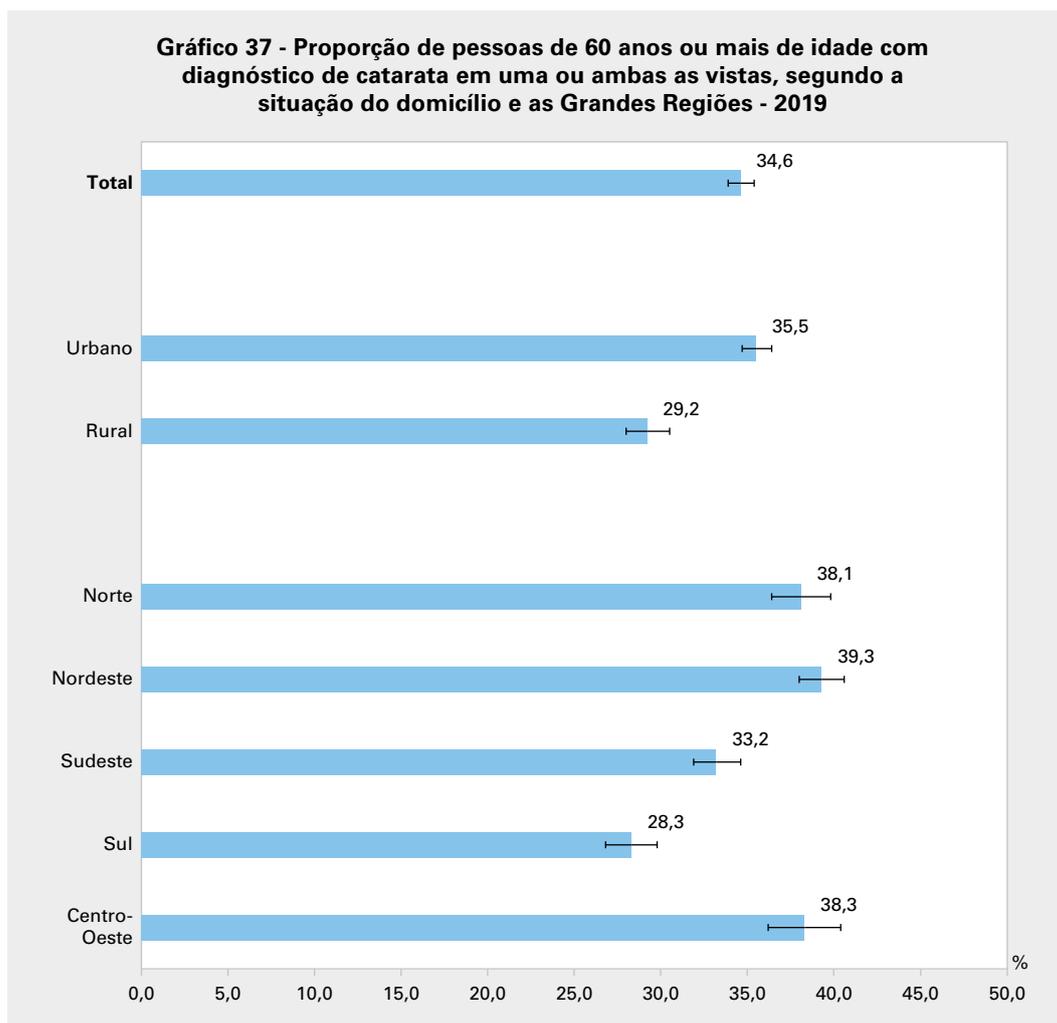


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Ocorrência de catarata

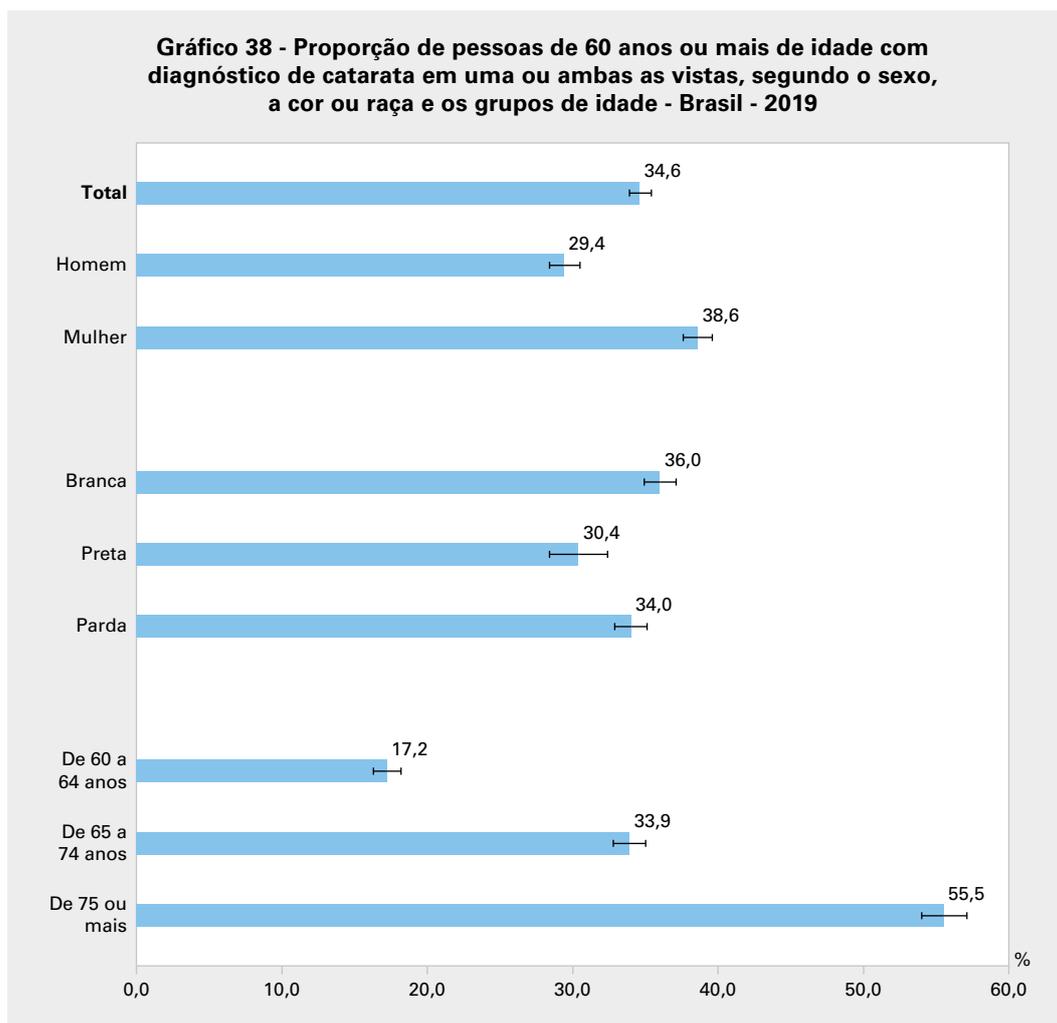
Com o objetivo de verificar o índice de ocorrência de catarata na população de 60 anos ou mais de idade, foi estimada a proporção de pessoas diagnosticadas com essa doença em uma ou ambas as vistas. Segundo a PNS 2019, esse indicador atingiu 34,6% no País, sendo as maiores proporções observadas nas Regiões Nordeste (39,3%), Centro-Oeste (38,3%) e Norte (38,1%), enquanto as menores ocorreram nas Regiões Sul (28,3%) e Sudeste (33,2%). Considerando a situação do domicílio, a área urbana (35,5%) apresentou proporção superior à da rural (29,2%).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

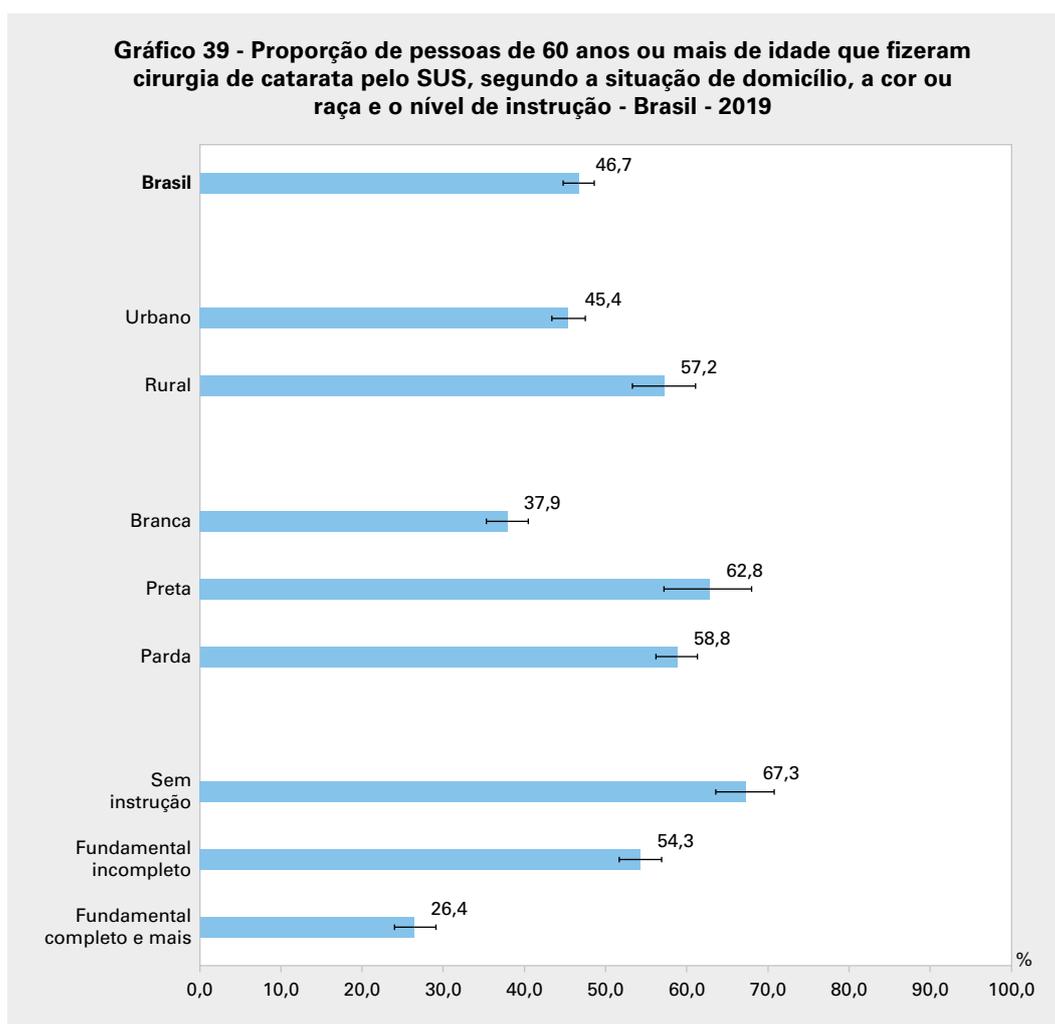
O diagnóstico de catarata foi menos frequente nos homens (29,4%) do que nas mulheres (38,6%). Constatou-se ainda que, quanto mais elevada a idade, maior a proporção desse indicador: para as pessoas de 60 a 64 anos, 17,2%; de 65 a 74 anos, 33,9%; e de 75 anos ou mais, 55,5%.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Das pessoas com o diagnóstico de catarata, 74,2% (7,3 milhões de pessoas) tiveram indicação de cirurgia e a realizaram. Dentre estas, 46,7% realizaram a cirurgia pelo SUS, correspondendo a um total de 3,4 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. A pesquisa apontou que o percentual dos que realizaram a cirurgia pelo SUS na área rural (57,2%) foi superior ao da área urbana (45,4%), bem como a população branca (37,9%) apresentou estimativas mais baixas do que as populações preta (62,8%) e parda (58,8%). A população com menor nível de instrução apresentou percentual mais elevado (67,3%), enquanto a com fundamental completo ou mais apresentou uma proporção mais baixa (26,4%).



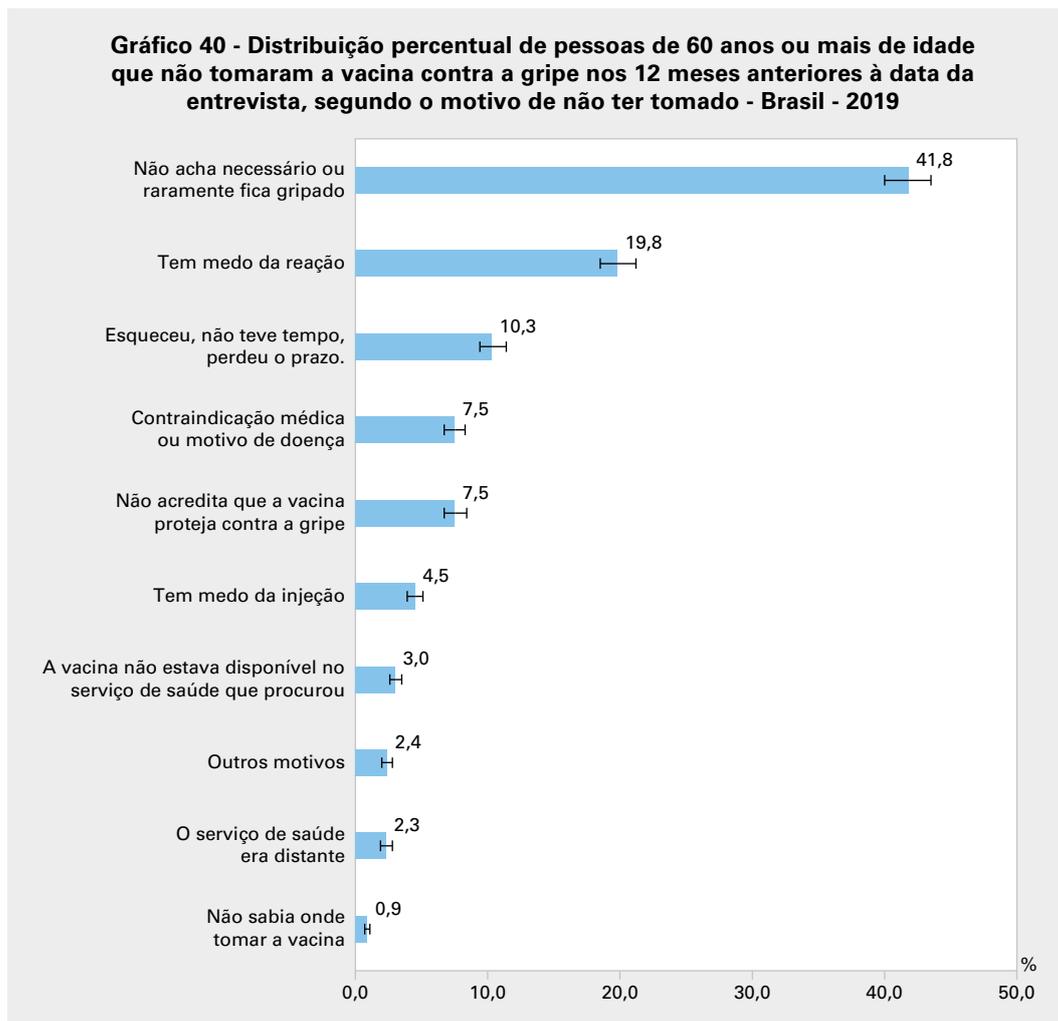
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Vacinação contra a gripe

A imunização da gripe, por meio de vacina, faz parte de uma das estratégias do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde. Nos 12 meses anteriores à data da entrevista da PNS 2019, 72,3% das pessoas de 60 anos ou mais de idade tomaram a vacina contra a gripe. O recorte regional não apresentou diferença estatisticamente significativa. A população de 60 a 64 anos apresentou estimativas mais baixas do que os demais grupos etários, com um percentual de vacinação de 66,3%, enquanto os grupos de 65 a 74 anos e de 75 anos ou mais registraram proporções de 74,4% e 75,8% respectivamente.

No grupo de pessoas que referiu não ter tomado a vacina, o principal motivo (41,8%) foi não achar necessário ou raramente ficar gripado e o segundo motivo mais citado (19,8%) foi ter medo da reação.



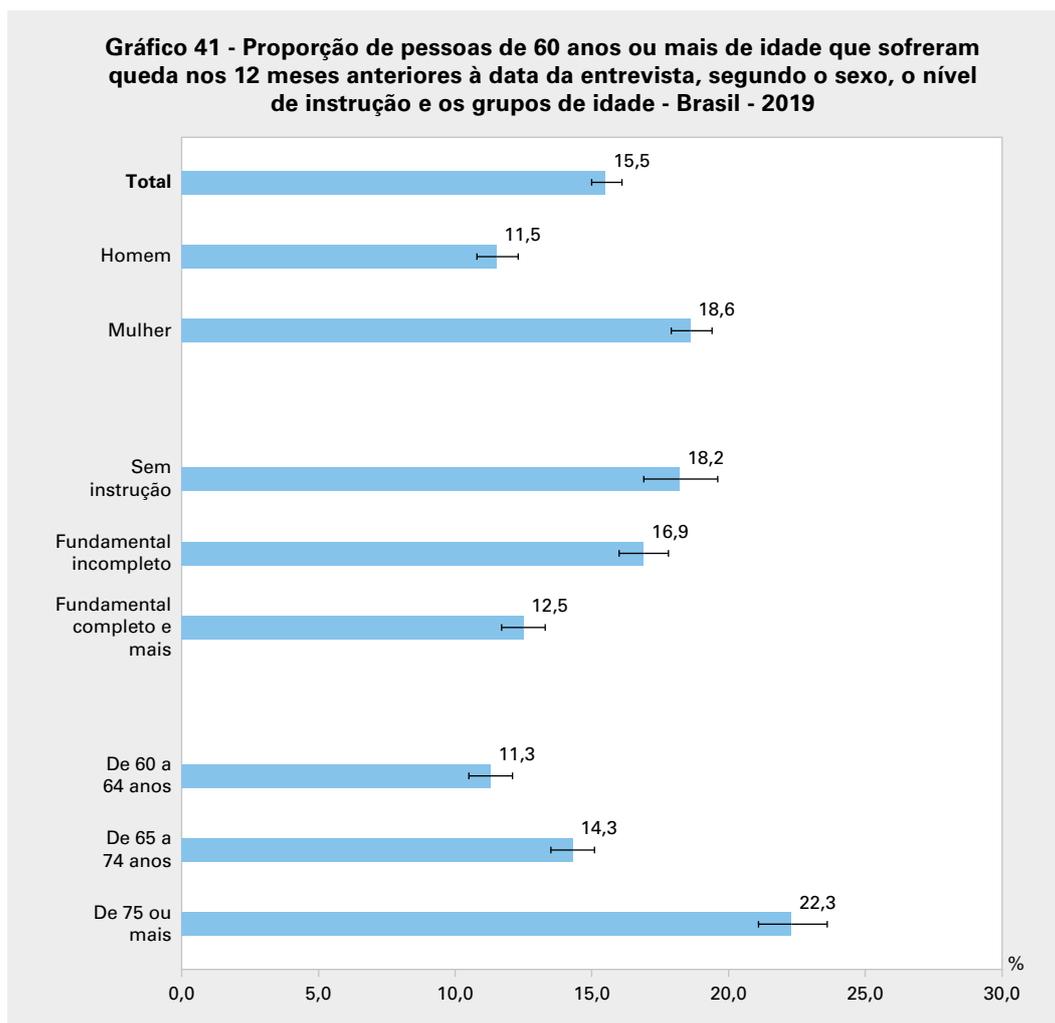
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Queda entre as pessoas de 60 anos ou mais de idade

A queda é um evento comum entre as pessoas mais velhas, podendo levar a algum tipo de lesão de maior ou menor gravidade. O temor de novas quedas pode levar à perda de confiança na capacidade de se locomover, gerando algum nível de imobilidade ou piora na capacidade funcional, baixa autoestima e isolamento social.

A PNS 2019 investigou que no Brasil, 15,5% das pessoas de 60 anos ou mais de idade, sofreu alguma queda nos 12 meses anteriores à entrevista. Esse percentual foi maior entre as mulheres (18,6%), enquanto para os homens foi de 11,5%. Entre os mais velhos, grupo de 75 anos ou mais (22,3%), as estimativas foram maiores do que nos grupos de 60 a 64 anos (11,3%) e de 65 a 74 anos (14,3%). Não foram verificadas diferenças regionais estatisticamente significativas e as pessoas com fundamental completo ou mais (12,5%) registraram um percentual menor de ocorrência de queda do que os demais níveis de instrução.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Saúde da mulher

Em 2019, as mulheres correspondiam a 52,2% (109,4 milhões) da população residente do Brasil, eram maioria entre a população idosa (56,7%), assim como as principais usuárias do sistema de saúde¹². Nesse cenário, que já faz parte da realidade brasileira há muitos anos, o bom conhecimento da saúde das mulheres é essencial para entender suas demandas de saúde, assim como possibilitar o direcionamento de recursos e políticas públicas de forma mais eficiente.

A PNS de 2019 entrevistou mulheres de 15 anos ou mais de idade (em 2013 foram mulheres de 18 anos ou mais de idade), selecionadas aleatoriamente nos domicílios da amostra, na busca de investigar diversos aspectos sobre a sua vida, como: a realização de exames preventivos de colo de útero e de mama, a realização de histerectomia, menstruação e menopausa, além dos aspectos do planejamento reprodutivo e da contracepção.

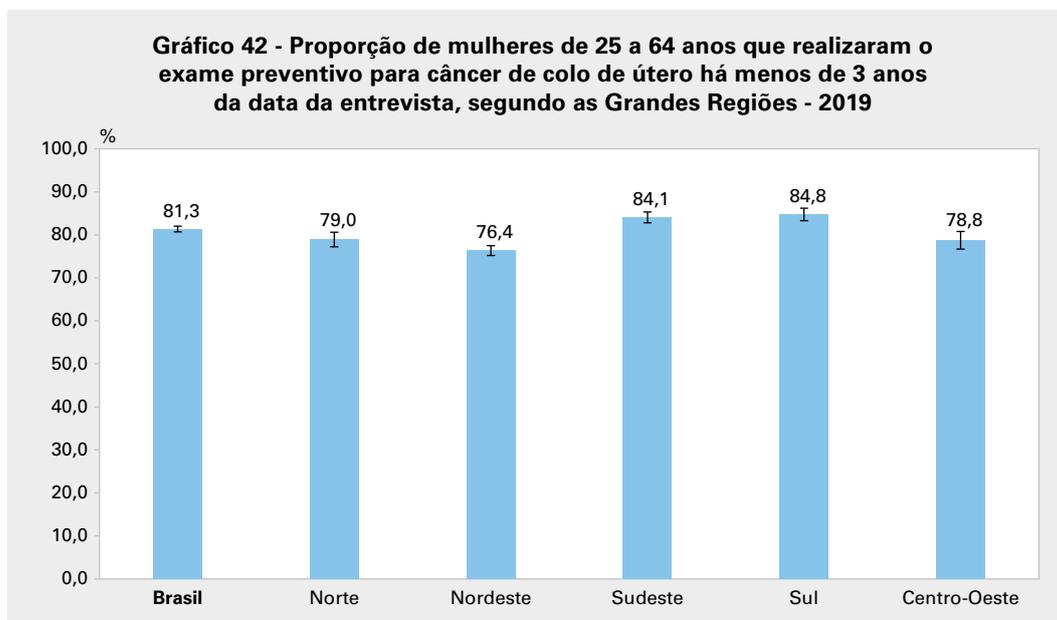
¹² Em 2019, 82,3% consultaram médico; 52,6% consultaram dentista; 22,1% procuraram atendimento de saúde; entre outros indicadores que apresentaram números superior ao dos homens (PNS 2019, volume sobre domicílios e acesso e utilização dos serviços de saúde)

Exames preventivos de saúde feminina

Exame preventivo para câncer de colo de útero¹³

O exame preventivo de colo de útero, também conhecido como Papanicolau, é um exame citopatológico que visa mapear alterações celulares que podem evoluir para o câncer do colo do útero. Esse exame faz parte da estratégia de detecção e diagnóstico precoce do câncer que possibilita aumentar as chances de cura da paciente. Além da detecção precursora do câncer do colo do útero, o exame preventivo identifica outras infecções que precisam ser tratadas.

No Brasil, segundo a PNS 2019, 81,3% das mulheres de 25 a 64 anos de idade realizaram o exame preventivo há menos de três anos da data da entrevista, porcentagem maior que o da PNS 2013, 78,7%. As Regiões Sul (84,8%) e Sudeste (84,1%) apresentaram percentuais acima da média nacional, enquanto as Regiões Norte (79,0%), Centro-Oeste (78,8%) e Nordeste (76,4%) situaram-se abaixo dessa média.



