

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

Pesquisa Nacional de Saúde 2019

**Percepção do estado de saúde, estilos de vida,
doenças crônicas e saúde bucal**

Brasil

Rio de Janeiro
2020

Sumário	
Apresentação	3
Introdução	4
Notas técnicas.....	8
Abrangência geográfica e população-alvo	8
Aspectos da amostragem	8
Comparações com a PNS 2013.....	21
Coleta dos dados	22
Análise de resultados	23
Percepção do estado de saúde	23
Estilos de Vida.....	27
Doenças crônicas.....	51
Saúde Bucal	72
Referências	78
Glossário	83
Equipe Técnica.....	98

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, autopercepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal.

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, Unidades da Federação e Municípios das Capitais. 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.

Outros volumes temáticos da pesquisa serão oportunamente divulgados pelo IBGE.

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.

Eduardo Luiz G. Rios Neto

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,

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>.

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 primeiros volumes, lançados recentemente, 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 e medidas aferidas de antropometria. Neste volume, o quarto da PNS 2019, são apresentadas informações sobre autopercepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal.

Uma das formas de avaliar as condições de saúde da população é com o uso da autoavaliação do estado de saúde, que reflete uma percepção biopsicossocial e é influenciada, também, por fatores culturais e ambientais. Esse indicador tem importante poder preditivo, pois estabelece diferenças de morbidade entre grupos populacionais, além de fornecer base para construção de outros, como o de esperança de vida saudável.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), bem como seus fatores de risco e proteção, também são objeto de investigação deste volume. As DCNT constituem o maior e mais desafiador problema de saúde atualmente, com impactos que permeiam o aumento no número de mortes prematuras (aquelas que ocorrem em indivíduos entre 30 e 69 anos de idade), a perda de qualidade de vida, o aparecimento de incapacidades e o impacto econômico para a sociedade e os sistemas de saúde, principalmente.

A ocorrência das DCNT é bastante influenciada pelas condições de vida das pessoas, principalmente em função de desigualdades e vulnerabilidades reais, produzidas em nível social, de modo que não são resultado apenas dos estilos de vida. As DCNT, em geral, compartilham fatores de risco passíveis de modificação, como o tabagismo, a alimentação inadequada, a prática insuficiente de atividade física, o consumo abusivo de álcool, o excesso de peso e a obesidade.

Os resultados gerados pela PNS são essenciais para o monitoramento e a vigilância desses indicadores, em especial para os dados sobre estilos de vida e DCNT, pois apoiam o planejamento e o direcionamento de ações e estratégias em saúde. O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, vem trabalhando ao longo das últimas duas décadas, principalmente, na organização da vigilância de DCNT e de seus fatores de risco e proteção, com destaque especial para a realização de inquéritos de saúde, em parceria com o IBGE.

Além dos temas supracitados, também são divulgadas, nesse volume, informações sobre saúde bucal. Estudos que incluam a coleta de dados sobre saúde bucal ainda não são escassos no país, principalmente que possuam abrangência nacional. Entretanto, o diagnóstico das condições de saúde bucal de uma população é de extrema importância para a estruturação de

ações de prevenção e tratamento de doenças, como é o caso da cárie dentária, principal problema de saúde bucal da maioria dos países.

Os próximos volumes de resultados da PNS 2019 apresentarão informações sobre acidentes e violências, esse último sendo totalmente reformulado para a edição de 2019, podendo investigar, separadamente, as violências por tipo (psicológica, física e sexual), atividade sexual e doenças transmissíveis; e ciclos de vida, compreendendo informações sobre crianças menores de 2 anos de idade, pessoas com 60 anos ou mais de idade, bem como saúde do homem, saúde da mulher; entre outros aspectos.

Dentre os novos módulos temáticos incluídos na PNS 2019, destacam-se os de doenças transmissíveis, com investigação sobre presença de tosse, manchas com dormência, doença de Chagas e infecções sexualmente transmissíveis; atividade sexual, contemplando iniciação sexual e uso de preservativos; paternidade e pré-natal do parceiro, com temáticas contidas no *Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde*, elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016); e atendimento médico, tendo como foco o acesso e a qualidade da atenção primária à saúde. Em parceria com a Organização Internacional do Trabalho - OIT (International Labour Organization - ILO), foi desenvolvido um módulo sobre relações de trabalho, que investiga as condições laborais que impactam a saúde do trabalhador, tais como coerção, trabalho involuntário e exposição a condições degradantes. Alguns módulos, como pessoas com deficiência, plano de saúde, e violência, passaram por reformulações em 2019.

Quadro 1 - Módulos dos questionários da PNS 2013 e da PNS 2019

Módulos dos questionários	PNS 2013	PNS 2019
Módulo A - Informações do Domicílio	X	X
Módulo B - Visitas domiciliares de Equipe de Saúde da Família e Agentes de Endemias	X	X
Módulo C - Características gerais dos moradores	X	X
Módulo D - Características de educação dos moradores	X	X
Módulo E - Características de trabalho dos moradores	X	X
Módulo F - Rendimentos domiciliares	X	X
Módulo G - Pessoas com Deficiências	X	Reformulado
Módulo I - Cobertura de Planos de Saúde	X	Reformulado
Módulo J - Utilização de Serviços de Saúde	X	X
Módulo K - Saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais	X	Redução de quesitos
Módulo L - Crianças com Menos de 2 anos de idade	X	X
Módulo M - Outras características do trabalho e apoio social	X	X
Módulo N - Percepção do estado de saúde	X	X

Módulo O - Acidentes	X	X
Módulo P - Estilos de Vida	X	X
Módulo Q - Doenças crônicas	X	X
Módulo R - Saúde da Mulher	X	X
Módulo S - Atendimento Pré-natal	X	X
Módulo U - Saúde bucal	X	X
Módulo Z - Paternidade e Pré-Natal do parceiro		X
Módulo V - Violência	X	Reformulado
Módulo T - Doenças transmissíveis		X
Módulo Y - Atividade sexual		X
Módulo AA - Relações e condições de trabalho		X
Módulo X - Atendimento médico	X	
Módulo H - Atendimento médico (APS)		X
Módulo W - Antropometria	X	X

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

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 DCNT pactuadas com a Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO), 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 Idoso (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.

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

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.

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

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 2, comparando com a precisão desejada, estipulada no planejamento da PNS 2013.

Quadro 2 - Lista dos indicadores de interesse com seus respectivos domínios

Cód.	Descrição	Domínio
D1	Prevalência de Diabetes 35 anos ou mais	Adultos 35 anos e mais sorteados
D2	Prevalência de Hipertensão 35 anos ou mais	Adultos 35 anos e mais sorteados
D3	Prevalência de Depressão 35 anos ou mais	Adultos 35 anos e mais sorteados
D4	Taxa de internação último ano	Todos os moradores do domicílio
D5	Uso 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 sorteadas
D8	Cobertura de mamografia entre mulheres 50 anos ou mais	Mulheres de 50-69 anos sorteadas
D9	Indivíduos de 15 anos ou mais usuários atuais de produtos derivados do tabaco	Adultos 15 anos e mais sorteados
D10	Indivíduos de 15 anos ou mais fumantes atuais de tabaco	Adultos 15 anos e mais sorteados
D11	Indivíduos de 15 anos ou mais insuficientemente ativos	Adultos 15 anos e mais sorteados
D12	Indivíduos de 15 anos ou mais que praticam o nível recomendado de atividade física no lazer	Adultos 15 anos e mais sorteados
D13	Indivíduos de 15 anos ou mais fisicamente ativos no trabalho	Adultos 15 anos e mais sorteados
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 sorteados
D15	Indivíduos de 15 anos ou mais fisicamente ativos no deslocamento para suas atividades habituais	Adultos 15 anos e mais sorteados
D16	Indivíduos com consumo médio diário elevado de álcool	Adultos 15 anos e mais sorteados
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 sorteados
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 sorteados
I2	Mulheres de 15 a 49 anos de idade que já engravidaram alguma vez	Mulheres de 15 a 49 anos de idade sorteadas
I3	Mulheres de 15 a 49 anos de idade que utilizam algum método para evitar gravidez	Mulheres de 15 a 49 anos de idade sorteadas
I4	Mulheres de 15 a 49 anos de idade que utilizam a pílula para evitar gravidez	Mulheres de 15 a 49 anos de idade sorteadas
I5	Mulheres de 15 a 49 anos de idade que fizeram laqueadura	Mulheres de 15 a 49 anos de idade sorteadas
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 sorteadas
I7	Mulheres de 15 a 49 anos de idade que já fizeram algum tratamento para engravidar	Mulheres de 15 a 49 anos de idade sorteadas

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:

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

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.

Tabela 1 - Tamanhos planejado e selecionado da amostra, segundo os domínios de interesse - 2019

Domínio	UPAs na Amostra Mestra	Tamanho da amostra da PNS			
		Número planejado de UPAs	Número de UPAs após alocação	Número planejado de Domicílios	Número de Domicílios após alocação
Brasil	15.096	7.968	8.036	107.628	108.525
Norte	1.896	1.362	1.370	21.636	21.762
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
Nordeste	4.908	2.810	2.840	37.104	37.503
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
Sudeste	4.092	1.874	1.901	23.328	23.655
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
Sul	2.664	1.090	1.090	13.080	13.080
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
Centro-Oeste	1.536	832	835	12.480	12.525
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.

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 35 anos ou mais	36.400	9,6
Prevalência de Hipertensão 35 anos ou mais	36.400	5,0
Prevalência de Depressão 35 anos ou mais	36.400	10,6
Taxa de internação último ano	347.200	4,4
Uso 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 25 a 59 anos	33.900	4,0
Cobertura de mamografia entre mulheres 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 de idade que já engravidaram alguma vez	34.700	4,2
Mulheres de 15 a 49 anos de idade que utilizam algum método para evitar gravidez	34.700	5,1
Mulheres de 15 a 49 anos de idade que utilizam a pílula para evitar gravidez	34.700	7,0
Mulheres de 15 a 49 anos de idade que fizeram laqueadura	34.700	9,2
Mulheres de 15 a 49 anos de idade que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses	34.700	4,0
Mulheres de 15 a 49 anos de idade 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

Indicador	Domínios de divulgação, por classes de coeficientes de variação esperados (%)		
	Até 15	Mais de 15 até 30	Mais de 30
Prevalência de Diabetes 35 anos ou mais	52,4	46,7	1,0
Prevalência de Hipertensão 35 anos ou mais	99,0	1,0	0,0
Prevalência de Depressão 35 anos ou mais	47,6	50,5	1,9
Taxa de internação último ano	100,0	0,0	0,0
Uso 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 25 a 59 anos	100,0	0,0	0,0
Cobertura de mamografia entre mulheres 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 de 15 anos ou mais 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 de idade que já engravidaram alguma vez	100,0	0,0	0,0
Mulheres de 15 a 49 anos de idade que utilizam algum método para evitar gravidez	100,0	0,0	0,0
Mulheres de 15 a 49 anos de idade que utilizam a pílula para evitar gravidez	88,6	11,4	0,0
Mulheres de 15 a 49 anos de idade que fizeram laqueadura	64,8	32,4	2,9
Mulheres de 15 a 49 anos de idade que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses	100,0	0,0	0,0
Mulheres de 15 a 49 anos de idade que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses	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 - Número de unidades primárias de amostragem, de domicílios e de pessoas na subamostra de antropometria, por situação do domicílio, segundo as Unidades da Federação - 2019

Unidade da Federação	UPAs na amostra - antropometria			Domicílios/Pessoas na amostra - antropometria		
	Situação dos domicílios			Situação dos domicílios		
	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 - Número de domicílios na amostra planejada, número de domicílios selecionados, por situação de coleta, e taxas de perda total, de excesso de cobertura e de resposta, segundo as Unidades da Federação - 2019

Unidade da Federação	Número de domicílios na amostra planejada	Número de domicílios selecionados por situação de coleta						Taxas (%)		
		Total (T)	Em UPAs com amostra não coletada (A)	Fora do âmbito (B)	No âmbito (ocupados)			Perda total ((A+B+C3)/T)	Excesso de cobertura a (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.

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

Unidade da Federação	Número de domicílios na amostra planejada	Número de domicílios selecionados por situação de coleta						Taxas (%)		
		Total (T)	Em UPAs com amostra não coletada (A)	Fora do âmbito (B)	No âmbito (ocupados)			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	13,3	94,6
Acre	2.895	2.895	-	462	2.433	2.380	53	17,8	16	97,8
Amazonas	3.945	3.945	-	432	3.513	3.479	34	11,8	11	99
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	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	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.

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

Unidade da Federação	Número de domicílios na amostra planejada	Número de domicílios selecionados por situação de coleta						Taxas (%)		
		Total (T)	Em UPAs com amostra não coletada (A)	Fora do âmbito (B)	No âmbito (ocupados)			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.

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.

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: ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Mensal/Notas_tecnicas/nota_tecnica_02_pnadc_mensal.pdf.

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 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 de resultados

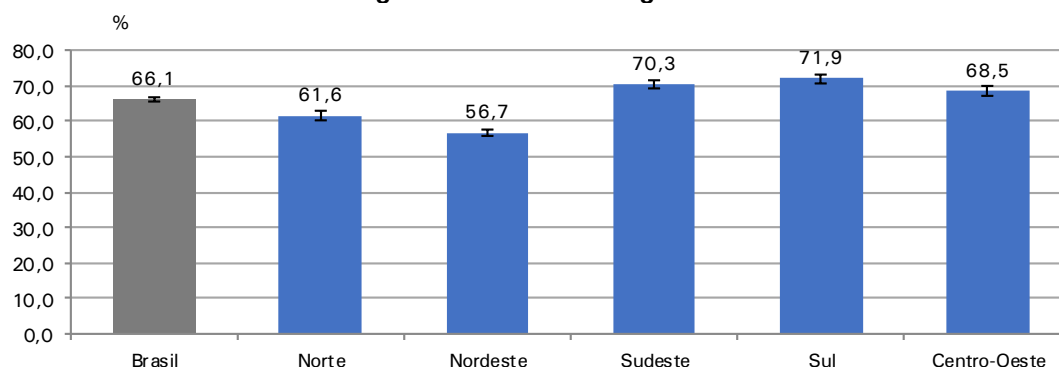
Percepção do estado de saúde

Autoavaliação da saúde

A avaliação do estado de saúde consiste na percepção que os indivíduos possuem de sua própria saúde. Na pesquisa, o indicador de autoavaliação da saúde foi construído a partir de uma única questão em que o próprio morador classifica sua saúde em uma escala de cinco graus: muito boa; boa; regular; ruim ou muito ruim. A percepção do indivíduo sobre a saúde não se restringe apenas das sensações físicas de dor e desconforto, mas, sobretudo, das consequências sociais e psicológicas da presença da enfermidade. Em outras palavras, pode-se dizer que se trata de um indicador que engloba tanto componentes físicos quanto emocionais dos indivíduos, além de aspectos do bem-estar e da satisfação com a própria vida.

Segundo a PNS, em 2019, no Brasil, havia 159,1 milhões de pessoas com 18 anos ou mais de idade, destas, 66,1% autoavaliaram sua saúde como boa ou muito boa – percentual similar ao referido em 2013 (66,2%). Já 28,1% avaliaram, em 2019, seu estado de saúde como regular, e 5,8%, como ruim ou muito ruim. Nas Grandes Regiões, 71,9% da população residente do Sul avaliou sua saúde como boa ou muito boa, enquanto, no Nordeste, 56,7% declararam uma autoavaliação similar.

Gráfico 1 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade com autoavaliação de saúde boa ou muito boa, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões – 2019



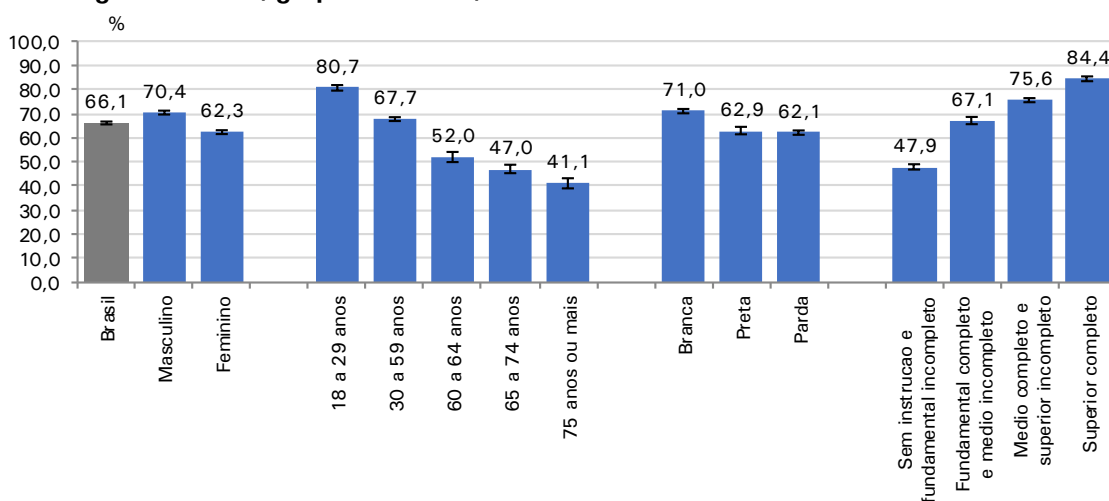
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Os homens fizeram uma autoavaliação de sua saúde mais positiva do que as mulheres: 70,4% dos homens consideraram sua saúde como boa ou muito boa, contra 62,3% das mulheres. Entre as mulheres, 7,1% consideraram seu estado de saúde como ruim ou muito ruim, ao passo que essa percepção alcançava somente 4,3% dos homens. Quanto à raça ou cor, as

autoavaliações também foram distintas: em 2019, 71,0% da população residente branca no Brasil avaliava sua saúde como boa ou muito boa, já entre a população parda esse percentual era de 62,1%.

Em relação aos grupos de idade, quanto maior a faixa etária menor o percentual de pessoas que avaliavam sua saúde como boa ou muito boa: decrescendo de 80,7%, para aqueles de 18 a 29 anos de idade, a 41,1%, para as pessoas de 75 anos ou mais de idade. Sob o recorte de nível de instrução, observou-se que conforme maior o grau de instrução, maior o percentual daqueles que consideraram sua saúde boa ou muito boa. Entre as pessoas sem instrução ou com o fundamental incompleto, o percentual foi de 47,9%, enquanto para aquelas com superior completo foi de 84,4%.

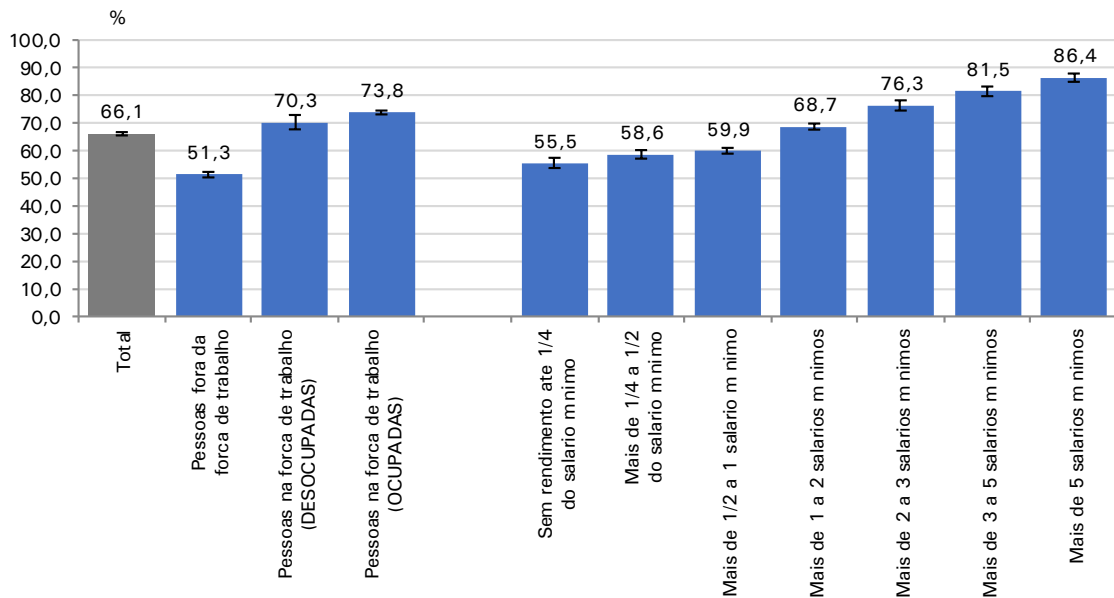
Grafico 2 - Proporcao de pessoas de 18 anos ou mais de idade com autoavaliacao de saude boa ou muito boa, com indicacao do intervalo de confianca de 95%, segundo o sexo, grupos de idade, cor ou raca e n vel de instrucao - Brasil – 2019



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

De acordo com as estimativas obtidas na PNS 2019, as condições de trabalho e renda parecem ter alguma relação com a avaliação de saúde do próprio indivíduo. Entre as pessoas fora da força de trabalho, apenas 51,3% avaliaram sua saúde como boa ou muito boa. Entre as pessoas ocupadas, esse percentual foi 73,8%. O percentual de pessoas que autoavaliaram sua saúde como boa ou muito boa também aumenta conforme a renda desse conjunto de indivíduos se torna mais alta: entre população residente no Brasil sem rendimento ou até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, em 2019, 55,5% consideravam sua saúde como boa ou muito boa, ao passo que no grupo de rendimento per capita mais elevado da distribuição apresentada 86,4% daquele contingente tinham a mesma percepção.

Grafico 3 - Proporcao de pessoas de 18 anos ou mais de idade com autoavaliacao de saude boa ou muito boa, por condicao em relacao a forza de trabalho na semana de referencia e por rendimento domiciliar per capita, com indicacao do intervalo de confianca de 95% - Brasil - 2019



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

Angina

A angina de peito (angina pectoris) não é uma doença em si, mas uma descrição utilizada para caracterizar a dor torácica causada pela redução do fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco. Comumente, a angina está relacionada a doenças que causam a obstrução dos vasos sanguíneos responsáveis por levar sangue ao coração (coronárias). A angina se manifesta como uma dor na região esquerda do tórax, em aperto, que se irradia para o braço esquerdo ou ambos os braços, ou ainda para o pescoço, dorso ou região superior do estômago. Pode ser súbita ou voltar a ocorrer ao longo do tempo. Dependendo da gravidade, pode ser tratada com mudanças no estilo de vida, medicamentos, angioplastia ou cirurgia. Importante ressaltar que esses sintomas podem ser reportados mesmo por pessoas que não tenham tido diagnóstico de doença cardiovascular clinicamente aparente.

Atualmente, existem alguns instrumentos para quantificar a proporção de pessoas com sintomas de angina em estudos de base populacional, como o questionário desenvolvido por Rose, e recomendado pela Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO). A versão resumida, focada em apenas três questões que investigam dor no peito após esforço, foi validada no Brasil para propósitos epidemiológicos e foi aplicada na PNS 2013 e, recentemente, na edição de 2019. As perguntas, utilizadas no instrumento de coleta, fazem parte do "Questionário Rose para Angina", criado em 1962 por Geoffrey A. Rose.

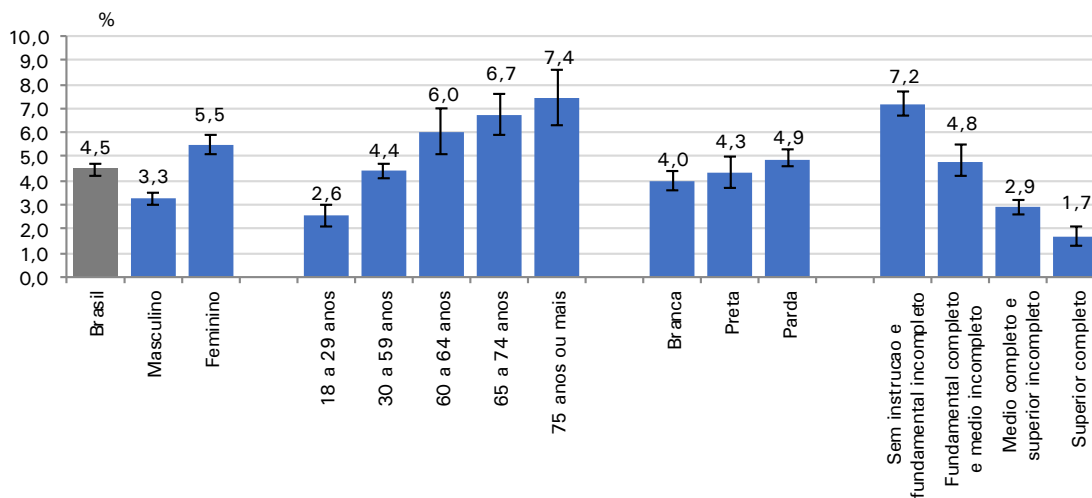
A proporção de pessoas com sintomas de angina no grau 2 foi estimada pelos indivíduos que têm dor ou desconforto no peito ao caminhar em lugar plano em velocidade normal, enquanto

de angina no grau 1, pelos indivíduos que têm dor ou desconforto no peito ao subir ladeiras, um lance de escadas ou ao caminhar rápido no plano.

No Brasil, a proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que não utilizavam aparelhos para se locomover e tinham sintomas de angina no grau 1 (de acordo com a versão resumida da escala de Rose) era de 12,6%, em 2019. Não há muitas disparidades regionais em relação a este indicador.

Em 2019, a proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que não utilizavam aparelhos para se locomover, mesmo com sintomas de angina no grau 2 (de acordo com a versão resumida da escala de Rose), no Brasil, foi de 4,5%. O percentual foi maior entre as mulheres (5,5%) do que entre os homens (3,3%). A proporção da população de cor branca, nessa condição, foi de 4,0% e entre a população parda, 4,9%. Ademais, tais sintomas e sem acesso a aparelho de locomoção mostraram uma quase relação direta com a faixa etária, ou seja, quanto maior a idade, maior o percentual de pessoas dentro do grupo etário que tem sintomas de angina. Por outro lado, quanto maior o nível de instrução, menor a proporção, variando, entre a população residente no Brasil, de 7,2% de pessoas sem instrução ou fundamental incompleto a 1,7% com nível superior completo.

Grafico 4 - Proporcao de pessoas de 18 anos ou mais de idade que nao utilizavam aparelhos para se locomover e tinham sintomas de angina no grau 2 (de acordo com a versao resumida da escala de Rose), com indicacao do intervalo de confianca de 95%, segundo o sexo, os grupos de idade, raca/cor e n vel de instrucao - Brasil - 2019



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

Estilos de Vida

Os resultados da PNS 2013 revelaram elevada carga de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT e de suas incapacidades no país. O Ministério da Saúde desenvolve ações voltadas para a melhoria de cobertura e da qualidade dos dados de mortalidade e morbidade relacionadas às DCNT. A presente edição da PNS integra esse conjunto de ações, apresentando um panorama de fatores de risco relacionados a esses agravos.

Características demográficas e socioeconômicas, tais como educação, ocupação, renda, gênero e raça/cor têm importante correlação com a prevalência de DCNT e seus fatores de risco (WHO 2014). Estimativas para o Brasil sugerem que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três DCNT (diabetes, doença do coração e AVC) levaram a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (Malta, 2015).

Estudos em todo o mundo apontam que os fatores de risco das DCNT podem ser modificáveis (tabagismo; prática insuficiente de atividade física; alimentação inadequada; consumo de álcool; e excesso de peso e obesidade) e que podem ser reduzidos em função de ações e estratégias integradas para a prevenção e o controle dessas doenças (WHO, 2013). O monitoramento desses fatores de risco e da prevalência das doenças a eles relacionados é fundamental para elaboração e monitoramento de políticas de saúde voltadas para prevenção das DCNT.

Consumo Alimentar

A alimentação adequada e saudável representa importante condição para a manutenção da saúde e bem-estar (WHO, 2004). O consumo adequado de alimentos naturais, como aqueles tradicionais, a exemplo do feijão e das frutas e hortaliças, é um importante fator protetor para doenças. Esses alimentos possuem grande quantidade de fibras e outros nutrientes, além da baixa densidade energética que conferem proteção à saúde (WHO, 2004).

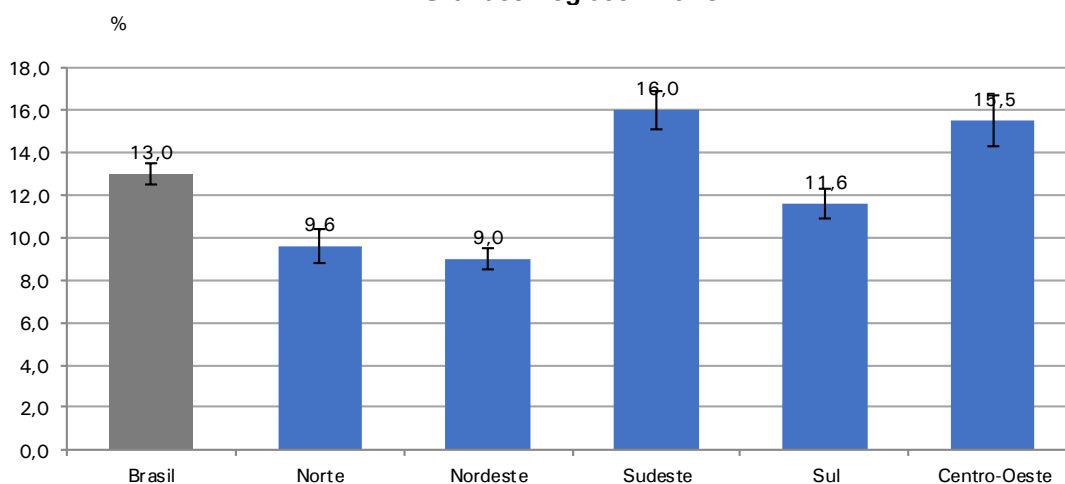
Por outro lado, evidências crescentes têm demonstrado a relação entre as doenças crônicas e o consumo de alimentos não saudáveis como os ultraprocessados, a exemplo de biscoitos, balas e guloseimas, bolos e misturas prontas para bolo, sopas, macarrão e temperos instantâneos, salgadinhos de pacote, refrescos e refrigerantes, iogurtes, etc. (BRASIL, 2014a; MENDONÇA et al., 2017; HALL et al., 2019). Esse tipo de alimento possui, em geral, densidade energética elevada, alto conteúdo de açúcar, gorduras e sódio, além de ter características, como alta palatabilidade e conveniência, que favorecem o consumo excessivo de calorias (BRASIL, 2014a).

Como novidade, em consonância com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira de 2014, a PNS 2019 investigou sobre o consumo de alimentos ultraprocessados, além daqueles indicadores marcadores da alimentação saudável e não saudável já monitorados, e seus resultados são apresentados a seguir.

O consumo recomendado de frutas e hortaliças foi investigado através da frequência semanal de consumo de verduras e legumes nas refeições e de frutas ou de sucos de frutas. A PNS 2019 considera como consumo recomendado a ingestão de hortaliças ou frutas (inclusive suco) pelo menos 25 vezes por semana. Esta definição é diferente da adotada na PNS 2013, onde se considerava como consumo recomendado a ingestão destes alimentos em pelo menos 5 vezes ao dia, tendo como consumo mínimo: uma fruta e um tipo de salada ou uma verdura ou legume cozido por dia. Cabe ressaltar ainda que a pergunta sobre consumo de salada não foi realizada na PNS 2019, o que impossibilita o acompanhamento desse indicador ao longo do tempo.

Em 2019, no Brasil, o percentual de pessoas de 18 anos ou mais de idade que tiveram o consumo recomendado de frutas e hortaliças foi de 13,0%. Este percentual variou de 9,0%, na Região Nordeste, a 16,0% na Sudeste.

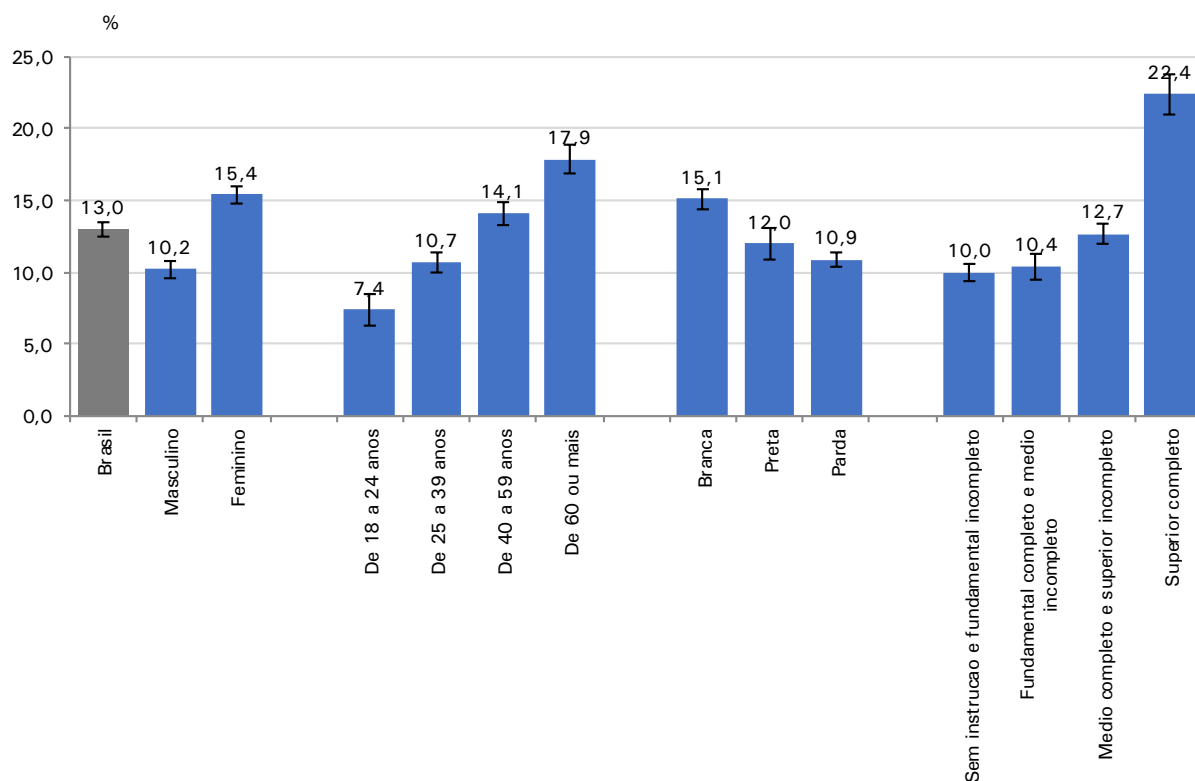
Grafico 5 - Proporcao de pessoas de 18 anos ou mais de idade com consumo recomendado de hortaliças e frutas, com indicacao do intervalo de confianca de 95%, segundo as Grandes Regioes - 2019



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

As mulheres (15,4%), em média, consumiam mais estes alimentos que os homens (10,2%). De uma forma geral, o consumo de frutas e hortaliças mostrou aumento com a idade e com o grau de escolaridade. Enquanto entre as pessoas de 18 a 24 anos de idade 7,4% tinham o consumo recomendado, para as pessoas de 60 anos ou mais de idade, o percentual foi de 17,9%. Da mesma forma, entre as pessoas com superior completo, 22,4% consumiam as quantidades recomendadas, proporção maior (em cerca de 10 pontos percentuais) em relação aos demais níveis de escolaridade.

Grafico 6 - Proporcao de pessoas de 18 anos ou mais de idade com consumo recomendado de hortalias e frutas, com indicacao do intervalo de confianca, por sexo, grupos de idade, cor ou raca e n vel de instrucao - Brasil - 2019

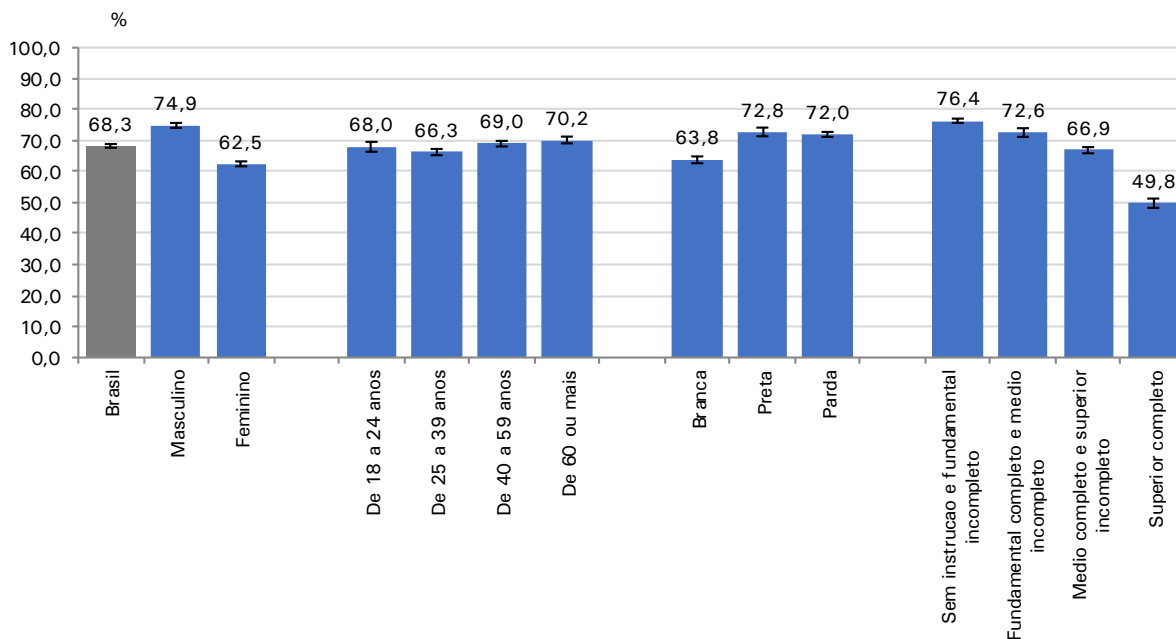


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde - 2019.

Em 2019, o consumo regular (em cinco ou mais dias da semana) de feijão foi referido por 68,3% das pessoas no Brasil. A Região Norte foi a que apresentou a menor proporção (48,1%), seguida pela Sul (55,4%), enquanto as regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram proporção de pessoas com consumo regular de feijão acima dos 70% (71,8%, 73,1% e 75,2%, respectivamente).

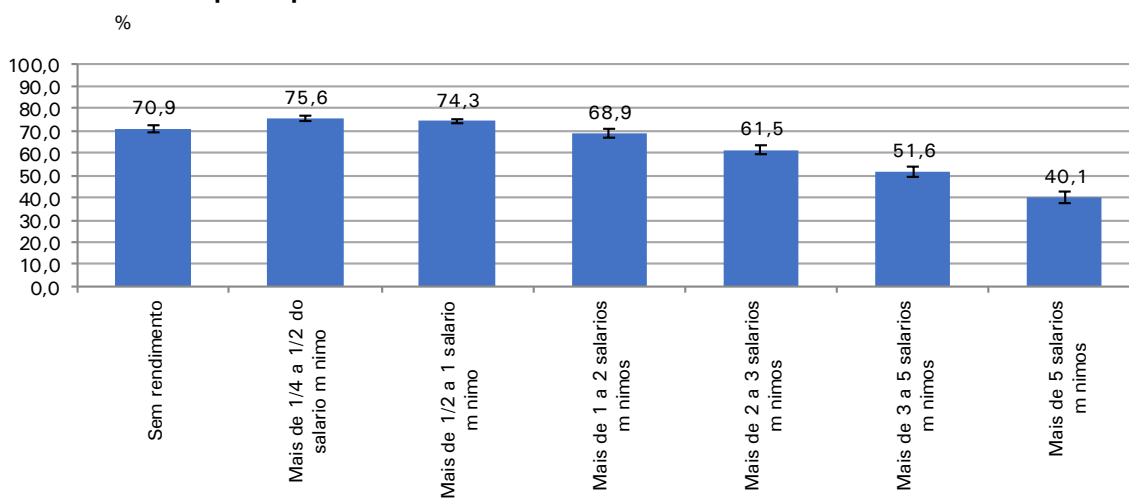
As mulheres apresentaram consumo inferior ao dos homens, com proporções de 62,5% e 74,9%, respectivamente. A proporção de pessoas com consumo regular de feijão é menor à medida que o nível de escolaridade aumenta, e entre as pessoas com nível superior completo, a frequência chega a ser 17,1 pontos percentuais menor que para o nível de instrução imediatamente anterior, médio completo e superior incompleto. Por raça/cor, o consumo de feijão em 5 vezes na semana é menor entre os brancos do que entre pretos e pardos. Em relação ao rendimento, os resultados mostram que quanto maior a classe de rendimento domiciliar per capita, menor o percentual de pessoas que comem feijão regularmente.

Gráfico 7 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que consomem feijão regularmente, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, grupos de idade, cor ou raça e nível de instrução - Brasil – 2019



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

Gráfico 8 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que consomem feijão regularmente, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por rendimento domiciliar per capita em classes de salários mínimos - Brasil – 2019



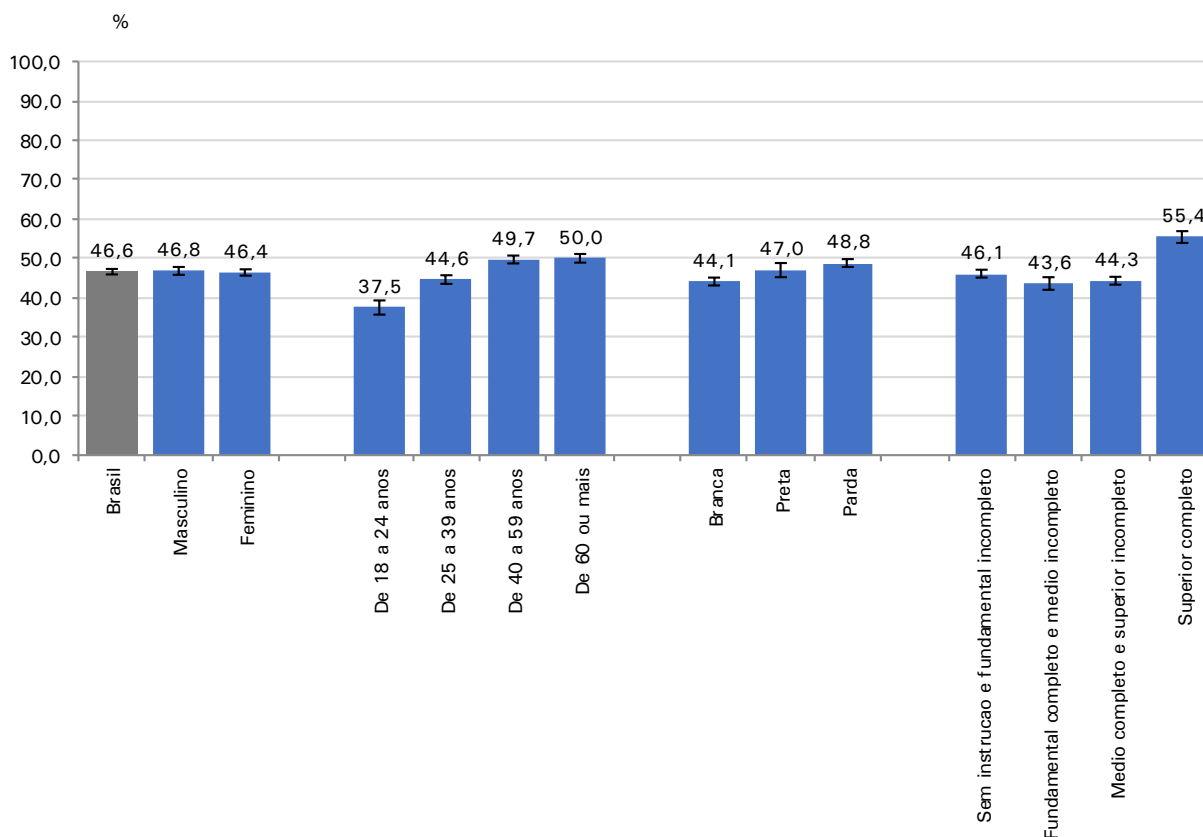
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde - 2019.

Os peixes são alimentos ricos em proteínas, vitaminas e minerais e possuem menor conteúdo de gordura quando comparados às carnes vermelhas e aves, sendo excelentes substitutos para as mesmas.

No Brasil, 46,6% da população consumia peixe pelo menos uma vez por semana, na Região Norte o hábito de consumo deste alimento é maior, 74,1%, seguido pela Nordeste, 56,3%. Na Região Sul foi registrado o menor percentual de pessoas com o consumo médio de uma vez por semana de peixe, 34,3%.

Não houve diferença significativa neste indicador entre homens e mulheres, entretanto, os mais jovens, de 18 a 24 anos de idade, apresentaram proporção menor (37,5%) que para os demais grupos etários. Por nível de escolaridade, 55,4% dos que tinham superior completo consumiam peixe, em média, uma vez por semana, proporção acima da verificada para os demais níveis de escolaridade.

Grafico 9 - Proporcao de pessoas de 18 anos ou mais de idade que consomem peixe pelo menos um dia por semana, com indicacao do intervalo de confianca de 95%, por sexo, grupos de idade, cor ou raca e n vel de instrucao - Brasil - 2019



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

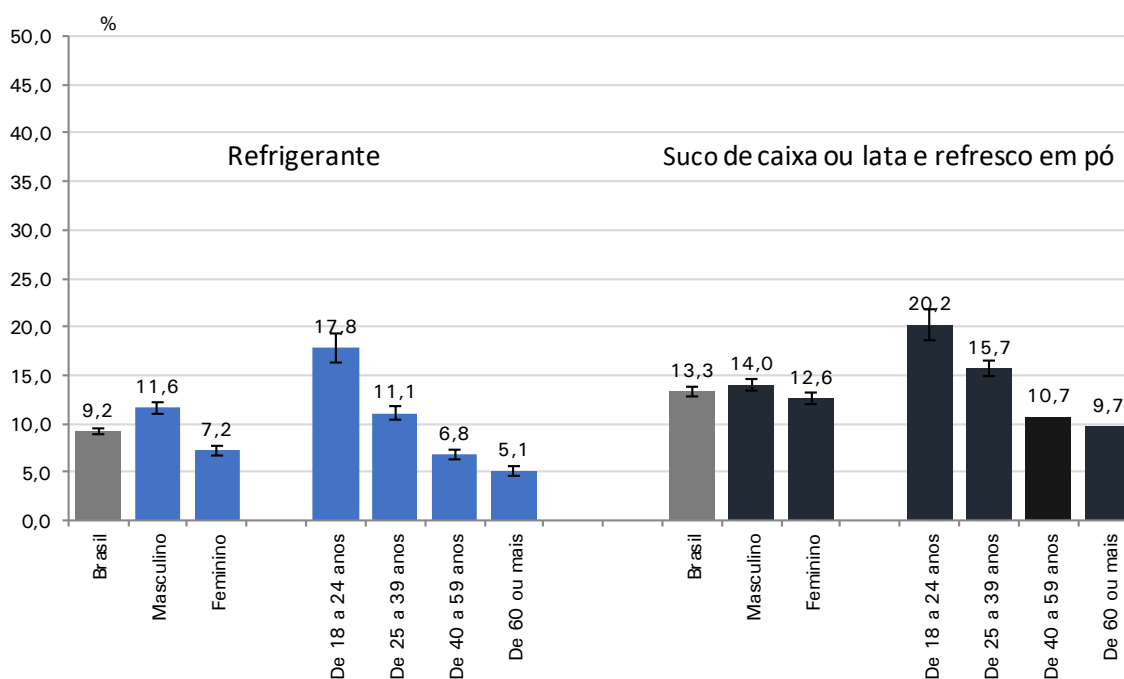
Dentre os marcadores de padrão alimentar não saudável estão o consumo regular de refrigerantes, o consumo de sucos de caixa ou lata e refrescos e de alimentos açucarados, o hábito de substituir refeições por lanches e o consumo excessivo de sal.

Foi considerado consumo regular de refrigerante quando o morador referiu beber refrigerante em pelo menos cinco dias da semana. No Brasil, 9,2% das pessoas de 18 anos ou mais de idade consumiam regularmente refrigerantes, sendo o hábito mais frequente entre os

homens (11,6%) do que entre as mulheres (7,2%) e maior também entre os mais jovens, 17,8% das pessoas de 18 a 24 anos de idade consumiam regularmente refrigerante, enquanto entre as pessoas de 60 anos ou mais de idade, a proporção foi de 5,1%.

Na comparação por Grande Região, a menor proporção foi de 5,2%, na Região Nordeste, enquanto as maiores foram obtidas nas regiões Centro-Oeste (12,4%) e Sudeste (11,4%). Na área urbana, 10,1% consumiam refrigerantes com regularidade e na rural, apenas 3,8%.

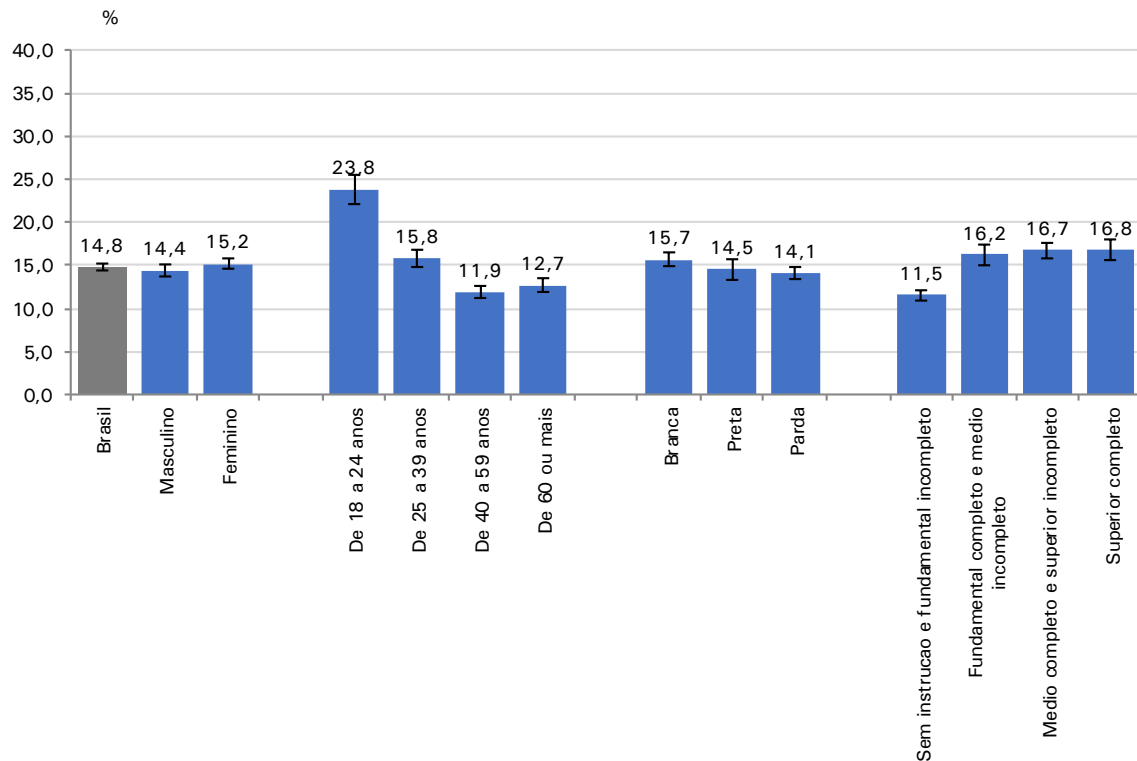
Gráfico 10 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que consomem refrigerante regularmente e que consomem suco de caixa ou lata e refresco em pó, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo e grupos de idade - Brasil - 2019



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

Outro hábito de alimentação considerado não saudável é o consumo regular de alimentos doces, como bolos, tortas, chocolates, gelatinas, balas, biscoitos ou bolachas recheadas em cinco dias ou mais na semana. No Brasil, o percentual de pessoas que referiram esse hábito foi 14,8%, que diminuía com o avanço da idade. No grupo etário de 18 a 24 anos, 23,8% das pessoas tinham o hábito de consumir estes alimentos, enquanto para os grupos de 40 a 59 anos e de 60 anos ou mais os percentuais foram 11,9% e 12,7%, respectivamente.