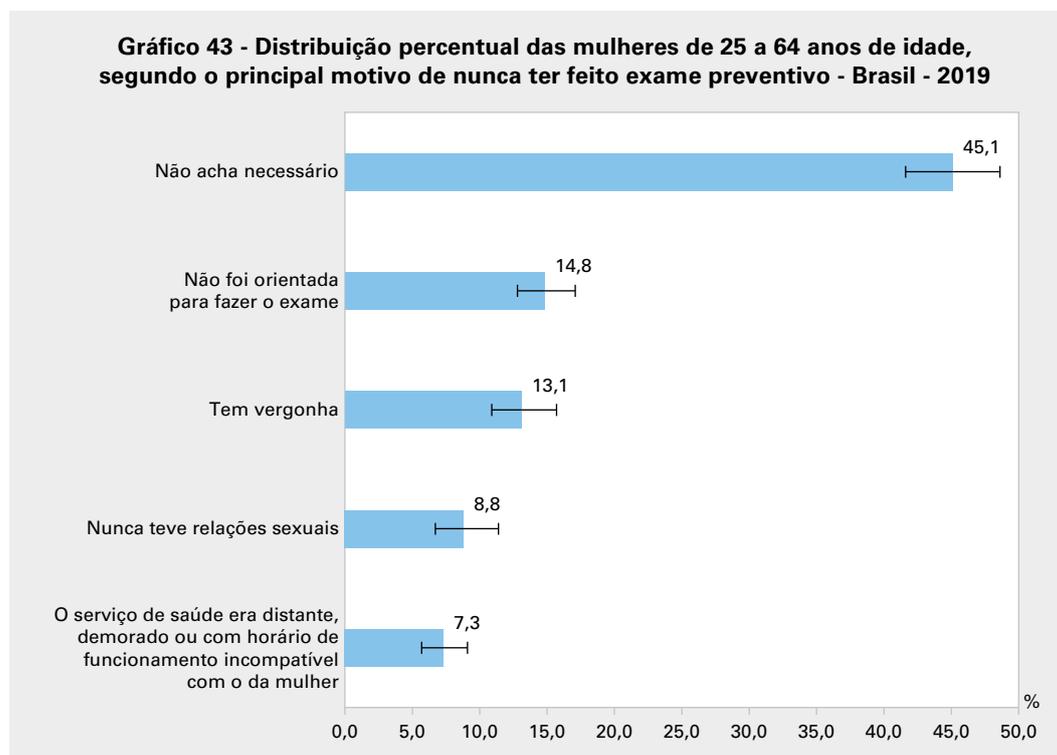
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Em 2019, observou-se uma associação positiva entre o aumento do nível de instrução ou do rendimento domiciliar *per capita* e realização do exame preventivo. Para as mulheres do grupo sem instrução até o nível fundamental incompleto, 72,5% fizeram preventivo há menos de 3 anos, enquanto entre aquelas com o ensino superior completo, 90,4%. Da mesma forma, sob a ótica do rendimento, o percentual variou de 72,9% (sem rendimento até 1/4 do salário mínimo) até 93,8% (mais de 5 salários mínimos).

¹³ A recomendação do Ministério da Saúde é de que toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve submeter-se a exame preventivo periódico, especialmente as que têm entre 25 e 59 anos. Para maior segurança do diagnóstico, os dois primeiros exames devem ser anuais. Se os resultados estiverem normais, sua repetição só será necessária após três anos

Entre as mulheres de 25 a 64 anos de idade, que nunca fizeram o exame preventivo (6,1% das mulheres dessa faixa de idade), 45,1% declararam não achar necessário, 14,8% não foram orientadas a fazer o exame e 13,1% declararam ter vergonha de fazê-lo. Além disso, 7,3% indicaram que não fizeram o exame por dificuldades em relação ao serviço de saúde.

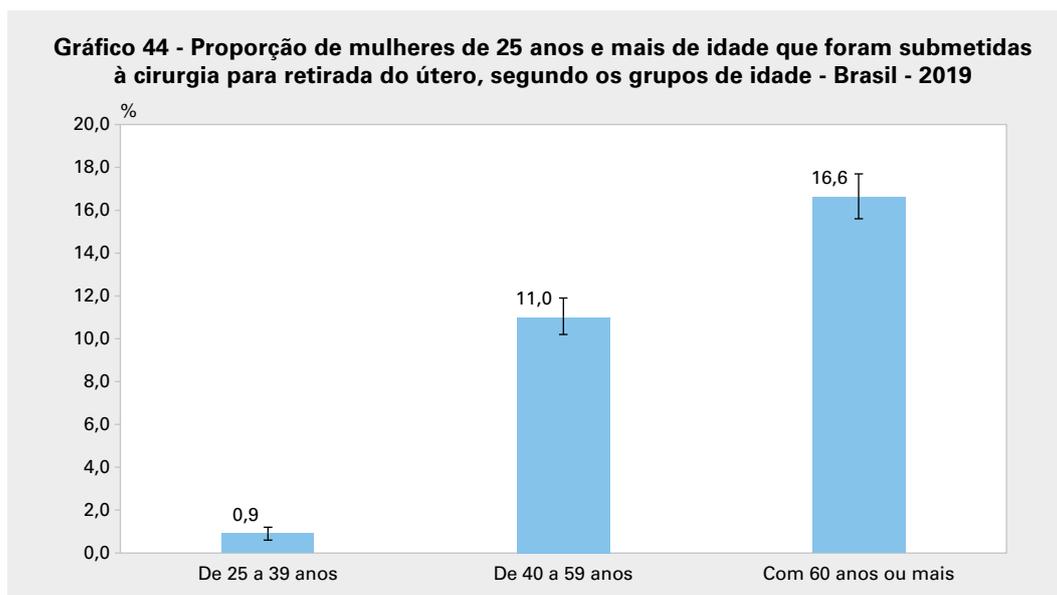


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Histerectomia

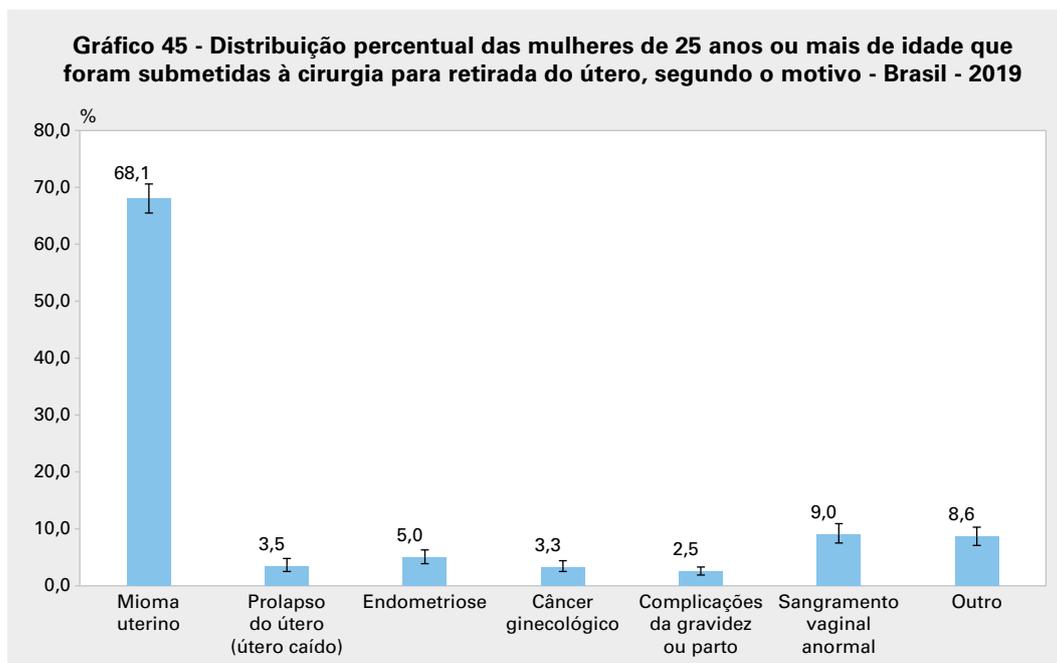
A pesquisa estimou que 9,2% das mulheres de 25 anos ou mais de idade, no Brasil, foram submetidas à cirurgia para retirada do útero (histerectomia). Esse percentual variou conforme a idade, sendo de 0,9% entre as mulheres de 25 a 39 anos, 11,0% entre aquelas de 40 a 59 anos e 16,6% entre as com 60 anos ou mais de idade.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

A realização da histerectomia deve ser baseada na existência de patologia e avaliação clínica, tendo em vista que a retirada do útero inviabiliza a mulher de ter filhos. Nesse sentido, foi perguntado o principal motivo para esta intervenção cirúrgica. A retirada de mioma uterino foi declarada por 68,1% ou 4,6 milhões de mulheres, seguido por sangramento vaginal anormal (9,0% ou 611 mil). O câncer ginecológico foi responsável por 3,3% das retiradas.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

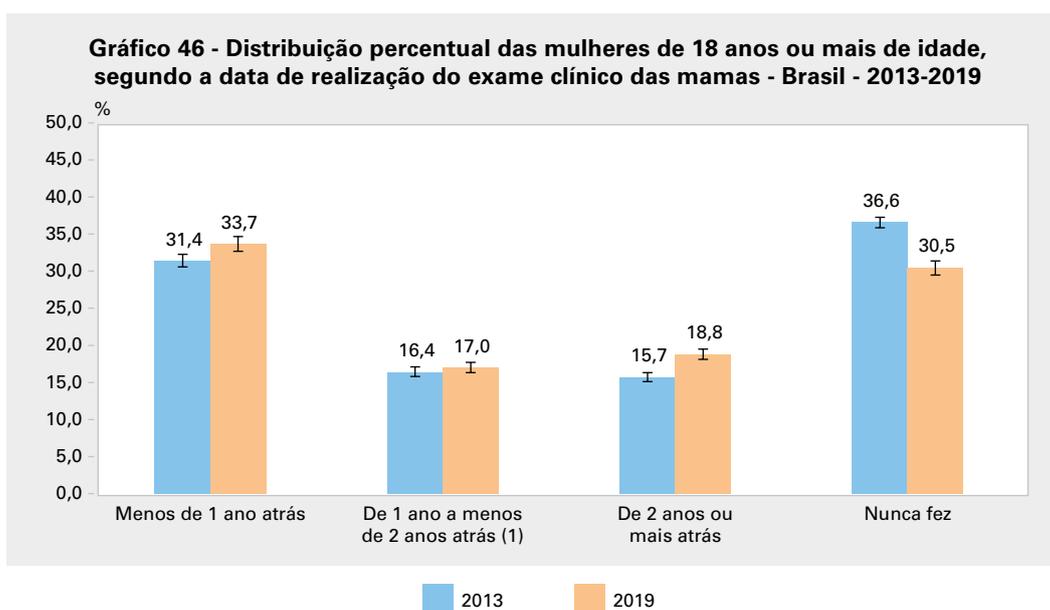
Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Exames de mama

No mundo, o câncer de mama é o câncer de maior incidência entre as mulheres e o segundo responsável por mortes de câncer entre elas (CANCER..., 2020). No Brasil, o câncer de mama só fica atrás do câncer de pele não melanoma e, em 2020, foram estimados 66 280 casos novos (ESTIMATIVA..., 2019). Nesse contexto, a detecção precoce dessa patologia por meio do exame clínico da mama e da mamografia, assim como a estratégia de rastreamento, permitem aumentar as chances de cura da paciente, assim como possibilitar um tratamento não mutilador.

O exame clínico das mamas é um exame físico realizado por um profissional de saúde treinado, podendo ser um médico ou um enfermeiro, que tem como objetivo fazer uma inspeção e palpação das mamas e dos linfonodos. Essa avaliação clínica, que deve ser feita de rotina em todas as mulheres, especialmente naquelas com 40 anos ou mais de idade, pode indicar a necessidade de realização de exames complementares, como a mamografia.

Em 2019, 33,7% das mulheres de 18 anos ou mais de idade haviam realizado o exame clínico das mamas em menos de 1 ano, sendo uma evolução em relação a 2013 (31,4%). Por outro lado, ainda 30,5% das mulheres de 18 anos ou mais nunca haviam realizado tal exame, percentual que foi 36,6% em 2013.

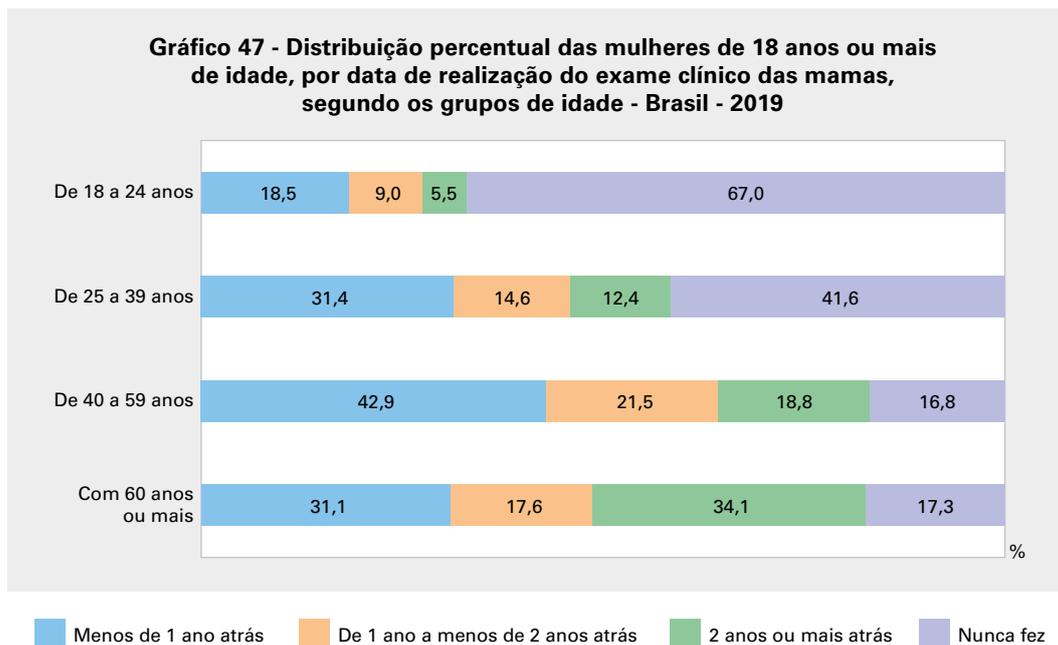


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

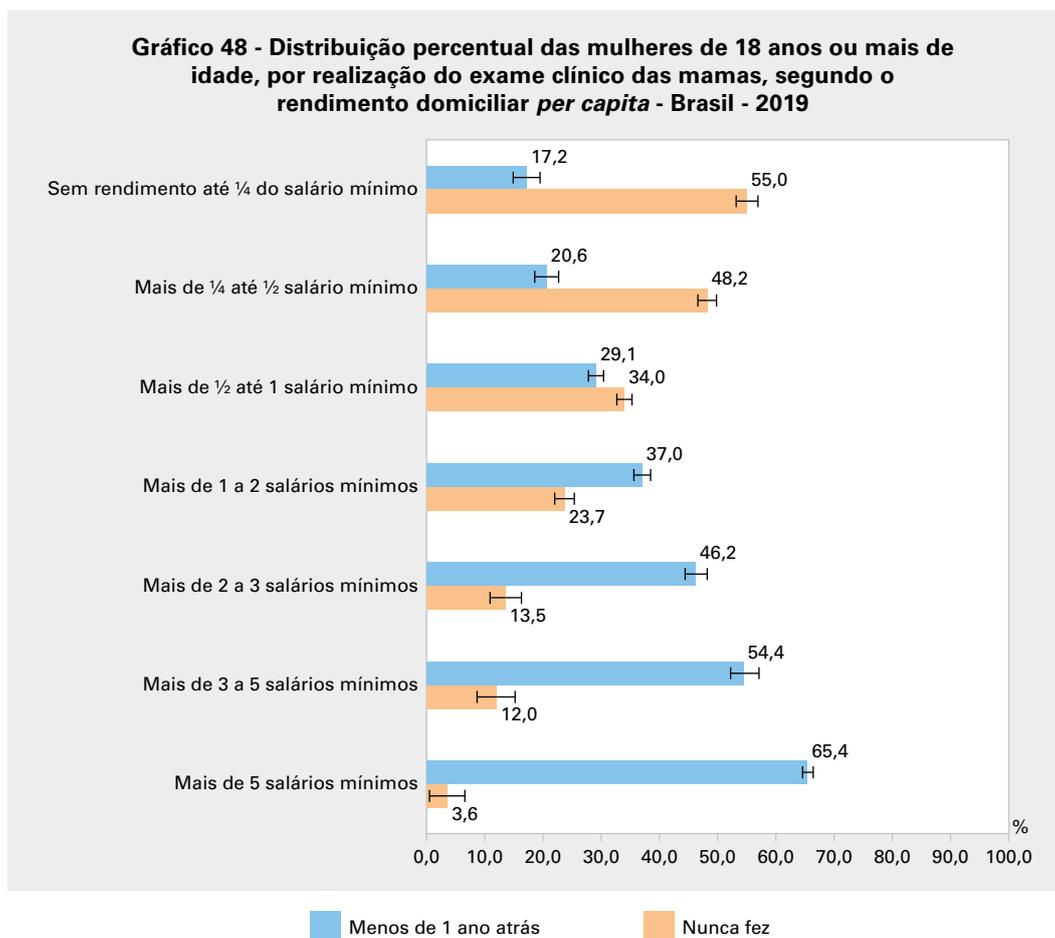
(1) Não houve diferença estatisticamente significativa entre 2013 e 2019.

Quando se analisa a realização do exame clínico das mamas por faixa etária, observa-se que 67,0% das mulheres de 18 a 24 anos nunca haviam feito tal exame e que esse percentual se reduz conforme a idade aumenta. As mulheres de 40 a 59 anos foram aquelas com o maior percentual de exame realizado em menos de 1 ano, 42,9%.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Um dos maiores entraves ao diagnóstico precoce é a desigualdade de acesso aos serviços e tecnologias ligados à patologia. No tocante ao exame clínico das mamas, nota-se que o percentual de mulheres com 18 anos ou mais de idade que realizou o exame em menos de 1 ano aumenta na medida que o rendimento domiciliar *per capita* aumenta. Por outro lado, o percentual que nunca fez o exame diminui drasticamente conforme este rendimento aumenta.

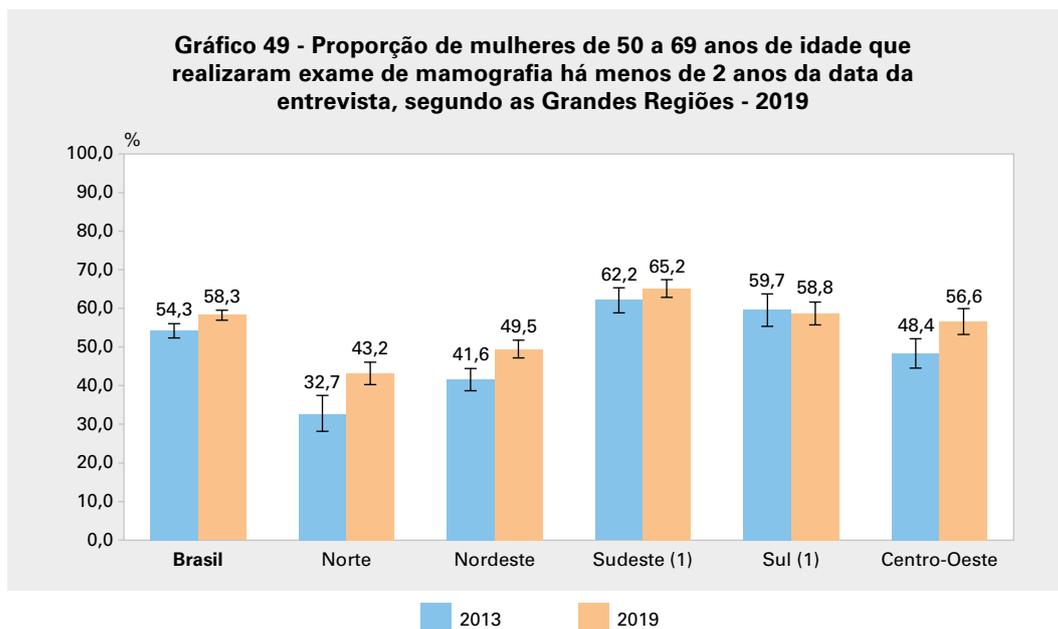


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

O Ministério da Saúde recomenda que a mamografia de rastreamento, ou seja, entre as mulheres sem alterações ou achados clínicos, seja realizada a cada dois anos para as mulheres entre os 50 e 69 anos. Abaixo dessa idade, a mamografia pode ser indicada em casos de suspeita de síndromes hereditárias ou para complementar um diagnóstico médico devido a alguma alteração ou achado clínico (05/02..., 2021).

A PNS 2019 estimou que 58,3% das mulheres de 50 a 69 anos de idade, realizaram exame de mamografia há menos de dois anos da data da entrevista, percentual maior do que em 2013 (54,3%). Em termos regionais, a Sudeste foi a Grande Região com o maior percentual, 65,2%, mantendo um percentual estatisticamente igual ao de 2013. Por outro lado, apesar da melhora frente a 2013, nas Regiões Norte (43,2%) e Nordeste (49,5%), menos de 50% das mulheres de 50 a 69 anos haviam realizado a mamografia dentro do período de menos de 2 anos.

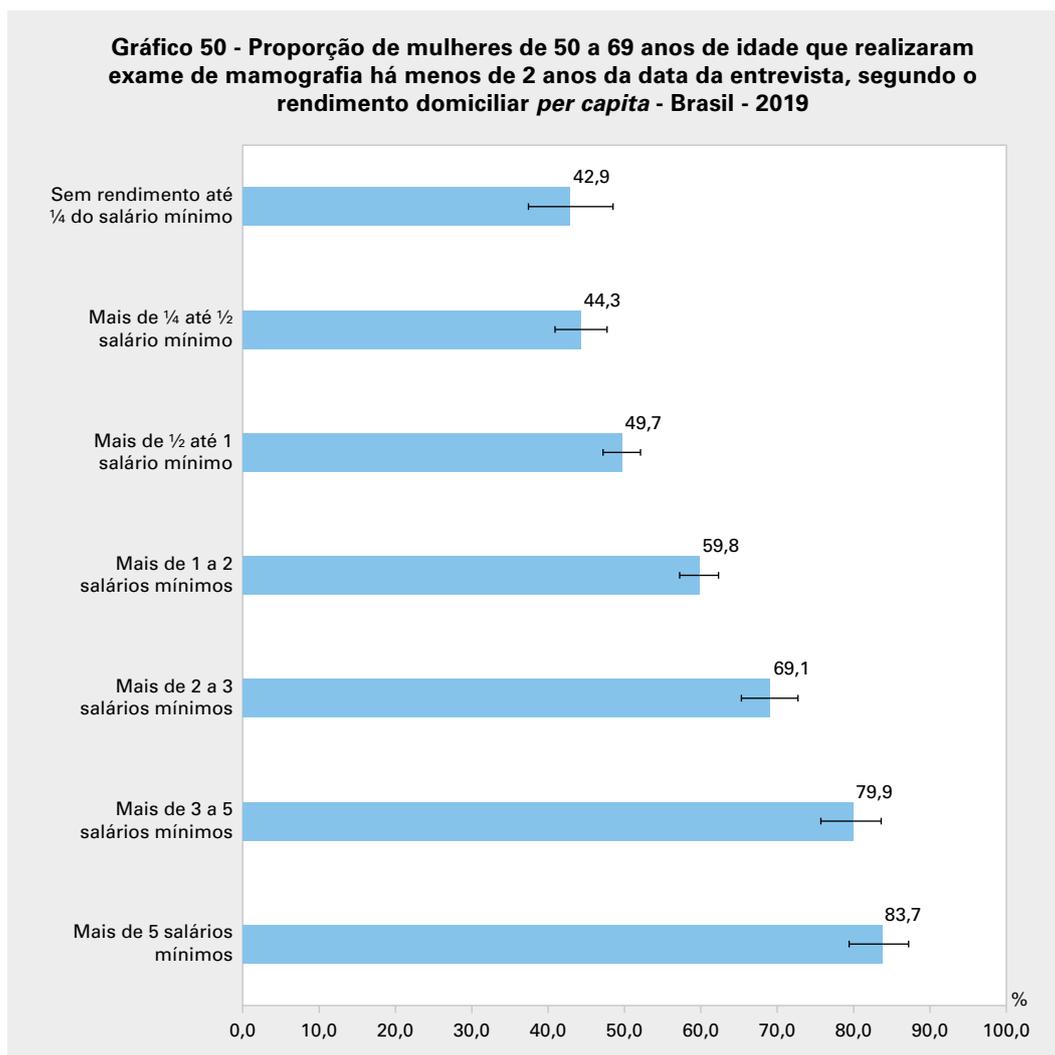


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

(1) Não houve diferença estatisticamente significativa entre 2013 e 2019.

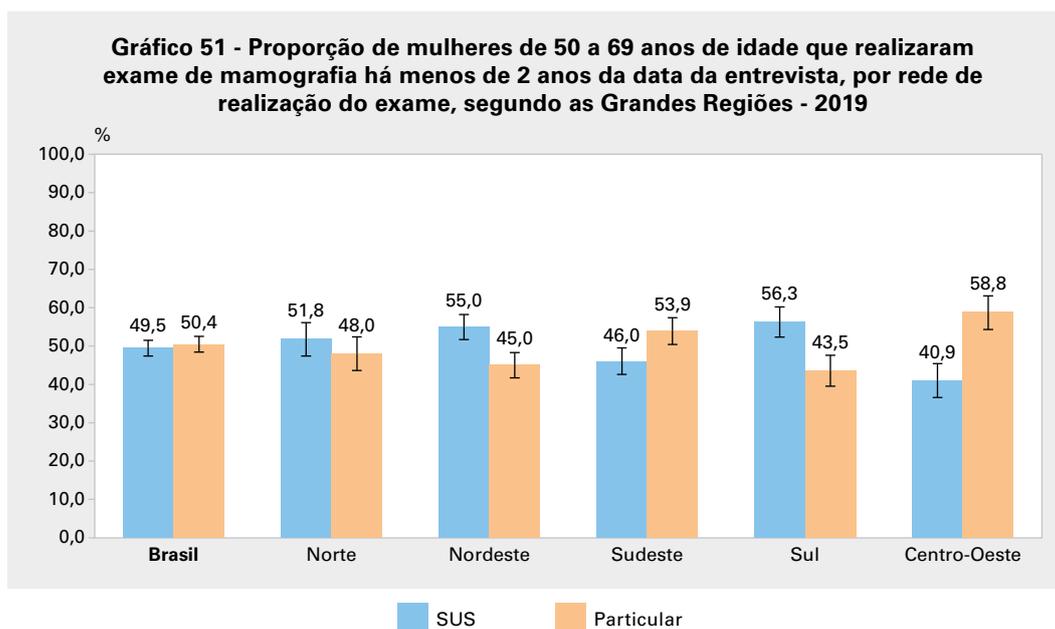
Assim como no exame clínico das mamas, observa-se uma correlação positiva entre a realização da mamografia e o rendimento domiciliar *per capita*. A proporção de mulheres de 50 a 69 anos que haviam feito a mamografia há menos de 2 anos entre aquelas com rendimento domiciliar *per capita* acima de 5 salários mínimos (83,7%) foi quase o dobro do percentual entre aquelas na classe de rendimento domiciliar *per capita* mais baixa (42,9%).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

A metade das mulheres de 50 a 69 anos que realizou a mamografia há menos de 2 anos, fez o exame no SUS. Esse resultado também foi válido para a Região Norte do País. Nas Regiões Sul e Nordeste, o SUS foi responsável por mais da metade dos exames realizados, por outro lado, a rede privada foi mais usada nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste.

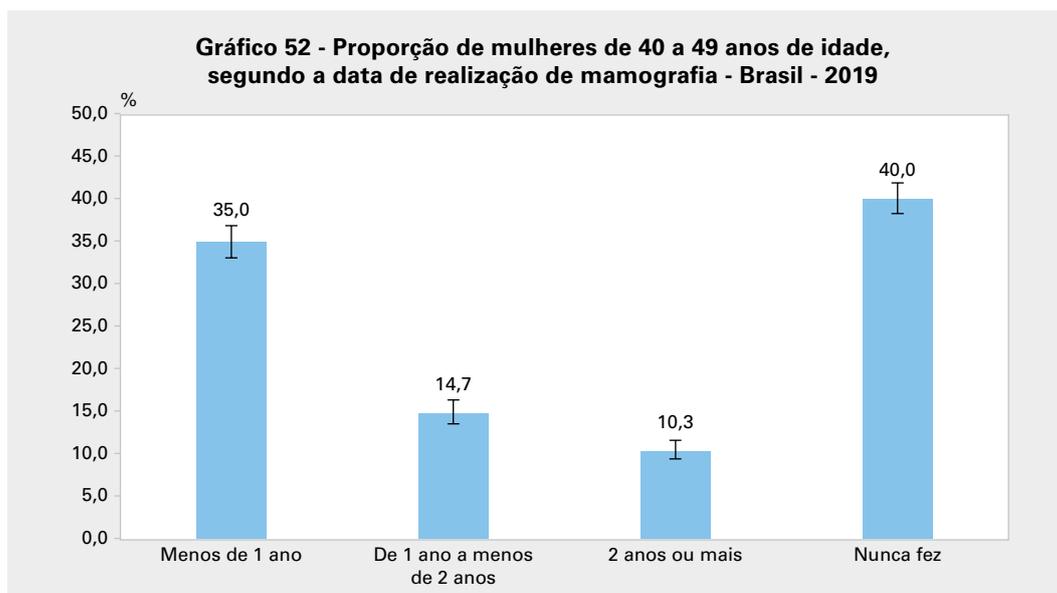


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Para completar, a proporção de mulheres de 50 a 69 anos de idade que nunca realizou exame de mamografia foi de 24,2%, percentual que se reduziu frente a 2013 (31,5%). Cabe destacar que esse indicador no Norte e no Nordeste apresentou os maiores percentuais, respectivamente, 42,1% e 33,7%, assim como foi maior para as mulheres sem instrução ou com o fundamental incompleto (31,9%), para as pretas (26,6%) e pardas (28,2%) e na classe de rendimento *per capita* mais baixa (38,1%).

Ainda é válido analisar a realização da mamografia entre as mulheres de 40 a 49 anos, visto que para muitas delas já houve a indicação médica do acompanhamento da mama por esse exame de imagem. Em 2019, 60,0% das mulheres desse grupo etário já haviam realizado o exame de mamografia, sendo que 35,0% o fizeram há menos de 1 ano da data da entrevista. Além disso, para aquelas que já realizaram tal exame, 56,5% o fizeram na rede particular de saúde.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.
Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

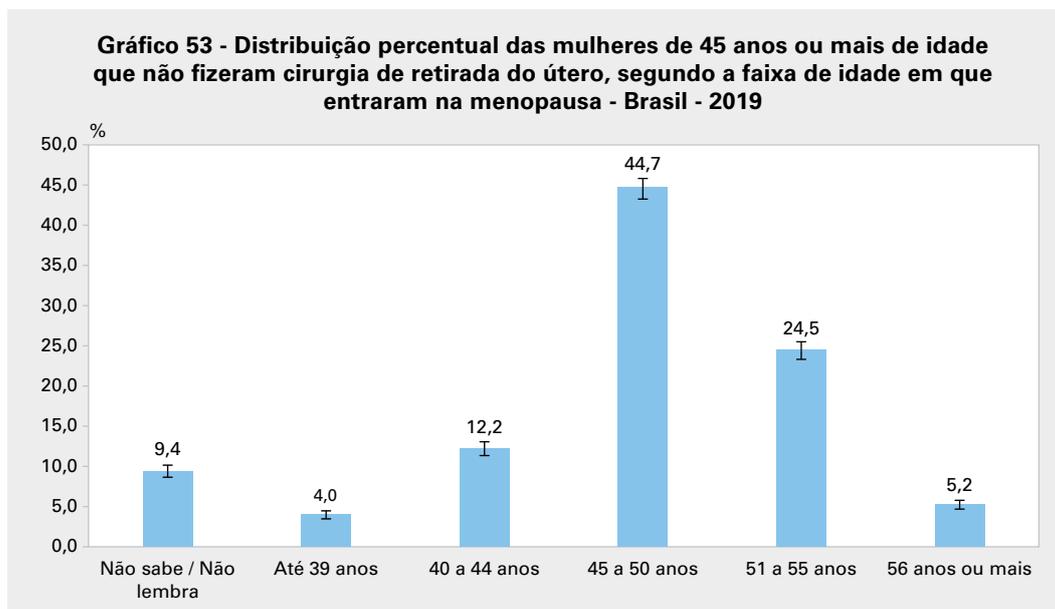
Menarca e menopausa

Menarca é início do ciclo menstrual da mulher, que normalmente ocorre a partir de 10 a 15 anos de idade. A partir dessa primeira menstruação, inicia-se o período fértil da mulher que durará até a menopausa, ou seja, quando ocorre a suspensão natural da menstruação. No Brasil, a idade média da menarca (primeira menstruação) foi de 12,8 anos, segundo a PNS 2019. Na área rural, a média foi de 13,0 anos e na área urbana, 12,8 anos.

A maioria das mulheres entram na menopausa entre os 45¹⁴ e os 55 anos de idade. Esse diagnóstico é dado de forma retrospectiva, após um período de 12 meses sem menstruar. O período de transição para a menopausa é chamado de climatério e se caracteriza por irregularidades menstruais, podendo já aparecer sintomas como as ondas de calores, palpitações, entre outros. A orientação e o acompanhamento médico da mulher na menopausa são fundamentais para prevenir possíveis doenças, avaliar riscos e benefícios da reposição hormonal, assim como para tornar essa fase o mais natural possível para a mulher.

Em 2019, 74,5% (24,3 milhões) das mulheres com 45 anos ou mais de idade, que não fizeram cirurgia de retirada do útero, declaram que estavam na menopausa. Destas, 12,2% disseram que a menstruação parou entre 40 e 44 anos, 44,7% entre 45 e 55 anos e 24,5% entre 51 e 55 anos. Além disso, 18,1% fizeram ou faziam tratamento de reposição hormonal por conta dos sintomas típicos dessa fase: ondas de calor, secura vaginal, alterações no sono, oscilação no humor etc.

¹⁴ Quando a menopausa ocorre por volta dos 40 anos, é chamada de menopausa prematura ou precoce.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Planejamento reprodutivo e contracepção

O § 7º do Art. 226 da Constituição Federal do Brasil determina que fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. Para tratar essa diretriz, em 1996 foi aprovada a Lei 9.263, de 12.01.1996, que coloca o planejamento reprodutivo como um direito de todo cidadão e entendido como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Nesse contexto, a PNS 2019 investiga a participação das mulheres sexualmente ativas nos últimos 12 meses em grupos de planejamento familiar, assim como a utilização de algum método contraceptivo. Os resultados apresentados estarão focados nas mulheres de 15 a 49 anos, que são aquelas em idade reprodutiva.

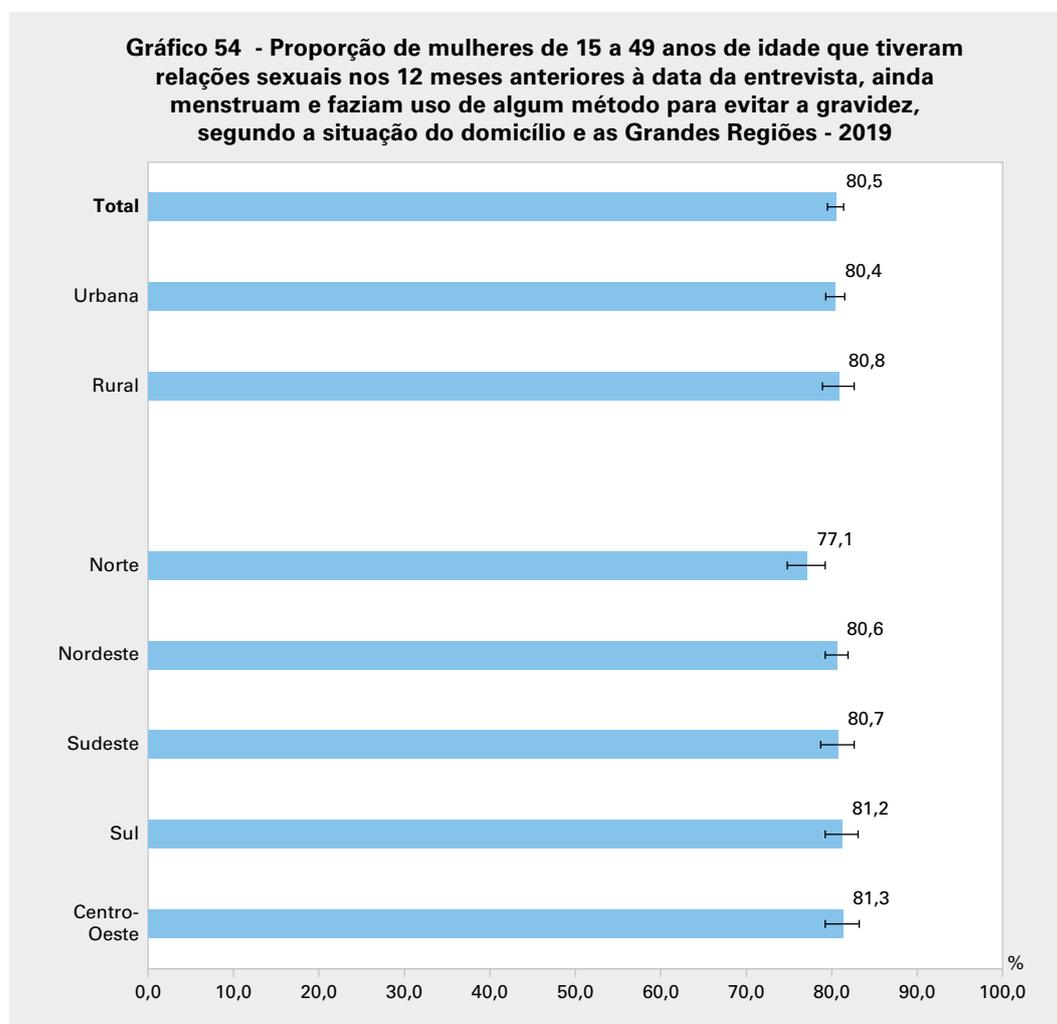
Das 52,2 milhões de mulheres de 15 a 49 anos que ainda menstruavam, 80,1% (41,8 milhões) estavam sexualmente ativas¹⁵ em 2019. Destas, 4,7% participaram de grupos de planejamento familiar nos últimos 12 meses, cujo objetivo é apresentar um conjunto de ações para auxiliar as pessoas sobre a decisão de ter ou não ter filhos, bem como o momento mais adequado para tê-los.

Um dos pilares do planejamento da reprodução é o acesso, quando desejado, aos métodos contraceptivos. Nesse sentido, a PNS 2019 investiga se no momento da pesquisa, a mulher usava algum método contraceptivo com o objetivo de evitar ou adiar uma gravidez¹⁶.

¹⁵ 17,1% não tiveram atividades sexuais nos últimos 12 meses e 2,8% se recusaram a responder à pergunta

¹⁶ O módulo sobre atividade sexual, realizado para todos os moradores selecionados com 18 anos ou mais de idade, busca a informação do uso da camisinha com finalidade de evitar doenças sexualmente transmissíveis.

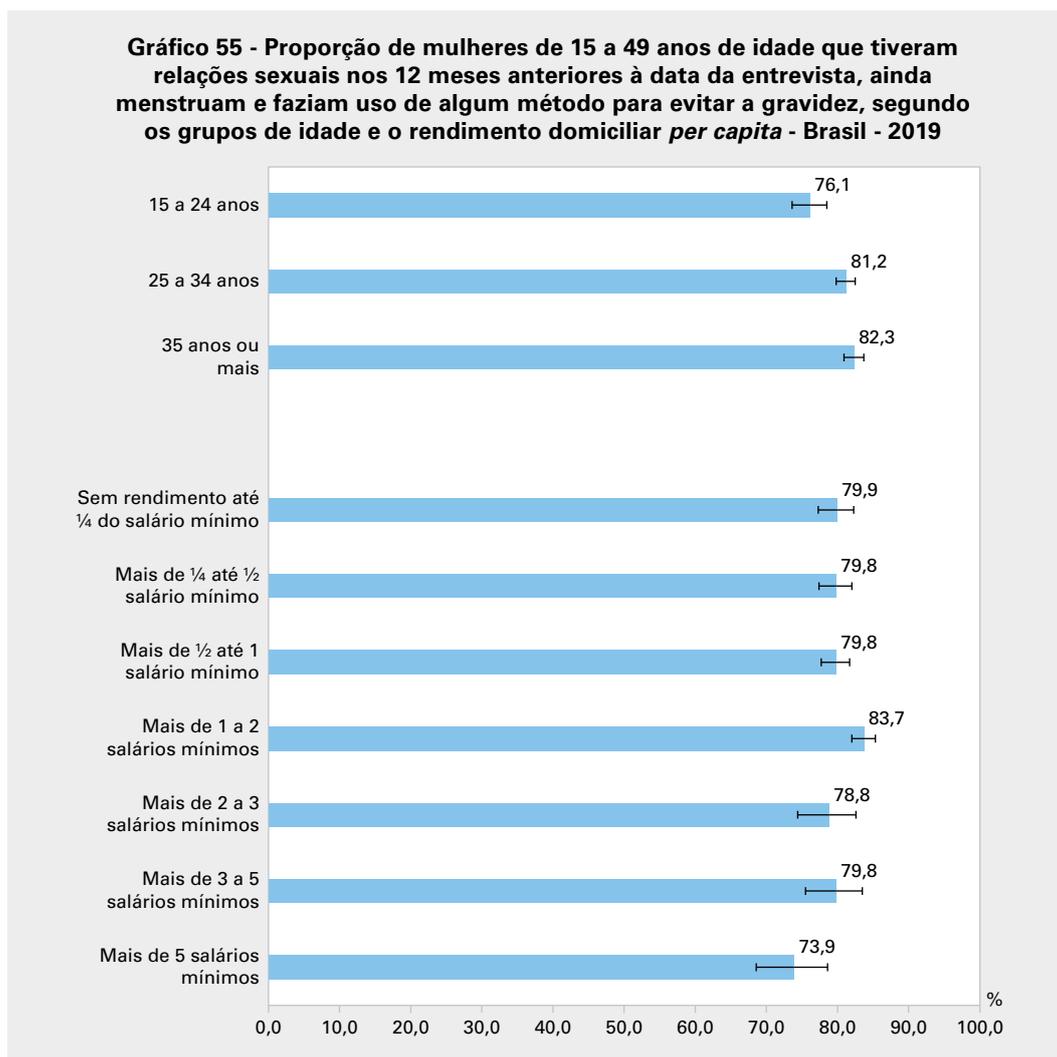
Considerando as mulheres de 15 a 49 anos de idade sexualmente ativas nos últimos 12 meses e que ainda menstruavam, 80,5% (33,6 milhões) fizeram uso de algum método para evitar gravidez. Não houve diferença estatisticamente significativa entre a área urbana e a rural, e entre as Grandes Regiões, com exceção a Região Norte, cuja proporção ficou abaixo dos 80%.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

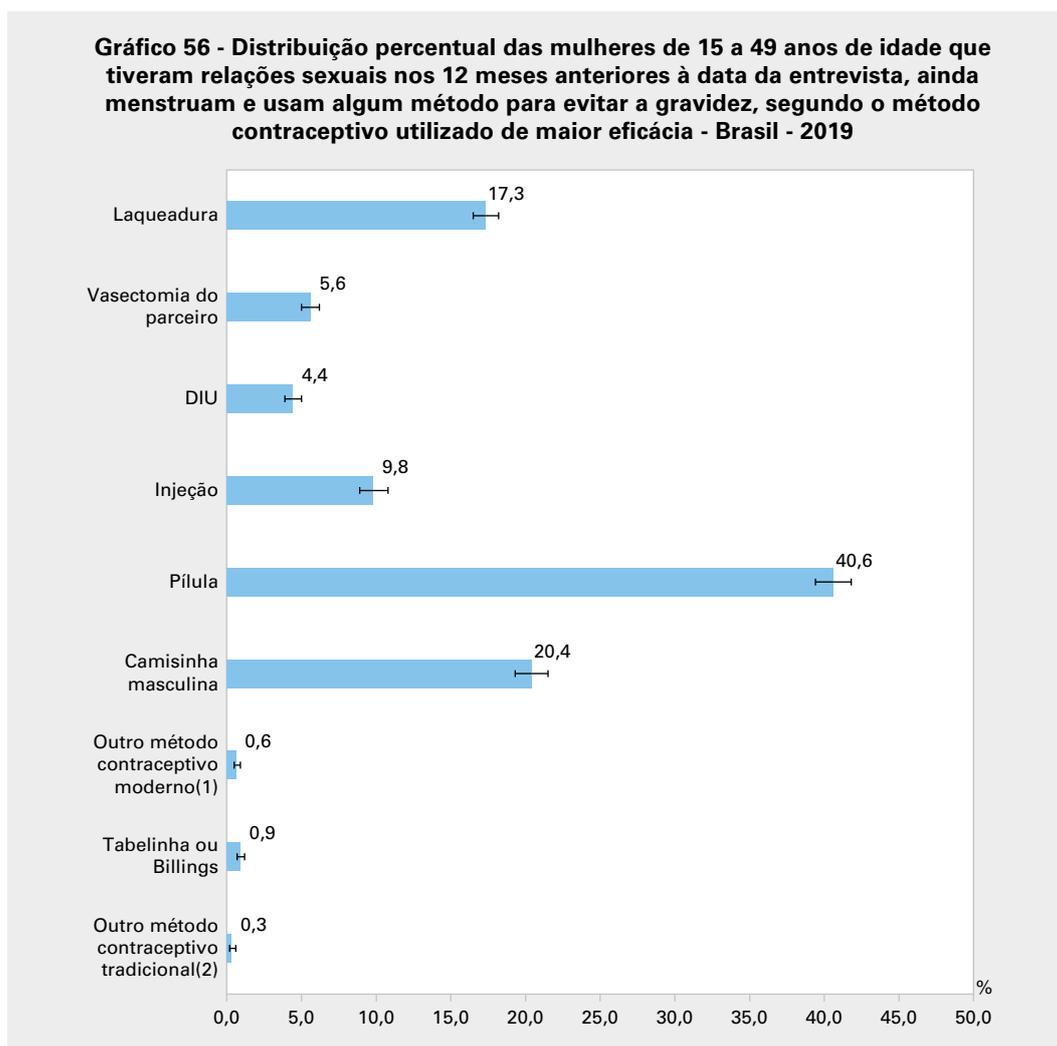
Entre as mulheres de 15 a 24 anos de idade, 76,1% usavam algum tipo de método, enquanto para aquelas com 25 anos ou mais de idade, o percentual superou 80,0%. Por outro lado, o percentual de uso de algum método não foi estatisticamente diferente entre as faixas de rendimento domiciliar *per capita*.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Há uma gama de métodos contraceptivos que variam desde a esterilização até o uso de métodos hormonais, de barreira ou mesmo naturais, com diferentes níveis de eficácia. Dentro do planejamento reprodutivo, a mulher deve ser orientada sobre qual o método mais adequado à sua saúde, idade, conjugalidade, assim como de acordo com suas questões socioculturais. Nesse sentido, a partir dos dados da PNS 2019 e seguindo recomendações internacionais, foi elaborado um indicador que considera o método atualmente usado pela mulher de acordo com aquele de maior eficácia, visto que ela pode citar o uso de mais de um método. A escala de eficácia começa pelos métodos definitivos (esterilização feminina ou masculina), seguido por DIU (dispositivo intrauterino), métodos hormonais, métodos de barreiras e, por fim, os métodos naturais, como tabelinha, coito interrompido ou abstinência.

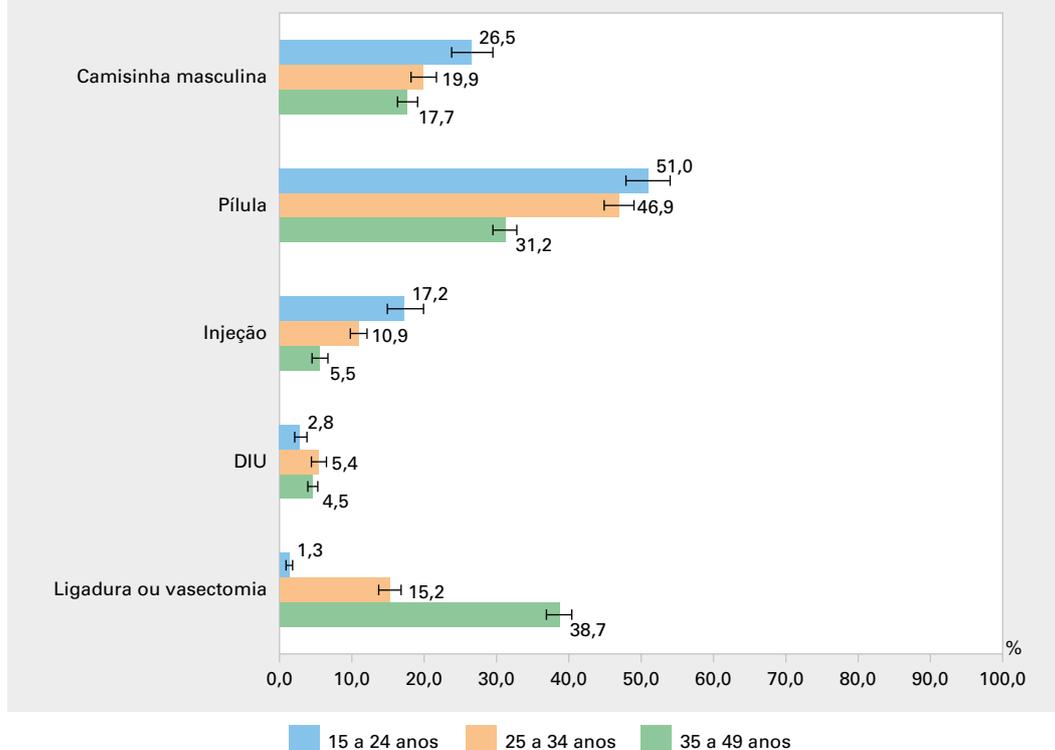


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Em 2019, entre as mulheres de 15 a 49 anos que ainda menstruam e que eram sexualmente ativas nos últimos 12 meses, 22,9% usavam algum método de esterilização (17,3% a laqueadura e 5,6% a vasectomia), 4,4% o DIU, 9,8% a injeção e 40,6% a pílula anticoncepcional, 20,4% a camisinha masculina, 0,6% algum outro método moderno (camisinha feminina, anel, adesivo, etc.) e 1,2% algum método tradicional (tabelinha, coito interrompido, etc.).