Gráfico 11 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que consomem alimentos doces regularmente, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, grupos de idade, cor ou raça e nível de instrução - Brasil – 2019



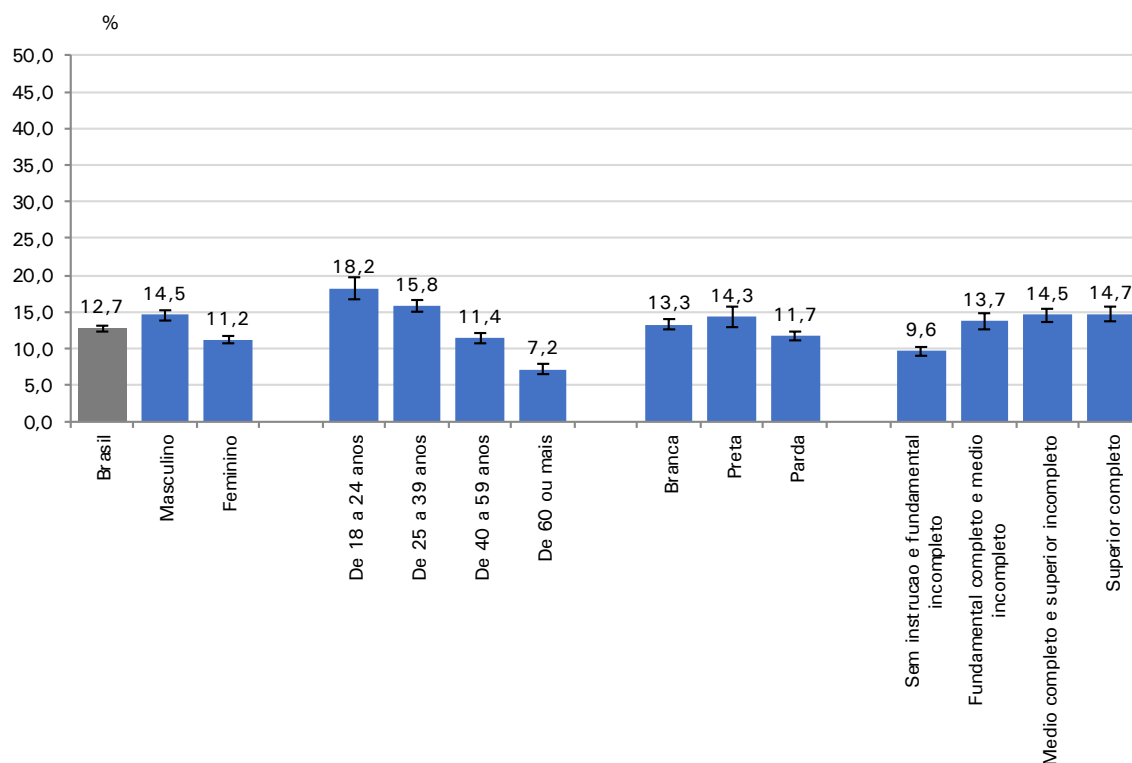
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde - 2019.

Os resultados da pesquisa mostram que apenas 2,1% das pessoas de 18 anos ou mais de idade responderam que substituíam regularmente, ou seja, por mais de 5 dias na semana, o almoço por sanduíches, salgados ou pizzas.

O consumo excessivo do sal está relacionado ao aumento no risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e doenças renais, entre outras. Desta forma, com o objetivo de verificar a percepção da ingestão de sal das pessoas, a pesquisa perguntou se o morador achava que seu consumo de sal, ao considerar tanto a comida preparada na hora quanto a industrializada, era: muito alto; alto; adequado; baixo; ou muito baixo. Na avaliação de 12,7% das pessoas, o próprio consumo de sal era elevado, ou seja, foi respondido alto ou muito alto. A Região Sul foi a que apresentou o maior percentual (17,5%) entre as Grandes Regiões e a Nordeste o menor (10,1%). Na área rural o percentual também foi menor (9,0%) que na área urbana (13,3%).

O percentual de mulheres (11,2%) que consideraram seu consumo alto ou muito alto foi menor do que entre os homens (14,5%). À medida que aumenta o grupo etário, a proporção de pessoas que consideraram elevado o seu próprio consumo de sal, diminuía. Entre as pessoas de 60 anos ou mais de idade, 7,2% das pessoas tiveram a percepção de que seu consumo de sal nos alimentos é elevado, entre a população de 18 a 24 anos foi de 18,2%.

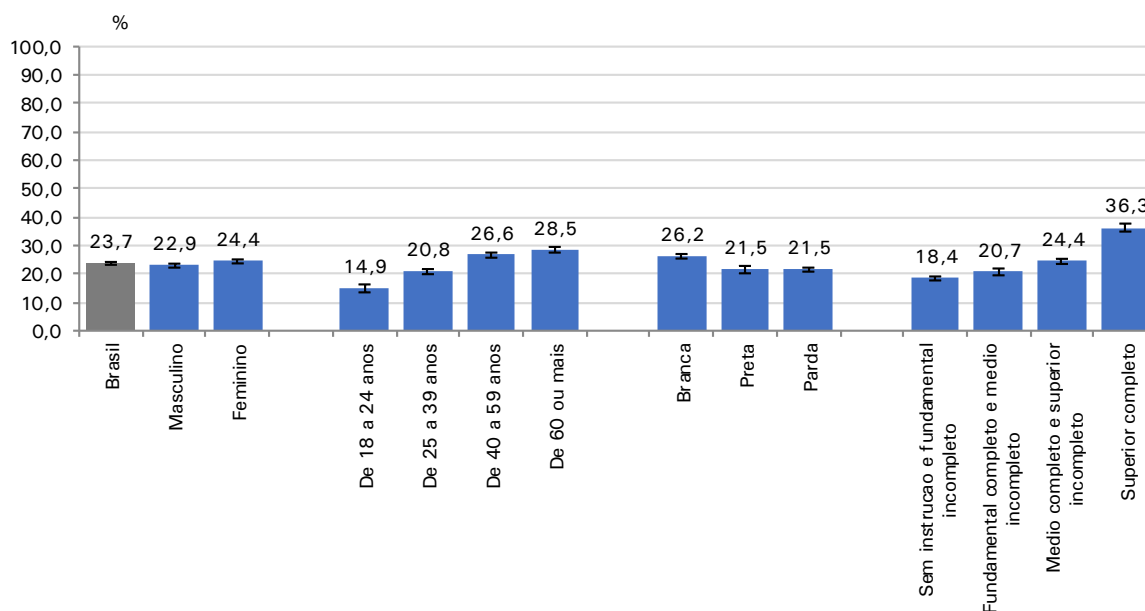
Grafico 12 - Proporcao de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram consumo elevado de sal, com indicacao do intervalo de confianca de 95%, por sexo, grupos de idade, cor ou raca e n vel de instrucao - Brasil - 2019



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

Para verificar o consumo de alimentos não ou minimamente processados, foram definidos grupos alimentares, nos quais os alimentos foram agregados de acordo com suas propriedades nutricionais. Para essa análise, considerou-se o consumo, no dia anterior à data da pesquisa, de cinco ou mais grupos dos seguintes alimentos: alface, couve, brócolis ou espinafre; abóbora, cenoura, batata doce ou quiabo/caruru; mamão, manga, melão amarelo ou pequi; tomate, pepino, abobrinha, berinjela, chuchu ou beterraba; laranja, banana, maçã ou abacaxi; feijão, ervilha, lentilha ou grão de bico; amendoim, castanha de caju ou castanha do Brasil/Pará. No Brasil, em 2019, 23,7% das pessoas de 18 anos ou mais de idade consumiram cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados. Regionalmente, as proporções variaram de 18,7% na Norte a 26,8% na Centro-Oeste. Não foi verificada diferença significativa entre as proporções de homens e mulheres com consumo de alimentos não ou minimamente processados, entretanto, em relação à idade constatou-se que quanto maior o grupo etário, maior era a proporção.

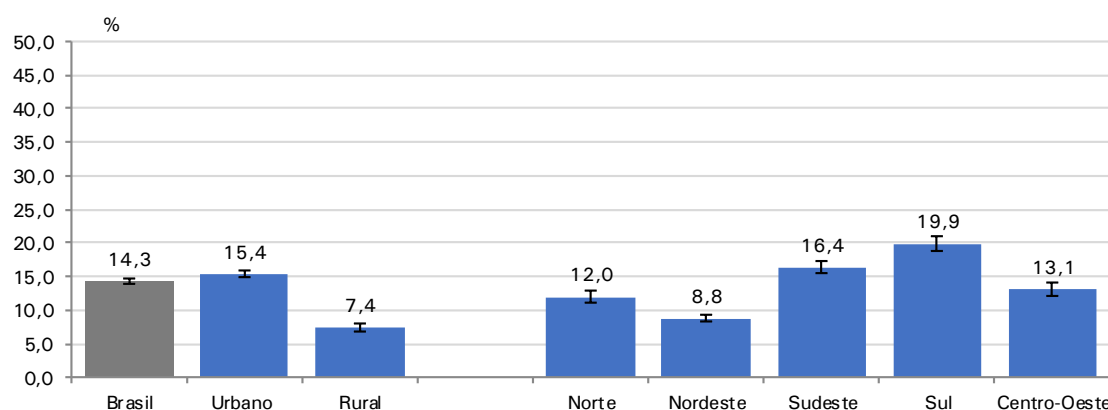
Gráfico 13 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que consumiram cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, grupos de idade, cor ou raça e nível de instrução - Brasil - 2019



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

O consumo de alimentos ultraprocessados é considerado um fator de risco para a saúde das pessoas. Considerou-se o consumo, no dia anterior à data da pesquisa, de cinco ou mais dos grupos de alimentos ultraprocessados, tais como: bebida achocolatada ou iogurte com sabor; salgadinho de pacote ou biscoito/bolacha salgado; biscoito doce ou recheado ou bolo de pacote; salsicha, linguiça, mortadela ou presunto; entre outros. A proporção de pessoas que consumiram cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados foi de 14,3%, para Brasil. As pessoas residentes em áreas rurais registraram percentual menor (7,4%) em relação aos residentes das áreas urbanas (15,4%). A Região Sul foi a que apresentou o maior percentual entre as Grandes Regiões (19,9%) e a Nordeste, a menor (8,8%).

Grafico 14 - Proporcao de pessoas 18 anos ou mais que referiram consumir cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior a entrevista, com indicacao do intervalo de confianca de 95%, segundo situacao do domicilio e as Grandes Regioes - 2019



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

No grupo de pessoas de 18 a 24 anos de idade, 24,6% referiram ter consumido cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados, e quanto maior o grupo etário menor era a proporção de pessoas, entre os com 60 anos ou mais de idade, a proporção era de 7,1%. Por sexo, entre as mulheres, a proporção também era menor (13,1%) do que a observada entre os homens (15,7%).

Consumo de bebida alcoólica

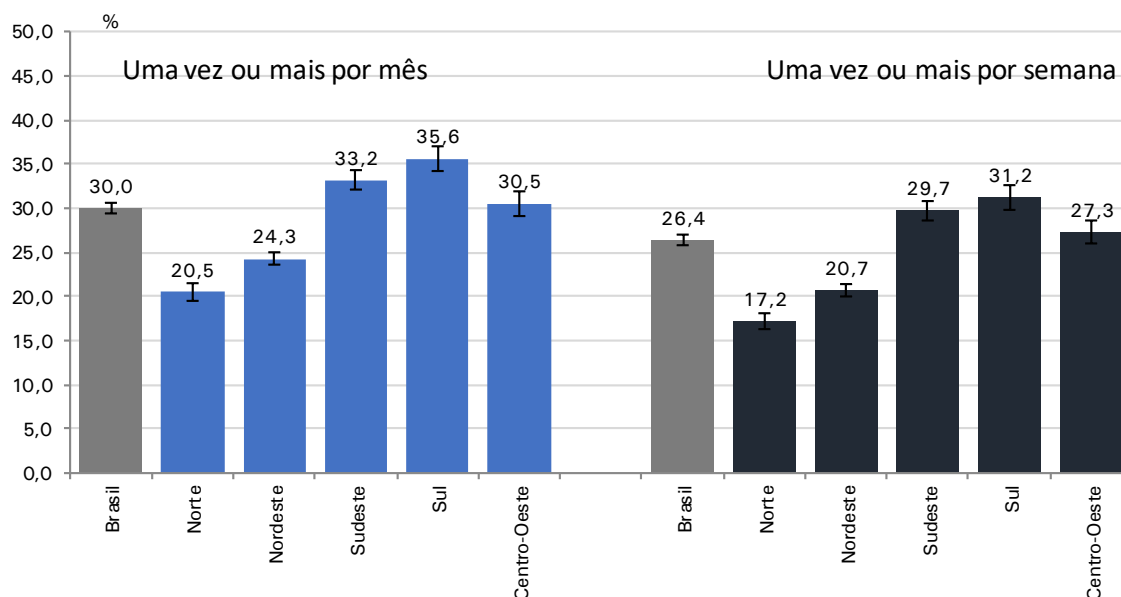
O uso prejudicial do álcool é um dos maiores fatores de risco para a população. Em todo o mundo, 3 milhões de mortes por ano resultam do uso nocivo do álcool, representando 5,3% de todas as mortes. Esse uso é considerado uma das principais causas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), bem como dos acidentes e violências.

A análise deste indicador possibilita avaliar o padrão de uso de álcool na população adulta permitindo identificar características sociodemográficas associadas e tendências de consumo, com ênfase no consumo de álcool habitual (ingestão de bebida alcoólica nos últimos 30 dias, independente da dose), consumo abusivo de álcool (ingestão de cinco ou mais doses, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias) e o hábito de condução de veículos após ingestão de bebida alcoólica.

O percentual da população com 18 anos ou mais de idade que costumava consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por mês, no Brasil, foi de 30,0%, variando de 20,5% na Região Norte a 35,6% na Região Sul.

Considerando a frequência de consumo de uma vez ou mais por semana, o percentual de pessoas que costumava ingerir bebida alcoólica, no Brasil, fica em 26,4%.

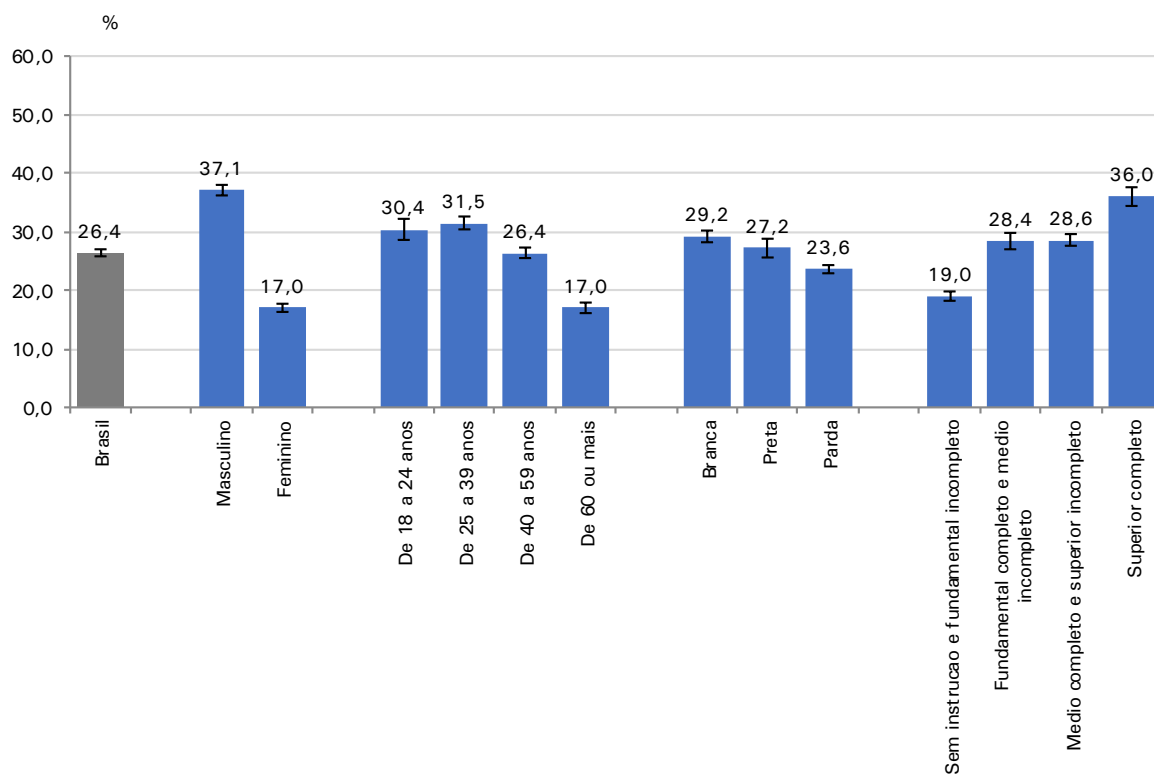
Gráfico 15 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que costumam consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por mês e uma vez ou mais por semana, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões - 2019



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

Ao analisar o hábito de consumo de bebida alcoólica ao menos uma vez por semana, por sexo, entre os homens, a proporção foi de 37,1% enquanto, entre as mulheres foi de 17,0%. Entre adultos com maior nível de escolaridade, especialmente os com nível superior completo, este percentual foi de 36,0%, enquanto dentre os adultos sem instrução e com o fundamental incompleto foi de 19,0%. Por idade, as pessoas de 25 a 39 anos de idade apresentaram a maior proporção.

Gráfico 16 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que costumavam consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por semana, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, grupos de idade, cor ou raça e nível de instrução - Brasil - 2019

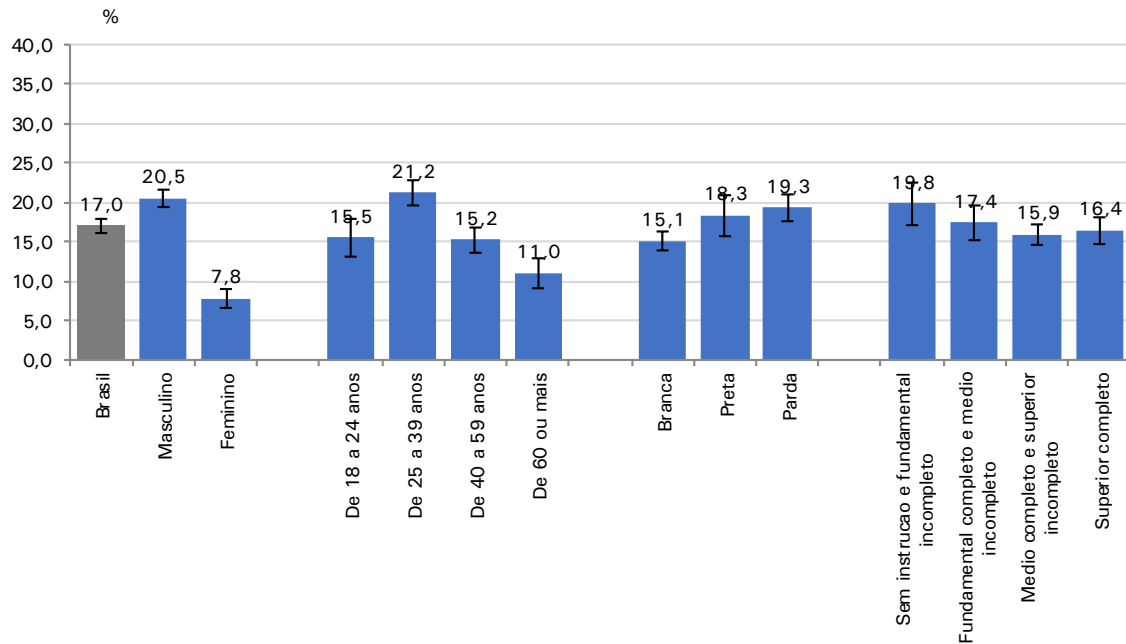


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde - 2019.

A condução de veículo motorizado após o consumo de bebidas alcoólicas, é fator de risco para ocorrência de acidentes de trânsito. A pesquisa estimou a proporção de indivíduos que conduziram veículo motorizado, carro ou motocicleta, após o consumo de bebida alcoólica, independentemente da quantidade de bebida consumida. Este percentual, para o Brasil, foi de 17,0% variando de 14,8% nas Regiões Sul e Sudeste a 23,4% na Região Norte. Na área rural a proporção (22,5%) era maior que na área urbana (16,2%).

Entre as pessoas que dirigiam carro ou motocicleta, o consumo de bebida alcoólica seguido de direção automotiva foi maior entre homens (20,5%) do que entre as mulheres (7,8%). No que se refere à faixa de idade, o hábito foi mais prevalente entre os condutores de 25 a 39 anos de idade (21,2%). A menor proporção foi observada entre os idosos de 60 anos ou mais de idade, 11,0%.

Gráfico 17 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que dirigiram logo depois de consumir bebida alcoólica no período de referência dos últimos doze meses, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, grupos de idade, cor ou raça e nível de instrução - Brasil – 2019



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

O consumo abusivo de álcool pode acarretar inúmeras consequências negativas para a saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Os resultados indicam uma prevalência de consumo abusivo de álcool, nos últimos 30 dias anteriores à entrevista de 17,1%, sendo 26,0% para os homens e 9,2% para as mulheres. A proporção foi maior entre as pessoas de 25 a 39 anos de idade (23,7%) e de 18 a 24 anos de idade (22,9%).

Atividade Física

A prática de atividade física em níveis suficientes ajuda a prevenir e tratar doenças crônicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, diabetes e câncer (WHO, 2014). A Organização Mundial de Saúde recomenda a prática de, pelo menos, 150 minutos semanais de atividades físicas de intensidade leve ou moderada ou, pelo menos, 75 minutos de atividades físicas de intensidade vigorosa como benéfica para a saúde (WHO, 2010).

Para avaliar o nível de atividade física da população adulta brasileira a PNS utiliza a frequência da prática em seus diferentes domínios: como no lazer (no tempo livre), no trabalho, no deslocamento e no âmbito das atividades domésticas.

Dando continuidade à investigação realizada na PNS 2013 envolvendo a temática da prática de atividade física na população brasileira nos diferentes contextos, apresenta-se a seguir os resultados da PNS de 2019.

Atividade física no lazer

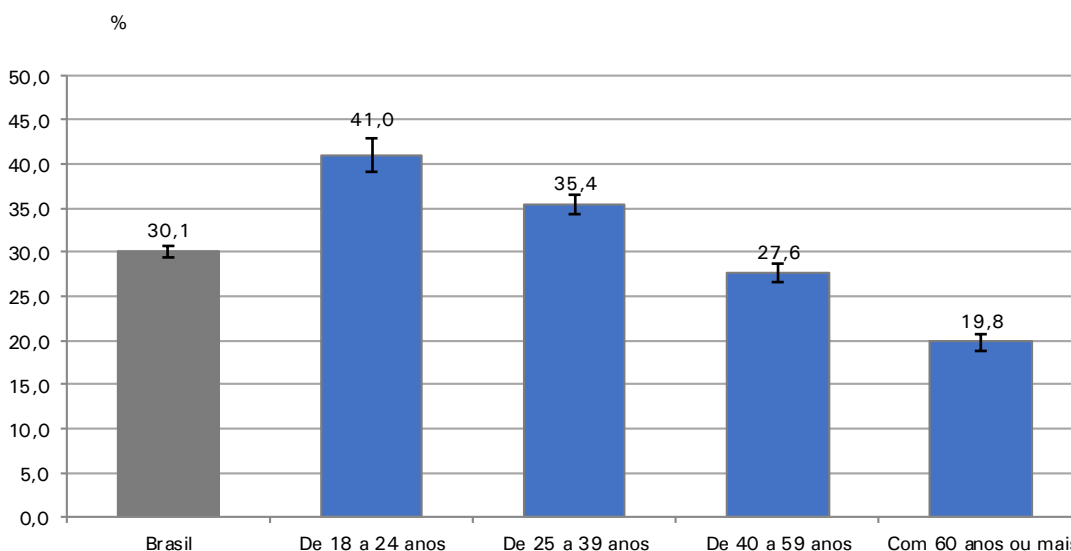
São considerados indivíduos fisicamente ativos no lazer aqueles que realizam qualquer prática de atividade física fora do âmbito da escola ou trabalho, por exemplo, por mais de 150 minutos (para atividades consideradas moderadas) ou 75 minutos (para atividades consideradas vigorosas) na semana. São exemplos de atividades físicas moderadas: caminhada, musculação, hidroginástica, dança, entre outros. Como exemplos de atividades físicas vigorosas, temos: corrida, basquete, futebol, ginástica aeróbica, tênis, por exemplo.

Na PNS 2019, 34,2% dos homens com 18 anos ou mais praticaram o nível recomendado de atividade física no lazer, enquanto para as mulheres este percentual foi de 26,4%. No mesmo período, a média brasileira foi de 30,1%. Em 2013, esta média foi de 22,7%, enquanto os percentuais de homens e mulheres foram de 27,3% e 18,6%, respectivamente.

A proporção de adultos que praticavam o nível recomendado de atividade física no lazer variou de 27,7% na Região Sul a 31,8% na Região Centro-Oeste. A Região Norte foi onde a menor proporção de mulheres praticavam exercício físico no lazer (24,3%). Por outro lado, a Região Sudeste apresentou a maior proporção de homens (36,1%).

O percentual de adultos que praticavam o nível recomendado de atividade física no tempo livre tendeu a diminuir com o aumento da idade, como pode ser observado nas proporções dos grupos de idade de 18 a 24 anos, onde 41,0% praticavam o nível recomendado de atividade física no lazer, enquanto dentre os adultos de 25 a 39 anos de idade a proporção foi de 35,4%, na faixa de 40 a 59 anos este percentual foi de 27,6% e no grupo de 60 anos ou mais 19,8%. A prática recomendada de atividade física no tempo livre cresceu com o nível de instrução.

Gráfico 18 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que praticaram o nível recomendado de atividade física no lazer, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por grupos de idade - Brasil - 2019



Atividade física no trabalho

São considerados indivíduos fisicamente ativos no trabalho aqueles que andam a pé, fazem faxina pesada, carregam peso ou realizam outra atividade que requeira esforço físico intenso, sendo estas atividades vinculadas ao exercício de seu trabalho por 150 minutos ou mais na semana. No país, 42,6% das pessoas de 18 anos ou mais de idade eram fisicamente ativas no trabalho. Dentre os adultos que moravam na área urbana, 40,1% praticavam 150 minutos de atividade no trabalho e dentre os que viviam em área rural, eram 60,0%. A frequência dos homens para este domínio foi de 49,2%, enquanto das mulheres foi de 34,4%.

Este indicador foi mais representativo entre as pessoas sem instrução e fundamental incompleto e com fundamental completo e médio incompleto, das quais mais da metade dos ocupados eram considerados ativos no trabalho, 55,8% e 51,0%, respectivamente. Para as pessoas com ensino superior completo, o percentual caiu para 25,1%. O mesmo comportamento foi identificado sob a ótica do rendimento domiciliar per capita, quanto maior o rendimento, menos atividades físicas são realizadas no trabalho.