Gráfico 57 - Distribuição das mulheres de 15 a 49 anos de idade que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista, ainda menstruam e usam algum método para evitar a gravidez, segundo método contraceptivo utilizado de maior eficácia, por grupo de idade - Brasil - 2019

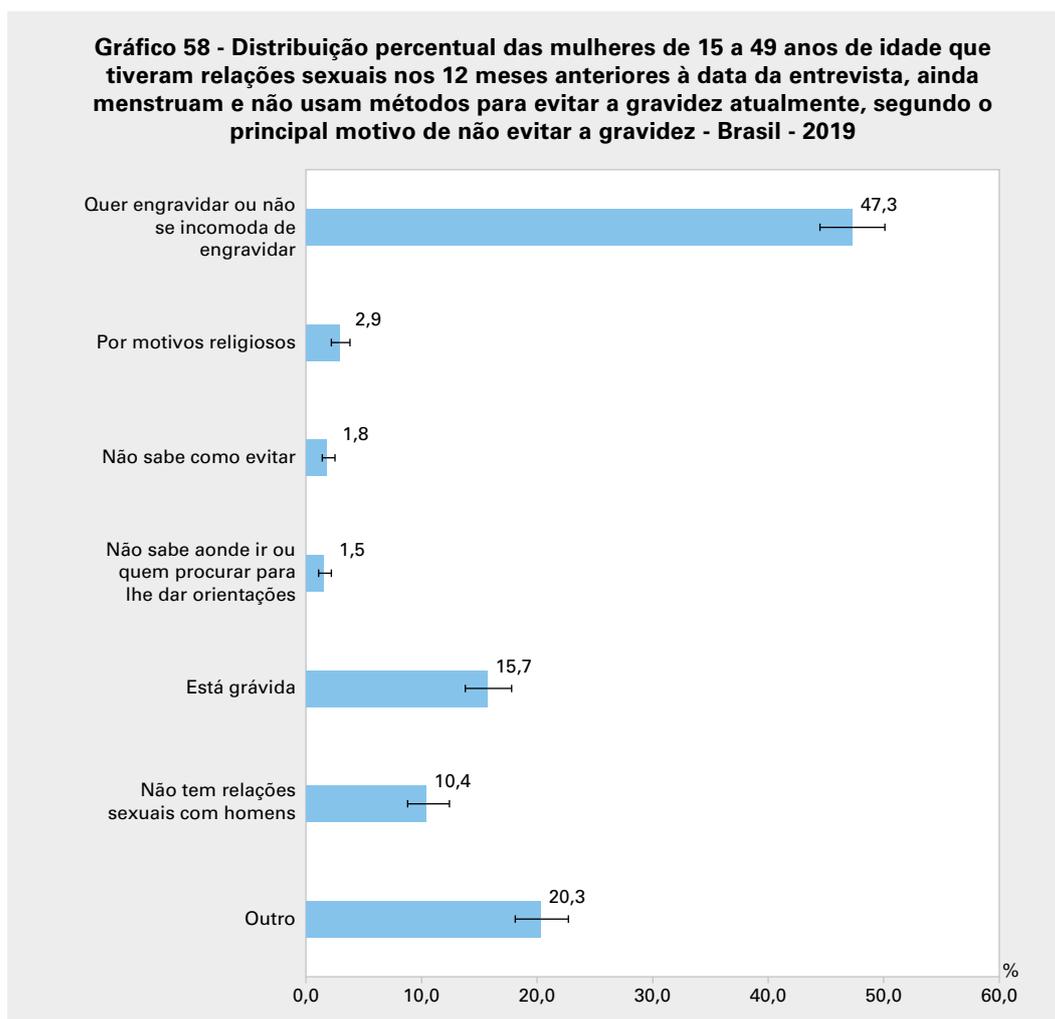


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

É possível notar que o tipo de método usado varia de acordo com a faixa de idade. Entre as mulheres mais novas, de 15 a 24 anos, 51,0% usam pílula contraceptiva, 17,2% injeção e 26,5% camisinha. Para as mulheres entre 25 e 34 anos, os métodos de esterilização já aparecem com 15,2% e o DIU com 5,4%. Para o grupo mais velho, de 35 a 49 anos, 38,7% realizaram laqueadura ou tinham parceiro que fez vasectomia.

Das mulheres que não faziam uso de método contraceptivo (19,5% ou 8,1 milhões), foi perguntado qual o principal motivo de não evitar a gravidez. Entre essas, 47,3% declararam que queriam engravidar ou não se incomodavam de engravidar, 15,7% estavam grávidas e 10,4% não tinham relações sexuais com homens.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Por fim, a PNS 2019 investiga a realização de tratamento para engravidar. O percentual de mulheres de 15 a 49 anos de idade que faziam ou fizeram algum tratamento para engravidar no momento da entrevista foi de 0,4%, que corresponde a 152 mil pessoas.

Atendimento pré-natal

A PNS 2019 investigou o atendimento pré-natal às mulheres de 15 anos ou mais de idade cujo último parto ocorreu nos dois anos anteriores à pesquisa¹⁷, tendo como principal objetivo avaliar o acesso aos serviços de saúde e a qualidade do pré-natal no País.

O atendimento pré-natal pode ser definido como o cuidado prestado por profissionais qualificados de saúde a mulheres e adolescentes grávidas, a fim de garantir as melhores condições de saúde para a mãe e o bebê durante a gravidez. O pré-natal abrange a identificação de fatores de risco, a prevenção e o tratamento de doenças relacionadas com a gravidez ou concomitantes, além de ações voltadas à educação para a saúde e à promoção da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Conforme o Ministério da Saúde (MORTALIDADE..., 2020), apesar da redução da mortalidade materna no Brasil nas últimas décadas, tal ocorrência ainda se mantém em patamares considerados elevados, com a razão de mortalidade materna (RMM)¹⁸ atingindo, em 2018, 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, número acima das metas firmadas com a Organização das Nações Unidas - ONU¹⁹. Ressalta-se que, de 1996 a 2018, do total de óbitos maternos registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, aproximadamente 67% decorreram de causas obstétricas diretas, que correspondem a complicações relacionadas diretamente à gravidez, ao parto ou ao puerpério.

O acesso das gestantes a um atendimento pré-natal de qualidade e em tempo oportuno, assim como no nível de complexidade necessário, é determinante para a redução da morbimortalidade materna e perinatal (GESTAÇÃO..., 2010). Portanto, o acompanhamento pré-natal é essencial para assegurar à grávida uma gestação saudável e um parto seguro. Esse acompanhamento diminui os riscos de complicações e visa manter o bem-estar da mãe e do feto, abordando, também, aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas.

Segundo a PNS 2019, no Brasil, 4,7 milhões de mulheres de 15 anos ou mais de idade estiveram grávidas e tiveram parto²⁰ no período de 29 de julho de 2017 a 27 de julho de 2019, das quais 98,2% afirmaram ter realizado consulta pré-natal, o que corresponde a 4,6 milhões de gestantes que tiveram consulta pré-natal durante a gravidez. Em relação a 2013, não foi observada variação estatisticamente significativa no percentual de mulheres que realizaram pelo menos uma consulta pré-natal, no País.

¹⁷ Os resultados apresentados referem-se às mulheres que tiveram algum parto no período de referência de 29 de julho de 2017 a 27 de julho de 2019.

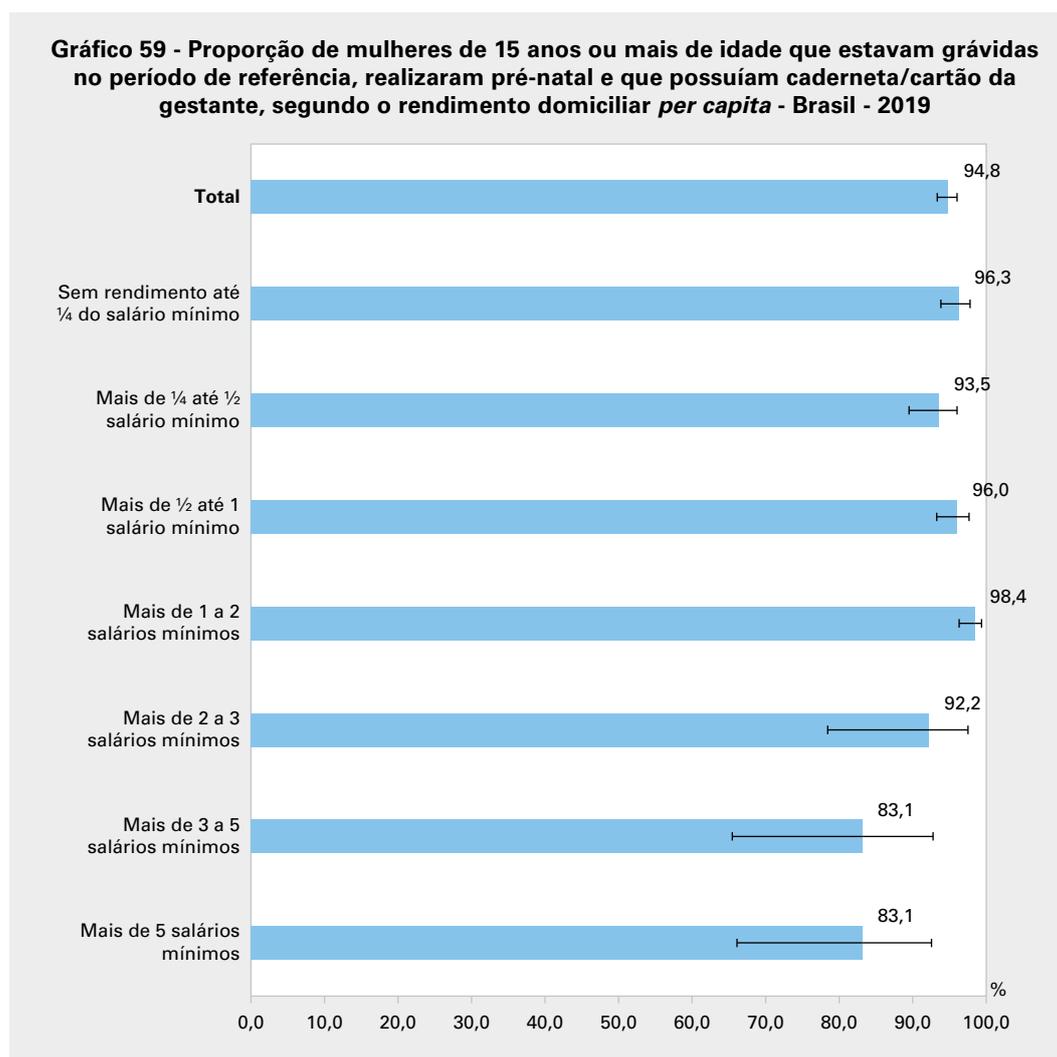
¹⁸ A razão de mortalidade materna (RMM) é calculada por meio da seguinte fórmula: (Número de óbitos de mulheres por causas ligadas à gravidez, parto e puerpério / Número de nascidos vivos) x 100 000 (MORTALIDADE..., 2020).

¹⁹ Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) tinham como meta reduzir, até 2015, a RMM para 35 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Atualmente, a meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para o Brasil é reduzir, até 2030, a RMM para no máximo 30 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (MORTALIDADE..., 2020).

²⁰ Analisando a distribuição do total de 4,7 milhões de partos ocorridos no período segundo os grupos etários das gestantes, considerando a idade materna no momento do parto, estima-se que a quase totalidade das parturientes, 99,96%, correspondem a mulheres de até 49 anos.

A pesquisa investigou o uso de *Caderneta da gestante*²¹, elaborada pelo Ministério da Saúde para o acompanhamento das gestantes durante o pré-natal. Em 2019, 94,8% das mulheres grávidas no período de referência possuíam Caderneta, o que corresponde a 4,5 milhões de gestantes. Observou-se que o percentual de mulheres que possuíam Caderneta da Gestante era menor nos níveis mais elevados de renda domiciliar *per capita*, quando comparado ao percentual médio nacional, o que sugere menor adesão à utilização de Caderneta na rede privada. O percentual estimado foi de 83,1% em ambas as faixas mais altas de renda – de mais de 3 a 5 salários mínimos e de mais de 5 salários mínimos.

Gráfico 59 - Proporção de mulheres de 15 anos ou mais de idade que estavam grávidas no período de referência, realizaram pré-natal e que possuíam caderneta/cartão da gestante, segundo o rendimento domiciliar *per capita* - Brasil - 2019



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Notas: 1. O período de referência da pesquisa é de 29 de julho de 2017 a 27 de julho de 2019.

2. O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

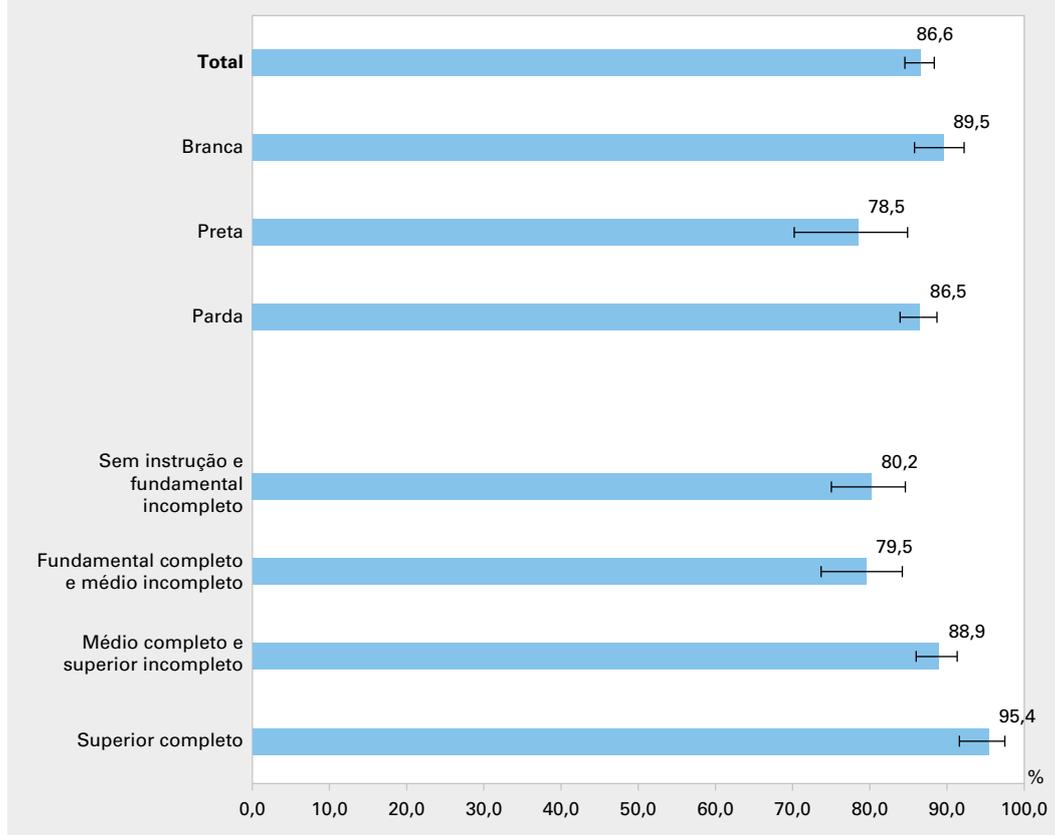
²¹ A *Caderneta da gestante*, elaborada pelo Ministério da Saúde no âmbito de ações da Rede Cegonha, é um importante instrumento para o registro das informações de acompanhamento da gestação, além de trazer diversas informações à gestante com o intuito de esclarecer dúvidas, prepará-la para o parto e a amamentação, conhecer sinais de alerta, saber sobre os seus direitos, entre outras informações. Tal caderneta está inserida na rotina de pré-natal dos serviços de saúde que realizam acompanhamento das gestantes pelo SUS. Mais informações em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-informacao/acoes-e-programas/rede-cegonha>.

Início do pré-natal e total de consultas realizadas

O acesso das gestantes ao cuidado pré-natal no primeiro trimestre da gestação (até a 12ª semana) é um importante indicador para a avaliação da qualidade da atenção básica, uma vez que o início do pré-natal em período oportuno é fundamental para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas diante de fatores de risco gestacional (PROTOCOLOS..., 2016).

Em 2019, estimou-se que, no País, 86,6% das gestantes iniciaram o pré-natal com menos de 13 semanas de gestação, o que representa um avanço em relação a 2013, quando tal percentual, entre as mulheres grávidas, foi de 81,5%. Entre as mulheres com níveis mais baixos de escolaridade, os percentuais das que iniciaram o pré-natal com menos de 13 semanas de gravidez ficaram próximos de 80%, significativamente abaixo do observado entre as mulheres com níveis mais elevados de instrução: médio completo e superior incompleto, 88,9%, e superior completo, 95,4%. Analisando por cor ou raça, observou-se uma diferença de 11 pontos percentuais entre as mulheres brancas (89,5%) e pretas (78,5%).

Gráfico 60 - Proporção de mulheres de 15 anos ou mais de idade que estavam grávidas no período de referência e que iniciaram o pré-natal com menos de 13 semanas de gestação, segundo a cor ou raça e o nível de instrução - Brasil - 2019



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

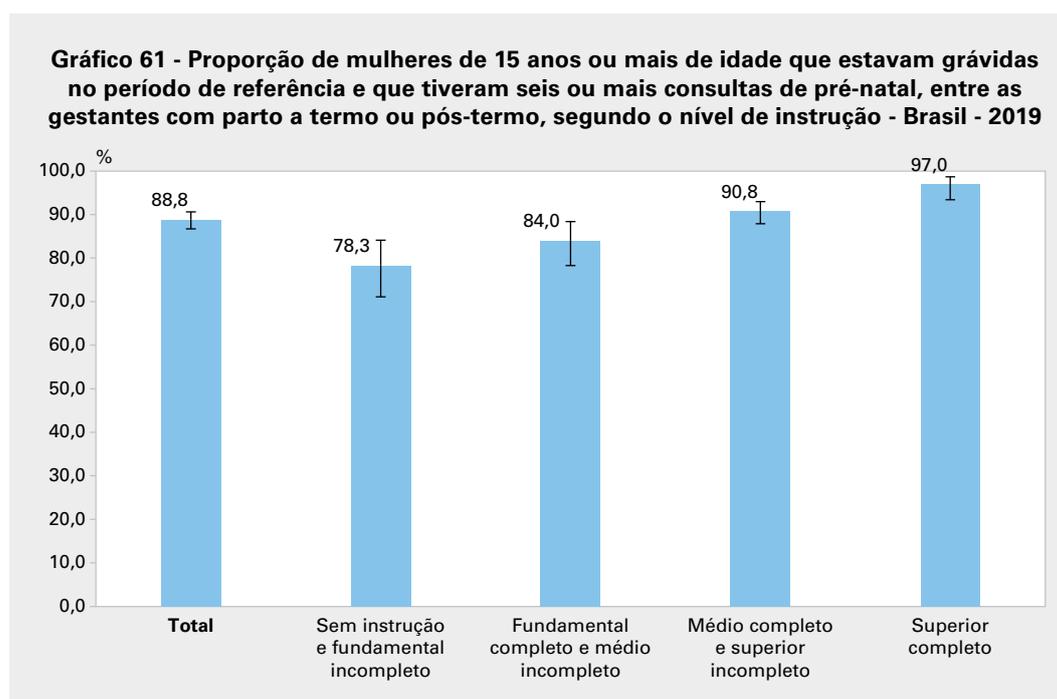
Notas: 1. Período de referência: 29 de julho de 2017 a 27 de julho de 2019.

2. O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

O total de consultas de pré-natal realizadas durante a gestação é outro importante indicador de avaliação do acompanhamento pré-natal, sendo que o Ministério da Saúde (PROCOLOS..., 2016) recomenda a realização de consultas seguindo o cronograma: até a 28ª semana – mensalmente; da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; da 36ª até a 41ª semana – semanalmente; com a realização mínima, durante a gestação, de seis consultas.

Os dados da PNS 2019 revelam que, no Brasil, 88,8% das mulheres de 15 anos ou mais com parto a termo ou pós-termo tiveram 6 ou mais consultas de pré-natal, ao passo que 7,8% tiveram de uma a cinco consultas e 2,4% não souberam informar o número de consultas realizadas. Do total de mulheres que tiveram parto a termo ou pós-termo, 1,0% afirmaram não ter feito nenhuma consulta de pré-natal.

Considerando o nível de instrução, observou-se que o percentual das mulheres que realizaram pelo menos 6 consultas de pré-natal foi substancialmente maior nos grupos de escolaridade mais avançada, sobretudo comparando-se às mulheres sem instrução e fundamental incompleto. Assim, enquanto 97,0% das mulheres com superior completo e 90,8% com médio completo e superior incompleto realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal, entre as mulheres sem instrução e fundamental incompleto o percentual foi de apenas 78,3%.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Notas: 1. Período de referência: 29 de julho de 2017 a 27 de julho de 2019.

2. O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Local de atendimento das consultas de pré-natal

A pesquisa buscou identificar qual era o local de atendimento da maioria das consultas de pré-natal, o que permite calcular não apenas a proporção de consultas realizadas predominantemente em estabelecimentos de saúde públicos ou privados, como também observar o nível de complexidade das unidades de saúde onde a maioria dos atendimentos foram realizados. No País, 70,1% das mulheres que realizaram pré-natal

afirmaram que a maioria de suas consultas de pré-natal ocorreram em estabelecimentos públicos de saúde, com o predomínio das Unidades Básicas de Saúde (postos de saúde, centros de saúde e unidades de saúde da família), apontadas por 59,8% das mulheres. Em seguida, os consultórios particulares, clínicas privadas e ambulatórios de hospitais privados foram citados por 29,2% das mulheres.

Tabela 10 - Distribuição de mulheres de 15 anos ou mais de idade que estavam grávidas no período de referência e realizaram pré-natal, segundo o local de atendimento da maioria das consultas de pré-natal - 2019

Local de atendimento da maioria das consultas de pré-natal	Distribuição de mulheres de 15 anos ou mais de idade que estavam grávidas no período de referência e que realizaram pré-natal (%)		
	Proporção	Intervalo de confiança de 95%	
		Limite inferior	Limite superior
Total	100,0	-	-
Unidade básica de saúde (1)	59,8	56,3	63,1
Policlínica pública, PAM (2 ou Centro de Especialidades público	4,3	3,0	6,3
UPA (2), outro tipo de pronto atendimento público 24 horas, pronto-socorro ou emergência de hospital público	1,7	1,1	2,7
Ambulatório de hospital público	4,3	3,2	5,8
Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado	29,2	26,1	32,6
Pronto atendimento ou emergência de hospital privado	0,2	0,1	0,5
Outro serviço	0,5	0,1	1,6

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O período de referência da pesquisa é de 29 de julho de 2017 a 27 de julho de 2019.

(1) Posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família. (2) PAM - Posto de Assistência Médica. (3) UPA - Unidade de Pronto atendimento.

Procedimentos clínicos obstétricos e exames laboratoriais no pré-natal

Na *Caderneta da gestante*, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), é informado que durante as consultas de pré-natal o profissional de saúde deverá realizar o exame clínico da gestante, o qual inclui, entre outros procedimentos, a verificação de peso e pressão arterial, a observação de sinais de anemia ou inchaço, a medição do tamanho da barriga e a avaliação dos batimentos do coração do bebê.

Segundo os dados da PNS 2019, no que diz respeito ao exame clínico realizado nas consultas de pré-natal, 94,6% das mulheres que realizaram pré-natal afirmaram que a pressão arterial foi medida em todas as consultas, 95,3% tiveram o peso medido em todas as consultas, 96,9% tiveram a barriga medida ao menos em algumas consultas e 99,0% afirmaram que o coração do bebê foi ouvido em pelo menos algumas consultas.

Também expressamente recomendado na *Caderneta da gestante* do Ministério da Saúde, durante o acompanhamento pré-natal, deve-se realizar exames para a detecção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), que estariam entre as causas

obstétricas indiretas de morbidade e mortalidade materna. A realização precoce desses exames é fundamental para buscar um tratamento adequado, inclusive do parceiro, e, assim, impedir ou reduzir a probabilidade de transmissão vertical, da mãe para o bebê, além de evitar outras complicações da gravidez e do parto.

A PNS 2019 investigou a proporção de mulheres que realizaram exame para sífilis, hepatite B e HIV/aids²² durante o pré-natal, assim como se as mulheres que realizaram tais exames receberam os resultados antes do parto. No Brasil, 80,1% das mulheres que realizaram pré-natal fizeram exame para sífilis, 83,7% para hepatite B e 89,4% para HIV/AIDS. Em relação aos três exames, os percentuais de gestantes que receberam os resultados antes do parto ficaram próximos de 97%.

Tabela 11 - Proporção de mulheres de 15 anos ou mais de idade que estavam grávidas no período de referência, segundo o procedimento realizado nas consultas de pré-natal e o tipo de exame realizado durante o pré-natal - 2019

Tipo de procedimento realizado nas consultas e tipo de exame realizado durante o pré-natal	Proporção de mulheres de 15 anos ou mais de idade que estavam grávidas no período de referência (%)		
	Proporção	Intervalo de confiança de 95%	
		Limite inferior	Limite superior
Procedimento realizado nas consultas			
Pressão arterial medida em todas as consultas	94,6	93,4	95,7
Peso medido em todas as consultas	95,3	94,0	96,3
Barriga medida em algumas/todas as consultas	96,9	95,3	97,9
Coração do bebê foi ouvido em algumas/todas consultas	99,0	98,5	99,4
Tipo de exame			
Sífilis	80,1	77,6	82,4
Hepatite B	83,7	81,4	85,8
HIV/AIDS	89,4	87,6	90,9

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O período de referência é de 29 de julho de 2017 a 27 de julho de 2019.

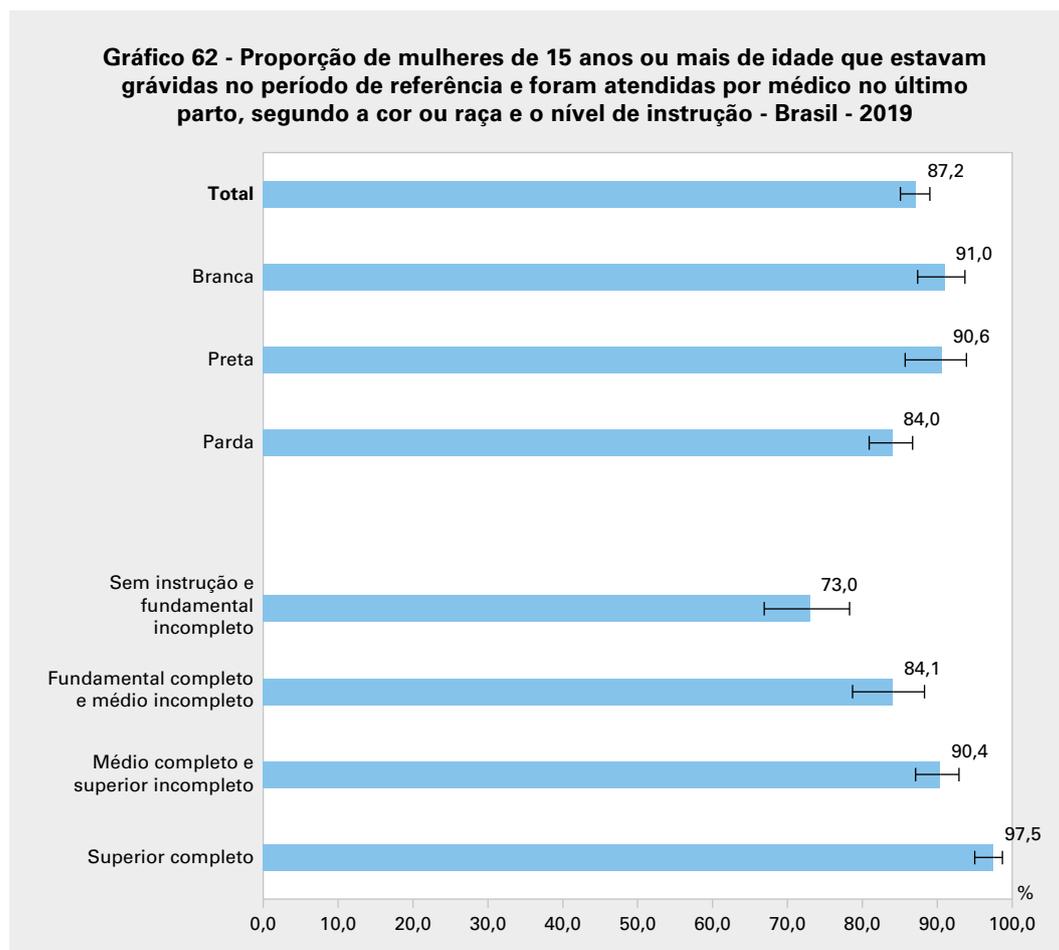
Aspectos relacionados ao parto

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) preconiza que a assistência ao parto de baixo risco, que se mantém dentro dos limites da normalidade, pode ser realizada tanto por médico(a) obstetra quanto por enfermeiro(a) obstetra e por obstetrix.

A PNS 2019 estima que, entre as mulheres cujo parto foi realizado no período de 29 de julho de 2017 a 27 de julho de 2019, a proporção das que foram atendidas por médico no último parto foi de 87,2%, sendo os demais partos realizados principalmente por enfermeiros(as), 10,4% (493 mil partos). As parteiras responderam por 1,0% do total (48 mil partos), enquanto a assistência ao nascimento realizada por outros(as) profissionais de saúde, parentes e amigos ou por outras pessoas somaram 1,4%.

²² A maior parte dos casos de transmissão vertical do HIV, cerca de 65% dos casos, ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, mas também pode haver transmissão intraútero (35%). Existe também risco adicional de transmissão por meio do aleitamento materno (GESTAÇÃO..., 2010).

Em relação aos partos realizados por médico(a), os menores percentuais foram observados nas Regiões Norte (77,0%) e Nordeste (81,5%), substancialmente abaixo das Regiões Sudeste (92,6%) e Centro-Oeste (93,0%). Na Região Sul, o percentual estimado foi de 90,1%. Observou-se uma correlação positiva entre esse indicador e o nível de instrução das gestantes, variando de 73,0% entre as mulheres sem instrução ou fundamental incompleto a 97,5% entre aquelas com superior completo. Por cor ou raça, observa-se diferença estatisticamente significativa entre as mulheres brancas (91,0%) e as pardas (84,0%).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Notas: 1. Período de referência: 29 de julho de 2017 a 27 de julho de 2019.

2. O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

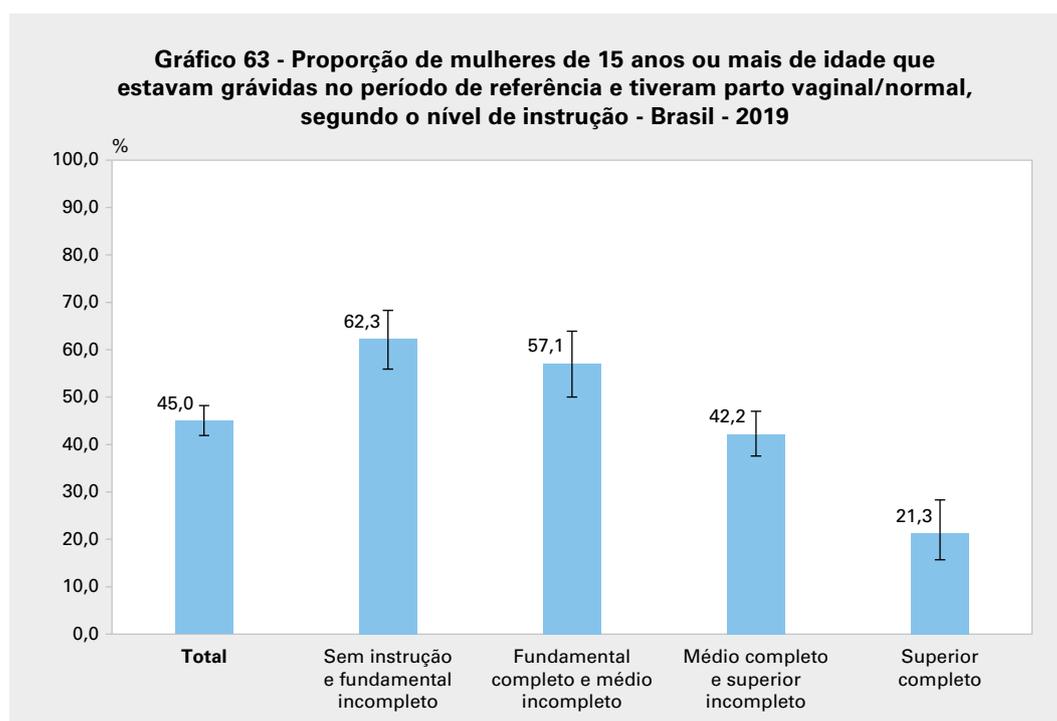
Na média nacional, o percentual das gestantes que tiveram o último parto realizado em hospital ou maternidade foi de 93,9%. Quanto às gestantes que foram previamente orientadas pelo serviço de saúde/profissional de saúde sobre o estabelecimento para o qual deveriam se dirigir no momento do parto²³, 87,3% afirmaram que o parto foi realizado no local indicado durante o pré-natal.

A PNS 2019 estimou que para os nascimentos ocorridos entre 29 de julho de 2017 e 27 de julho de 2019, 45,0% das grávidas tiveram parto vaginal/normal, não

²³ A Lei n. 11.634, de 26.10.2007, garante à gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual a maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto.

havendo variação estatisticamente significativa em relação a 2013. Portanto, o parto cesáreo²⁴ correspondeu a mais da metade (55,0%) dos nascimentos ocorridos no País, no período, acima do percentual que se observa para a maioria dos países²⁵. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), a cesariana pode ser importante e necessária para salvar a vida da mãe e da criança, no entanto, por se tratar de uma cirurgia de grande porte, que pode apresentar riscos tanto para a mulher quanto para o bebê, não deve ser uma opção de parto e sim uma indicação médica quando identificada a necessidade da realização de tal procedimento diante de complicações do parto ou de sofrimento fetal.

Maior proporção de mulheres sem instrução ou fundamental incompleto tiveram parto vaginal/normal, quando comparadas às mulheres de níveis mais elevados de instrução. Assim, enquanto 62,3% das mulheres do grupo de mais baixa escolaridade tiveram parto vaginal, entre as mulheres de nível médio completo e superior incompleto tal percentual foi de 42,2%, sendo ainda menor entre aquelas com superior completo, 21,3%. Também foram observados percentuais mais elevados de mulheres que realizaram parto vaginal entre aquelas com níveis mais baixos de rendimento domiciliar *per capita*.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Notas: 1. Período de referência: 29 de julho de 2017 a 27 de julho de 2019.

2. O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

²⁴ Conforme a declaração da OMS sobre taxas de cesáreas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015), ao nível populacional, quando as taxas de cesáreas são inferiores a 10%, a mortalidade materna e neonatal diminui conforme a taxa de cesárea aumenta, no entanto, taxas de cesárea maiores que 10% do total de partos não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal.

²⁵ Segundo estudo realizado por Boerma e outros (2018), com base em dados de 169 países, estimou-se que 21,1% do total de partos no mundo ocorreram por cesariana em 2015, ao passo que em 2000 eram 12,1%. A taxa de cesariana variou, entre os países, de 0,6% a 58,1%, sendo que a região da América Latina e Caribe foi a que apresentou a maior taxa de cesariana, 44,3%.

Os dados da PNS 2019 mostram que, durante o trabalho de parto vaginal ocorrido em estabelecimento de saúde, 84,7% das gestantes contaram com a presença de acompanhante²⁶. Entre as Grandes Regiões, assim como analisando por algumas características sociodemográficas (nível de instrução e cor ou raça), não se observou diferenças estatisticamente significativas nesse indicador.

Entre as mulheres que entraram em trabalho de parto e fizeram o parto cesáreo, 8,3% afirmaram que o parto não foi realizado no primeiro estabelecimento de saúde que procuraram.

Para as mulheres que realizaram cesariana, a pesquisa investigou qual o principal motivo de ter tido parto cesáreo, o que permite identificar situações que sugerem que tal procedimento foi marcado com antecedência, por escolha da parturiente ou do médico durante o pré-natal, assim como situações diretamente relacionadas a complicações da gravidez ou do parto. No Brasil, entre as mulheres que fizeram parto cesáreo, 42,6% alegaram motivos que indicam que a cesariana foi marcada com antecedência, ainda no período pré-natal. Esse percentual engloba as situações em que a gestante já tinha um parto cesáreo anterior (11,8%), queria ligar as trompas (5,9%), não queria sentir a dor do parto ou julgava ser mais conveniente (14,5%), ou, ainda, por ter sido escolha do médico durante o pré-natal (10,4%). Os demais motivos alegados pelas informantes para a realização do parto cesáreo foram: indicação médica por complicação na gravidez ou no trabalho de parto, motivo apontado por 36,6% do total de mulheres que tiveram parto cesáreo; indicação médica porque não entrou em trabalho de parto, 15,3%; e outros motivos, 5,5%.

Tabela 12 - Distribuição de mulheres de 15 anos ou mais de idade que estavam grávidas no período de referência com parto cesáreo, por motivo de ter tido parto cesáreo - 2019

Motivo de ter tido parto cesáreo	Distribuição de mulheres de 15 anos ou mais de idade que estavam grávidas no período de referência com parto cesáreo (%)		
	Proporção	Intervalo de confiança de 95%	
		Limite inferior	Limite superior
Total	100,0	-	-
Já tinha um parto cesáreo anterior	11,8	9,2	15,1
Queria ligar as trompas	5,9	4,3	8,2
Não queria sentir a dor do parto/Por ser mais conveniente	14,5	11,5	18,0
Por escolha do médico durante o pré-natal	10,4	7,9	13,4
Indicação médica por complicação na gravidez ou no trabalho de parto	36,6	32,5	40,9
Indicação médica porque não entrou em trabalho de parto	15,3	12,5	18,5
Outro	5,5	3,7	8,1

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O período de referência da pesquisa é de 29 de julho de 2017 a 27 de julho de 2019.

²⁶ A Lei n. 11.108 de 07.04.2005 garante às parturientes o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto, no SUS.

Saúde das crianças com menos de 2 anos de idade

A PNS foi a campo em 2019 e uma das temáticas investigadas foi a saúde das crianças com menos de 2 anos de idade, nascidas de 28/07/2017 a 27/07/2019. Este módulo foi respondido pela mãe ou responsável pela criança e, no caso de haver mais de uma criança nesta faixa de idade, no domicílio, a criança investigada foi sempre a mais nova. Assim, a PNS 2019 estimou, em 4,9 milhões, o número de crianças menores de 2 anos de idade, o que representava 2,34% da população brasileira. Entretanto, respeitando a metodologia citada acima, a pesquisa investigou os hábitos alimentares, vacinação e exames neonatais de 4,7 milhões de crianças, correspondendo, naquele ano, a 2,26% da população menor de 2 anos de idade.

Conhecer as questões de saúde relacionadas à essa fase da vida é importante para que sejam tomados os cuidados necessários para garantir a proteção e o fomento ao desenvolvimento integral da criança neste período crítico e sensível da primeira infância. Nesse contexto, alguns fatores relacionados à saúde das crianças com menos de 2 anos de idade, serão apresentados a seguir.

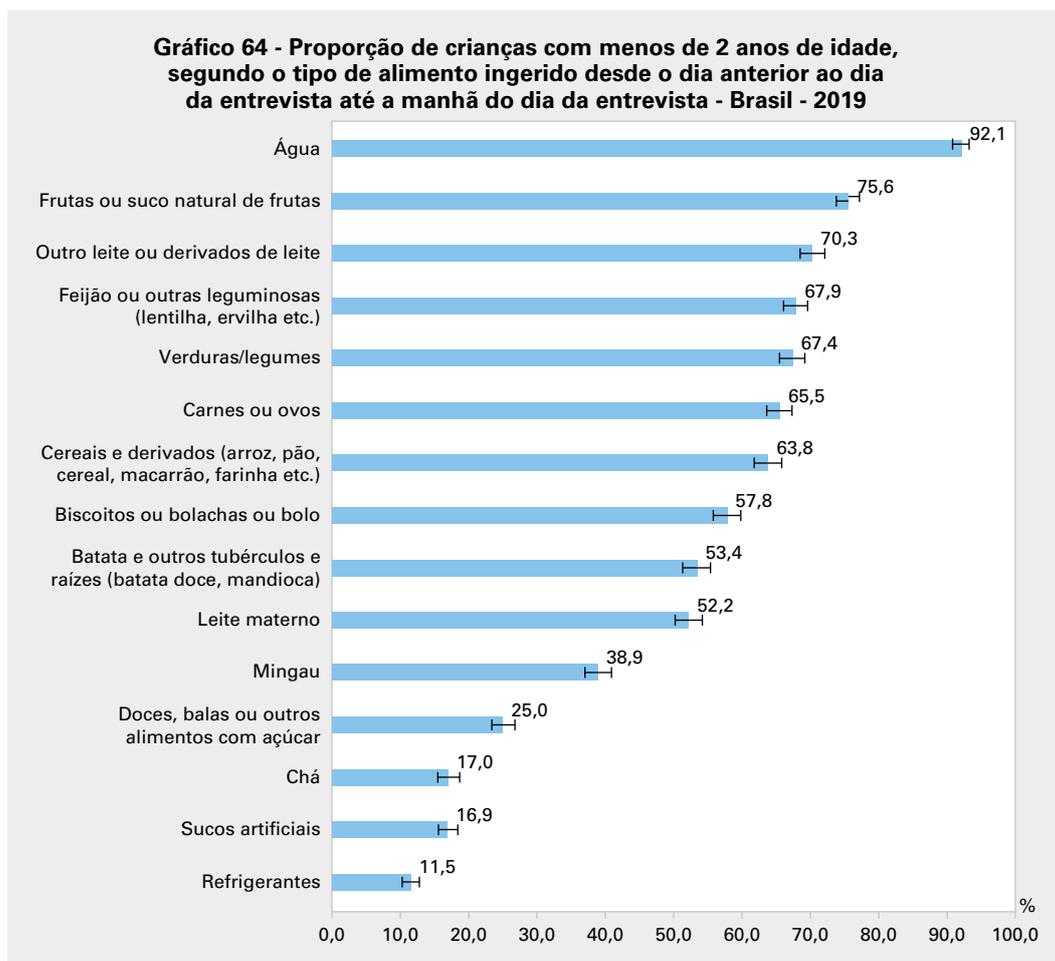
Alimentação

Segundo o Ministério da Saúde, o aleitamento materno é importante para o desenvolvimento da criança, pois, dentre outros benefícios, protege contra infecções; evita diarreias e doenças respiratórias; diminui o risco de alergias, hipertensão, colesterol alto, diabetes e obesidade; promove o desenvolvimento da cavidade bucal; e estreita o vínculo afetivo entre mãe e filho (SAÚDE..., 2009).

Ainda segundo o Ministério, após os 6 meses de idade a criança deve começar a receber alimentos complementares, como sopas e papinhas, e manter o aleitamento materno até os 2 anos de idade. Não há benefício em iniciar os alimentos complementares antes dos 6 meses, podendo, pelo contrário, ocasionar danos à saúde da criança, pois a introdução de outros alimentos de forma antecipada está relacionada à maior frequência de diarreias, hospitalizações por doença respiratória e risco de desnutrição.

A pesquisa estimou que, no Brasil, 27,8% das crianças com idade inferior a 6 meses de idade na data de entrevista foram alimentadas exclusivamente com leite materno. Esse indicador não apresentou resultados estatisticamente diferentes entre as áreas urbana e rural.

Seguindo no tema de alimentação da criança, a pesquisa também investigou quais alimentos eram dados a elas. Foi estimado que 57,8% das crianças com menos de 2 anos de idade comiam biscoitos, bolachas ou bolo, e que 25,0% comiam doces, balas ou outros alimentos com açúcar. Também se verificou que 11,5% tomavam refrigerante e 16,9% haviam consumido suco artificial.



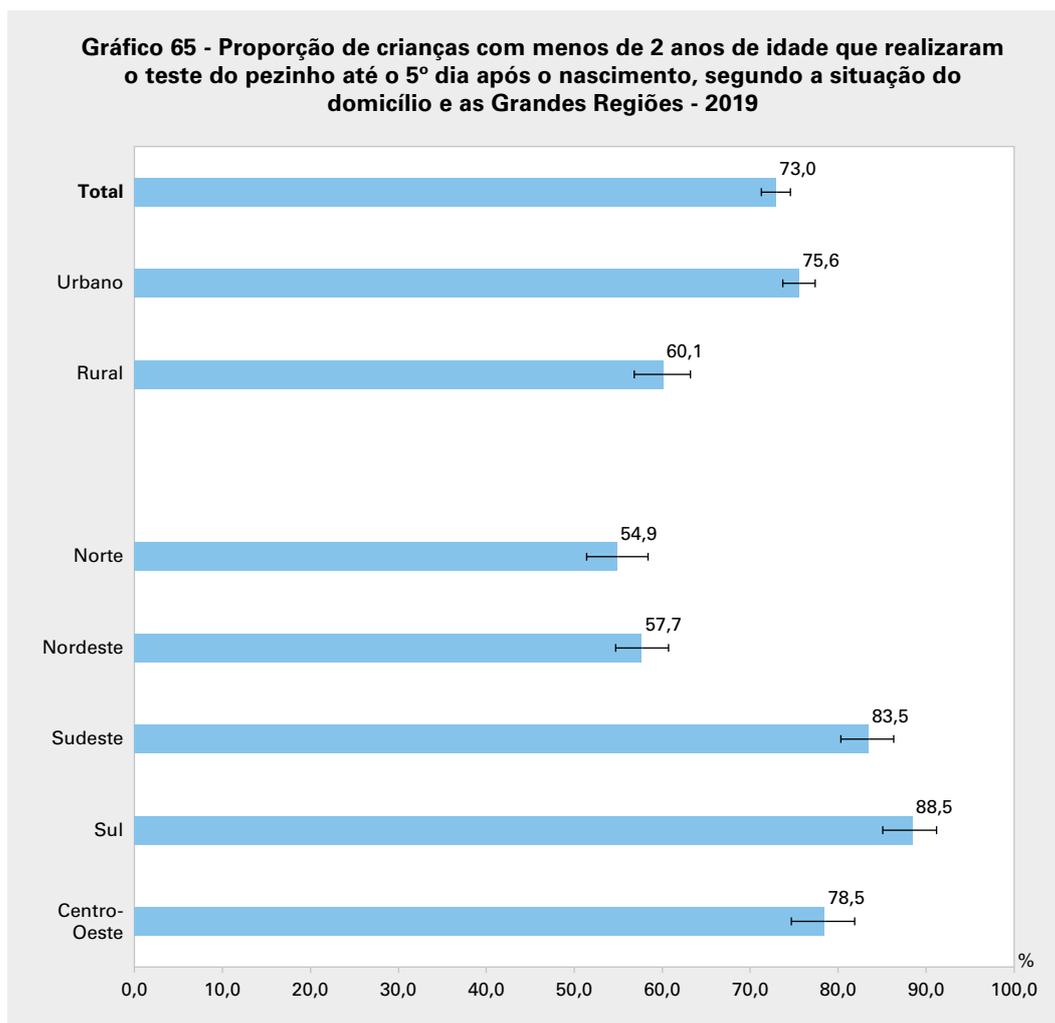
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Teste do pezinho, da orelhinha, do olhinho e do coraçãozinho

Atualmente, existem exames que são realizados logo que o bebê nasce, antes mesmo de sua alta hospitalar, fundamentais na prevenção de doenças e até mesmo detecção de alguma alteração, o mais cedo possível, de forma a evitar sequelas mais graves. Nesse sentido, a pesquisa investigou informações sobre os testes do pezinho, da orelhinha, do olhinho e do coraçãozinho.