Atividade física no deslocamento

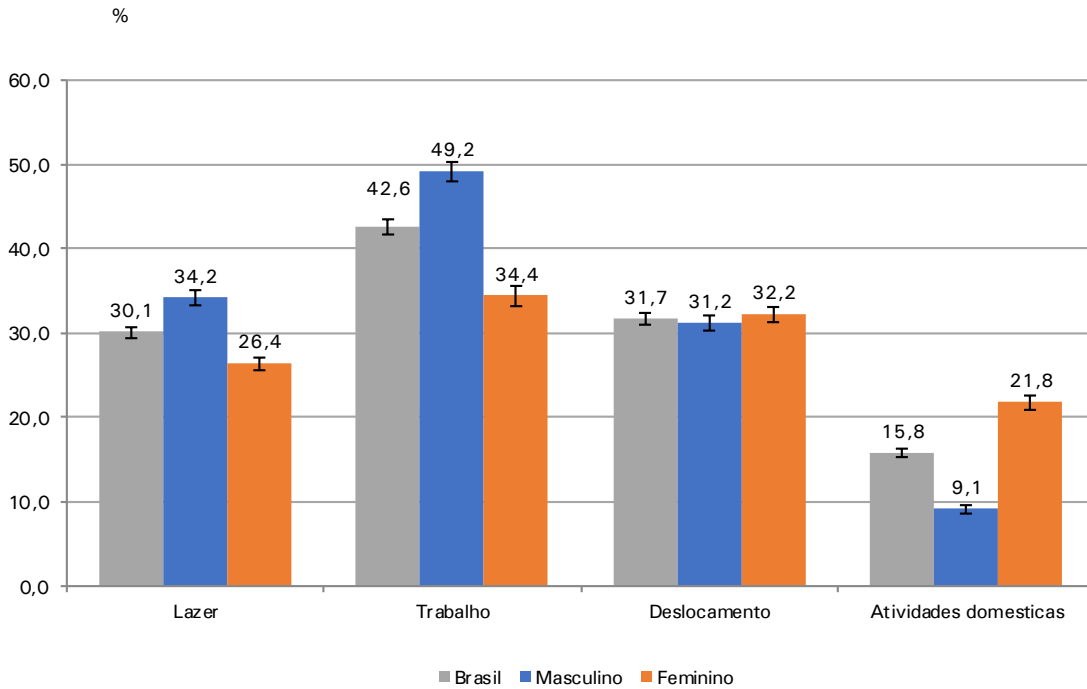
São considerados indivíduos que praticam o nível recomendado de atividade física no deslocamento aqueles que se deslocam para atividades habituais, como o trabalho, ou escola, ou curso, ou levar alguém para estes lugares de bicicleta ou caminhando e que despendem pelo menos 30 minutos diários no percurso de ida e volta. No Brasil, a proporção foi de 31,7%, variando de 24,3% na Região Centro-Oeste a 35,1% na Sudeste. Homens e mulheres não apresentaram distinção estatisticamente significativa para este indicador.

Dentre as pessoas de cor ou raça branca, 28,6% praticavam 30 minutos diários de atividade física no deslocamento. Entre as pessoas pretas esta frequência foi de 38,9% e entre os pardos 32,8%.

Atividade física nas atividades domésticas

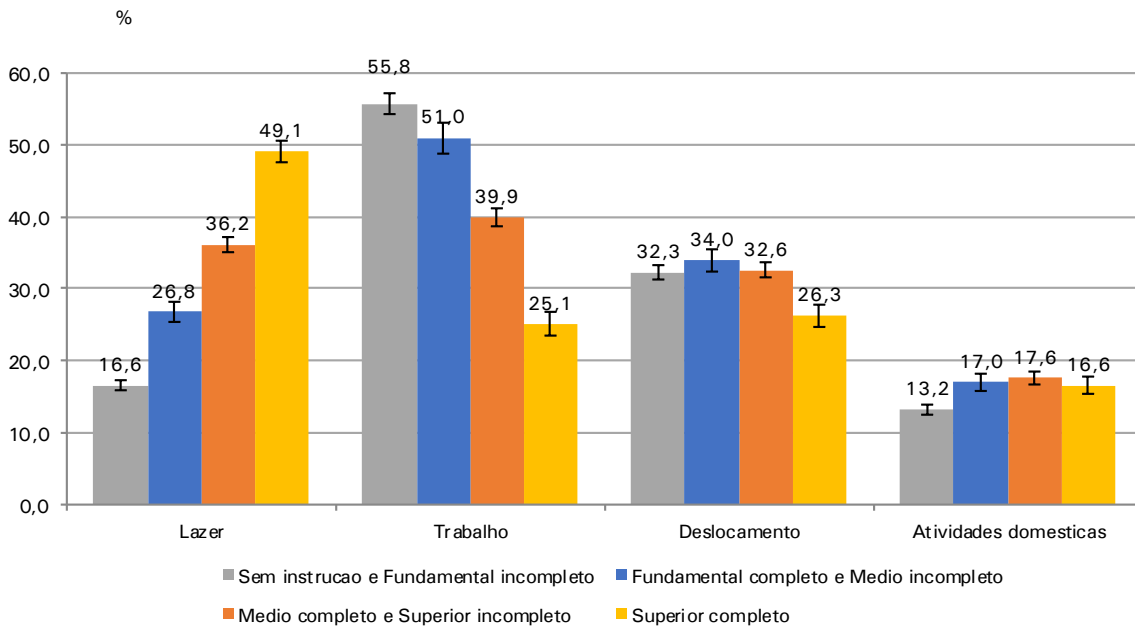
No domínio das atividades domésticas, estimou-se que 15,8% das pessoas de 18 anos ou mais de idade praticavam atividade física por no mínimo 150 minutos semanais, tais como faxina pesada ou atividades que requerem esforço físico intenso. Este indicador mostrou-se fortemente concentrado no público feminino no qual 21,8% praticavam 150 minutos de atividade física nas tarefas domésticas, enquanto no público masculino foi de 9,1%. O percentual em domicílios urbanos foi muito próximo dos rurais, 15,9% e 15,1%, respectivamente.

Grafico 19 - Proporcao de pessoas de 18 anos ou mais de idade que praticaram o n vel recomendado de atividade f sica, com indicacao do intervalo de confianca de 95%, por sexo, segundo o dom nio da atividade - Brasil - 2019



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

Grafico 20 - Proporcao de pessoas de 18 anos ou mais de idade que praticaram atividade f sica, com indicacao do intervalo de confianca de 95%, por n vel de instrucao, segundo o dom nio de atividade - Brasil - 2019



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

Insuficientemente ativos

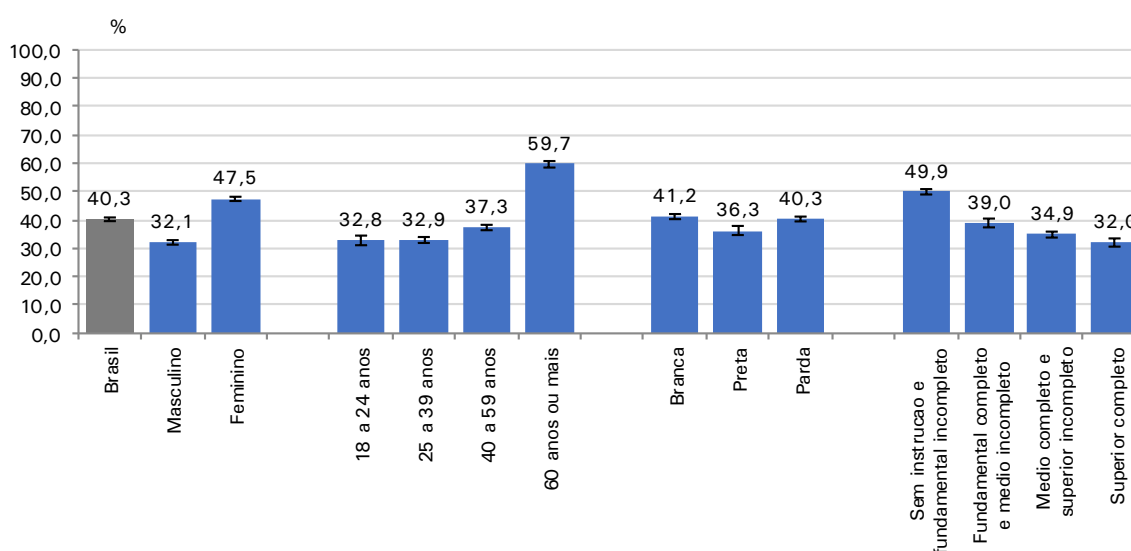
Insuficientemente ativas, são pessoas que não praticaram atividade física ou praticaram por menos do que 150 minutos por semana considerando os três domínios: lazer; trabalho e deslocamento para o trabalho. Este indicador não considera o tempo dedicado a atividades domésticas.

Na PNS 2019, a proporção de adultos classificados na condição de insuficientemente ativos no Brasil foi de 40,3%. Entre as mulheres foram observadas frequências mais elevadas em todas as Grandes Regiões, em comparação aos homens. No Brasil, 47,5% das mulheres eram pouco ativas, diferente dos homens, que apresentaram uma taxa de 32,1%. Mais da metade (59,7%) das pessoas de 60 anos ou mais de idade era insuficientemente ativa, e o grupo de idade menos sedentário foi o de 18 a 24 anos de idade (32,8%), seguido do grupo de 25 a 39 anos (32,9%).

Também existe uma relação entre nível de instrução (e por consequência rendimento per capita) e prática de atividades físicas. Dos indivíduos sem instrução ou com fundamental incompleto 49,9% são fisicamente inativos, número que reduz consideravelmente até os indivíduos com ensino superior, 32,0%. Da mesma forma, o percentual do grupo de pessoas sem rendimento até 1/4 do salário mínimo foi de 48,0%, caindo até 30,8% para as pessoas com rendimento per capita superior a 5 salários mínimos.

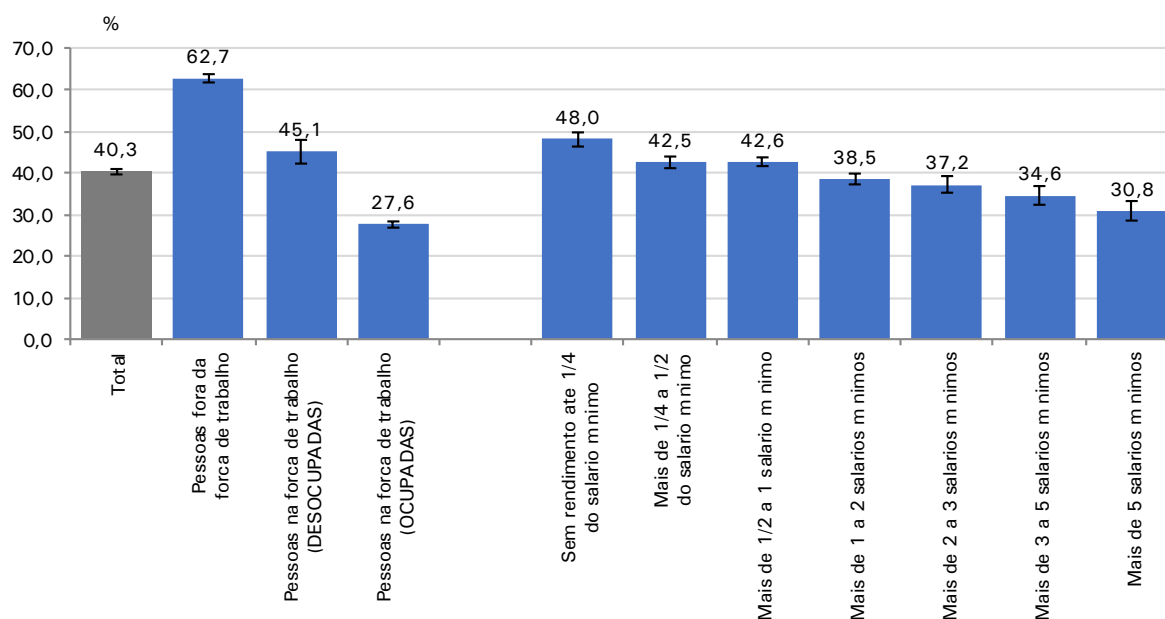
Em relação às características de cor ou raça, foi possível observar que 41,2% das pessoas brancas eram insuficientemente ativas, quando em relação às pretas, 36,3% estavam nesta condição. Entre os pardos, 40,3% não praticavam o nível recomendado de atividade física.

Gráfico 21 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade insuficientemente ativos, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, grupos de idade, cor ou raça e nível de instrução - Brasil - 2019



Por fim, analisando sob a ótica da condição em relação à força de trabalho, 27,6% das pessoas ocupadas não eram suficientemente ativas, 45,1% das desocupadas e 62,7% das pessoas fora da força de trabalho. É importante destacar que a prática de atividades físicas no trabalho foi o domínio de atividade com maior participação relativa, da mesma forma que estar ocupado também ocasiona em deslocamento adicional no dia a dia, que gera mais atividades para essas pessoas.

Gráfico 22 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade insuficientemente ativas, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por condição em relação a força de trabalho e rendimento domiciliar per capita - Brasil - 2019



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

Incentivo à prática de atividade física

Como destacado na introdução do presente capítulo, a falta de atividades físicas traz diversos males ao corpo do indivíduo, aumenta consideravelmente o risco de desenvolver doenças e conseqüentemente gera um elevado custo ao SUS. Desta forma, o incentivo à prática de atividades físicas, por meios de programas de prevenção são importantes e necessários. A participação das pessoas adultas, no Brasil, foi de 2,7%, ou seja, 4,3 milhões de pessoas. A maior parte dessas pessoas são mulheres, 2,9 milhões, e mesmo assim a participação não chegou a 4,0%.

Esses programas contam com um engajamento maior da população idosa, 60 anos ou mais, 3,5%. A proporção do grupo etário de 40 a 59 anos foi de 2,8%, 25 a 39 anos 2,1% e os mais jovens, 18 a 24 anos, 2,7%. Sob a ótica da escolaridade, as pessoas com maior nível de instrução participam mais dessas atividades, 3,4%, comportamento semelhante a prática de atividades físicas no lazer, que é maior quanto maior for o tempo de estudo. Por fim, 3,4% das

pessoas fora da força de trabalho, 3,1% dos desocupados e 2,3% dos ocupados tiveram participação nesses programas de incentivo à prática de atividade física.

Hábito de assistir televisão

O tempo gasto em comportamentos sedentários está fortemente relacionado ao aumento do risco de desenvolver doenças, havendo múltiplas evidências de que o número de horas diárias que o indivíduo despende vendo televisão aumenta sua exposição à obesidade e, conseqüentemente, a outras doenças.

Em 2019, 34,7 milhões de pessoas, ou seja, 21,8% da população adulta, declararam ter assistido televisão por 3 horas ou mais por dia. Comparando com os dados de 2013 (42,3 milhões e 29,0% das pessoas de 18 anos ou mais), percebemos uma queda considerável de 7,6 milhões de pessoas ou 7,2 pontos percentuais.

A população idosa (60 anos ou mais) é o grupo etário que apresenta maior proporção de pessoas que assistia televisão por três ou mais horas ao dia, 29,6%. Os outros grupos etários apresentaram percentuais próximos, variando de 19,2% até 19,7%. Quanto ao nível de instrução, a menor proporção de adultos que assistiam televisão por 3 ou mais horas diárias tinha nível superior completo, representado por 15,9% deste estrato.

A condição em relação a força de trabalho influencia o uso de TVs, principalmente se considerar que as pessoas ocupadas possuem um tempo disponível menor, o que acaba dificultando utilizar a TV por 3 horas ou mais por dia. Para o grupo fora da força de trabalho, a proporção dos que assistiram TV por esse período diário foi de 29,9%, desocupados, 27,1%, e ocupados, 16,9%.

Tabagismo

A epidemia de tabagismo é uma das maiores ameaças à saúde pública que o mundo já enfrentou, matando mais de 8 milhões de pessoas por ano em todo o mundo. Mais de 7 milhões dessas mortes são resultantes do uso direto do tabaco, enquanto cerca de 1,2 milhão são o resultado da exposição de não fumantes ao fumo passivo. Todas as formas de tabaco são prejudiciais e não existe um nível seguro de exposição ao tabaco (WHO, 2020).

Destaca-se que o tabagismo é um importante fator de risco para as DCNT, sendo o principal entre as causas evitáveis de morte. No Brasil, a prevalência de tabagismo vem se reduzindo significativamente ao longo das décadas. Os dados do Vigitel apontam queda na prevalência de tabagismo em adultos no Brasil, entre 2006 a 2019. Em 2006 o percentual total de fumantes com 18 anos ou mais de idade residente nas capitais e no Distrito Federal era de 15,7%, passando para 9,8% em 2019 (BRASIL, 2020).

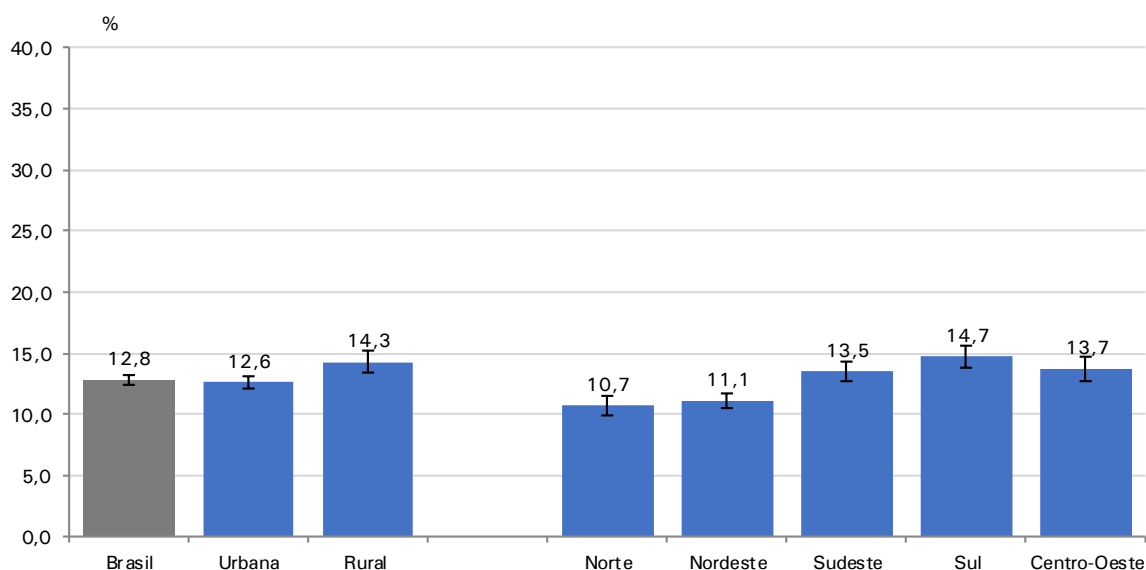
Usuários de tabaco

O tabagismo é um dos principais fatores de risco evitáveis à saúde, podendo contribuir para o desenvolvimento de várias doenças crônicas como as cardiovasculares, as respiratórias,

diversos tipos de câncer, problemas oculares como catarata e cegueira, entre outras. A pesquisa investigou o uso de tabaco em pessoas de 15 anos ou mais de idade, mas para comparar com resultados da PNS 2013, foi considerada a população de 18 anos ou mais de idade. No Brasil, o uso de produtos de tabaco fumado é mais frequente do que o de produtos não fumados, sendo mais relevante na forma de cigarro industrializado.

A prevalência de usuários atuais de produtos derivados de tabaco, fumado ou não fumado, de uso diário ou ocasional, foi de 12,8% (20,4 milhões de pessoas). Segundo a situação do domicílio, a parcela de usuários foi maior na área rural (14,3%) que na urbana (12,6%). Entre as Grandes Regiões, a prevalência variou de 10,7%, na Região Norte, a 14,7%, na Região Sul.

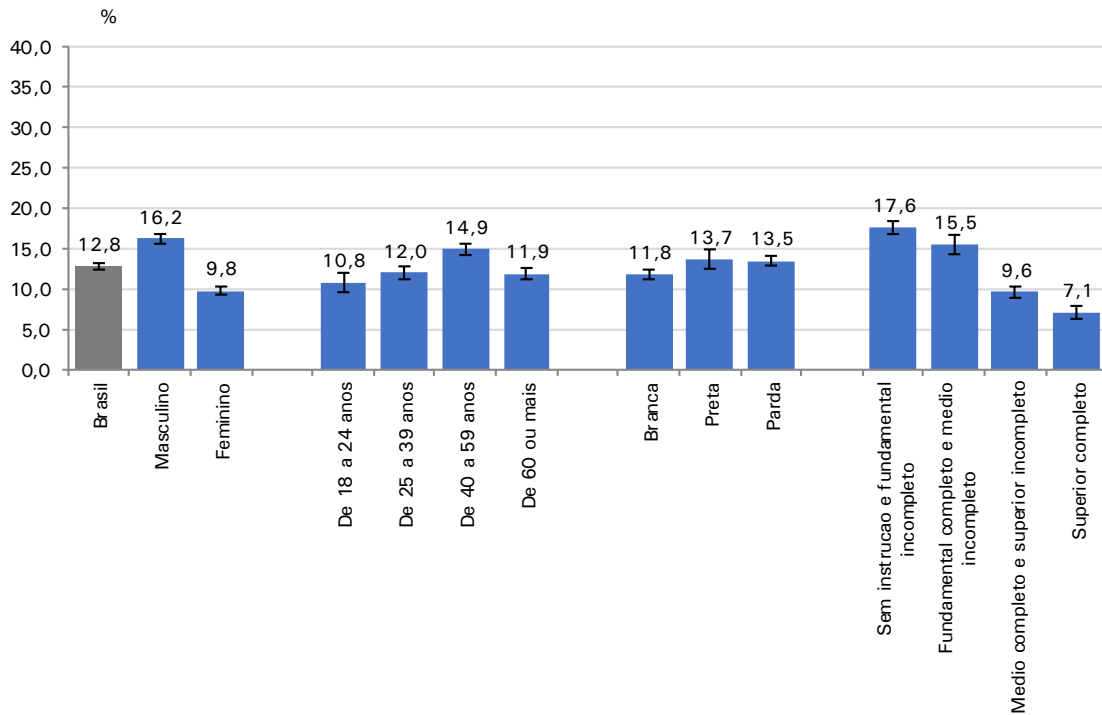
Grafico 23 - Proporcao de pessoas de 18 anos ou mais de idade usuarias atuais de produtos derivados do tabaco, com indicacao do intervalo de confianca de 95%, segundo a situacao do domicilio e as Grandes Regioes - 2019



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

Os homens apresentaram percentual mais elevado de usuários (16,2%) do que as mulheres (9,8%). O indicador mostrou diferenças por nível de instrução: percentuais mais elevados de usuários atuais de tabaco eram apresentados pelas pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto (17,6%). Por faixa etária, aqueles com idade entre 40 e 59 anos apresentaram o maior percentual (14,9%).

Gráfico 24 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade usuárias atuais de produtos derivados do tabaco, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, grupos de idade, cor ou raça e nível de instrução - Brasil - 2019



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

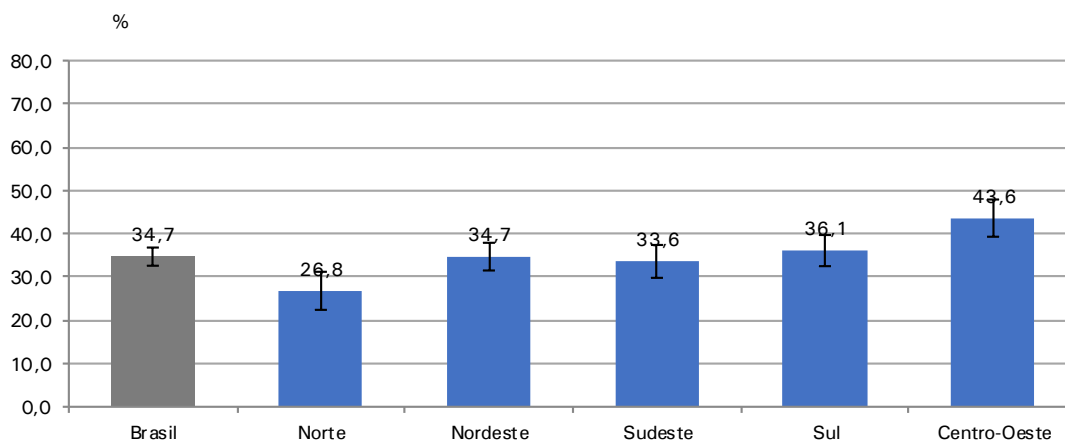
Em relação ao rendimento domiciliar per capita, os resultados mostram que quanto maior a classe de rendimento em salários mínimos menor era prevalência de usuários atuais de tabaco. Para as pessoas sem rendimento, a prevalência foi de 17,2%, e reduz até 8,6%, para aqueles cujo rendimento domiciliar per capita era de mais de 5 salários mínimos.

Considerando apenas o tabaco fumado, o percentual de fumantes atuais foi de 12,6%, sendo 11,4% de fumantes diários. A prevalência de homens fumantes atuais foi 15,9% (sendo 14,3% fumantes diários) e, de mulheres, 9,6% (8,8% fumantes diárias). O estado do Rio Grande do Sul apresentou a maior prevalência (15,8%) e o Sergipe a menor (9,2%) de fumantes atuais de tabaco.

A prevalência de fumantes de cigarro foi de 12,3% (sendo que 11,0% fumava diariamente) e de cigarro industrializado foi de 9,9%. O número médio de cigarros fumados por dia foi de 12,6 cigarros. A Região Sul além de ter a maior prevalência de fumantes, tem também a maior média de cigarros diários fumados, 13,7 cigarros.

Para compreender o tamanho do mercado ilegal de cigarros, perguntou-se a marca que a pessoa comprou pela última vez. Elas foram classificadas em dois grupos, de acordo com a legalidade dela no mercado e, 34,7% das pessoas compraram alguma das marcas classificadas como ilegal, sendo a Região Centro-Oeste, a com o maior percentual.