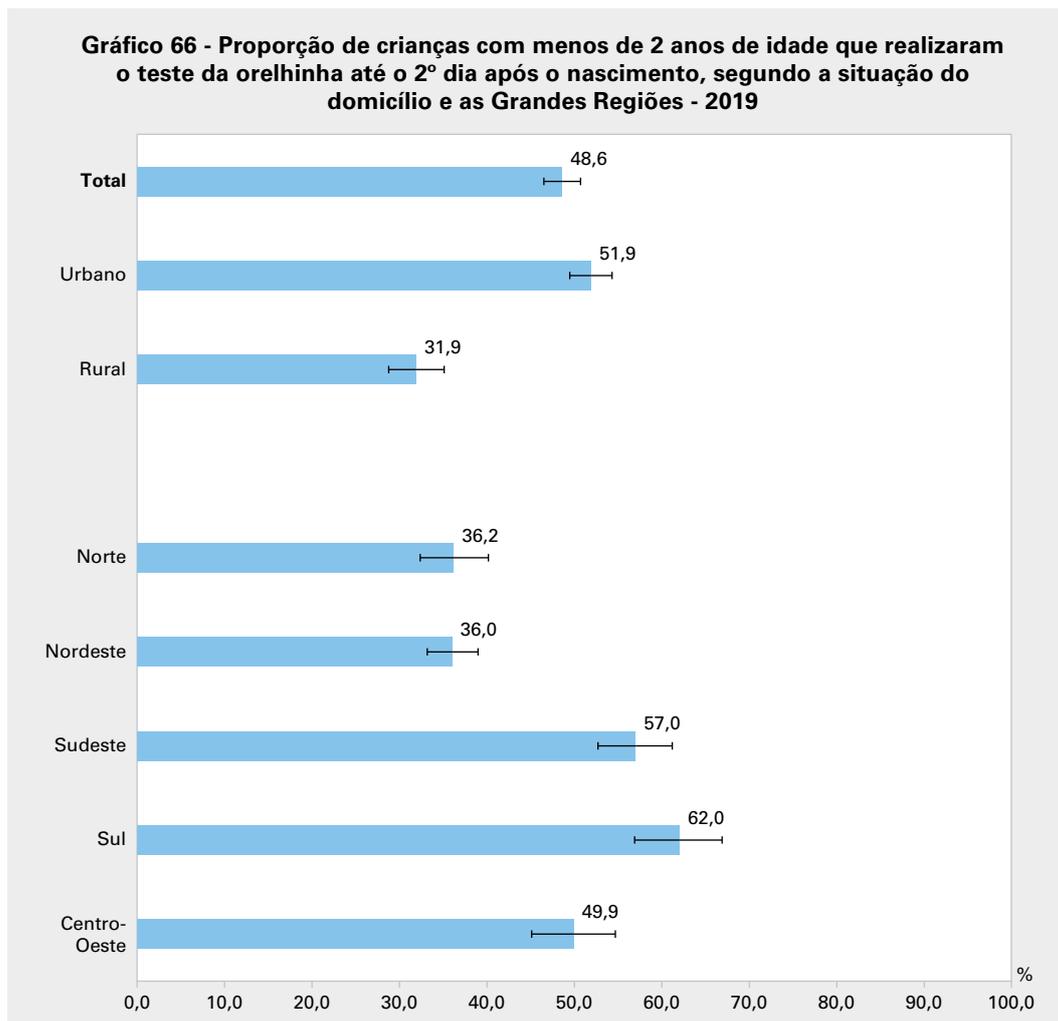
O teste do pezinho tem como objetivo detectar precocemente doenças metabólicas, genéticas ou infecciosas. Ele é realizado por meio da análise de amostras de sangue coletadas do calcanhar do bebê. No Brasil, 73,0% das crianças com menos de 2 anos de idade realizaram o teste do pezinho até o quinto dia após o nascimento. As maiores proporções desse indicador foram estimadas para as Regiões Sul (88,5%), Sudeste (83,5%) e Centro-Oeste (78,5%), enquanto as Regiões Nordeste (57,7%) e Norte (54,9%) apresentaram proporções inferiores à média nacional. A área urbana (75,6%) registrou proporção superior à da área rural (60,1%).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

O teste da orelhinha, ou triagem auditiva neonatal, é um exame de avaliação da audição em recém-nascidos para o diagnóstico precoce de perda auditiva. A PNS 2019 estimou que 48,6% das crianças com menos de 2 anos de idade realizaram o teste da orelhinha até o segundo dia após o nascimento. Para as Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, foram estimadas proporções mais elevadas (62,0%, 57,0% e 49,9%, respectivamente). As menores proporções foram estimadas para as Regiões Nordeste (36,0%) e Norte (36,2%). Levando em consideração a situação de domicílio, a área urbana (51,9%) apresentou proporção superior à da área rural (31,9%).

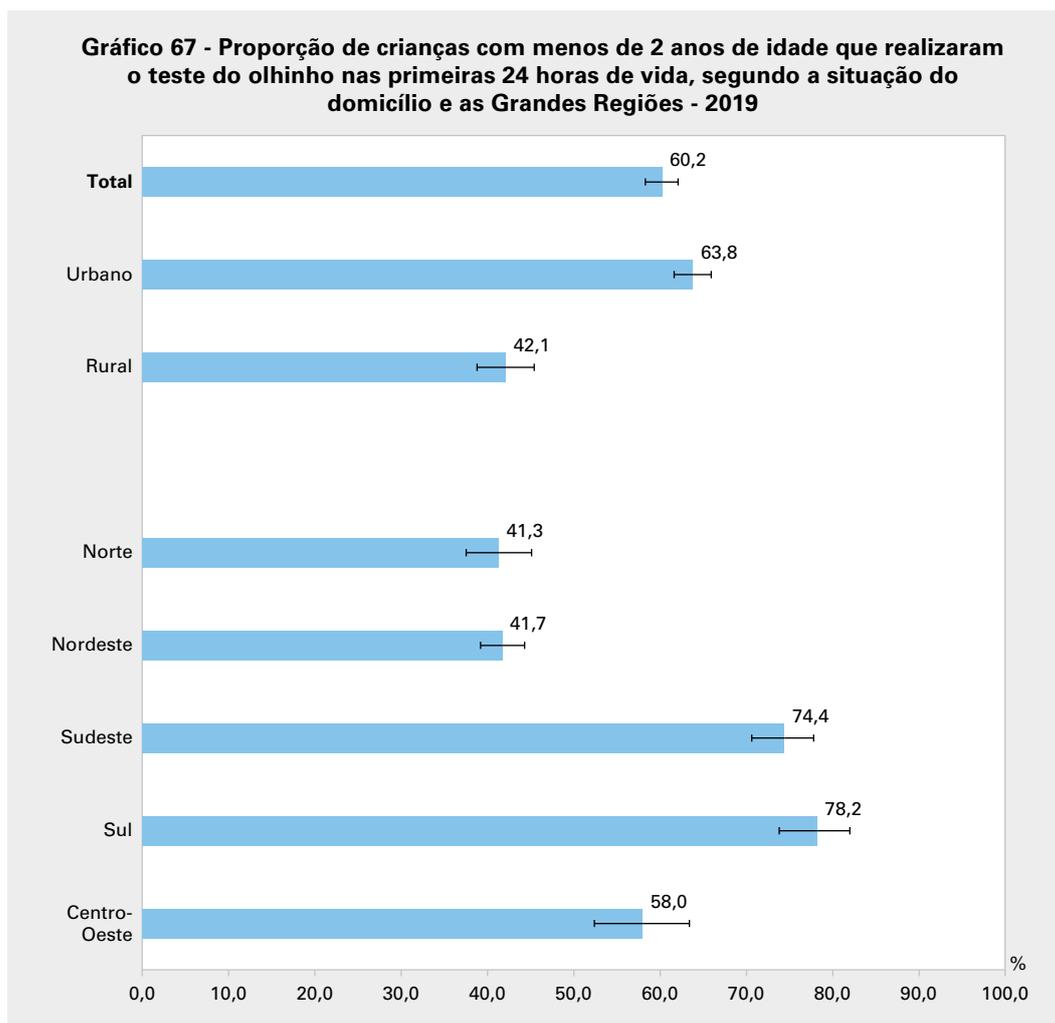


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

O teste do olhinho, ou teste do reflexo vermelho, é um exame que deve ser realizado em bebês e pode detectar e prevenir alterações oculares, assim como o agravamento dessas alterações.

A PNS 2019 estimou que 60,2% das crianças com menos de 2 anos de idade realizaram o teste do olhinho nas primeiras 24 horas de vida. As Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram os menores percentuais (41,3%, 41,7% e 58,0%, respectivamente), enquanto as Regiões Sul e Sudeste, os maiores percentuais (78,2% e 74,4%, respectivamente). A área rural registrou proporção inferior à área urbana (42,1% e 63,8%, respectivamente).

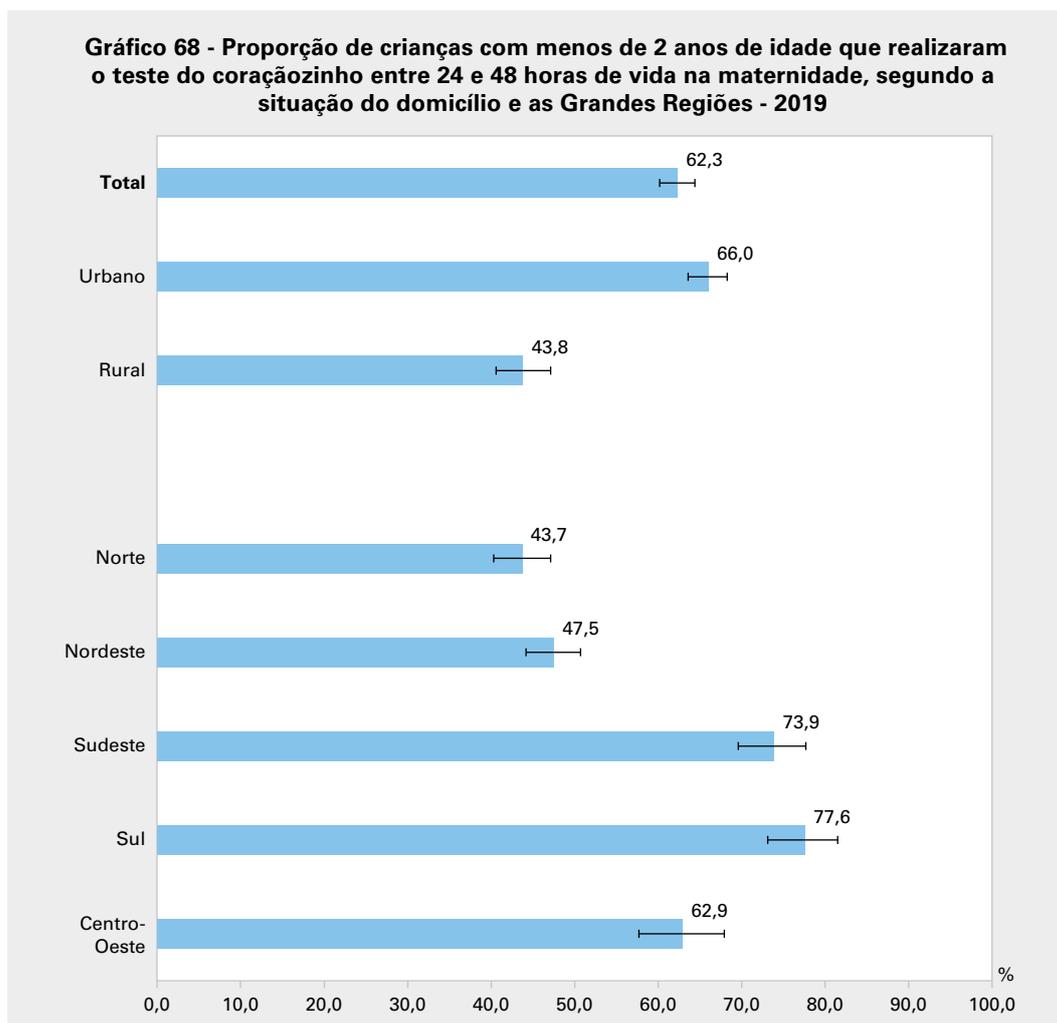


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Problemas no coração são a terceira maior causa de morte em recém-nascidos. Por isso, quanto mais cedo forem diagnosticados, melhores são as chances do tratamento. Todo bebê deve realizar o teste de coraçãozinho ainda na maternidade, entre 24h e 48h após o nascimento. O Teste busca identificar cardiopatias congênitas, causadas por defeitos anatômicos do coração ou dos grandes vasos associados. O teste é realizado por meio da checagem de oxigênio no sangue do recém-nascido com o auxílio de um oxímetro, na mão e no pé do bebê. Essa é uma medida de checagem simples e habitual das equipes de enfermagem.

A PNS estimou que em 2019, 62,3% das crianças menores de 2 anos de idade realizaram o teste do coraçãozinho entre 24 e 48 horas de vida, na maternidade. As Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram as maiores estimativas para este indicador (77,6%, 73,9% e 62,9%, respectivamente), enquanto as Regiões Norte (43,7%) e Nordeste (47,5%) registraram os menores percentuais. A área rural (43,8%) estimou proporção menor do que a área urbana (66,0%).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

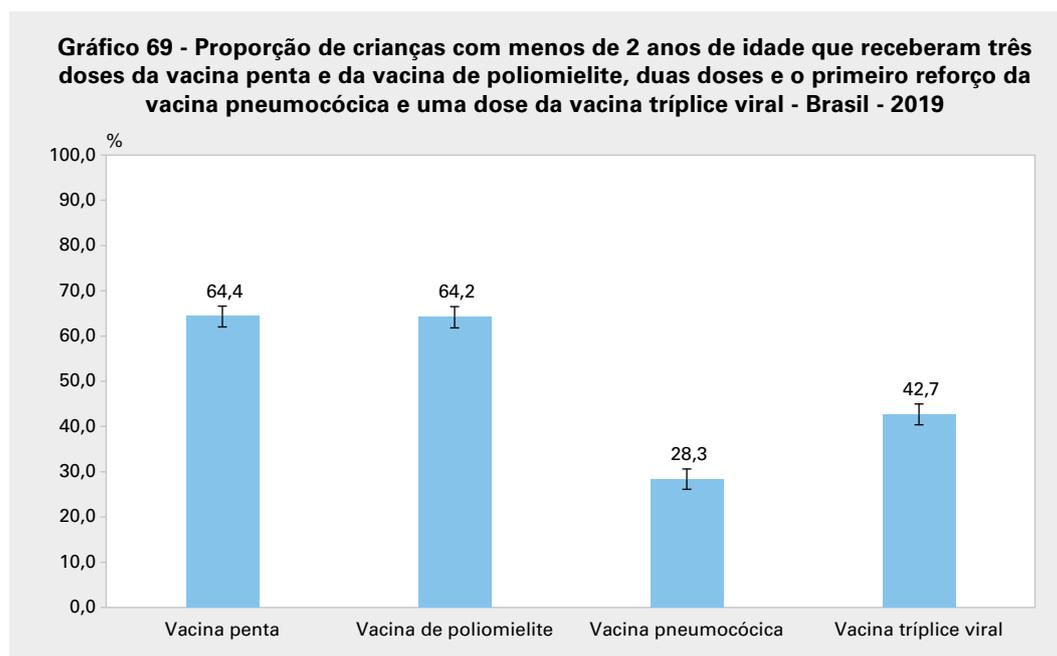
Vacinação

Outro cuidado preventivo investigado está relacionado à imunização por meio da vacinação. Importante ressaltar que esta informação foi investigada apenas para quem mostrou a caderneta de vacinação. A pesquisa estimou a cobertura da vacina pentavalente, que evita tétano, hepatite B, coqueluche, difteria e meningite, e outras infecções causadas pela bactéria *Haemophilus influenzae* tipo B. O esquema de vacinação é feito aos 2, 4 e 6 meses de idade e mais dois reforços: o primeiro aos 15 meses e o segundo aos 4 anos de idade. No Brasil, 64,4% das crianças com menos de 2 anos de idade receberam três doses da vacina pentavalente.

A vacina contra poliomielite, enfermidade popularmente conhecida como paralisia infantil, protege as crianças de três diferentes tipos de vírus que provocam esta doença. O Programa Nacional de Imunização - PNI recomenda a vacinação de crianças a partir de 2 meses até menores de 5 anos de idade com as seguintes doses: vacina de poliomielite VIP (vacina inativada poliomielite), aos 2 e 4 meses e uma dose da vacina de poliomielite VOP (vacina oral poliomielite) aos 6 meses, com doses de reforço aos 15 meses e aos 4 anos de idade. A PNS estimou que em 2019, 64,2% das crianças com menos de 2 anos de idade receberam três doses da vacina contra poliomielite.

A vacina pneumocócica conjugada (VPC) protege contra a doença pneumocócica que pode evoluir para pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pela bactéria pneumococo. A vacina deve ser aplicada a partir de 6 semanas de vida em 2 doses e um reforço entre 12 e 15 meses de vida. No Brasil, 28,3% das crianças menores de dois anos de idade haviam recebido duas doses e o reforço da vacina em 2019.

A primeira dose da vacina tríplice viral, contra sarampo, caxumba e rubéola, deve ser ministrada aos 12 meses de idade. Aos 15 meses deve ser aplicada outra dose. Foi estimado que em 2019, 42,7% das crianças com menos de dois anos de idade tinham tomado uma dose desta vacina.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Notas: 1. Independentemente de ter alcançado a idade ideal para o recebimento do número de doses de cada vacina.

2. O intervalo de confiança de 95% é indicado pela barra de erros.

Referências

05/02: dia nacional da mamografia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2021]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/05-02-dia-nacional-da-mamografia-3/>. Acesso em: jul. 2021.

BARROS, M. B. de A. *et al.* Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 16, n. 9, p. 3755-3768, set. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000012>. Acesso em: jul. 2021.

BOERMA, T. *et al.* Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, London: The Lancet Publications; Oxford: Elsevier, v. 392: 1341–1348, Oct. 2018.

BOTELHO, L.; PORCIUNCULA, K. Os desafios para a produção de indicadores sobre pessoas com deficiência: ontem, hoje e amanhã. *In: SIMÕES, A.; ATHIAS, L.; BOTELHO, L. (org). Panorama nacional e internacional da produção de indicadores sociais: grupos populacionais específicos e uso do tempo.* Rio de Janeiro, IBGE, 2018. 352 p. (Estudos e análises. Informação demográfica e socioeconômica, n. 6). Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101562.pdf>. Acesso em: jul. 2021.

BRASIL. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF: ano 146, n. 163, p. 3-9, 26 ago. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: jul. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: jul. 2021.

BRASIL. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*: seção 1, Brasília, DF, ano 134, n. 10, p. 561-563, 15 jan. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm. Acesso em: jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderneta da gestante*. 4. ed. Brasília, DF: 2018. 48 p. Disponível em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>. Acesso em: jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal*: versão resumida. Brasília, DF: 2017. 51 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, DF, 2011. 154 p. Disponível em: (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas/>. Acesso em: jul. 2021.

BRASIL. Portaria n. 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 146, n. 165, p. 61-62, 28 ago. 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html. Acesso em: jul. 2021.

CANCER today. Lyon: International Agency for Research on Cancer - IARC; World Health Organization - WHO, 2020. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/home>. Acesso em: jul. 2021.

CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: EDUSP, 2008. Versão em português organizada pelo Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde - OMS para a Família de Classificações Internacionais em Português da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Título original: ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf?sequence=111. Acesso em: jul. 2021.

COSTILLA, H. G.; NERI, M. C.; CARVALHO, A. P. *Política de cotas e inclusão trabalhista das pessoas com deficiência*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas - FGV, Escola de Pós-Graduação em Economia - EPGE, 2002. 67 p. (Ensaios econômicos, n. 462). Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/518>. Acesso em: jul. 2021.

Estimativa 2020: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA, 2019. 117 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em: jul. 2021.

FREITAS, M. P. S. de *et al.* *Amostra mestra para o Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares*. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. 67 p. (Textos para discussão. Diretoria de Pesquisas, n. 23). Disponível em: https://www.ibge.gov.br/arquivo/projetos/sipd/texto_discussao_23.pdf. Acesso em: jul. 2021.

GARCIA, V. G.; BENEVIDES, G. M. M. de; ALENCAR, M. D. L. A inserção formal no trabalho das pessoas com deficiência: comportamento geral, setores de atividade econômica e principais ocupações: 2007-2016. 2018. *In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS*, 21., 2018, Poços de Caldas. *Anais...* Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP, 2018. 20 p. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/2959/2821>. Acesso em: jul. 2021.

GESTAÇÃO de alto risco: manual técnico. 5.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2012. 302 p. (Série A. Normas e manuais técnicos). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: jul. 2021.

GUGEL, M. A. *Pessoas com deficiência e o direito ao concurso público: reserva de cargos e empregos públicos: administração direta e indireta*. 3 ed. rev. ampl. Goiânia: Ed. da Universidade Católica de Goiânia - UCG, 2016. 355 p. Disponível em: <https://inclusao.enap.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/PESSOAS-COM-DEFICIENCIA-E-O-DIREITO-AO-CONCURSO-PUBLICO-MARIA-APARECIDA-GUGEL-20161.pdf>. Acesso em: jul. 2021.

LILA, M. F.; FREITAS, M. P. S. de. *Uma medida de homogeneidade da migração nos municípios brasileiros*. Rio de Janeiro: IBGE, Diretoria de Pesquisas, 2006.

MALTA, D. C. *et al.* Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 11, supl. 1, p. 159-167, maio 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500017>. Acesso em: jul. 2021.

MORTALIDADE materna no Brasil. *Boletim Epidemiológico*. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 51, n. 20, maio 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/20/Boletim-epidemiologico-SVS-20-aa.pdf>. Acesso em: jul. 2021.

PROTOCOLOS da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde; São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016. 230 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: jul. 2021.

REIS, R. S. *et al.* Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, nov. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>. Acesso em: jul. 2021.

SAÚDE da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 271 p. (Cadernos de atenção básica, n. 33). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em: jun. 2021.

SAÚDE da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 111 p. (Série A. Normas e manuais técnicos) (Cadernos de atenção básica, n. 23). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf. Acesso em: jul. 2021.

SOARES JÚNIOR, J.; COVRE-SUSSAI, M. Discriminação salarial de trabalhadores deficientes no Brasil. *In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS*, 21., 2018, Poços de Caldas. *Anais...* Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP, 2018. 20 p. Disponível em <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/3247/3107>. Acesso em: jul. 2021.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. *In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes, 2008. p. 215-243.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; LAGUARDIA, J. Os suplementos saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 11, supl. 1, p. 98-112, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500010>. Acesso em: jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: WHO, 2016. 152 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>. Acesso em: jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO statement on caesarean section rates*. Geneva: WHO, 2015. 8 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=7D6114047304AABF6AAF58DA18A26C62?sequence=1. Acesso em: jul. 2021.

Glossário

ACS *Ver* agente comunitário de saúde

Agenda para o Desenvolvimento Sustentável 2030 *Ver* Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

agente comunitário de saúde Agente de saúde que compõe uma Equipe de Atenção Básica ou uma Equipe de Saúde da Família, sob coordenação de profissionais de saúde de nível superior, e que realiza suas atividades de forma compartilhada entre a atenção básica e a vigilância em saúde. Nas localidades em que não há cobertura por Equipe de Atenção Básica ou uma Equipe de Saúde da Família, o agente comunitário de saúde deve se vincular à Equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde. O agente comunitário de saúde trabalha em área geográfica definida, cadastrando indivíduos e famílias, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Equipe de Atenção Básica vigente, com o apoio dessa, para análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando, também, as situações a serem acompanhadas no planejamento local. Esse tipo de agente de saúde desenvolve atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, tanto na Unidade Básica de Saúde, quanto nos domicílios e em outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe, quando necessário.

aleitamento materno Amamentação da criança com leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente da oferta ou não

de outros alimentos. A Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO) recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade; após esse período, a criança deve começar a receber alimentos complementares, como sopas e papinhas, e manter o aleitamento materno até os dois anos de idade.

assistência ao parto Ato de assistir à mulher no momento do parto, visando à saúde da mãe e da criança. A assistência ao parto engloba as seguintes ações: dar apoio à mulher, ao seu parceiro e à sua família durante o trabalho de parto, no momento do nascimento e no pós-parto; observar a mulher, monitorar o estado fetal e, posteriormente, o do recém-nascido; avaliar fatores de risco; e detectar problemas precocemente a fim de realizar as intervenções necessárias ou encaminhar a uma assistência de nível mais complexo, se preciso.

atendimento de emergência no domicílio Atendimento pré-hospitalar realizado no domicílio para situações que envolvem risco iminente de vida (emergência) ou atendimento imediato (urgência). No caso do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, o atendimento pode ser feito por técnico de enfermagem ou médico e envolve serviço de ambulância básica ou Unidade de Terapia Intensiva - UTI móvel, por meio de chamada telefônica. O atendimento domiciliar pode resultar ou não em remoção para um serviço de saúde.

atendimento médico Atendimento prestado por profissional médico, de todas as especialidades, incluindo homeopatia e acupuntura, independentemente do lugar em que é realizado (domicílio, consultório, clínica, posto de saúde, hospital etc.).

atividade Finalidade ou ramo de negócio da organização, empresa ou entidade para a qual a pessoa trabalha ou a natureza da atividade exercida pela pessoa que trabalha por conta própria.

atividades sociais organizadas Atividades com o intuito de inserir o indivíduo na sociedade, como participação em práticas esportivas ou recreativas, centros de convivência, movimentos sociais, trabalho voluntário não remunerado, encontros de grupos religiosos, entre outras, de modo a ampliar as redes de apoio familiar e social do indivíduo.

câncer do colo do útero Câncer causado pela infecção persistente por alguns tipos (chamados oncogênicos) do Papilomavírus Humano (HPV). Também chamado de câncer cervical.

catarata Opacidade parcial ou completa do cristalino de um ou ambos os olhos, comprometendo a visão. A cirurgia para retirada da catarata pode ser feita na rede do Sistema Único de Saúde - SUS e consiste em colocar uma lente (novo cristalino artificial), como se fosse uma prótese no olho. Se não tratada, a catarata pode causar cegueira.

cesariana Ver parto cesáreo

classes de rendimento Classificação da população em ordem crescente de rendimento de interesse (rendimento domiciliar *per capita*,

rendimento efetivo ou habitual do trabalho etc.) em: sem rendimento até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo; mais de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ salário mínimo; mais de $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo; mais de 1 a 2 salários mínimos; mais de 2 a 3 salários mínimos; mais de 3 a 5 salários mínimos; ou mais de 5 salários mínimos.

condição em relação à força de trabalho Classificação da pessoa em idade de trabalhar em: pessoa na força de trabalho ou pessoa fora da força de trabalho na semana de referência da pesquisa.