Grafico 25 - Proporcao de pessoas de 18 anos ou mais de idade fumantes de cigarros industrializados e que compraram, para uso proprio, marcas classificadas como ilegais, com indicacao do intervalo de confianca de 95%, segundo as Grandes Regioes - 2019



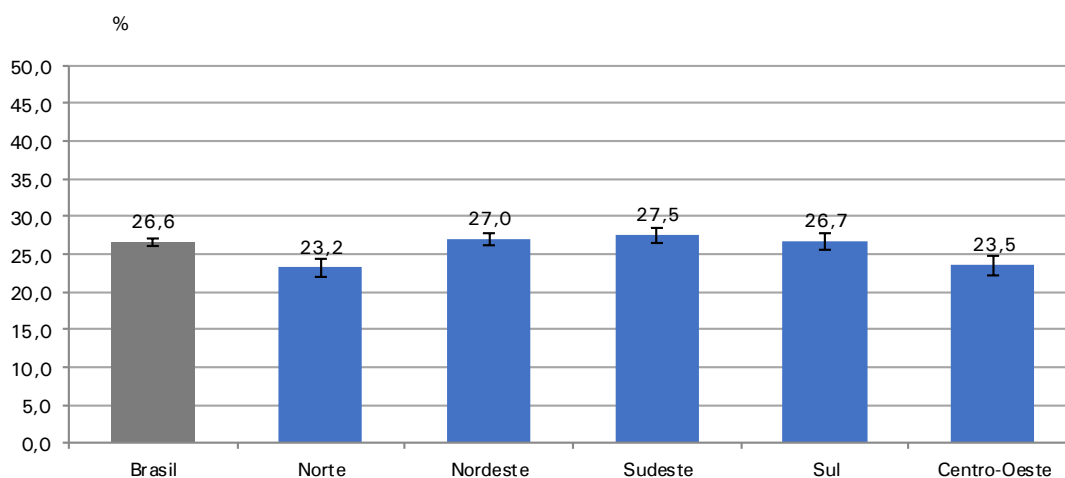
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde - 2019.

Ex-usuários de tabaco fumado

A proporção de pessoas que declararam ter fumado no passado foi, para o Brasil, 26,6% (23,6% eram ex-fumantes diários). Regionalmente, a frequência de ex-fumantes variou de 23,2%, na Norte, a 27,5%, na Sudeste.

Na análise por sexo, 26,8% dos homens e 26,5% das mulheres já fumaram tabaco no passado. No que diz respeito à variação por faixa etária, a proporção de ex-fumantes aumenta com a idade: entre as pessoas com 60 anos ou mais de idade, 42,2% pararam de fumar e entre os de 18 a 24, 18,6% já pararam.

Grafico 26 - Proporcao de pessoas de 18 anos ou mais de idade ex-fumantes de tabaco, com indicacao do intervalo de confianca de 95%, segundo as Grandes Regioes - 2019



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

O índice de cessação de tabaco consiste em quantificar a proporção de ex-usuários entre o total de pessoas que em algum momento foram usuárias (usuários atuais e ex-usuários). O índice, no Brasil, em 2019, ficou em 67,9%, sendo maior no Nordeste, 71,5%.

Cessação do hábito de fumar

Na pesquisa foi investigada, também, a tentativa de parar de fumar e a ajuda de profissional de saúde para tentar parar de fumar. Dentre os fumantes atuais e os ex-fumantes que pararam de fumar há menos de 12 meses anteriores à data da entrevista, 46,6% fizeram a tentativa de parar de fumar nesse mesmo período. Dentre os homens, 43,8% fizeram a tentativa e, entre as mulheres, uma parcela maior tentou parar, 50,8%. Das pessoas que tentaram parar de fumar, 15,9% utilizaram aconselhamento de profissional de saúde para tentar parar de fumar nos últimos 12 meses.

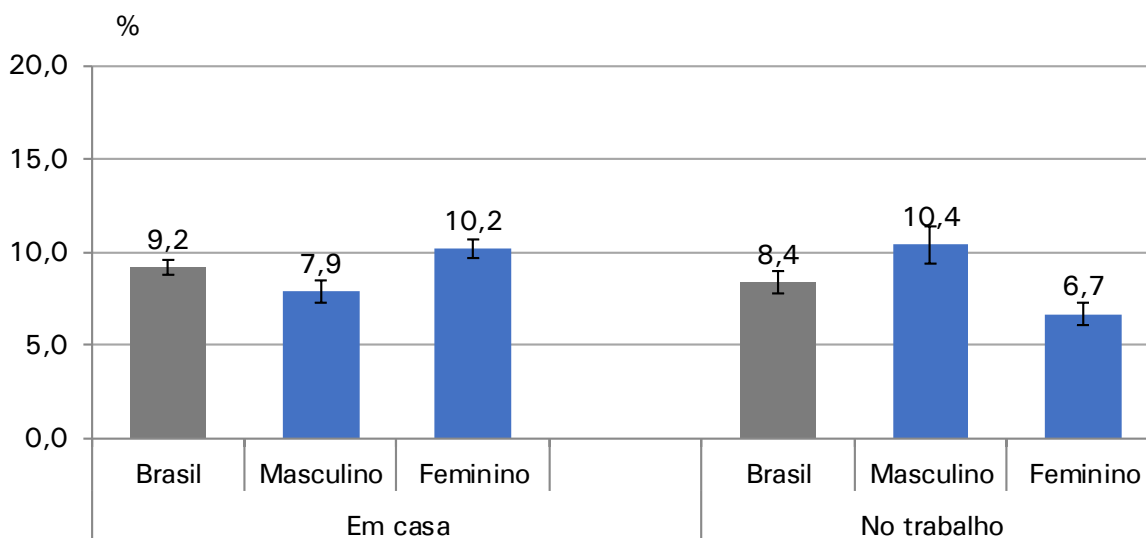
Exposição à fumaça de tabaco

No ambiente domiciliar, a proporção de pessoas não fumantes expostos à fumaça de produtos de tabaco foi de 9,2%. As mulheres não fumantes estavam mais expostas (10,2%) que os homens (7,9%). As pessoas de 18 a 24 anos de idade também estavam mais expostas, neste ambiente (15,7%), que as demais faixas etárias. Em relação à escolaridade, quanto maior a escolaridade, menor o percentual de pessoas que estavam expostos, 5,1% para quem tinha superior completo e 11,1% para aqueles sem instrução ou com fundamental incompleto. O mesmo comportamento foi observado em relação ao rendimento domiciliar per capita.

No trabalho, entre as pessoas não fumantes ocupadas e que trabalhavam em ambientes fechados, 8,4% estavam expostas ao fumo passivo. Neste caso, os homens estavam mais expostos (10,4%) que as mulheres (6,7%).

A Região Sul apresentou o menor percentual de pessoas não fumantes expostas ao fumo passivo no local de trabalho fechado.

Grafico 27 - Proporcao de pessoas de 18 anos ou mais de idade nao fumantes expostos ao fumo passivo em casa e no trabalho em ambiente fechado, com indicacao do intervalo de confianca de 95%, por sexo - Brasil - 2019



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

Mídia

A mídia veicula informações tanto no sentido de promover os produtos do tabaco quanto para comunicar sobre os riscos do uso do tabaco para a saúde. Para analisar a percepção das pessoas sobre a mídia pró-tabaco foi perguntado se o morador, nos últimos 30 dias anteriores à data da entrevista, viu alguma propaganda ou anúncio de cigarros nos pontos de vendas de cigarros. Essa propaganda foi percebida por 18,4% das pessoas e, atingiu, proporcionalmente, mais os homens (21,3%) que as mulheres (15,8%).

Quanto às campanhas com o propósito de informar sobre os riscos para a saúde decorrentes do hábito de fumar ou que estimulassem as pessoas a parar de fumar, 39,2% afirmaram ter visto ou ouvido estas informações em jornais, revistas, televisão ou rádio. A Região Sudeste foi onde as campanhas foram mais observadas (40,5%) e na Norte menos observadas (34,5%).

Entre os fumantes, 83,2% perceberam as advertências antitabaco nos maços de cigarros e 44,4% dos fumantes pensaram em parar de fumar devido a estas advertências. Entre as mulheres, as advertências nos maços de cigarro produzem maior efeito, 48,0% delas pensaram em parar, entre os homens, 42,0%. Entre os mais jovens, o efeito das advertências foi menor, entre as pessoas de 18 a 24 anos de idade 35,7% pensou em parar devido a elas, entre a população de 25 a 39 anos de idade, 46,8%.

Doenças crônicas

Problema de saúde de maior magnitude da atualidade, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) geram elevado número de mortes prematuras (aquelas que ocorrem entre 30 e 69 anos de idade), repercutem na qualidade de vida dos que acometem e ocasionam impacto econômico para a sociedade e os sistemas de saúde (BRASIL, 2011; WHO, 2014).

As DCNT possuem etiologia multifatorial e fatores de risco em comum que são passíveis de modificação, como o tabagismo, a prática de atividade física insuficiente, a alimentação inadequada, a obesidade e o consumo de álcool, por exemplo. A vigilância e o monitoramento das DCNT, bem como de seus fatores de risco, são essenciais para entender a distribuição, a magnitude e a tendência destes, de modo a subsidiar o planejamento e direcionamento de ações na área (WHO, 2001).

Apresenta-se, a seguir, um panorama resumido das DCNT no País, com maior detalhamento para hipertensão arterial, diabetes e depressão – a partir dos resultados observados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2019).

Hipertensão arterial

A hipertensão arterial, também conhecida como pressão alta, é uma doença de alta prevalência, em especial, nos países de baixa e média renda, como é o caso do Brasil. É um importante fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013).

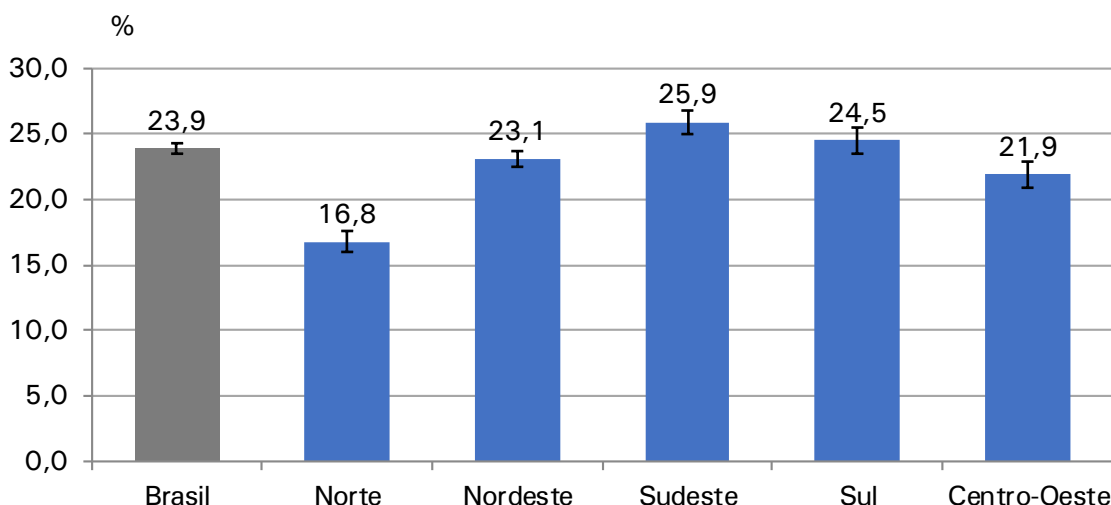
O critério atual de diagnóstico da hipertensão é: pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual 90 mmHg. A seguir são apresentados dados autorreferidos, ou seja, não houve aferição da pressão arterial para constatar o diagnóstico de hipertensão. Entretanto, considerou-se apenas quem referiu ter recebido, em algum momento, diagnóstico de hipertensão por médica(o).

Diagnóstico médico de hipertensão arterial

A proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referiram diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil foi de 23,9% em 2019 (em 2013, 21,4%), o que corresponde a 38,1 milhões de pessoas. A análise por Grandes Regiões mostra que o diagnóstico médico de hipertensão arterial foi menor nas Regiões Norte (16,8%) e Centro-Oeste (21,9%)⁹. A Região Sudeste foi a que possuía a maior proporção de indivíduos de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico de hipertensão dentre as Grandes Regiões (25,9%). As Regiões Sul e Nordeste apresentaram proporções estatisticamente próximas (24,5% e 23,1%, respectivamente).

⁹ Os dados, no entanto, precisam ser interpretados com atenção. Parte dessa menor proporção de diagnóstico médico de hipertensão arterial também pode estar relacionada ao subdiagnóstico (neste caso, de falta de diagnóstico). No caso da Região Norte, por exemplo, 4,3% das pessoas de 18 anos ou mais de idade que nunca haviam aferido sua pressão arterial.

Grafico 28 - Proporcao de indiv duos de 18 anos ou mais que referiram diagnostico medico de hipertensao arterial, com indicacao do intervalo de confianca de 95%, segundo as Grandes Regioes – 2019



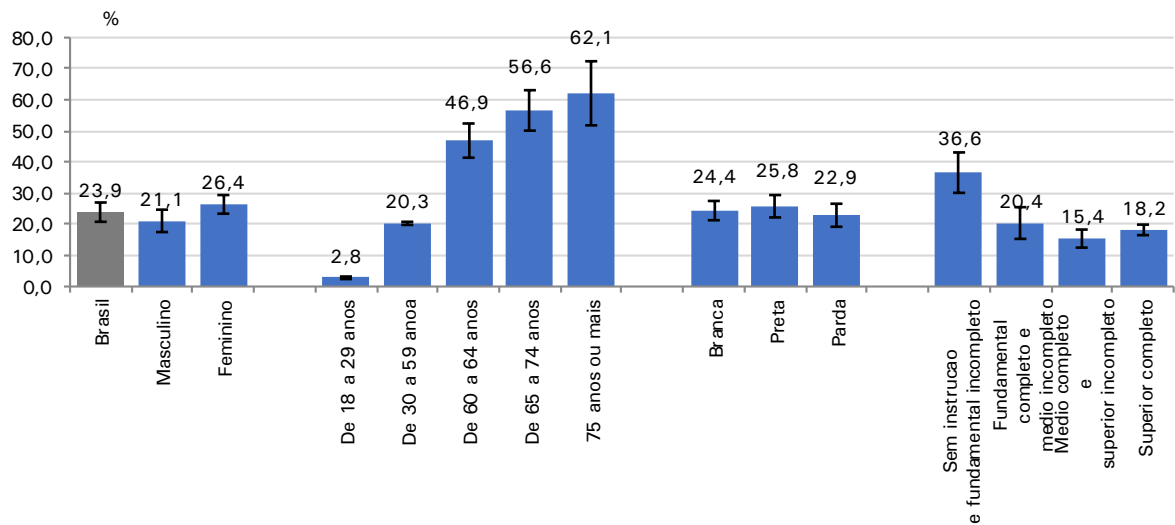
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde - 2019.

Em relação às características sociodemográficas, observou-se uma maior proporção de mulheres que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial (26,4%), relativamente aos homens (21,1%). A proporção de pessoas que referiram este diagnóstico aumentava com a idade: enquanto dentre as pessoas de 18 a 29 anos esta proporção era de apenas 2,8%; dentre as pessoas de 30 a 59 anos, 20,3%, e dentre as de 60 a 64 anos, 46,9%, 56,6% entre as pessoas de 65 a 74 anos e 62,1% entre a população com 75 anos ou mais de idade.

Quanto ao nível de instrução, 36,6% das pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto referiram diagnóstico de hipertensão em 2019. Esta proporção reduziu com o aumento do nível de escolaridade (20,4% entre aqueles com fundamental completo e médio incompleto e 15,4% entre aqueles com médio completo e superior incompleto), exceto pelo fato de entre as pessoas com superior completo esta proporção ter sido de 18,2%.

Por cor ou raça, 25,8% das pessoas autodeclaradas pretas referiram diagnóstico de hipertensão arterial, proporção estatisticamente equivalente à encontrada para pessoas de cor branca (24,4%), no entanto, maior que a encontrada para pessoas de cor parda (22,9%).

Gráfico 29 - Proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo sexo, grupos de idade, nível de instrução e cor ou raça - Brasil - 2019



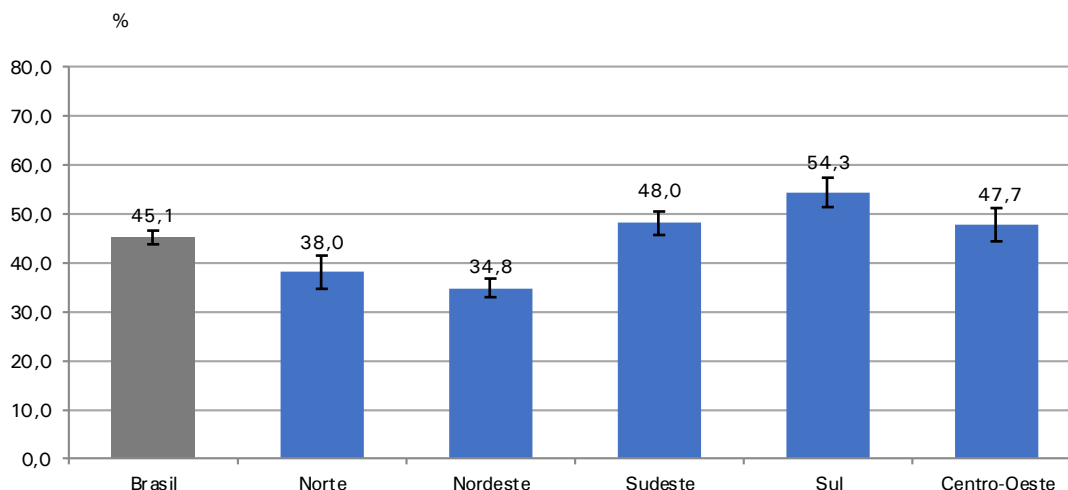
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde - 2019.

Obtenção de pelo menos um medicamento para hipertensão no Aqui Tem Farmácia Popular

O Aqui Tem Farmácia Popular é um programa de iniciativa do Governo Federal no qual são disponibilizados medicamentos e insumos considerados essenciais ao tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, a baixo custo ou gratuitamente, por meio da rede privada de farmácias e drogarias. Desde 2011, medicamentos para hipertensão arterial, diabetes mellitus e asma, definidos pelo Ministério da Saúde, são gratuitos aos usuários (BRASIL, 2017).

Considerando as pessoas com pelo menos 18 anos de idade que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, 86,9% tomaram todos os medicamentos receitados para controlar a hipertensão nas duas últimas semanas anteriores à data da entrevista. Foi investigado também se a obtenção do medicamento para a doença foi realizada no programa “Aqui Tem Farmácia Popular”. No Brasil, 45,1% afirmaram obter pelo menos um medicamento para hipertensão neste programa. Dentre as Grandes Regiões, Norte e Nordeste apresentaram proporção estatisticamente inferior à encontrada para Brasil (34,8% e 38,0%, respectivamente).

Gráfico 30 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial e obtiveram pelo menos um medicamento para hipertensão no Aqui Tem Farmácia Popular, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões - 2019



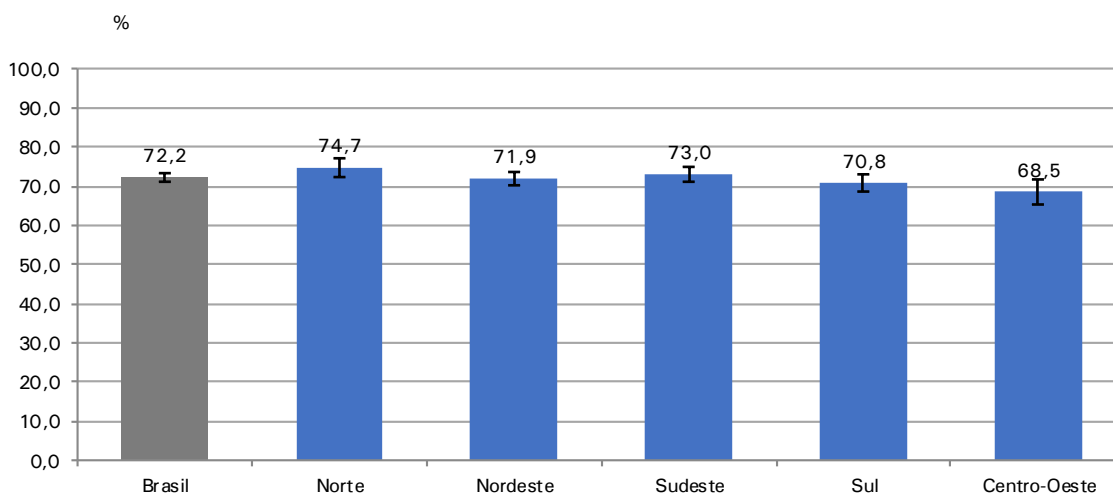
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde - 2019.

Em relação às características dos indivíduos hipertensos que obtiveram pelo menos um medicamento para a doença no programa Aqui Tem Farmácia Popular, as proporções foram de 43,7% e 46,0%, para homens e mulheres, respectivamente. Já por nível de instrução, esta proporção foi menor para aqueles com curso superior completo (30,9%), e maior para os demais níveis de instrução, alcançando 50,4% das pessoas com 18 anos ou mais com fundamental completo e médio incompleto.

Assistência médica para hipertensão

O gráfico 31 apresenta a proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade diagnosticadas com hipertensão arterial e que receberam assistência médica para a doença nos 12 meses anteriores à data da entrevista. Em 2019, 72,2% dos hipertensos afirmaram receber assistência médica no período. Para as Grandes Regiões, este indicador variou de 68,5% na Região Centro-Oeste a 74,7% na Região Norte.

Gráfico 31 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial e receberam assistência médica para hipertensão nos últimos 12 meses, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões – 2019

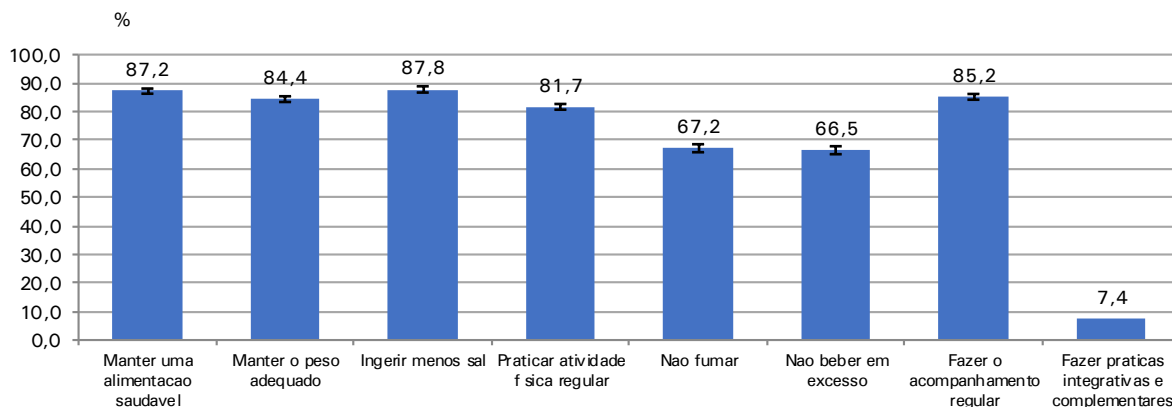


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde - 2019.

Dentre os indivíduos de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de hipertensão, a proporção daqueles que receberam assistência médica nos últimos 12 meses foi maior entre as mulheres (74,5%) relativamente aos homens (68,9%).

Em relação às recomendações médicas recebidas pelas pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico de hipertensão em 2019 e receberam assistência médica nos últimos 12 meses do período de referência da pesquisa, 87,8% das pessoas receberam a recomendação de ingerir menos sal; para 87,2% foi recomendado manter uma alimentação saudável; para 85,2% fazer o acompanhamento regular; para 84,4% recomendou-se manter o peso adequado; e para cerca de dois terços das pessoas foi recomendado não fumar ou não beber em excesso.

Gráfico 32 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as recomendações feitas em atendimento médico para hipertensão arterial - Brasil – 2019

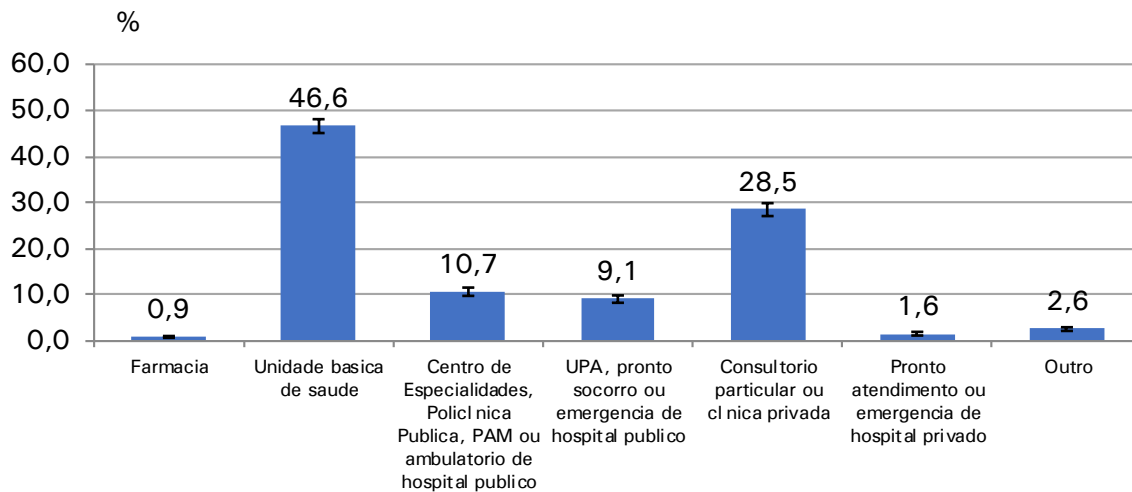


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde - 2019.

Grande parte das pessoas de 18 anos ou mais que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, em 2019, e que tiveram exames solicitados, afirmaram ter realizado os exames solicitados: exame de sangue (colesterol, glicemia, triglicerídeos: 95,3%); exame de urina (95,1%); eletrocardiograma (94,8%); e teste de esforço (90,2%).

Para os indivíduos hipertensos que receberam atendimento médico, foi pesquisado também o local em que esse atendimento foi realizado. As Unidades Básicas de Saúde foram responsáveis por 46,6% dos atendimentos e os consultórios particulares ou clínicas privadas, por 28,5%. Adicionalmente, 10,7% dos atendimentos foram realizados em hospital público ou ambulatório, ao mesmo tempo em que 9,1% ocorreram em unidade de pronto-atendimento público ou emergência de hospital público. Tendo em vista tais estimativas, em 2019, indica-se que 66,4% das pessoas de 18 anos ou mais de idade, que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, haviam realizado sua última consulta há menos de um ano no serviço de saúde público.