condição no domicílio Classificação do morador do domicílio quanto à relação de parentesco ou de convivência com a pessoa responsável pelo domicílio em: pessoa responsável pelo domicílio - morador assim considerado pelos demais moradores; cônjuge ou companheiro(a) de sexo diferente - pessoa (homem ou mulher) que vive, conjugalmente, com a pessoa responsável pelo domicílio, sendo de sexo diferente, existindo ou não vínculo matrimonial; cônjuge ou companheiro(a) do mesmo sexo - pessoa (homem ou mulher) que vive, conjugalmente, com a pessoa responsável pelo domicílio, sendo ambas do mesmo sexo; filho(a) do responsável e do cônjuge - pessoa que é filho(a) da pessoa responsável pelo domicílio e do cônjuge, seja consanguíneo(a), adotivo(a) ou de criação; filho(a) somente do responsável - pessoa que é filho(a) somente da pessoa responsável pelo domicílio, seja consanguíneo(a), adotivo(a) ou de criação; filho(a) somente do cônjuge - pessoa que é filho(a) somente do cônjuge, seja consanguíneo(a), adotivo(a) ou de criação; genro ou nora - pessoa que é genro ou nora da pessoa responsável pelo domicílio; pai, mãe, padrasto ou madrasta - pessoa que é pai, mãe, padrasto ou madrasta da pessoa responsável pelo domicílio; sogro(a) - pessoa que é sogro(a) da pessoa responsável pelo domicílio; neto(a) - pessoa que é neto(a) da pessoa responsável pelo domicílio; bisneto(a) - pessoa que é bisneto(a) da pessoa responsável pelo domicílio; irmão ou irmã - pessoa que é irmão ou irmã consanguíneo(a), adotivo(a) ou de criação da pessoa responsável pelo domicílio; avô ou avó - pessoa que é avô ou avó da pessoa responsável pelo domicílio; outro parente - pessoa que é bisavô(ó), cunhado(a), tio(a), sobrinho(a) ou primo(a) da pessoa responsável pelo domicílio; agregado - pessoa residente em domicílio particular que, sem ser parente da pessoa responsável pelo domicílio, empregado(a) doméstico(a) ou parente do(a) empregado(a) doméstico(a), não paga hospedagem nem contribui para as despesas de alimentação e moradia do domicílio; convivente - pessoa residente em domicílio particular que, sem ser parente da pessoa responsável pelo domicílio, divide as despesas de alimentação e/ou moradia; pensionista - pessoa residente em domicílio particular que, sem ser parente da pessoa responsável pelo domicílio, paga hospedagem; empregado(a) doméstico(a) - pessoa residente em domicílio particular que presta serviços domésticos remunerados a um ou mais moradores do domicílio; ou parente do(a) empregado(a) doméstico(a) - pessoa residente em domicílio particular que é parente

do(a) empregado(a) doméstico(a) e que não presta serviços domésticos remunerados a moradores do domicílio.

consulta médica Ver atendimento médico

conta própria Pessoa que trabalha explorando o seu próprio empreendimento, sozinha ou com sócio, sem ter empregado e contando, ou não, com a ajuda de trabalhador familiar auxiliar.

cor ou raça Característica declarada pela pessoa com base nas seguintes opções: branca, preta, amarela (pessoa que se declara de origem japonesa, chinesa, coreana etc.), parda, ou indígena.

correlação negativa Correspondência entre duas variáveis que se movem em direções opostas.

correlação positiva Correspondência entre duas variáveis que se movem na mesma direção.

data de referência Data fixada para o cálculo da idade e para a investigação das características de trabalho. Corresponde ao último dia da semana de referência que, para a pesquisa realizada em 2019, foi o dia 27 de julho de 2019.

domicílio Local estruturalmente separado e independente que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoas, ou que esteja sendo utilizado como tal. A separação fica caracterizada quando o local de moradia é limitado por paredes, muros, cercas etc., e coberto por um teto, permitindo que os moradores se isolem das outras pessoas da comunidade e se protejam das condições climáticas e do meio ambiente. A independência fica caracterizada quando o local de moradia tem acesso direto, permitindo que seus moradores possam entrar e sair sem passar por local de moradia de outras pessoas, ou seja, o local de habitação tem acesso direto para a via pública ou para terreno, galeria, corredor, passagem, saguão etc., público ou comunitário. O domicílio classifica-se em: domicílio particular ou domicílio coletivo.

domicílio coletivo Domicílio destinado à habitação de pessoas em cujo relacionamento prevalece o cumprimento de normas administrativas.

domicílio particular Domicílio destinado à habitação de uma pessoa ou de um grupo de pessoas cujo relacionamento é ditado por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência. O domicílio particular é classificado, quanto à espécie em: permanente ou improvisado.

domicílio particular improvisado Domicílio particular localizado em edificação que não possui dependências destinadas exclusivamente à moradia, assim como em local inadequado para habitação ou em estrutura móvel, que está ocupado por moradores, como: estabelecimento comercial, paiol, cocheira, abrigo contra a chuva, banca de jornal, quiosque, tenda, barraca, gruta, prédio em construção, embarcação, *trailer*, ou outro veículo.

domicílio particular permanente Domicílio particular localizado em casa, apartamento ou cômodo, independentemente do material utilizado em sua construção, destinado a servir de moradia.

empreendimento Empresa, instituição, entidade, firma, negócio etc., ou, ainda, o trabalho sem estabelecimento, desenvolvido individualmente ou com ajuda de outras pessoas (empregados, sócios ou trabalhadores familiares auxiliares). Por convenção, o trabalho no serviço doméstico remunerado é considerado como um empreendimento, independentemente do número de domicílios em que a pessoa prestava esse serviço.

empregado Pessoa que trabalha para um empregador (pessoa física ou jurídica), geralmente obrigando-se ao cumprimento de uma jornada de trabalho e recebendo, em contrapartida, uma remuneração em dinheiro, mercadorias, produtos ou benefícios (moradia, alimentação, roupas, treinamento etc.). Nesta categoria inclui-se a pessoa que presta serviço militar obrigatório ou é clérigo (sacerdote, ministro de igreja, pastor, rabino, frade, freira ou outro clérigo). A categoria dos empregados inclui o subgrupo trabalhador doméstico.

empregador Pessoa que trabalha explorando o seu próprio empreendimento, com pelo menos um empregado.

exame clínico das mamas Exame que busca detectar caroços, nódulos ou outra doença por meio de apalpação das mamas e dos linfonodos.

exame preventivo para o câncer do colo do útero Exame, denominado Papanicolau, destinado à detecção precoce do câncer do colo do útero. O exame é realizado por meio da coleta de material do útero e da vagina para posterior diagnóstico. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde para rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil, a faixa etária de cobertura do exame é de 25 a 64 anos de idade, sendo recomendada a sua realização a cada três anos, ou conforme recomendação médica.

hospital/ambulatório Ponto de atenção à saúde voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de pacientes agudos ou crônicos agudizados. Considera-se nesta categoria o estabelecimento de saúde dotado de internação, bem como de meios diagnósticos e terapêuticos que visam prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa, com funcionamento permanente em regime de 24 horas. O hospital/ambulatório pode ser da rede pública, ou seja, de propriedade da União (Ministério da Saúde, universidades federais, Forças Armadas), de Estado ou de Município, ou da rede suplementar (privados, ou de planos e seguros de saúde).

idade Idade calculada, em anos completos, na data de referência da pesquisa, com base no dia, mês e ano de nascimento da pessoa, ou idade presumida da pessoa que não sabe a data de nascimento.

idoso Pessoa de 60 anos ou mais de idade, de acordo com o Estatuto do Idoso (Lei n. 10.471 de 01.10.2003).

laqueadura de trompas Ver ligadura de trompas

ligadura de trompas Cirurgia realizada para evitar a gravidez. A ligadura de trompas é um método contraceptivo cirúrgico e definitivo, em que as trompas são amarradas ou cortadas, e, com isso, evita-se o encontro do óvulo com o espermatozoide, isto é, a fecundação. As trompas de Falópio são os canais que ligam o útero aos ovários e por onde passam os óvulos liberados na ovulação.

mamografia Exame radiológico que permite visualizar imagens de caroços, nódulos, calcificações ou tumores nas mamas. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde para rastreamento do câncer de mama no Brasil, a faixa etária de cobertura do exame é de 50 a 69 anos de idade, sendo recomendada a sua realização a cada dois anos, ou conforme recomendação médica.

mês de referência Mês fixado para a investigação dos rendimentos. Para a pesquisa realizada em 2019, foi o mês de julho de 2019.

método para evitar a gravidez Prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade (esterilização reprodutiva). Entre os meios comuns de anticoncepção reversível, estão métodos naturais de planejamento familiar, anticoncepcionais, ou dispositivos anticoncepcionais (pílula, implante, creme/óvulo, DIU, pílula do dia seguinte, contraceptivo injetável, entre outros).

mioma uterino Tumor sólido, monoclonal, isto é, proveniente de uma única célula, de caráter benigno e que pode ou não causar sintomas.

morador Pessoa que tem o domicílio particular permanente como local de residência habitual e, na data da entrevista, estava presente ou temporariamente ausente por período não superior a 12 meses em relação àquela data.

nível de instrução Classificação estabelecida em função da série ou ano e do nível ou grau que a pessoa frequenta ou havia frequentado e da sua conclusão, compatibilizando os sistemas de ensino anteriores com o atualmente em vigor, nos seguintes níveis: sem instrução; fundamental incompleto; fundamental completo; médio incompleto; médio completo; superior incompleto; superior completo; ou não determinado.

nível ensino fundamental completo Para a pessoa que: a) frequenta: a 1ª série do ensino médio regular seriado ou da educação de jovens e adultos do ensino médio seriado; o ensino médio regular não seriado; ou a educação de jovens e adultos do ensino médio não seriado; b) não frequenta, mas já frequentou e concluiu, com aprovação: o antigo ginásial (médio 1º ciclo), o 1º grau regular, o ensino fundamental regular, com duração de 8 anos ou 9 anos; a educação de jovens e adultos do ensino fundamental ou o supletivo do 1º grau; ou c) não

frequenta, mas já frequentou: o antigo científico, clássico ou normal (médio 2º ciclo), o 2º grau regular, o ensino médio regular, a educação de jovens e adultos do ensino médio ou o supletivo do 2º grau, mas não concluiu, com aprovação, a 1ª série desses cursos; o antigo científico, clássico ou normal (médio 2º ciclo) não seriado, o 2º grau não seriado, o ensino médio regular não seriado, a educação de jovens e adultos do ensino médio não seriado ou o supletivo do 2º grau não seriado, mas não concluiu esses cursos.

nível ensino fundamental incompleto Para a pessoa que: a) frequenta: do 2º ao 9º ano do ensino fundamental regular seriado; o 2º segmento do ensino fundamental regular não seriado; ou a educação de jovens e adultos do ensino fundamental; ou b) não frequenta, mas já frequentou: a classe de alfabetização e concluiu esse curso; a alfabetização de jovens e adultos e concluiu esse curso; o antigo primário (elementar); o antigo ginásial (médio 1º ciclo), mas não concluiu esse curso; o 1º grau regular, o ensino fundamental regular de duração de 8 anos, ou a educação de jovens e adultos do ensino fundamental, ou o supletivo do 1º grau e não concluiu esses cursos; o ensino fundamental regular seriado de duração de 9 anos e concluiu, com aprovação, pelo menos o 1º ano e, no máximo, o 8º ano desse curso; o ensino fundamental regular não seriado de duração de 9 anos e concluiu, com aprovação o 1º segmento deste curso; ou o ensino fundamental regular não seriado de duração de 9 anos e não concluiu, com aprovação o 2º segmento deste curso.

nível ensino médio completo Para a pessoa que: a) frequenta: o 1º ano ou o 1º ou 2º semestre de curso superior de graduação e não concluiu outro curso superior de graduação; ou b) não frequenta, mas já frequentou: o antigo científico, clássico ou normal (médio 2º ciclo), o 2º grau, o ensino médio regular ou a educação de jovens e adultos do ensino médio ou o supletivo do 2º grau e concluiu, com aprovação, esses cursos; ou curso superior de graduação, mas não concluiu o 1º ano ou o 2º semestre desse curso.

nível ensino médio incompleto Para a pessoa que: a) frequenta: da 2ª a 4ª série do ensino médio regular seriado, ou da 2ª a 3ª a série da educação de jovens e adultos do ensino médio; ou b) não frequenta, mas já frequentou: o antigo científico, clássico ou normal (médio 2º ciclo) seriado, o 2º grau ou o ensino médio regular seriado, a educação de jovens e adultos do ensino médio seriado ou o supletivo do 2º grau seriado e concluiu, com aprovação, pelo menos a 1ª série, mas não concluiu esses cursos.

nível sem instrução Para a pessoa que: a) nunca frequentou escola; b) frequenta: a creche; a pré-escola; a alfabetização de jovens e adultos; o 1º ano do ensino fundamental regular seriado; o 1º segmento do ensino fundamental regular não seriado; ou c) não frequenta, mas já frequentou: a creche; a pré-escola; a classe de alfabetização, mas não concluiu o curso; a alfabetização de jovens e adultos, mas não concluiu

o curso; o ensino fundamental regular seriado de duração de 9 anos e não concluiu o 1º ano desse curso; ou o ensino fundamental regular de 9 anos não seriado e não concluiu o 1º segmento desse curso.

nível superior completo Para a pessoa que: a) frequenta: mestrado ou doutorado; ou curso superior de graduação e já concluiu, com aprovação, outro curso superior de graduação; b) não frequenta, mas já frequentou: mestrado ou doutorado; ou c) não frequenta, mas já frequentou e concluiu, com aprovação, curso superior de graduação.

nível superior incompleto Para a pessoa que: a) frequenta: do 2º ao 6º ano de curso superior de graduação e não concluiu outro curso superior de graduação; ou do 3º ao 12º semestre de curso superior de graduação e não concluiu outro curso superior de graduação; ou b) não frequenta, mas já frequentou: curso superior de graduação e concluiu, com aprovação, pelo menos o 1º ano ou o 2º semestre, mas não concluiu o curso.

número de trabalhos Número de empreendimentos em que a pessoa tem trabalho na semana de referência da pesquisa. O trabalho na produção para o próprio consumo ou na construção para o próprio uso somente é contado para a pessoa que não tem qualquer outro trabalho remunerado ou sem remuneração na semana de referência.

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável Conjunto de objetivos estabelecidos pela Organização das Nações Unidas - ONU, em 2015, para compor uma agenda mundial com vistas à construção e à implementação de políticas públicas que visam guiar a humanidade até 2030. Essa iniciativa, também conhecida como Agenda 2030, contempla um plano de ação internacional para o alcance de 17 objetivos, desdobrados em 169 metas, os quais abordam diversos temas fundamentais para o desenvolvimento humano, em cinco perspectivas: pessoas, planeta, prosperidade, parceria e paz. Os 17 ODS envolvem as seguintes temáticas: erradicação da pobreza; fome zero e agricultura sustentável; saúde e bem-estar; educação de qualidade; igualdade de gênero; água potável e saneamento; energia acessível e limpa; trabalho decente e crescimento econômico; indústria, inovação e infraestrutura; redução das desigualdades; cidades e comunidades sustentáveis; consumo e produção responsáveis; ação contra a mudança global do clima; vida na água; vida terrestre; paz, justiça e instituições eficazes; e parcerias e meios de implementação.

ocupação Cargo, função, profissão ou ofício exercido pela pessoa.

ocupação formal Classificação da pessoa em: empregado com carteira de trabalho assinada, trabalhador doméstico com carteira de trabalho assinada, funcionário público estatutário, militar, trabalhador por conta própria, ou empregador que contribui para a previdência social.

ocupação informal Classificação da pessoa em: empregado ou trabalhador doméstico sem carteira de trabalho assinada, conta própria,

empregador que não contribui para a previdência social, ou trabalhador familiar auxiliar.

ODS Ver Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

parto Saída do feto do útero materno.

parto a termo Parto que ocorre entre 37 semanas e 41 semanas e seis dias de gestação. Quando a gestação alcança ou ultrapassa 42 semanas, considera-se o parto pós-termo; quando ocorre com idade gestacional inferior a 37 semanas, denomina-se parto pré-termo ou prematuro.

parto cesáreo Parto realizado por via cirúrgica, em que é feito um corte no abdômen inferior materno, por onde nasce o bebê.

parto vaginal Parto que ocorre por via vaginal, isto é, o bebê sai pela pelve (vagina) da mulher. Dependendo da necessidade, o médico pode usar algum medicamento ou fazer intervenção.

período de coleta Período de 26 de agosto de 2019 a 13 de março de 2020.

período de referência das últimas duas semanas Período correspondente às duas últimas semanas anteriores à data da entrevista, para efeito da presente publicação.

peessoa de referência do domicílio Ver em condição no domicílio

período de referência dos últimos 12 meses Período correspondente aos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista, para efeito da presente publicação.

peessoa desocupada Pessoa sem trabalho em ocupação na semana de referência da pesquisa que tomou alguma providência efetiva para consegui-lo no período de referência de 30 dias, e que estava disponível para assumi-lo na semana de referência. Considera-se, também, como desocupada a pessoa sem trabalho na semana de referência que não tomou providência efetiva para consegui-lo no período de 30 dias porque já havia conseguido trabalho que iria começar após a semana de referência.

peessoa em idade de trabalhar Pessoa de 14 anos ou mais de idade na data de referência.

peessoa fora da força de trabalho Pessoa que não é classificada como ocupada nem como desocupada na semana de referência da pesquisa, mas encontra-se em idade de trabalhar.

peessoa na força de trabalho Pessoa classificada como ocupada ou desocupada na semana de referência da pesquisa.

peessoa não ocupada Pessoa classificada como desocupada ou fora da força de trabalho na semana de referência da pesquisa.

peessoa ocupada Pessoa que, na semana de referência da pesquisa, trabalhou pelo menos uma hora completa em trabalho remunerado em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios (moradia, alimentação,

roupas, treinamento etc.), ou em trabalho sem remuneração direta em ajuda à atividade econômica de membro do domicílio ou parente que reside em outro domicílio, ou, ainda, a que tinha trabalho remunerado do qual estava temporariamente afastada nessa semana. Considera-se como ocupada temporariamente afastada de trabalho remunerado a pessoa que não trabalhou durante pelo menos uma hora completa na semana de referência por motivo de férias, folga, jornada variável ou licença remunerada (em decorrência de maternidade, paternidade, saúde, ou acidente da própria pessoa, estudo, casamento, licença-prêmio etc.). Além disso, também, é considerada ocupada a pessoa afastada por motivo diferente dos citados anteriormente, desde que o período transcorrido do afastamento seja inferior a quatro meses, contados até o último dia da semana de referência.

população residente Pessoas que têm a unidade domiciliar (domicílio particular ou unidade de habitação em domicílio coletivo) como local de residência habitual e, na data da entrevista, estão presentes ou ausentes, temporariamente, por período não superior a 12 meses em relação àquela data.

população rural *Ver em situação do domicílio*

população urbana *Ver em situação do domicílio*

posição na ocupação Relação de trabalho existente entre a pessoa e o empreendimento em que trabalha. Segundo a posição na ocupação, a pessoa é classificada em: empregado, conta própria, empregador, ou trabalhador familiar auxiliar.

posto ou centro de saúde Estabelecimento (ambulatório, centro, núcleo, posto, subposto, ou unidade municipal de saúde de assistência à gestante, médico-comunitária, de vigilância epidemiológica, medicação, higiene ou puericultura, ou posto mantido por instituição filantrópica ou comunitária) destinado a prestar assistência ambulatorial por meio de técnicas apropriadas, esquemas padronizados de atendimento e profissionais de saúde de nível superior (médicos, dentistas etc.) e/ou médio, e que não aceita internação. Além do atendimento ambulatorial, o posto ou centro de saúde pode, ainda, desenvolver atividades de vacinação, programas e orientações sobre saúde, coleta de material para exame, programas de saúde da mulher, distribuição de medicamentos, entre outras atividades.

pré-natal Acompanhamento médico realizado com a gestante durante toda a gravidez para manter a saúde da mãe e do bebê. Nesse período, são solicitados e realizados exames e orientações sobre hábitos saudáveis, importantes para detectar e tratar problemas de saúde a tempo. O Ministério da Saúde recomenda que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas durante a gestação.

procura de trabalho Tomada de alguma providência efetiva para conseguir trabalho, como: contato estabelecido com empregadores; prestação de concurso; inscrição em concurso; consulta a agência de

emprego, sindicato ou órgão similar; resposta a anúncio de emprego; solicitação de trabalho a parente, amigo, colega ou por meio de anúncio; tomada de medida para iniciar negócio próprio mediante a procura de local, equipamento ou outros pré-requisitos; solicitação de registro ou licença para funcionamento do empreendimento etc.

pronto atendimento ou emergência de hospital privado Ambulatório de estabelecimento privado (rede particular) que tem como finalidade prestar assistência médica a doentes com ou sem risco de vida, com atendimento médico permanente em regime de 24 horas, aceitando internações.

puerpério Período após o parto, iniciado logo após o nascimento, com duração de seis a oito semanas.

recém-nascido Criança que acaba de nascer, englobando o período desde o nascimento até os 28 dias de vida.

rendimento bruto em dinheiro Rendimento bruto do trabalho do empregado recebido em dinheiro, constituído de uma única rubrica ou da soma de várias rubricas (salário, vencimento, gratificação, ajuda de custo, ressarcimento, salário-família, anuênio, quinquênio, bonificação, participação nos lucros, hora extra, adicional noturno, adicional de insalubridade, 13º salário, 14º salário etc.), sem excluir o salário família e nem os pagamentos efetuados por meio administrativo, tais como: contribuição para instituto de previdência, imposto de renda, pensão alimentícia, contribuição sindical, previdência privada, seguro e planos de saúde etc.

rendimento bruto em produtos ou mercadorias Rendimento bruto do trabalho do empregado recebido em produtos ou mercadorias, do agrupamento de atividade que compreende a agricultura, pecuária, caça, silvicultura, exploração florestal, pesca e aquicultura, computado pelo seu valor de mercado em dinheiro, excluindo-se a parcela destinada ao próprio consumo da unidade domiciliar.

rendimento domiciliar per capita Resultado da soma do rendimento recebido por cada morador dividida pelo total de moradores do domicílio.

rendimento do trabalho de pessoa ocupada e licenciada por instituto de previdência Rendimento bruto recebido como benefício (auxílio-doença, auxílio por acidente de trabalho etc.) de instituto de previdência.

rendimento do trabalho do empregado Rendimento bruto do trabalho recebido em dinheiro, produtos ou mercadorias, e, no caso do trabalhador doméstico, rendimento bruto do trabalho recebido em dinheiro. Não é computado o valor da remuneração recebida em benefícios (moradia, alimentação, roupas, vales-alimentação, refeição ou transporte etc.) que não são ganhos ou reembolsados em dinheiro.

rendimento do trabalho do empregador e conta própria Retirada do trabalho em dinheiro, produtos ou mercadorias.

rendimento mensal habitualmente recebido do trabalho Rendimento do trabalho que a pessoa habitualmente ganha em um mês completo no trabalho. Para o empregado, o rendimento bruto mensal habitualmente recebido exclui todas as parcelas que não tenham caráter contínuo (bonificação anual, hora extra, participação anual nos lucros, 13º salário, 14º salário, adiantamento de parcela do 13º salário, salário atrasado etc.) e não considera os descontos ocasionais (faltas, parcela do 13º salário antecipado, prejuízo eventual causado ao empreendimento etc.). Para o empregador e o conta própria, a retirada bruta mensal habitualmente feita em dinheiro excluiu os ganhos extras (bonificação anual, distribuição anual de lucros etc.) e não considera as perdas ocasionais (prejuízo eventual do empreendimento etc.). Para a pessoa licenciada por instituto de previdência, o rendimento bruto mensal habitualmente recebido como benefício exclui todas as parcelas que não tenham caráter contínuo (13º salário, 14º salário, adiantamento de parcela do 13º salário, benefício atrasado etc.) e não considera os descontos ocasionais (13º salário antecipado etc.). No caso de remuneração em dinheiro que é fixa, considera-se o rendimento mensal que a pessoa ganha habitualmente referente ao mês em que se insere a semana de referência da pesquisa. No caso de remuneração em dinheiro que é variável, considera-se o rendimento mensal que a pessoa ganha, em média, referente ao mês em que se insere a semana de referência. Quando a remuneração varia em função do período ou estação do ano, considera-se o rendimento mensal que a pessoa ganha habitualmente no período sazonal em que se insere a semana de referência. No caso da remuneração em produtos ou mercadorias, considera-se o valor mensal, computado em dinheiro (valor de mercado), que a pessoa ganha habitualmente, referente ao mês em que se insere a semana de referência. No caso da remuneração em produtos ou mercadorias de produção sazonal, é o valor médio mensal, real ou estimado (valor de mercado) que a pessoa ganha habitualmente, calculado, considerando-se o tempo dedicado à produção que gera o rendimento e excluindo-se a parcela destinada ao próprio consumo. No caso de benefício de instituto de previdência, considera-se o rendimento bruto mensal que a pessoa ganha habitualmente como benefício em dinheiro (auxílio-doença; auxílio por acidente de trabalho etc.), referente ao mês em que se insere a semana de referência.

rendimento real Rendimento deflacionado pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, do IBGE.

retirada em dinheiro Retirada bruta do trabalho do empregador e do conta própria em um valor em dinheiro fixo ou como um percentual dos lucros do empreendimento, sem excluir qualquer pagamento pessoal efetuado por meio administrativo (contribuição para instituto de previdência, imposto de renda, pensão alimentícia, previdência privada, seguro, plano de saúde etc.), ou, quando o empreendimento não é organizado de forma a que tenha um rendimento registrado, valor da diferença entre as receitas e as despesas (pagamento de em-

pregados, matéria-prima, energia elétrica, telefone, equipamentos e outros investimentos etc.) do empreendimento.

retirada em produtos ou mercadorias Retirada do trabalho do empregador e do conta própria em produtos ou mercadorias, do grupamento de atividade que compreende a agricultura, pecuária, caça, silvicultura, exploração florestal, pesca e aquicultura, computada em dinheiro pela diferença entre o valor dos produtos e mercadorias destinados ao mercado e as despesas necessárias para a sua produção, excluindo-se a parcela destinada ao próprio consumo da unidade domiciliar.

salário mínimo Remuneração mínima do trabalhador, fixada por lei. Para apuração dos rendimentos segundo as classes de salário mínimo, considera-se o valor em vigor no mês de referência da pesquisa.

semana de referência Semana fixada para a investigação das características de trabalho. Para a pesquisa realizada em 2019, foi a semana de 21 a 27 de julho de 2019.

sinais de risco gestacional Sinais que podem indicar que algo não está bem com a mãe ou com o bebê durante a gravidez, como perda de sangue vaginal, dores abdominais persistentes, ou ardor ao urinar.

sinais de trabalho de parto Sinais que podem indicar que a hora do parto está próxima, como abdômen endurecido, saída do tampão pela vagina, contrações, ou rompimento da bolsa.