Gráfico 33 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o local de atendimento médico para hipertensão arterial - Brasil - 2019



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

A proporção de pessoas maiores de 18 anos com diagnóstico de hipertensão arterial que realizaram a última consulta em uma Unidade Básica de Saúde foi maior entre mulheres (48,5%) frente aos homens (41,7%), e se reduzia conforme aumentava o nível de instrução. Deste modo, enquanto 57,2% das pessoas sem instrução e com fundamental incompleto utilizaram uma Unidade Básica de Saúde na última consulta sobre hipertensão arterial, 44,4% daqueles com fundamental completo e médio incompleto o fizeram. Esta proporção se reduz para 35,1% no nível subsequente de instrução (médio completo e superior incompleto) e para 15,4% entre aqueles com ensino superior completo.

É sabido que há uma forte correlação positiva entre nível de instrução e rendimento. Desse modo, é esperado que o mesmo comportamento (decrecente) entre utilização de UBS e maiores rendimentos fosse observado – uma vez que quanto menor o rendimento *per capita* familiar, maior a demanda por serviços de saúde pública; quanto maior rendimento, menor a dependência pelo serviço de saúde pública. A PNS 2019 encontrou proporções bastante diferentes no que tange ao atendimento médico nas UBS: 65,1% dos hipertensos sem rendimento até 1/4 do salário mínimo decrescendo até 7,4%, entre aqueles com mais de cinco salários mínimos utilizaram este serviço no período de referência.

Diabetes

O diabetes mellitus é considerado uma epidemia no mundo todo e acarreta complexos desafios aos sistemas de saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, no ano de 2014, mais de 422 milhões de pessoas no mundo possuíam diabetes. Em 2016, estima-se que 1,6 milhão de pessoas morreram por causa direta da doença (WHO, 2020).

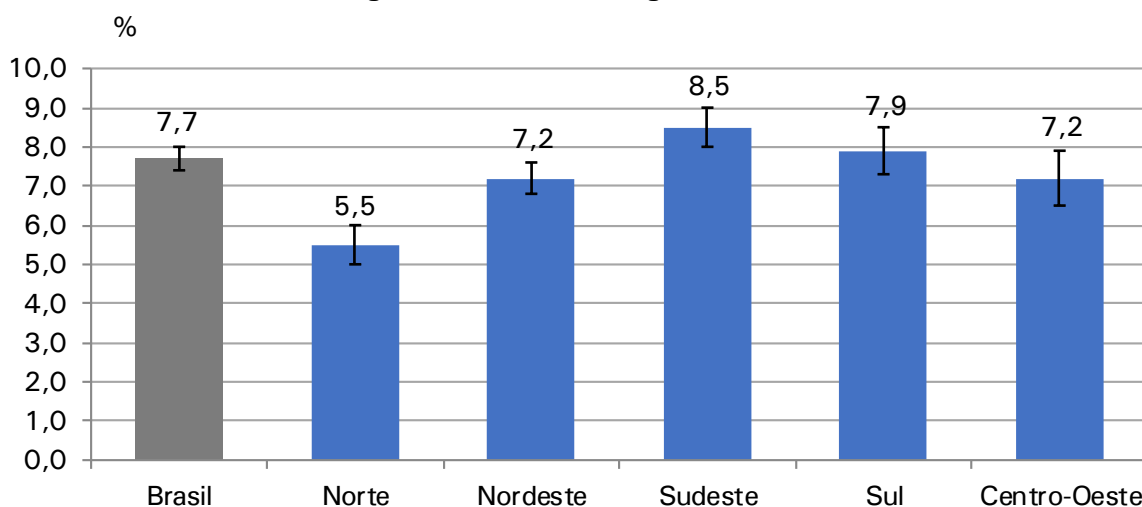
Caracteriza-se por um transtorno metabólico causado por hiperglicemia (ou elevação da glicose sanguínea) resultado de distúrbio no metabolismo de açúcares. O critério de diagnóstico para diabetes é: glicemia de jejum >126 e hemoglobina glicada $>6,5\%$ (BRASIL, 2013).

Assim como no caso da hipertensão, para os resultados de diabetes foram consideradas as informações autorreferidas pelos entrevistados. Da mesma forma, considerou-se quem referiu ter recebido, em algum momento, diagnóstico de diabetes por médica(o).

Diagnóstico médico de diabetes

Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde estimou que no Brasil 7,7% da população de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes (em 2013, 6,2%), o equivalente a um contingente de 12,3 milhões de pessoas. As Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foram as que apresentaram as menores proporções deste indicador, alcançando 5,5% e 7,2% da sua população de 18 anos ou mais de idade, respectivamente. Considerando a situação do domicílio, na área urbana 7,9% da população de 18 anos ou mais de idade referiu diagnóstico médico de diabetes, enquanto na área rural a proporção foi de 6,3%¹⁰.

Gráfico 34 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de diabetes, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões – 2019



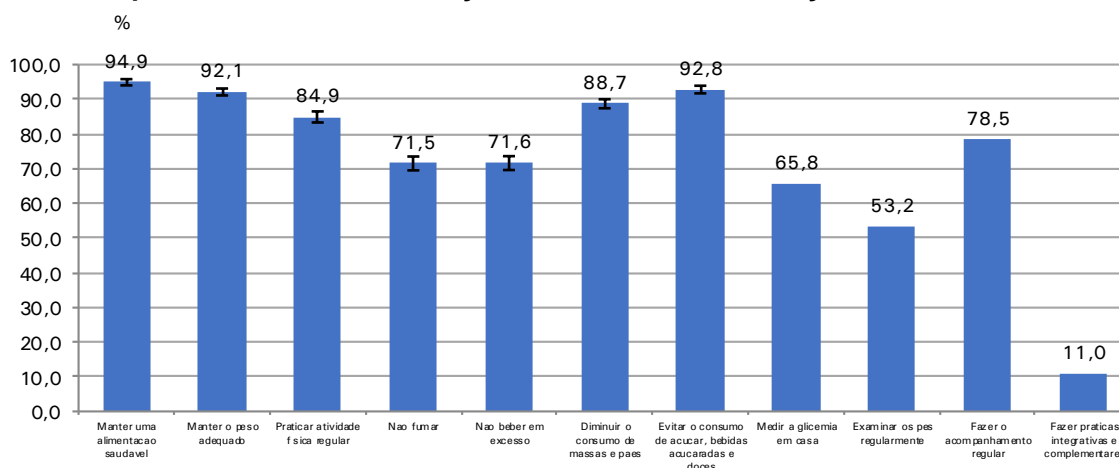
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde - 2019.

¹⁰ Importante considerar que, no Brasil, 6,2% das pessoas de 18 anos ou mais de idade responderam que nunca haviam realizado exame de sangue para medir a glicemia. Na área rural, 12,9%.

As mulheres (8,4%) apresentaram maior proporção de relato de diagnóstico de diabetes que os homens (6,9%). Em relação aos grupos de idade, quanto maior a faixa etária, maior o percentual, que variou de 0,6%, para aqueles de 18 a 29 anos de idade, a 21,9%, para as pessoas de 65 a 74 anos de idade. Para aqueles que tinham 75 anos ou mais de idade, o percentual foi de 21,1%. Em relação à escolaridade, observou-se que a faixa que apresentou maior predominância de diagnóstico de diabetes foi a das pessoas sem instrução e fundamental incompleto, 12,9%, ao passo que as proporções da população diabética com médio completo ou superior incompleto e com superior completo eram bem menores (4,6% e 4,7%, respectivamente). Levando em consideração a cor ou raça, não foram verificados resultados estatisticamente distintos entre pretos, brancos e pardos – todos, portanto, bem próximos à média nacional.

Para as pessoas que referiram diagnóstico médico de diabetes, foram investigadas quais recomendações foram feitas por médico, para esta doença. A mais frequente foi manter uma alimentação saudável (94,9%), seguida pelas de evitar o consumo de açúcar, bebidas açucaradas e doces (92,8%) e de manter o peso adequado (92,1%).

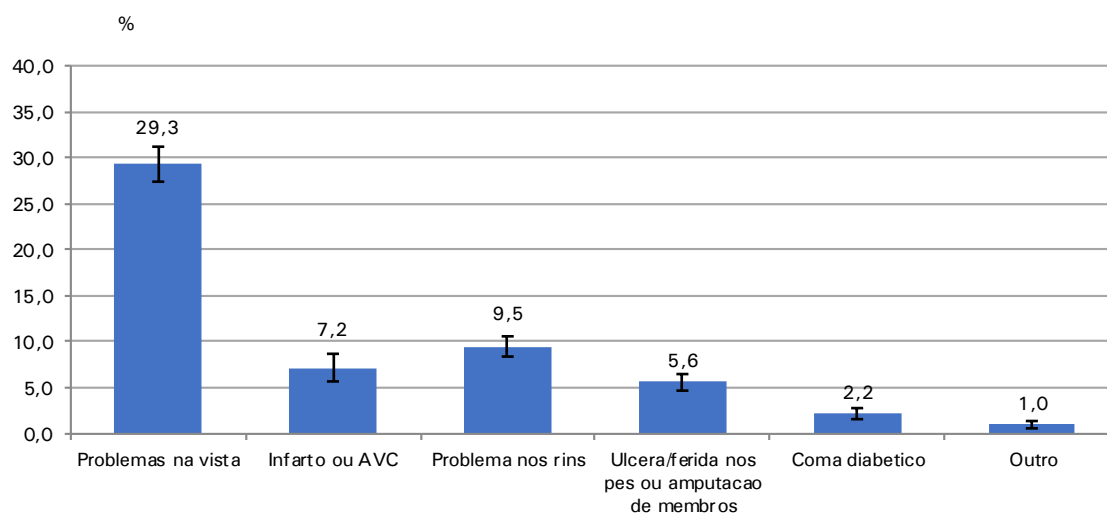
Gráfico 35 - Proporção de indivíduos de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de diabetes segundo as recomendações feitas em atendimento médico para diabetes, com indicação do intervalo de confiança de 95% - Brasil - 2019



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

Também foi investigado dentre as pessoas que referiram diagnóstico médico de diabetes e que apresentaram complicações de saúde por causa do diabetes, qual foi o tipo de complicação apresentada, segundo o tempo de diagnóstico da doença. Tanto para aqueles que possuem diagnóstico de diabetes há menos de 10 anos, como para os que possuíam diagnóstico há 10 anos ou mais, as complicações mais frequentes foram: problemas na vista (29,3%), problemas nos rins (9,5%) e infarto ou AVC (7,2%).

Gráfico 36 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de diabetes e que apresentaram complicações de saúde por causa do diabetes, por tipo de complicação de saúde, com indicação do intervalo de confiança de 95% - Brasil - 2019



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

Obtenção de medicamento para diabetes no “Aqui Tem Farmácia Popular”

Dentre as pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de diabetes foi investigado se elas obtiveram pelo menos um medicamento para diabetes no programa “Aqui Tem Farmácia Popular”. A pesquisa estimou que no Brasil essa proporção foi de 51,5%, o equivalente a um contingente de 5,9 milhões de pessoas. Entre as Grandes Regiões, Norte e Nordeste apresentaram resultados estatisticamente semelhantes e abaixo do nível nacional (35,6% e 39,5%, respectivamente).

Assistência médica para diabetes nos últimos 12 meses

Dentre as pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de diabetes foi investigado se elas receberam assistência médica para diabetes nos últimos 12 meses. A pesquisa estimou que no Brasil essa proporção foi de 79,1% (9,7 milhões de pessoas diabéticas). A proporção de mulheres (81,0%) que receberam assistência em relação à doença foi maior que a dos homens (76,6%).

Diabéticos que realizaram a última consulta em unidade básica de saúde

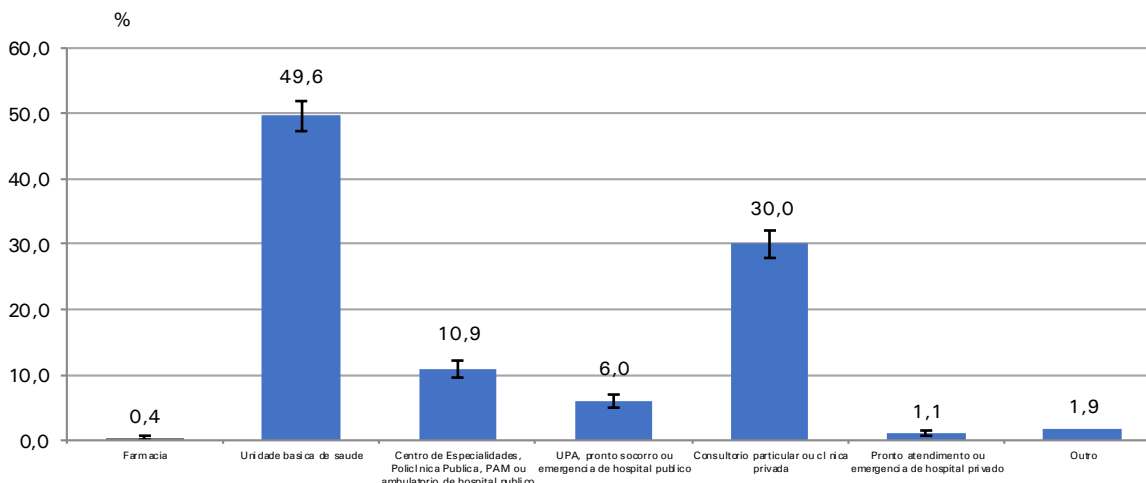
A pesquisa investigou a proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de diabetes e que realizaram a última consulta em Unidade Básica de Saúde. Tal proporção foi estimada em 49,2%, o equivalente a um contingente de 5,3 milhões de pessoas.

Local de atendimento

Analisando a distribuição daqueles que receberam assistência médica para diabetes nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista, por local de atendimento, observou-se que

a Unidade Básica de Saúde foi o principal local mencionado (49,6%), seguido por consultórios particulares ou clínicas privadas (30,0%).

Gráfico 37 - Distribuição de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de diabetes, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por local do atendimento médico - 2019



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

Colesterol

A literatura aponta que valores elevados de colesterol aumentam o risco de desenvolver doenças cardiovasculares (Baigent C et al, 2010). O consumo exagerado de gorduras na alimentação pode levar à elevação do colesterol total.

Diante dessa relação e dos poucos estudos de âmbito populacional, a PNS avalia a prevalência autorreferida do diagnóstico de colesterol alto, assim como as principais recomendações recebidas do médico ou outro profissional de saúde.

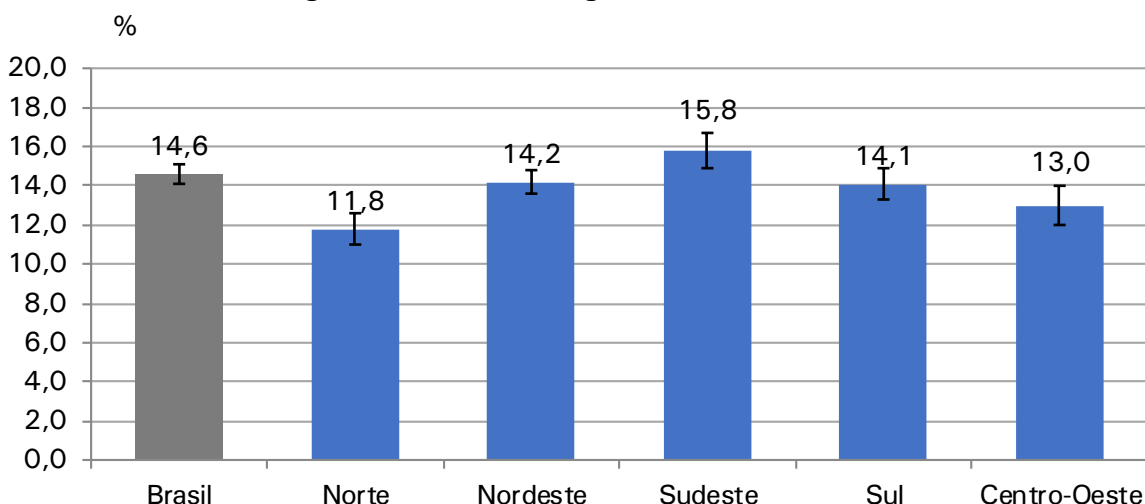
Em 2019, 7,5% das pessoas 18 anos ou mais de idade nunca haviam realizado qualquer exame de sangue para medir o colesterol e triglicérides. Entre as mulheres, 4,4%; já entre os homens, 11,0% nunca haviam realizado tal controle.

Diagnóstico de colesterol alto

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, em 2019, 14,6% das pessoas de 18 anos ou mais de idade (23,2 milhões) tiveram diagnóstico médico de colesterol alto (em 2013, 12,5%). Na área urbana a proporção estimada foi de 15,0%, e na área rural de 12,1%.

As Grandes Regiões apresentaram percentuais equivalentes ao nível nacional, exceto a Região Norte onde se identificou a menor proporção (11,8%).

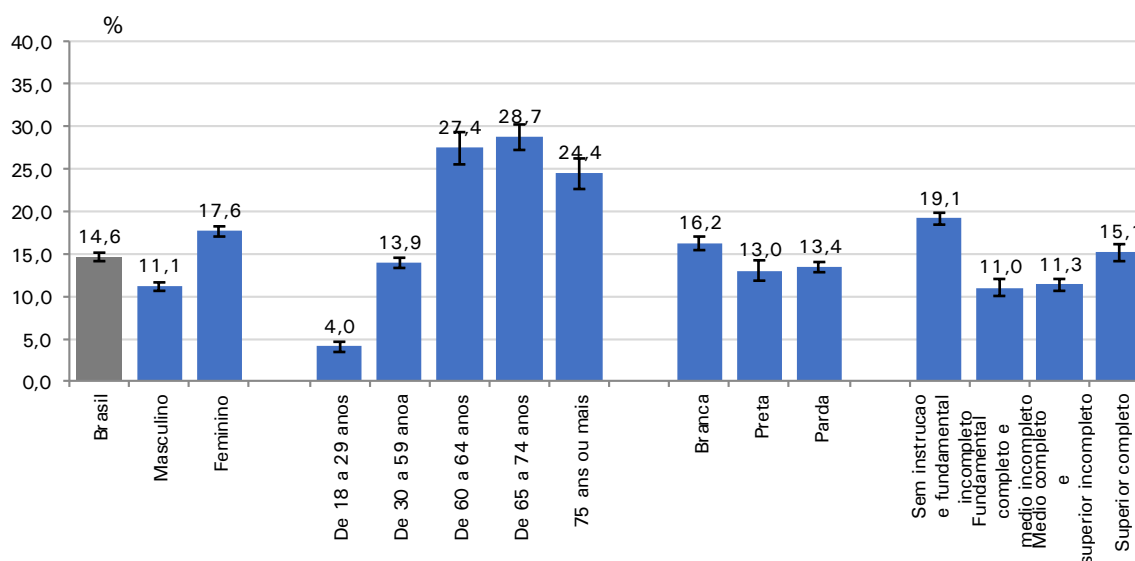
Gráfico 38 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de colesterol alto, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões do Brasil – 2019



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

No Brasil, as mulheres apresentaram proporção maior de diagnóstico médico de colesterol alto (17,6%) do que os homens (11,1%). A frequência de pessoas que referiram diagnóstico médico de colesterol alto é mais representativa nas faixas de maior idade: 27,4% das pessoas de 60 a 64 anos de idade, 28,7% das pessoas de 65 a 74 anos de idade e 24,4% para aqueles com 75 anos ou mais. A proporção de diagnosticados com colesterol alto também avançava conforme a faixa de rendimento *per capita* crescia: variando de 9,5% daqueles sem rendimento até 1/4 do salário mínimo a 20,0% dos com mais de 5 salários mínimos.

Gráfico 39 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de colesterol alto, por sexo, grupos de idade, nível de instrução e cor ou raça, com indicação do intervalo de confiança de 95% - Brasil - 2019

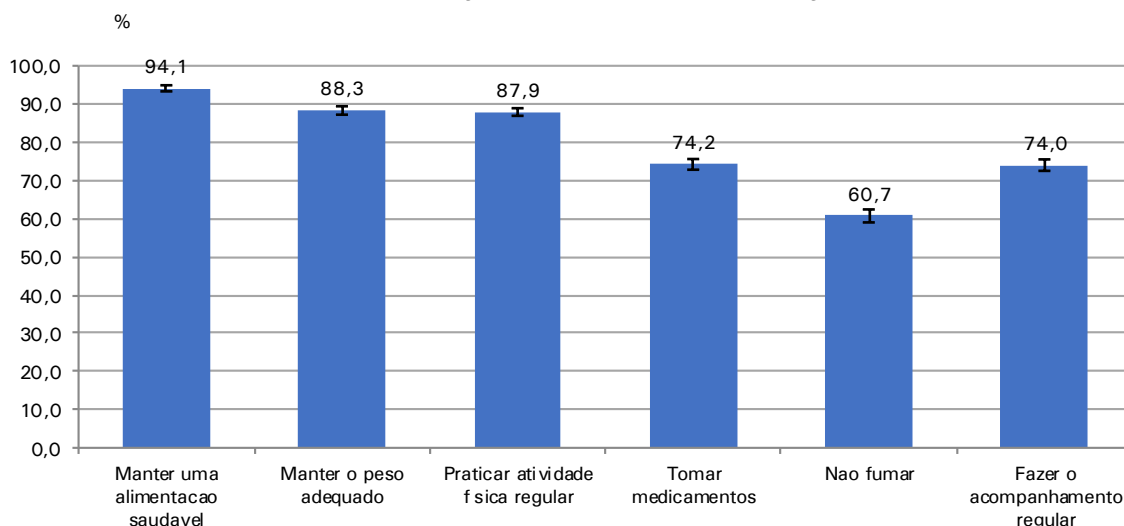


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde - 2019.

Recomendações médicas

A principal recomendação médica para pessoas de 18 anos ou mais de idade por causa do colesterol alto foi manter uma alimentação saudável, em 94,1% dos casos, seguida por manter o peso adequado (88,3%), praticar atividade física regular (87,9%), tomar medicamentos (74,2%) e fazer o acompanhamento regular do nível de colesterol (74,0%).

Gráfico 40 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de colesterol alto, segundo as recomendações feitas por médico ou profissional de saúde, com indicação do intervalo de confiança de 95% - Brasil - 2019



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

Asma

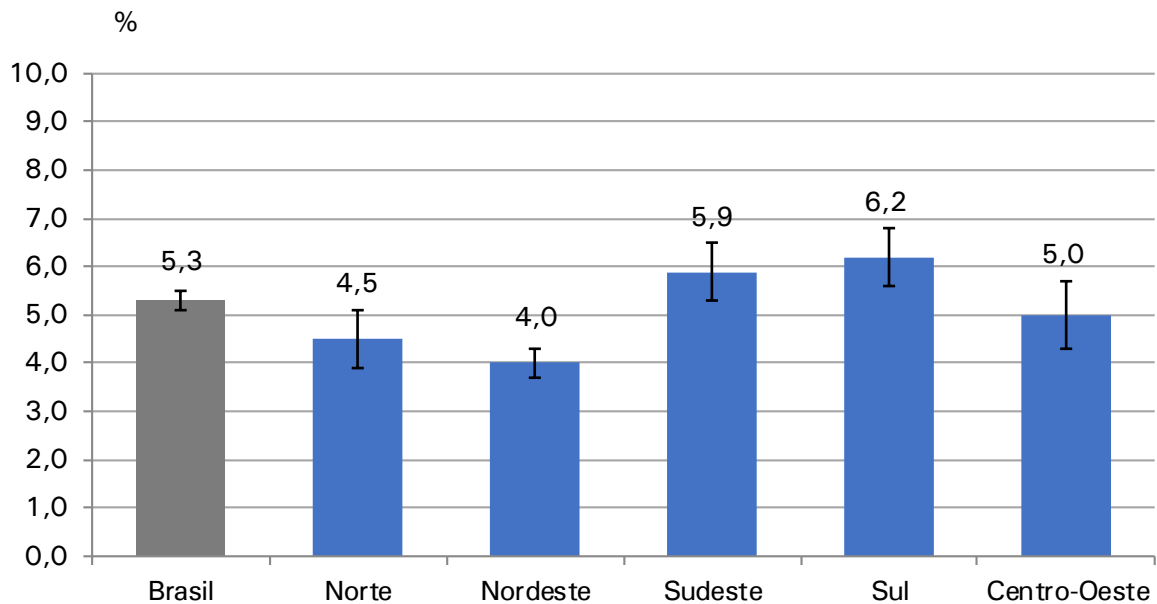
A asma é geralmente caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas, apresenta sintomas respiratórios como chiado e/ou aperto no peito, falta de ar e tosse que variam ao longo do tempo e em intensidade (GINASTHMA, 2017). De acordo com a Organização Mundial de Saúde a asma ocupa o primeiro lugar na prevalência de Doenças Respiratórias Crônicas (WHO, 2016).

Diagnóstico médico de asma

No ano de 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde apurou que 5,3% das pessoas de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de asma (ou bronquite asmática) no Brasil (8,4 milhões de pessoas). Na área urbana este indicador foi de 5,5%, enquanto na área rural foi de 3,8%.

Na maioria das Grandes Regiões, os resultados foram semelhantes ao encontrado no nível nacional: 4,5% no Norte, 5,9% no Sudeste, 6,2% no Sul e 5,0% no Centro-Oeste. A Região Nordeste apresentou a menor estimativa, 4,0%.

Gráfico 41 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de asma, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões - 2019



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

Considerando a média nacional, a frequência percentual de mulheres que referiram diagnóstico médico de asma (6,1%) foi maior em relação à proporção de homens (4,4%).

Crise de asma nos últimos 12 meses

No ano de 2019, das pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de asma (ou bronquite asmática), 37,6% manifestaram alguma crise da doença nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista. Grande parte das mulheres de 18 anos ou mais de idade com diagnóstico médico de asma tiveram alguma crise da doença no período de referência, 42,3%. Entre os homens a estimativa foi menor, 30,3%.

Doenças cardiovasculares (DCV)

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil. Apesar da mortalidade causada por essas doenças ter diminuído ao longo dos anos, elas ainda geram os maiores custos no que diz respeito às internações hospitalares. Dentre os fatores de risco para doenças cardiovasculares, podemos citar o tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física e consumo de alimentos com alto teor de gordura e densidade energética (MALTA, 2019).

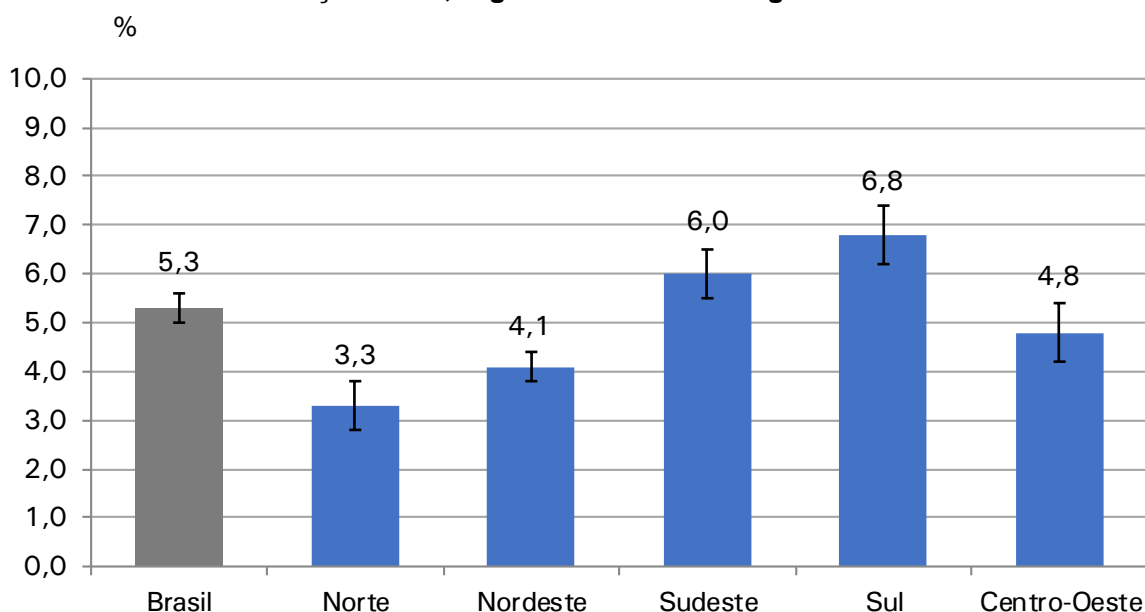
Diagnóstico médico de DCV

De acordo com a Pesquisa Nacional da Saúde, em 2019, 5,3% (8,4 milhões) de pessoas de 18 anos ou mais de idade tiveram algum diagnóstico médico de alguma doença do

coração. Na área urbana, a proporção de pessoas com o diagnóstico foi maior (5,4%) que na área rural (4,4%).

Em relação às Grandes Regiões, Sul apresentou a maior proporção de pessoas com diagnóstico médico de DCV (6,8%), seguida pelo Sudeste (6,0%). As Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram estimativas menores do que a média nacional: 3,3%, 4,1% e 4,8%, respectivamente.

Gráfico 42 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de alguma doença no coração, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões - 2019



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

Nos grupos de idade, a proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram doenças do coração foi maior quanto maior o grupo de idade: 1,5% das pessoas de 18 a 29 anos, 3,8% das pessoas de 30 a 59 anos e, com patamares estatisticamente equivalentes, 10,1% das pessoas de 60 a 64 anos e de 12,8% das pessoas de 65 a 74 anos de idade. No grupo dos mais idosos, com 75 anos ou mais de idade, 17,4% referiram diagnóstico médico de alguma doença do coração.

Importante observar que 29,1% das pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de alguma doença do coração, em 2019, já haviam se submetido a alguma cirurgia de ponte de safena ou colocação de *stent* ou angioplastia. Entre os homens, 37,9%; e entre as mulheres 22,2%.

Acidente Vascular Cerebral (AVC)

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) se caracteriza por apresentar o início agudo de perda rápida da função neurológica, podendo ocorrer sintomas neurológicos focais (paralisia ou

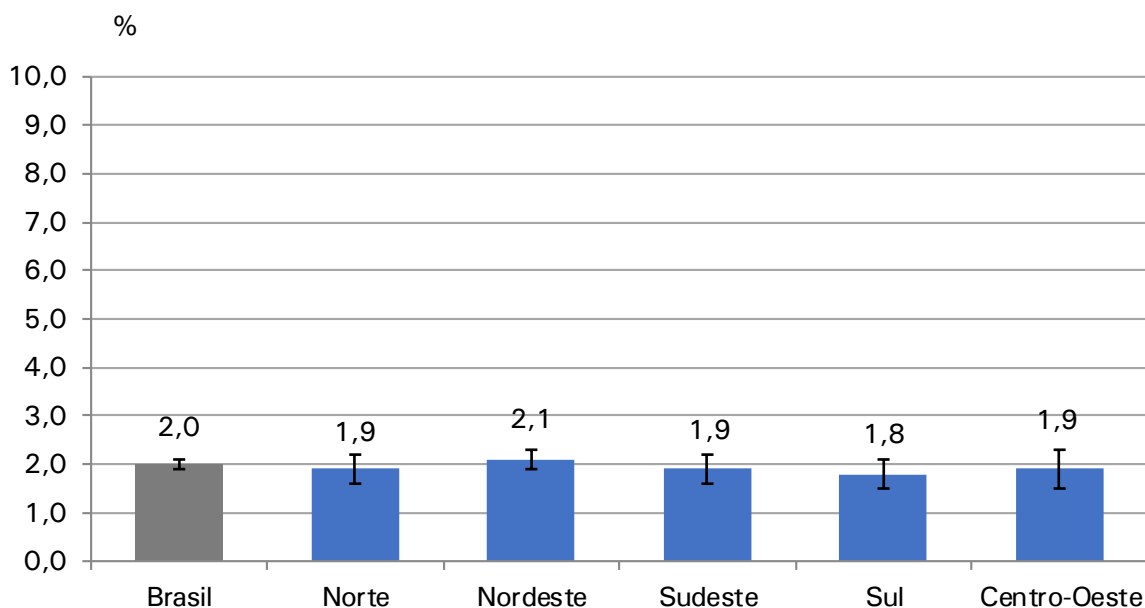
diminuição de força motora, entre outras) ou globais (coma). Esta é uma das principais causas de mortes e incapacidade no mundo (Garritano, 2012).

Diagnóstico médico de AVC

De acordo com a Pesquisa Nacional da Saúde, em 2019, 2,0% referiram diagnóstico de AVC ou derrame, representando aproximadamente 3,1 milhões de pessoas de 18 anos ou mais de idade. Os resultados não apontaram diferenças significativas por Grandes Regiões, variando de 1,8% na Sul a 2,1% na Nordeste – tampouco segundo situação de domicílio.

A proporção de pessoas com diagnóstico médico de AVC aumentou conforme a idade avançava: variando de 0,3% entre as pessoas de 18 anos a 29 anos até 9,5% entre as com 75 anos ou mais de idade.

Gráfico 43 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de AVC, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões – 2019



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

Problema crônico de coluna

Os problemas crônicos de coluna podem ser causados por uma série de fatores de natureza biológica, sociodemográficos e comportamentais, bem como por exposições ocorridas nas atividades cotidianas, tais como trabalho físico extenuante, vibração, posição viciosa e movimentos repetitivos (WHO, 1985) e diversos destes fatores estiveram associados na população brasileira, conforme estudo com dados da PNS 2013 (MALTA, 2017).

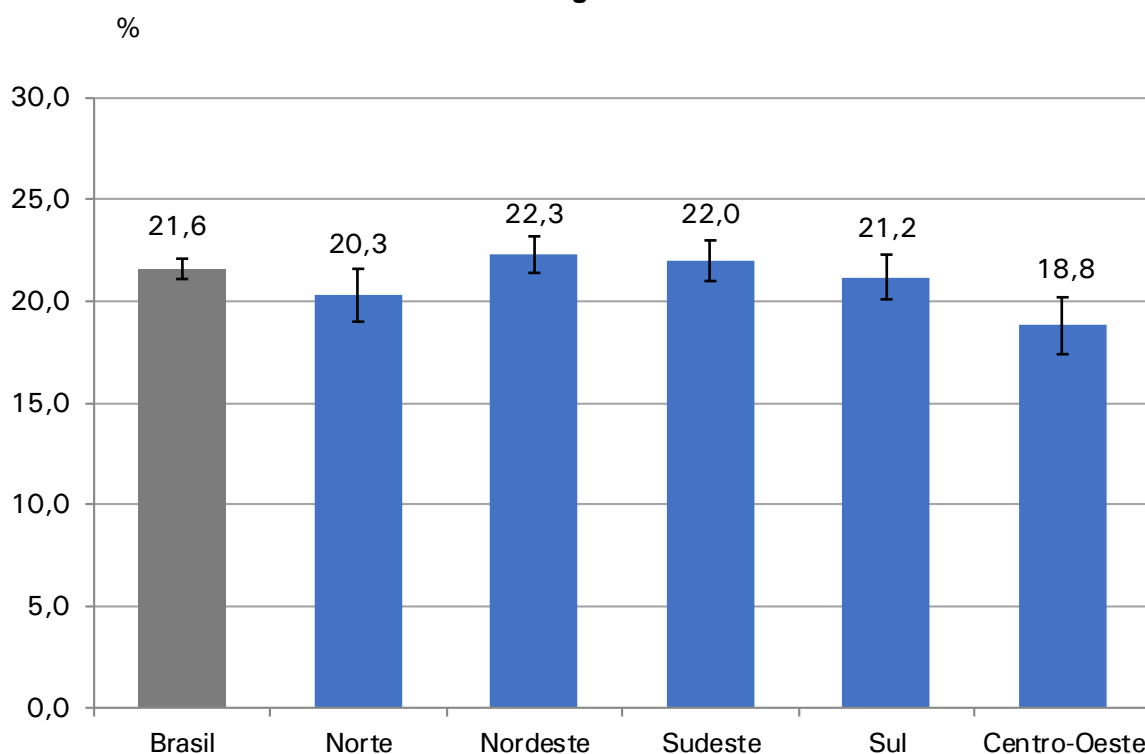
Diagnóstico de problema crônico de coluna

Em 2019, foram estimadas aproximadamente 21,6% de pessoas de 18 anos ou mais de idade (34,3 milhões) que referiram problema crônico de coluna no Brasil (em 2013, 18,5%).

Ao contrário das demais doenças crônicas investigadas pela pesquisa, na área urbana este indicador foi menor do que na área rural, com percentuais de 21,2% e 23,7%, respectivamente.

Na maioria das Grandes Regiões, os resultados deste indicador apresentaram estimativas semelhantes estatisticamente ao nível nacional. Apenas as Regiões Sudeste e Nordeste apresentaram proporções de casos diagnosticados de problema crônico de coluna superior à média nacional, 22,0% e 22,3%, respectivamente.

Gráfico 44 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram problema crônico de coluna, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões - 2019



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

No Brasil, as mulheres tiveram maior proporção (24,5%) de diagnóstico médico de problemas crônicos de coluna do que os homens (18,3%). Conforme aumentava o grupo de idade, maior era a proporção: 10,2% das pessoas de 18 a 29 anos; 22,4% das pessoas de 30 a 59 anos; 30,6% das pessoas de 60 a 64 anos; 31,8% das pessoas de 65 a 74 anos de idade; e 30,3% para as de 75 anos ou mais de idade.

A proporção foi significativamente maior entre as pessoas sem instrução e fundamental incompleto (29,2%) do que nas demais categorias de escolaridade. Por cor ou raça, este indicador apontou para maior percentual entre indivíduos declarados brancos (22,0%) do que para pretos (21,0%) e pardos (21,3%).

Tipo de tratamento de problema crônico de coluna

Para aqueles que faziam uso de algum tipo de tratamento do problema crônico de coluna, o mais citado foi o uso de medicamentos ou injeção (44,4%). Em 27,4% dos casos, o tratamento consistiu na prática de exercício físico com regularidade. A acupuntura ou alguma outra prática integrativa e complementar foi utilizada por 6,9% das pessoas com problemas de coluna.

Distúrbios Osteomoleculares Relacionados ao Trabalho (DORT)

Os Distúrbios Osteomoleculares Relacionados ao Trabalho (DORT), relacionam-se às condições decorrentes da inflamação ou degeneração de tendões, nervos, ligamentos, músculos e estruturas periarticulares em diferentes áreas anatômicas. Se apresentam como inflamações localizadas, síndromes nervosas compressivas ou síndromes dolorosas, causados pelo uso excessivo ou atividade excessiva de alguma parte do sistema musculoesquelético, geralmente resultantes de atividades físicas relacionadas ao trabalho, e ocasionam, igualmente, repercussões negativas para os indivíduos e os cofres públicos¹¹.

Diagnóstico médico de DORT

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, no Brasil, 2,5% referiram diagnóstico médico de Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT). Na área urbana a proporção foi de 2,7%, enquanto na área rural o percentual foi de 1,2%. Este indicador apresentou maiores proporções nas Regiões Sudeste (3,6%) e Sul (2,4%).

As mulheres apresentaram a maior proporção (3,2%) em relação aos homens (1,7%). O indicador confirmou a maior proporção de diagnósticos nos grupos de idade em que se concentram as mais pessoas de 30 a 59 anos (3,3%) e de 60 a 64 anos (3,5%). Por cor ou raça, o maior percentual foi verificado para pessoas de cor branca (2,9%). No que tange ao nível de instrução, a proporção foi maior entre pessoas com o ensino superior completo (2,9%).

Depressão

Depressão é um transtorno mental que afeta mais de 264 milhões de pessoas, de todas as idades, no mundo. Os transtornos depressivos são caracterizados por humor rebaixado ou perda de capacidade de experimentar prazer, acompanhada de outros sintomas cognitivos, comportamentais e neurovegetativos que afetam significativamente a capacidade funcional do indivíduo (WHO, 2018).

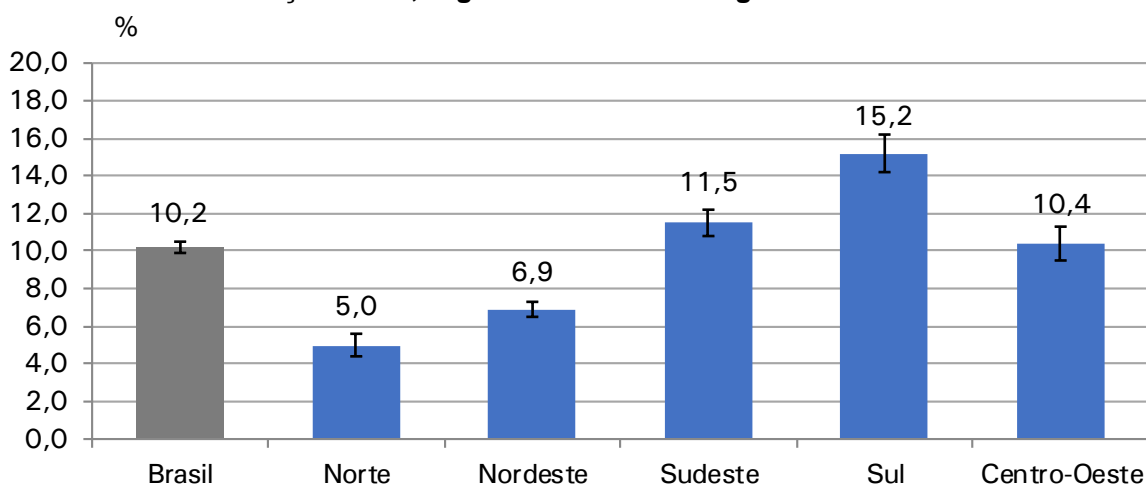
A Organização Mundial de Saúde aponta a depressão como uma das maiores causas de incapacidade e a doença com maior impacto na carga global de doenças. Em todo o mundo, a depressão é mais frequente em mulheres e, nas formas severas, pode levar ao suicídio (WHO, 2013).

¹¹ Para maiores informações, consultar as seguintes referências: Costa (2010); Roquelaure et al. (2009); BRASIL (2003).

Diagnóstico médico de depressão

Foi estimado que 10,2% das pessoas de 18 anos ou mais de idade receberam diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental (em 2013, 7,6%). Isto representa 16,3 milhões de pessoas, com maior prevalência na área urbana (10,7%) do que rural (7,6%). As Regiões Sul e Sudeste apresentaram os maiores percentuais de pessoas com depressão diagnosticada, acima do percentual nacional, 15,2% e 11,5%, respectivamente.

Gráfico 45 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões – Brasil – 2019



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

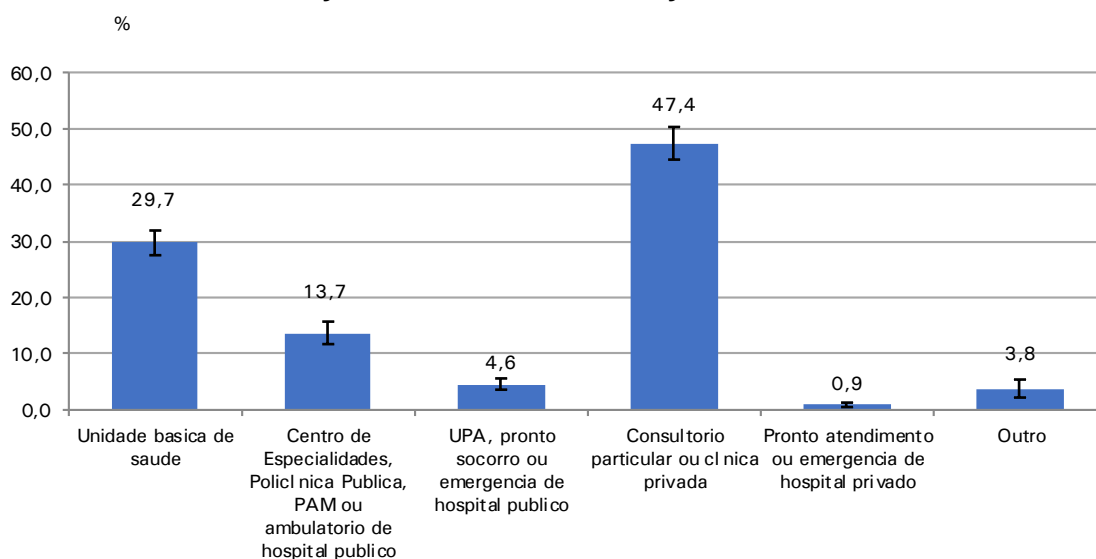
Verificou-se que havia uma maior prevalência desta doença sobre pessoas do sexo feminino, 14,7%, contra 5,1% dos homens. A faixa etária com maior proporção foi a de 60 a 64 anos de idade (13,2%), enquanto o menor percentual foi obtido na de 18 a 29 anos de idade (5,9%). Observou-se, também, maior prevalência em pessoas nos extremos de nível de instrução, ou seja, pessoas com ensino superior completo (12,2%) e pessoas sem instrução e com fundamental incompleto (10,9%). Segundo cor ou raça, havia uma maior proporção de pessoas brancas diagnosticadas com depressão, 12,5%. Para as pessoas de cor parda, a proporção foi de 8,6% e 8,2% dentre as pretas.

Menos da metade dos homens (43,8%) e mulheres (49,3%) que referiram diagnóstico de depressão usavam medicamentos para depressão. A proporção média do Brasil foi de 48,0%. A Região Norte apresentou a menor proporção (31,2%). A partir dos grupos de 60 anos, as proporções, de quem tomou remédio para doença, tornam-se maiores do que a média nacional: 56,3% de pessoas com 60 a 64 anos com tal diagnóstico; 56,8%, de 65 a 74 anos; e, 61,9%, entre as pessoas com 75 anos ou mais de idade.

Dentre as pessoas que referiram diagnóstico de depressão, 18,9% faziam psicoterapia, e 52,8% receberam assistência médica para depressão nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista. Em relação ao local de atendimento, 47,4% foram atendidas em

consultório particular ou clínica privada; 29,7% em uma unidade básica de saúde; 13,7% em um Centro de Especialidades, Policlínica Pública, PAM ou ambulatório de hospital público.

Gráfico 46 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental, por local de atendimento, com indicação do intervalo de confiança de 95%, Brasil – 2019



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

Insuficiência renal crônica

A doença renal crônica é caracterizada por anormalidade na estrutura ou na função renal por mais de três meses, com implicação para a saúde (KDIGO, 2012), independente do diagnóstico que originou a lesão ou redução da função (ROMÃO, 2004). Os principais fatores de risco associados à doença renal crônica são Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, história familiar de nefropatia, envelhecimento e obesidade (BRASIL, 2006; MOURA, 2015).

Diagnóstico médico de insuficiência renal crônica

Estimou-se que, dentre as pessoas de 18 anos ou mais de idade, 1,5% referiu diagnóstico médico de insuficiência renal crônica. As pessoas da faixa etária de 18 a 29 anos apresentaram menor prevalência da doença (0,7%) e da faixa de 75 anos ou mais de idade apresentaram a maior proporção (3,1%). Pessoas sem instrução e com fundamental incompleto apresentaram maior proporção de diagnosticados (2,0%), enquanto as pessoas com médio completo ou superior incompleto e com superior completo registraram proporções de 1,1% e 1,0%, respectivamente.

Em relação ao tratamento em casos mais intensivos, 7,3% das pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico de insuficiência renal crônica faziam hemodiálise/diálise.

Câncer

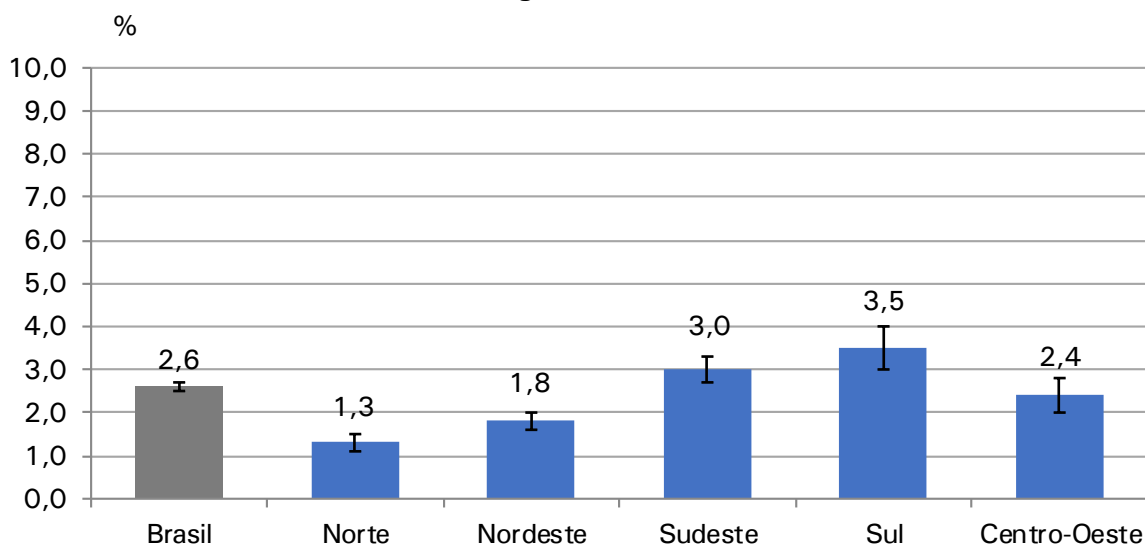
Câncer, ou neoplasia, é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Os tumores podem ter início em diferentes tipos de células, de qualquer parte do corpo, entretanto, alguns órgãos são mais afetados que outros. Trata-se de uma doença de causa variada, entre elas: hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural, como tabagismo e hábitos alimentares; doenças infecciosas, como as hepatites B e C, Papiloma vírus Humano; fatores ambientais, como exposição aos raios ultravioletas; fatores genéticos e o próprio processo de envelhecimento¹².

Diagnóstico médico de câncer

Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde estimou que 2,6% das pessoas de 18 anos ou mais de idade (4,1 milhões de adultos), referiram diagnóstico médico de câncer no Brasil (em 2013, 1,8%)¹³. A proporção na área urbana foi significativamente maior do que na área rural: 2,7% e 1,7%, respectivamente.

A Região Sul mostrou o maior percentual de diagnóstico médico de câncer, 3,5%, seguida das Regiões Sudeste (3,0%) e Centro-Oeste (2,4%). As Regiões Norte e Nordeste, por sua vez, apresentaram as menores prevalências, correspondentes a 1,3% e 1,8%, respectivamente.

Gráfico 47 - Proporção de Pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico de câncer, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões – Brasil - 2019



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

12 Para maiores informações, consultar as seguintes referências: INCA (2014); INCA (2019); (AZEVEDO E SILVA, 2016)

13 Exceto câncer de pele não melanoma.

Por sexo, a proporção que referiu já ter tido câncer foi de 2,9% para as mulheres e 2,1% para os homens. Conforme aumentou o grupo de idade, aumentou a proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que já tiveram algum diagnóstico médico de câncer: 0,2% das pessoas de 18 a 29 anos, 1,8% das pessoas de 30 a 59 anos e, 4,9% das pessoas de 60 a 64 anos, 6,9% das pessoas de 65 a 74 anos de idade e 8,9% das pessoas com 75 anos ou mais de idade. Por cor ou raça, 3,6% das pessoas que se declararam brancas referiram diagnóstico médico de câncer, para pretos e pardos, os percentuais foram de 1,6% e 1,7%, respectivamente.

Tipo de câncer no primeiro diagnóstico

Das pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram algum tipo de diagnóstico médico de câncer, a pesquisa investigou qual foi o tipo mais frequente no primeiro diagnóstico. De acordo com a ordenação do questionário da pesquisa, foram destacados os seguintes tipos de câncer: mama (26,8%), próstata (16,0%), colo de útero (11,6%) e melanoma (9,9%).

O câncer de mama foi relatado por 43,5% das mulheres nos casos de câncer no primeiro diagnóstico, e o de colo de útero por 19,0% delas. Para os homens, o câncer de próstata foi relatado 41,4%. Por fim, a pesquisa estimou que 30,5% dos primeiros tipos de câncer diagnosticados entre pessoas de 18 a 29 anos de idade foi o linfoma ou leucemia.

Saúde Bucal

A saúde bucal da população tem reflexo na saúde integral e na qualidade de vida do indivíduo – logo, com reflexos na sociedade. A saúde bucal pode ser garantida por meio da prevenção, especialmente de bons hábitos de escovação e visitas regulares ao consultório odontológico, uma vez que a maioria dos problemas de saúde bucal é evitável e pode ser tratada em seus estágios iniciais (IBGE, 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças bucais representam um grande ponto de atenção para a saúde de muitos países e afetam as pessoas ao longo da vida, causando dor, desconforto, desfiguração e até morte. Essas doenças compartilham fatores de risco comuns com outras doenças não transmissíveis importantes. Estima-se que as doenças bucais afetem cerca de 3,5 bilhões de pessoas no mundo – ou seja, quase metade da população mundial (OMS, 2020).