Sistema Único de Saúde Sistema criado pela Constituição Federal do Brasil, de 1988, e regulamentado pela Lei n. 8.080, de 19.09.1990, com a finalidade de garantir assistência à saúde a todo cidadão brasileiro. Integram o Sistema os estabelecimentos públicos (federais, estaduais e municipais) e os estabelecimentos privados, com fins lucrativos ou beneficentes, contratados para a prestação desse atendimento à população.

situação de ocupação Classificação da pessoa em idade de trabalhar em ocupada ou não ocupada na semana de referência da pesquisa.

situação do domicílio Classificação da localização do domicílio em urbana ou rural, definida por lei municipal vigente por ocasião da realização do Censo Demográfico. A situação urbana abrange as áreas correspondentes às cidades (sedes municipais), vilas (sedes distritais), ou às áreas urbanas isoladas. A situação rural abrange toda a área situada fora desses limites. Esse critério é, também, utilizado na classificação da população urbana e rural.

SUS Ver Sistema Único de Saúde

teste da orelhinha Exame que permite o diagnóstico precoce de problemas auditivos em recém-nascidos. O teste da orelhinha, ou triagem auditiva neonatal, é realizado para se observar se o recém-nascido responde piscando os olhos à emissão de um ruído próximo ao seu ouvido (reflexo cócleo-palpebral). De acordo com o Conselho Federal

de Fonoaudiologia - CFFa, o teste deve ser realizado na maternidade, antes da alta hospitalar.

teste do coraçãozinho Exame que permite o diagnóstico precoce de problemas cardíacos em recém-nascidos. O teste do coraçãozinho consiste em medir a oxigenação do sangue do recém-nascido com o auxílio de um oxímetro - espécie de pulseirinha, na mão e no pé do bebê. Caso algum problema seja detectado, o bebê é encaminhado para fazer um ecocardiograma. Se o resultado apresentar alterações, o bebê é encaminhado para um centro de referência em cardiopatia para tratamento. Indica-se realizar o teste ainda na maternidade, entre 24 h e 48 h após o nascimento.

teste do olho Exame que permite o diagnóstico precoce de catarata, glaucoma congênito, opacidades de córnea, tumores intraoculares grandes, inflamações intraoculares, ou hemorragias intravítreas, entre outros problemas, em recém-nascidos. O teste do olho, ou teste do reflexo vermelho, é realizado com o auxílio de oftalmoscópio, em uma sala escurecida para melhor abertura das pupilas, onde o médico ilumina o olho do recém-nascido com um feixe de luz. Caso não haja qualquer obstrução ou problema, o olho da criança reflete um brilho vermelho, semelhante ao observado em fotografias. De acordo com o Conselho Brasileiro de Oftalmologia - CBO, o teste deve ser realizado pelo pediatra logo após o nascimento do bebê. Se isso não ocorrer, o exame deve ser efetuado na primeira consulta de acompanhamento e continua sendo importante nas consultas regulares de avaliação da criança, com a periodicidade definida pelo médico.

teste do pezinho Exame que permite o diagnóstico precoce de doenças graves em recém-nascidos, como hipotireoidismo congênito (glândula tireoide do recém-nascido não é capaz de produzir quantidades adequadas de hormônios), fenilcetonúria (doença do metabolismo) e hemoglobinopatias (enfermidades que afetam o sangue, como traço falcêmico e doença falciforme), entre outras. Idealmente, o teste deve ser realizado entre o terceiro e o sétimo dia de vida, a partir de sangue coletado do calcanhar do bebê.

trabalhador doméstico Pessoa que trabalha prestando serviço doméstico remunerado em dinheiro ou benefícios em uma ou mais unidades domiciliares.

trabalhador familiar auxiliar Pessoa que trabalha sem remuneração, durante pelo menos uma hora na semana de referência da pesquisa, em ajuda na atividade econômica de membro da unidade domiciliar ou de parente que reside em outra unidade domiciliar.

trabalho principal Único trabalho que a pessoa tem na semana de referência da pesquisa. Para a pessoa com mais de um trabalho, isto é, ocupada em mais de um empreendimento, define-se como principal aquele em que a pessoa trabalha normalmente maior número de horas semanais. Havendo igualdade no número de horas normalmente trabalhadas, define-se como principal aquele que proporciona normal-

mente maior rendimento mensal. Em caso de igualdade, também, no rendimento mensal habitual, define-se como trabalho principal aquele em que a pessoa tem mais tempo de permanência.

UBS Ver Unidade Básica de Saúde

ultrassonografia Exame diagnóstico que produz, em tempo real, imagens em movimento das estruturas e órgãos do interior do corpo. Na gravidez, a ultrassonografia permite avaliar o desenvolvimento do feto e a sua saúde.

Unidade Básica de Saúde Estabelecimento (ambulatório, centro, núcleo, posto, subposto ou unidade municipal de saúde, de assistência à gestante, médico-comunitária, de vigilância epidemiológica, medicação, higiene ou puericultura, ou posto mantido por instituição filantrópica ou comunitária) destinado a prestar assistência ambulatorial por meio de técnicas apropriadas, esquemas padronizados de atendimento e profissionais de saúde de nível superior (médicos, dentistas etc.) e/ou médio (técnicos de enfermagem etc.), e que não aceita internação. Além do atendimento ambulatorial, a Unidade Básica de Saúde pode desenvolver atividades de vacinação, programas e orientações sobre a saúde, coleta de material para exame, programas de saúde da mulher, distribuição de medicamentos, entre outras atividades. Outro modelo de atenção básica é a Estratégia Saúde da Família, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população. Esse modelo busca favorecer a aproximação da unidade de saúde das famílias, promover o acesso aos serviços, e possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a Equipe de Saúde da Família e os usuários, com vistas à continuidade do cuidado. Tem como diretrizes a integralidade e a equidade da atenção, bem como a coordenação e o cuidado longitudinal das famílias e das pessoas sob sua responsabilidade.

unidade de pronto-atendimento público ou emergência de hospital público Ambulatório de estabelecimento que tem como finalidade prestar assistência médica a doentes com ou sem risco de vida, com atendimento médico permanente em regime de 24 horas, aceitando internações. Na rede pública, pode ser de propriedade da União (Ministério da Saúde, universidades federais, Forças Armadas), de Estado ou de Município. Essa unidade funciona somente para atendimento de emergência.

Unidade de Saúde da Família Estabelecimento com pelo menos uma Equipe de Saúde da Família, que possui funcionamento com carga horária mínima de 40 horas semanais, por no mínimo cinco dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.

unidade domiciliar Domicílio particular ou unidade de habitação (apartamento, quarto etc.) em domicílio coletivo.

Vacina Penta Vacina que combina cinco outras individuais em uma, com o objetivo de proteger as pessoas contra a difteria, o tétano, a coqueluche, a hepatite B e contra a bactéria *haemophilus influenza* tipo b, responsável por infecções no nariz, na meninge e na garganta. A recomendação é de que sejam dadas três doses dessa vacina: - aos dois, aos quatro e aos seis meses, sendo ainda necessário aplicar o reforço aos 15 meses e aos quatro anos de idade.

Vacina Pneumocócica Vacina que protege contra infecções bacterianas causadas por *Streptococcus pneumoniae* (pneumococos). As infecções pneumocócicas incluem infecções do ouvido, sinusite, pneumonia, infecções da corrente sanguínea e meningite. A recomendação é de que seja administrada aos dois meses, aos quatro meses, e dos 12 aos 15 meses de idade, como parte da vacinação infantil.

Vacina Poliomielite Vacina contra a poliomielite, também conhecida como VIP ou VOP, que protege a criança de três tipos diferentes do vírus causador dessa doença, conhecida, popularmente, como paralisia infantil, em que pode haver comprometimento do sistema nervoso e levar à paralisia de membros e alterações motoras na criança. A recomendação é de que sejam dadas três doses dessa vacina, por meio de injeção, até os seis meses, e que sejam aplicadas outras duas doses (reforços), sendo uma entre 15 e 18 meses e a última entre quatro e cinco anos de idade, tanto por via oral (Vacina VOP), como injetável (Vacina VIP).

Vacina Tríplice Viral Vacina que faz parte do calendário de vacinação e que é administrada a partir dos 12 meses de idade para proteger contra três doenças virais: sarampo, caxumba e rubéola, as quais são altamente contagiosas e surgem, preferencialmente, em crianças.

Equipe técnica

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

Diretoria de Pesquisas

Coordenação de Trabalho e Rendimento

Maria Lucia Franca Pontes Vieira

Gerência de Pesquisas

Marcia Barbosa de Almeida Vargas (interina)

Adriana Araújo Beringuy

Alessandra Scalioni Brito

Antony Teixeira Firmino

Flavia Vinhaes Santos

Herbert Barbosa Fabiano Alves

Leonardo Areas Quesada

Lino Eduardo Rodrigues Pereira

Lucas Hermann da Silva Tavares

Maria da Gloria Dias Freitas

Maria do Socorro Bento

Maria Teresa Cristina Dalla Riva da Nobrega Bastos

Marina Ferreira Fortes Aguas

Ricardo da Silva Lopes

Rosa Marina Soares Doria

Rosângela Lago de Souza Barbosa

Viviane Pessoa Fernandes

Gerência de Estudos, Métodos e Controle

Mauricio Franca Lila

Carolina Teixeira Silva

Daniel Luiz Fonseca de Aguiar

Diogo da Hora Elias

Fabiane Cirino de Oliveira Santos

Felipe Quintas Conde
Fernanda Karine Ruiz Colenghi Baptista
Gabriel Henrique Oliveira Assunção
Jessyka Amorim Padilha Goltara
Luna Hidalgo Carneiro
Maira Bonna Lenzi
Mariana dos Santos Soares
Michelle Menegardo de Souza
Nayara Lopes Gomes
Raphael Fernandes Soares Alves
Rodrigo Aires Lemes

Planejamento

Cimar Azeredo Pereira
Maria Lucia França Pontes Vieira
Marcia Barbosa de Almeida Vargas
AntonyTeixeira Firmino
Helena Oliveira de Cruz Monteiro

Controle e acompanhamento da coleta

Lucas Martins de Mattos (consultor)
Marcia Barbosa de Almeida Vargas
Marina Ferreira Fortes Aguas
Pedro Ricardo da Silva Goethen (consultor)

Crítica centralizada

AntonyTeixeira Firmino
Lucas Martins de Mattos (consultor)
Marina Ferreira Fortes Aguas
Pedro Ricardo da Silva Goethen (consultor)
Rosangela Antunes Almeida (consultora)

Seleção e expansão da amostra

Gabriel Henrique Oliveira Assunção
Luna Hidalgo Carneiro
Marcos Paulo Soares de Freitas
Raphael Fernandes Soares Alves

Tabulação dos resultados

Rosangela Antunes Almeida (consultora)

Revisão do plano tabular

Lucas Martins de Mattos (consultor)
Leonardo Areas Quesada
Pedro Ricardo da Silva Goethen (consultor)
Viviane Pessoa Fernandes

Elaboração de textos e análises

Flavia Vinhaes Santos
Gustavo Geaquinto Fontes
Leonardo Areas Quesada
Maira Bonna Lenzi
Marina Ferreira Fortes Aguas

Revisão do texto

Herbert Barbosa Fabiano Alves
Leonardo Areas Quesada
Maria Lucia França Pontes Vieira

Maria Teresa Cristina Dalla Riva da Nobrega Bastos
Viviane Pessoa Fernandes

Preparo de originais

Leonardo Areas Quesada

Grupo de Trabalho de Deficiência

Juliana Souza de Queiroz

Luanda Chaves Botelho

Luciana Alves dos Santos

Maíra Bonna Lenzi

Raphael Fernandes Soares Alves

Colaboradores do IBGE

Presidência

Coordenação do Cadastro Nacional de Endereços

Wolney Cogoy de Menezes

Carlos Thadeu Pacheco

Claudio Maia Peres

Eduardo Luis Teixeira Baptista

Fernando Ramalho Gameleira Soares

Gustavo de Carvalho Cayres da Silva

Larissa Rocha Mello

Maria Luísa de Carvalho Câmara Moreira

Rodrigo Leitão Garcia

Diretoria de Pesquisas

Coordenação de População e Indicadores Sociais

Cristiane dos Santos Moutinho

Cristiane Soares

Marco Antônio Ratzsch de Andreazzi

Paulo Cesar Dick

Coordenação de Métodos e Qualidade

Andrea Borges Paim

Gerência de Desenvolvimento e Pesquisa

Marcus Vinicius Morais Fernandes

André Wallace Nery da Costa

Marcos Paulo Soares de Freitas

Diretoria de Geociências

Coordenação de Estruturas Territoriais

Miriam Mattos da Silva Barbuda

Roberto Ferreira Tavares

Antônio Henrique Mascarenhas Costa

Carlos Alberto Elbert Queiroz

Claudio Cabral da Silva

Gabriel Bias Fortes Pereira da Silva Medeiros

Paulo Roberto de Oliveira

Ricardo Carneiro Teixeira

Romay Conde Garcia

Walter Oliveira Silveira

Diretoria de Informática

Coordenação de Informatização de Processos

Claudio Mariano Fernandes

Gerência de Sistemas Populacionais e Sociais

Cristiane de Moura Cruz Oliveira

Artur Beltrão Castilho Neto

Edson Costa Braga

Luiz Fernando de Moura

Marcio Tadeu Medeiros Vieira

Vânia da Silva Boquimpani

Coordenação de Metodologia e Banco de Dados

Bianca Fernandes Sotelo

Carlos Brandão Fernandes da Silva

Dulce Maria Rocha Barbosa

Gerência de Dados e Serviços de Interoperabilidade

Eduardo da Costa Romero

João Marcelo dos Santos Marques

Ronaldo Rodrigues Raposo Junior

Said Jorge Miguel Passos Filho

Gerência de Sistemas de Microdados

Marcello Williams Messina Ribeiro

Magali Ribeiro Chaves

Gerência de Sistemas de Dados Agregados e Indicadores

Anderson Almeida França

Patrícia Zamprogno Tavares

Coordenação de Operações e Serviços de Informática

Bruno Gonçalves Santos

Gerência de Implantação e Administração dos Serviços em Produção

Sergio Jorge de Carvalho Junior – Gerente de Área

Andrea Moreira Torres – Analista de Produção

Carlos Henrique Moreira – Analista de Produção

Julio Cezar Figueiredo – Analista de Produção

Leonardo Lemgruber – Analista de Produção

Osmar Alves Ferreira – Técnico em Informática

Solange dos Santos Queiroz – Técnica em Informática

Ministério da Saúde - MS

Secretário de Vigilância em Saúde

Arnaldo Correia de Medeiros

Secretário de Atenção Primária a Saúde

Raphael Câmara Medeiros Parente

Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DASNT)

Giovanny Vinícius Araújo de França

**Coordenação Geral de Agravos e Doenças Não Transmissíveis
(CGDANT)**

Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira

**Coordenação Geral de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária
(CGMATP/SAPS)**

Paulo Eduardo Guedes Sellera

Equipe técnica do Ministério da Saúde

Sheila Rizzato Stopa (SVS)
Max Moura de Oliveira (SVS)
Ellen de Cássia Dutra Pozzetti Gouvêa (SVS)
Valéria Cristina de Albuquerque Brito (SVS)
Luiza Eunice Sá da Silva (SVS)
Vera Lúcia Tierling (SVS)
Vinícius Oliveira de Moura Pereira (SVS)
Paula Carvalho de Freitas (SVS)
Maria Aline Siqueira Santos (SVS)
Silvânia Suely Caribé de Araújo Andrade (SVS)
Laura Augusta Barufaldi (SVS)
Simoni Urbano da Silva (SVS)
Andrea de Paula Lobo (SVS)
Aliadne Castorina Soares de Sousa (SAPS)
Katia Motta Galvão Gomes (SAPS)
Marcílio Regis Melo Silva (SAPS)
Renata Clarisse Carlos de Andrade (SAPS)
Gisele Ane Bortolini (SAPS)
Eduardo Augusto Fernandes Nilson (SAPS)
Ana Maria Spaniol (SAPS)
Ludimyla dos Santos Victor Rodrigues (SAPS)
Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann (SAPS)
Maria Dilma Alves Teodoro (SAPS)
Danilo Campos da Luz e Silva (SAPS)
Arthur Pate de Souza Ferreira (Fiocruz)

Pesquisadores e especialistas

André Salem Szklo (INCA)
Bruce Bartholow Duncan (UFRGS)
Carlos Augusto Monteiro (USP)
Célia Landmann Szwarcwald (Fiocruz)
Deborah Carvalho Malta (UFMG)
Erno Harzheim (UFRGS)
Giseli Nogueira Damacena (Fiocruz)
Lisiane Hauser (consultora)
Liz Maria de Almeida (INCA)
Luiz Felipe Pinto (UFRJ)
Maria de Fatima Marinho de Souza (SVS-MS)
Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa (Fiocruz)
Maria Inês Schmidt (UFRGS)
Maria Paula Curado (A.C. Camargo Cancer Center)
Marilisa Berti de Azevedo Barros (Unicamp)
Michele Lessa de Oliveira (FNDE)
Otávio Pereira D'Ávila (UFPEl)

Paulo Andrade Lotufo (USP)
 Paulo Roberto Borges de Souza Júnior (Fiocruz)
 Rafael Moreira Claro (UFMG)
 Wanderson Kleber de Oliveira (SVS-MS)
 Wolney Lisboa Conde (USP)

Unidades Estaduais

Supervisores Estaduais

RO – Antony dos Santos Souza
 AC – Lara Torchi
 AM – Tiago Almudi
 RR – Luiz Felipe Oliveira de Souza
 PA – Marco Aurélio Arbage Lobo
 AP – Ananias do Carmo Picanço
 TO – Nereu Ribeiro Soares Junior
 MA - Patrícia de Oliveira Borges e Souza
 PI – Tiago Gomes Viana
 CE – Luciano Oliveira Vieira
 RN – Carlos Alberto Pinheiro Fortes
 PB – Felipe Ferreira Fraga
 PE – Sergio Murilo Fagundes de Franca
 AL – Bruno Leonardo T. de Vasconcelos
 SE – Leonardo Souza Leão Leite de Sá
 BA – Pedro Ricardo da Silva Biscarde
 MG – Alexandre de Lima Veloso
 ES – Ilmar Vicente Moreira
 RJ – Mario Luis Santos de Souza
 SP – Jaílson Lopes de Sousa
 PR - Laura Castegnaro
 SC – Fabiano Guarienti
 RS – Cintia Tusset
 MS – Sylvia Martinez Assad de Oliveira
 MT - Nivaldo de Souza Lima
 GO – Emival Ludovino de Santana
 DF – Luiz Fernando Viegas Fernandes

Coordenadores de Informática das Unidades Estaduais

RO - Carlos Souza Menandro
 AC - Raphael Lopes Dias
 AM – Karane Dantas de Melo
 RR – Ivo Santos de França
 PA – Raphael da Silva Azevedo
 AP – Wallison Oliveira da Silva
 TO - Manuela Almeida Bittencourt
 MA - Wellington Luís Mineiro Franca
 PI - João José de Sousa Santos
 CE - Manuel Ozanan Rodrigues Filho
 RN - Edson Moreira de Aguiar
 PB – Roberto Freire de Souza Junior
 PE – Andre Vitor de Almeida Palhares

AL - Plínio José Medeiros C. de Araújo
SE – Elvis Vitorino da Silva
BA - André Luiz Ferreira Uripia
MG – Alex Sander Reis
ES - Eric Alves Buhr
RJ - Carlos Eduardo Portela
SP - Wlamir Almeida Pinheiro
PR – Ana Claudia Rit
SC – Evandro Araujo de Souza
RS - Octavio Jose Dedavid Filho
MS – Emilio Flávio Vieira
MT - Fabricio Eustaquio Vargas
GO - Rogerio Arantes Gaioso
DF - Jose Magno de Ávila Junior

Projeto Editorial

Centro de Documentação e Disseminação de Informações

Coordenação de Produção

Marisa Sigolo Mendonça

Gerência de Editoração

Estruturação textual

Leonardo Martins

Diagramação tabular e de gráficos

Lucas Monçores

Márcia do Rosário Brauns

Diagramação textual

Alberto Guedes da Fontoura Neto

Gerência de Documentação

Pesquisa e normalização documental

Aline Loureiro de Souza

Ana Raquel Gomes da Silva

Isabella Carolina do Nascimento Pinto

Lioara Mandoju

Nadia Bernuci dos Santos

Normalização textual e padronização de glossários

Ana Raquel Gomes da Silva

Elaboração de quartas capas

Ana Raquel Gomes da Silva

Gerência de Gráfica

Ednalva Maia do Monte

Newton Malta de Souza Marques

Se o assunto é **Brasil**,
procure o **IBGE**.



/ibgecomunica



/ibgeoficial



/ibgeoficial



/ibgeoficial

www.ibge.gov.br 0800 721 8181

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2019

CICLOS DE VIDA

BRASIL

A Pesquisa Nacional de Saúde - PNS, fruto de convênio com o Ministério da Saúde, foi a campo, pela primeira vez, em 2013, com o propósito de ampliar o escopo temático dos Suplementos de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD investigados pelo IBGE até 2008.

Esta publicação apresenta um novo conjunto de resultados da PNS 2019 para o conjunto do País, Grandes Regiões e Unidades da Federação, oferecendo, mais uma vez, variadas perspectivas de análise, o que amplia o conhecimento ensejado pela pesquisa.

A primeira abordagem, **Pessoas com deficiência**, focaliza a população de 2 anos ou mais de idade assim identificada a partir do grau de dificuldade para a realização de algumas atividades, o uso de aparelhos para lidar com tais limitações, a forma de obtenção desses recursos, bem como o acesso à reabilitação regular. A segunda abordagem, **Paternidade e pré-natal do parceiro**, trata do envolvimento consciente e ativo dos homens de 15 anos ou mais de idade nas ações de planejamento reprodutivo, além de indicadores sobre sua fecundidade, considerando-se para tal as próprias respostas desse contingente. O tema **Saúde das pessoas de 60 anos ou mais de idade**, alvo da terceira abordagem, discorre sobre algumas facetas do envelhecimento, como as limitações funcionais, o uso contínuo de medicamentos, a ocorrência de eventos como catarata e queda, e a vacinação contra a gripe. A quarta abordagem, **Saúde da mulher**, abarca variados tópicos relacionados às mulheres de 15 anos ou mais de idade, como a realização de preventivos, ocorrência de histerectomia, menarca e menopausa, planejamento reprodutivo e métodos contraceptivos. A penúltima abordagem discute o **Atendimento pré-natal**, contemplando diversos pontos relacionados ao tema, como acesso do contingente feminino de 15 anos ou mais de idade a esse tipo de serviço, consultas e procedimentos realizados, bem como aspectos do parto. Por fim, o tema **Saúde das crianças com menos de 2 anos** de idade analisa informações sobre os seus hábitos alimentares, a realização de exames neonatais antes da alta hospitalar do bebê, e a imunização por vacinas.

A publicação traz notas técnicas sobre os principais aspectos metodológicos do levantamento e um glossário com os termos e conceitos considerados relevantes para a compreensão dos resultados.

O portal do IBGE na Internet disponibiliza tabelas com os indicadores e seus respectivos intervalos de confiança e com os valores absolutos e os coeficientes de variação das estimativas, desagregadas por sexo, grupos de idade, nível de instrução, cor ou raça, condição de ocupação e rendimento, para Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação.

As informações resultantes da PNS 2019 oferecem valiosos subsídios à formulação de políticas públicas nas áreas de promoção, vigilância e atenção à saúde do SUS, fomentando, assim, a resposta e o monitoramento de indicadores.



ISBN 978-65-87201-76-4



9 786587 201764