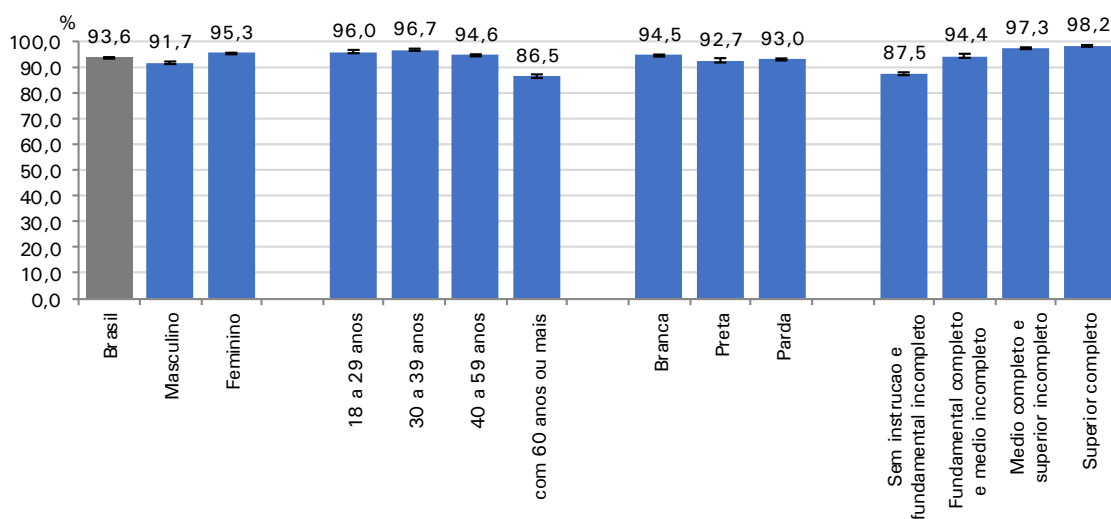
A saúde bucal da população tem reflexo na saúde integral e na qualidade de vida de toda a sociedade. A melhoria da situação da saúde bucal se dá por meio da prevenção, especialmente de bons hábitos de escovação e visitas regulares ao consultório odontológico. A investigação do tema é um importante instrumento para proporcionar informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento. Para investigar informações acerca da situação da saúde bucal (dentes e gengivas) da população brasileira, a PNS 2019 entrevistou pessoas de 18 anos ou mais de idade.

Em 2019, as estimativas apontam que a proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que escovava os dentes pelo menos duas vezes por dia cresceu em relação a 2013, de 89,1% para 93,6% (149,0 milhões). Esse percentual era menor na área rural, 87,7%, e superior ao verificado em 2013 (79,0%). Na área urbana, a proporção, em 2019, foi de 94,6% (90,7%, em 2013).

Assim como estimou a PNS 2013, em 2019, as estimativas foram maiores entre as mulheres (95,3%) quando comparadas aos homens (91,7%) em relação ao hábito de escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia. Como se nota, o número de pessoas na população residente com esse hábito de higiene aumentou em relação a 2013, tanto para mulheres quanto para homens (91,5% e 86,4%, respectivamente).

Observou-se que a partir de 30 anos de idade a proporção de pessoas que mantinham tal hábito decrescia conforme maior o grupo de idade a que pertencia. Em 2019, 96,7% do grupo de pessoas de 30 a 39 anos escovavam os dentes pelo menos duas vezes por dia, ao passo que entre a população idosa este percentual estimado foi 86,5%. O comportamento inverso foi encontrado na análise por nível de instrução, onde se observaram acréscimos na proporção de pessoas com este mesmo hábito, conforme mais avançado era seu nível de instrução: 87,5% das pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto tinham o hábito de escovar os dentes pelo menos duas vezes ao dia, ao passo que no conjunto de pessoas com nível superior completo, o hábito foi reportado por quase a totalidade: 98,2%.

Gráfico 48 - Proporção de pessoas que escovavam os dentes pelo menos duas vezes por dia, na população de 18 anos ou mais de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o nível de instrução - Brasil - 2019

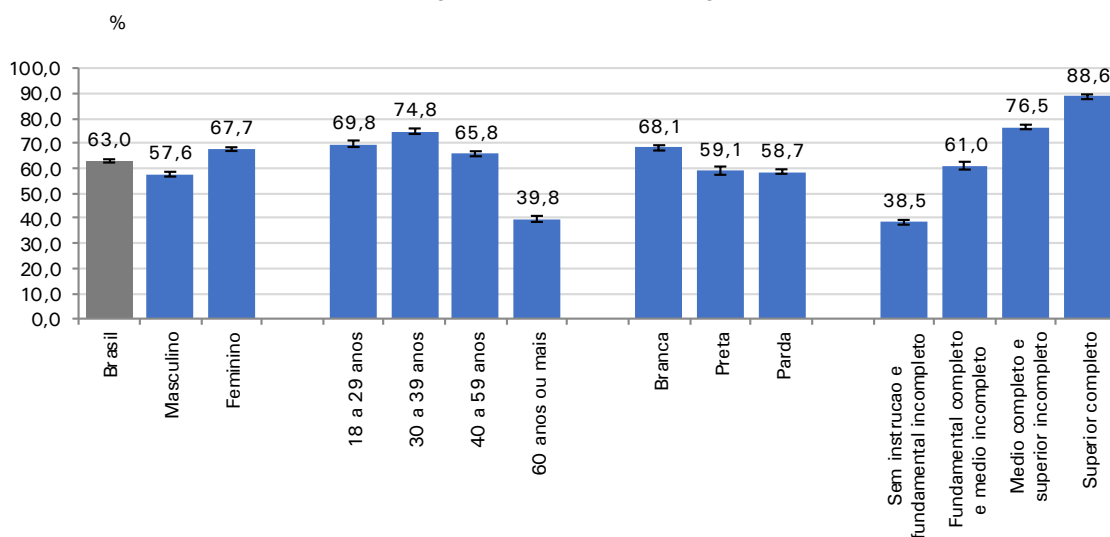


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

A proporção de pessoas com 18 anos ou mais de idade que usavam escova de dentes, pasta de dente e fio dental para a limpeza dos dentes era 63,0%. Entre os homens foi de 57,6% e, entre as mulheres, 67,7%.

A diferença foi mais expressiva na comparação entre os níveis de instrução: 38,5% das pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto tinham esse hábito, enquanto, entre as pessoas com nível superior completo, esse percentual foi de 88,6%.

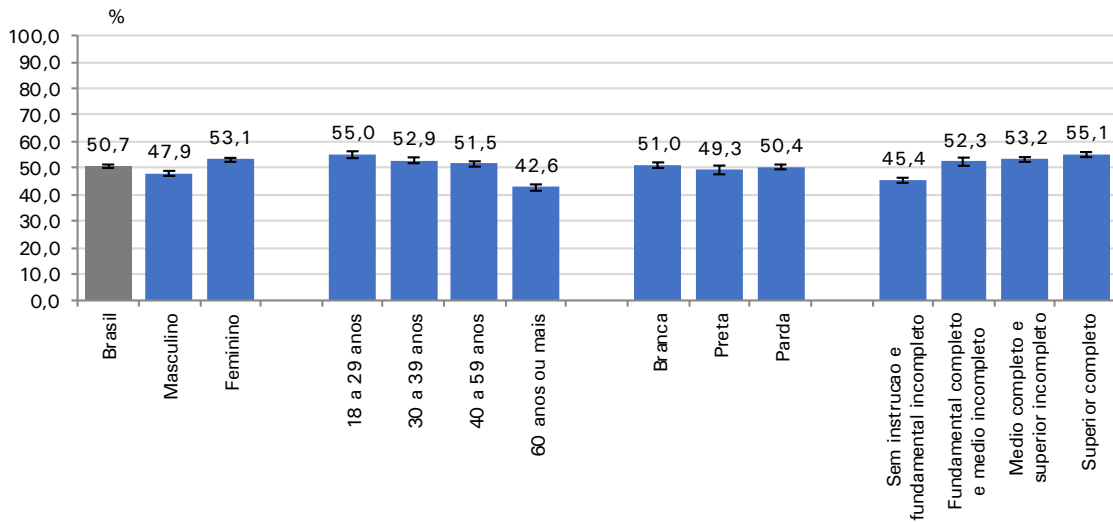
Gráfico 49 - Proporção de pessoas que usavam escova de dente, pasta de dente e fio dental para a limpeza dos dentes, na população de 18 anos ou mais de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o nível de instrução - Brasil – 2019



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

Das pessoas de 18 anos ou mais de idade, 50,7% trocavam a escova de dente por uma nova com menos de três meses de uso. Entre os mais jovens, esse hábito foi mais frequente que entre os mais velhos, assim como entre as pessoas com maior nível de instrução.

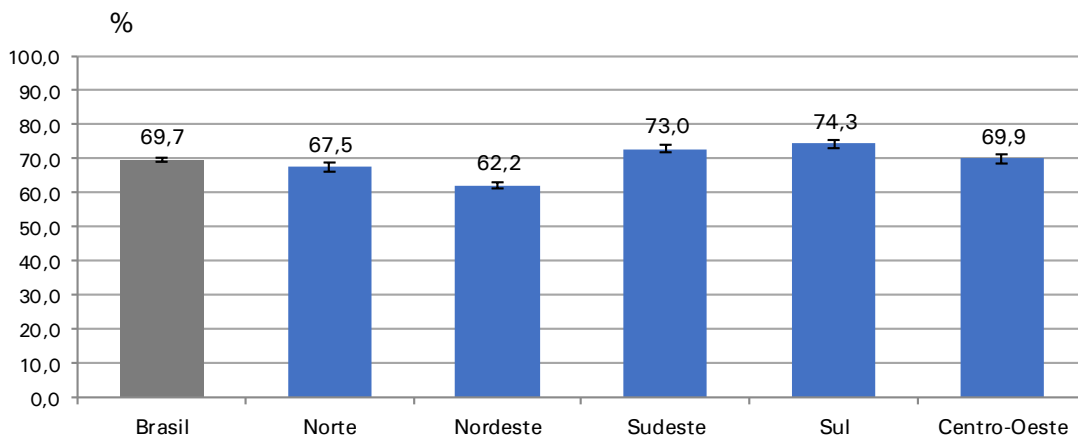
Gráfico 50 - Proporção de pessoas que trocavam a escova de dente por uma nova com menos de 3 meses de uso, na população de 18 anos ou mais de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o nível de instrução - Brasil – 2019



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

Em 2019, 69,7% das pessoas de 18 anos ou mais de idade avaliaram a sua saúde bucal como boa ou muito boa. As estimativas variaram de 62,2%, na Região Nordeste, a 74,3%, no Sul.

Gráfico 51 - Proporção de pessoas que consideravam sua saúde bucal como boa ou muito boa, na população de 18 anos ou mais de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões – 2019



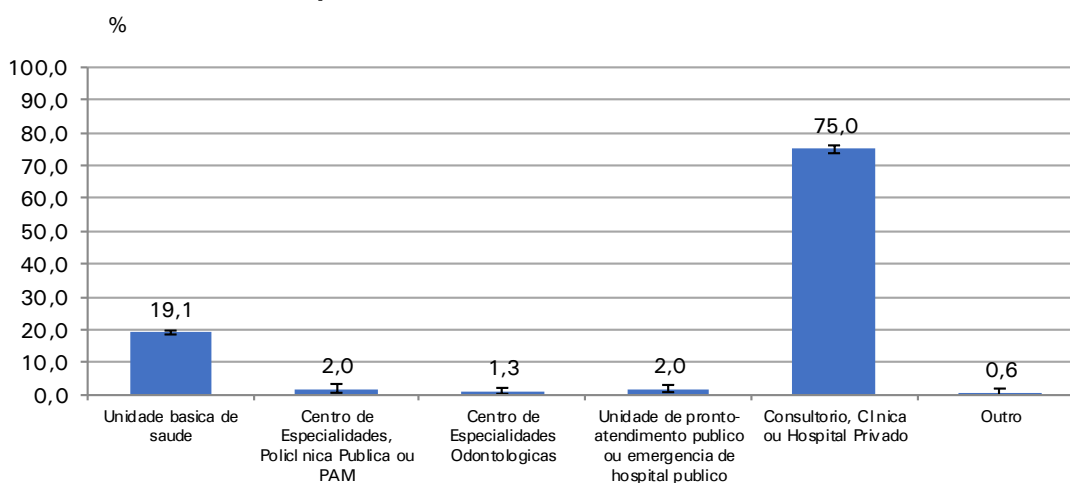
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2020), o tratamento para problemas de saúde bucal é caro e geralmente não faz parte da cobertura de saúde pública. A maioria dos

países de renda baixa e média não tem condições de fornecer serviços para prevenir e tratar problemas de saúde bucal.

A PNS 2019 estimou que, naquele ano, 78,2 milhões de pessoas com 18 anos ou mais de idade haviam se consultado nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista. A rede de saúde pública do Brasil oferece programas e ações (como o Brasil Sorridente) em suas unidades de saúde básica. Apesar disso, a pesquisa estimou que o atendimento odontológico no país, em 2019, ocorreu preponderantemente em consultório particular ou clínica privada, totalizando 75,0% dos atendimentos. As Unidades Básicas de Saúde foram responsáveis por 19,1% dos atendimentos.

Gráfico 52 - Distribuição percentual das pessoas que procuraram atendimento odontológico, no período de referência dos últimos 12 meses, por local de atendimento - Brasil – 2019

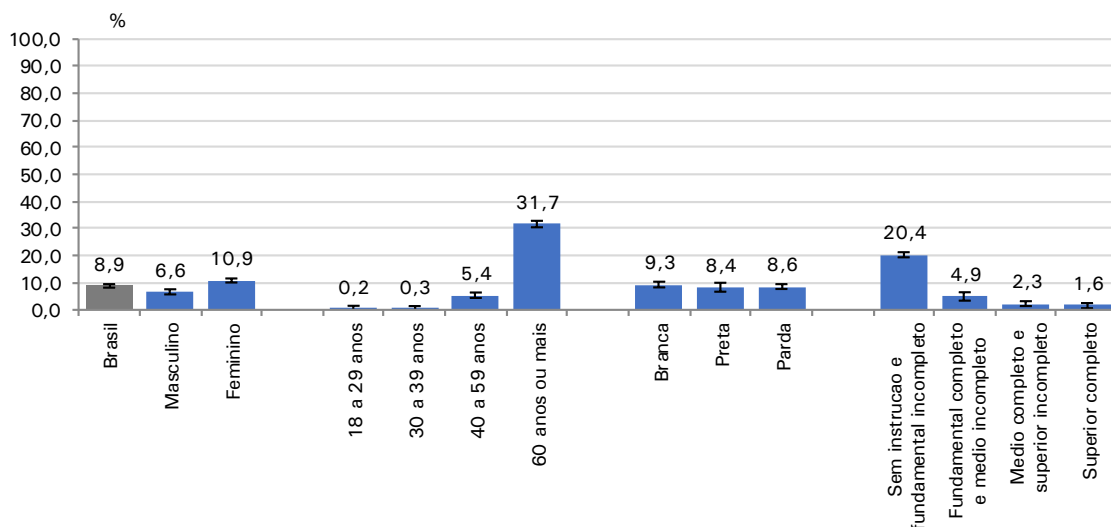


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

A doença periodontal (gengiva) grave, que pode resultar na perda do dente, também é muito comum, com quase 10% da população global afetada (OMS, 2020). A PNS 2019 estimou que, das pessoas de 18 anos ou mais de idade, 8,9% perderam todos os dentes (11,0%, em 2013), o que corresponde a um contingente de 14,1 milhões de pessoas nessa faixa etária. A maior proporção foi entre as mulheres, 10,9%, que entre homens, 6,6%.

Entre as pessoas idosas, a perda dentária é mais frequente. Aproximadamente 31,7% das pessoas de 60 anos ou mais de idade perderam todos os dentes.

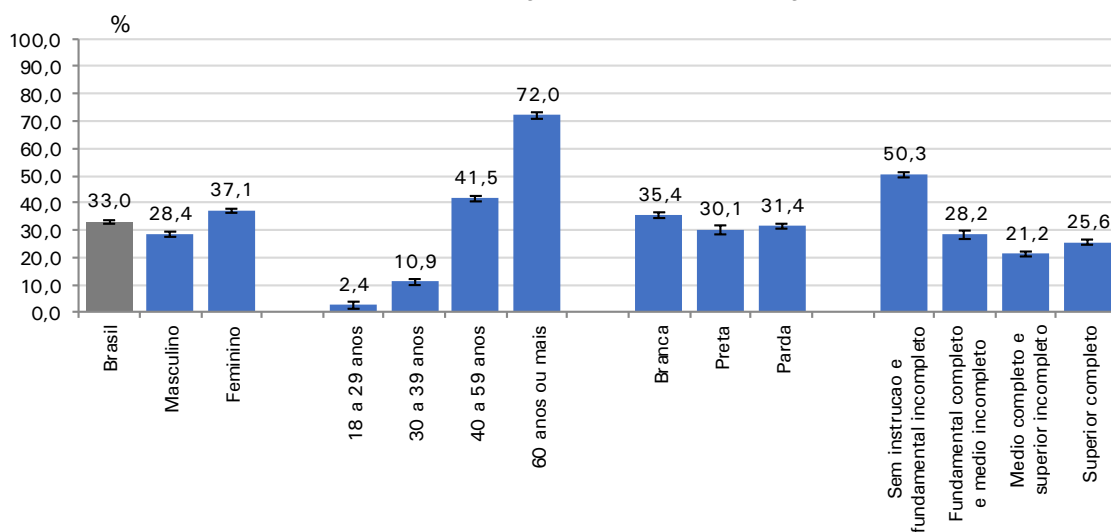
Gráfico 53 - Proporção de pessoas que perderam todos os dentes, na população de 18 anos ou mais de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o nível de instrução - Brasil – 2019



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

Em 2019, da população de 18 anos ou mais de idade, 33,0% usavam algum tipo de prótese dentária (33,4%, em 2013).

Gráfico 54 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que usavam algum tipo de prótese dentária, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o sexo, os grupos de idade, 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.

Apesar de as mulheres terem revelado melhor prevenção à saúde bucal, foram elas as que mais perderam dentes e as que mais usavam prótese dentária, em 2019, (37,1% ante 28,4% entre os homens).

Referências

AZEVEDO E SILVA, Gulnar. et al. The fraction of cancer attributable to ways of life, infections, occupation, and environmental agents in Brazil in 2020. *PLoS ONE*, v. 11, n. 2, p. e0148761, 2016.

Baigent C, Blackwell L, Emberson J, Holland LE, Reith C, et al. Cholesterol Treatment Trialists, Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet*. 2010;376(9753):1670-81.

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: ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. Brasília (DF): Cadernos de Atenção Básica, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial. Brasília (DF): Cadernos de Atenção Básica, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução Normativa INSS/DC Nº 98 de 05 de dezembro de 2003. Norma Técnica sobre Lesão por esforços repetitivos – LER ou Distúrbios Osteomusculares relacionados ao Trabalho – DORT. Dezembro de 2003. Disponível em: <<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFViewer?jornal=1&pagina=68&data=10/12/2003&captchafield=firstAccess>>. Acesso em: 05 outubro 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados. p. 137, 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>>.

BRASIL. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro. IBGE, 2015.100 p Disponível em: [Https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf)

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 05, Anexo LXXVII. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolida----o-n--5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf>.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília, DF, 2014a. 152 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>. Acesso em: set. 2020.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. *Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde*. Brasília, DF, 2016. 55 p. Disponível em: http://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf. Acesso em: ago. 2020.

BRASIL. 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. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica. Cadernos de Atenção Básica, 14 (Série A), Normas e Manuais Técnicos. Brasília: MS; 2006.

Costa BR, Vieira ER. Risk factors for work-related sculoskeletal disorders: a systematic review of recent longitudinal studies. *Am J Ind Med*. 2010;53(3):285-323.

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://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=237170>. Acesso em: ago. 2020.

Garritano CR, Luz PM, Pires MLE, Barbosa MTS, Batista KM. Análise da Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Brasil no Século XXI. *Arq Bras Cardiol* 2012; 98(6): 519-27.

Global Initiative for Asthma (GINASTHMA). Report 2017. Global Initiative for Asthma; 2017. Disponível em: www.ginasthma.org

Ha C, Roquelaure YC, Leclerc AA, Goldberg M, Imbernon E. The French Musculoskeletal Disorders Surveillance Program: Pays de la Loire network. *Occup Environ Med*. 2009;66(7):471-9

HALL, K.D. et al. Ultra-Processed Diets Cause Excess Calorie Intake and Weight Gain: An Inpatient Randomized Controlled Trial of Ad Libitum Food Intake. *Cell Metabolism*, S1550-4131(19)30248-7, 2019.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. O que é câncer?. 2014a Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em 14 nov 2014.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. p. 120.

KDIGO. International Society of Nephrology. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int (Suppl)* 2013; 3:1-150. Disponível em: https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf.

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: ago. 2020.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Fatores associados à dor crônica na coluna em adultos no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, supl. 1, 9s, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200309&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 out. 2020. Epub junho 01, 2017.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2019, vol.22, e190030. Epub Apr 01, 2019. ISSN 1980-5497.

MALTA, DEBORAH CARVALHO, STOPA, SHEILA RIZZATO, SZWARCOWALD, CELIA LANDMANN, GOMES, NAYARA LOPES, SILVA JÚNIOR, JARBAS BARBOSA, & REIS, ADEMAR ARTHUR CHIRO DOS. (2015). A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(Suppl. 2), 3-16. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060002>

MALTA, DC; OLIVEIRA, TP; VIEIRA, ML; ALMEIDA, L; SZWARCOWALD, CL. Uso e exposição à fumaça do tabaco no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2015; Brasília, 24(2): 239-248.

MALTA, DC; SILVA, MMA; MOURA, L; NETO, OLM. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. *Rev Bras Epidemiol*, 2017; 20(4): 661-675.

MALTA, DC; STOPA, SR; SZWARCOWALD, CL; GOMES, NL; SILVA JÚNIOR, JB; REIS, AAC. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*, 2015; 18 Suppl 2: 3-16

MENDONÇA, R.D. et al. Ultra-Processed Food Consumption and the Incidence of Hypertension in a Mediterranean Cohort: The Seguimiento Universidad de Navarra Project. *Am J Hypertens*, 30(4):358-366, 2017.

MOURA, Lenildo de et al. Prevalência de autorrelato de diagnóstico médico de doença renal crônica no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol.* 2015; 18 (supl. 2): 181-191.

NASCIMENTO, S; FRAZÃO, P; BOUSQUAT, A; ANTUNES, JLF. Condições dentárias entre adultos brasileiros de 1986 a 2010. *Rev Saúde Pública* 2013;47(Supl. 3):69-77

PETARLI, GB; SALAROLI, LB; BISSOLI, NS; ZANDONADE, E. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados: um estudo em trabalhadores bancários. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2015; 31(4):787-799.

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: ago. 2020.

Romão Jr JE. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia* 2004;26 Suppl 1:1-3.

STOPA, SR; CESAR, CLG; SEGRI, NJ; ALVES, MCGP; BARROS, MBA; GOLDBAUM, M. Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas comportamentais no Município de São Paulo, Brasil, 2003-2015. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(10):e00198717

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: ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Chronic respiratory diseases: asthma. Geneva: WHO; 2016. Available from: <http://www.who.int/respiratory/asthma/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Diabetes factsheet. [acessado em 07 de outubro de 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Fact-sheets: Tobacco. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [citado em 18 jul. 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global recommendations on physical activity for health. Geneva, WHO, 2010. 58 p. Disponível em: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>. Acesso em: set. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report 2014. Health statistics and information systems. Geneva: WHO; 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: WHO, 2014. 298 p. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>. Acesso em: set. 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: WHO, 2004. 21 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9241592222>. Acesso em: set. 2020

World Health Organization. Identification and control of work-related diseases. Geneva: World Health Organization; 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Classification of Diseases 11th revision, 2018. – ICD 11. Disponible em:
<https://www.who.int/classifications/icd/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental health action plan 2013-2020. World Health Organization, 2013. Disponible em:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/89966>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Oral Health: Key Facts. WHO, 2020. Disponible em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Surveillance of risk factors for noncommunicable diseases: The WHO STEPwise approach. Geneva: WHO; 2001.

Glossário

ACE *Ver* agente de combate de endemias

acidente vascular cerebral (AVC) também conhecido como derrame cerebral ou AVE (acidente vascular encefálico). Consiste em uma obstrução nas artérias que irrigam o cérebro. Pode estar associado a sequelas motoras ou cognitivas.

ACS *Ver* agente comunitário de saúde

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.

agente de combate de endemias Agente de saúde que trabalha em contato direto com a população, realizando visitas a residências, depósitos, terrenos baldios, estabelecimentos comerciais, entre outros espaços da comunidade, para identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais. O agente de combate de endemias realiza inspeção cuidadosa de caixas d'água, calhas e telhados; aplica larvicidas e inseticidas; orienta a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individuais e coletivas; e efetua o recenseamento de animais. Essas atividades são fundamentais para prevenir e controlar doenças, como dengue, chagas, leishmaniose, malária, entre outras.

alimentação saudável consumo diário de uma variedade de alimentos in natura ou minimamente processados (como cereais e tubérculos, feijões, frutas, verduras e legumes, carnes) de forma que a alimentação consiga fornecer água, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais, para o bom funcionamento do organismo.

amputação de membros (pés, pernas, mãos ou braços) ausência de um ou ambos os membros inferiores ou superiores.

angina dor ou desconforto no peito Divide-se em grau 1 e grau 2. Angina grau 1: sentir dor ou desconforto no peito ao subir ladeira, ou um lance de escadas ou caminhar rápido no plano e não sentir a mesma dor ou desconforto quando caminha no plano em velocidade normal ou em repouso. Angina no grau 2: sentir dor ou desconforto no peito ao caminhar em lugar plano, em velocidade normal. Na Pesquisa Nacional de Saúde será avaliada angina no grau 2, apenas.

angioplastia processo cirúrgico para desobstruir a artéria de um indivíduo, fazendo com que o fluxo sanguíneo se normalize quando há artérias entupidas por gordura ou sangue.

artrite ou reumatismo problema crônico de natureza inflamatória ou degenerativa dos ossos e articulações com manifestações dolorosas, podendo ou não haver aumento de volume no local (inchaço), tornando as articulações endurecidas e rangendo aos movimentos, inclusive podendo

haver deformações (artrite reumatoide, artrose ou osteoporose não localizada na coluna vertebral).

asma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores, provocando dificuldade para respirar.

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.

atividade física é qualquer movimento voluntário produzido pela musculatura que resulte num gasto de energia acima do nível de repouso. Exemplos: passear com o cachorro, fazer caminhada, faxinar, andar de bicicleta, dançar, entre outros.

atividade física no lazer/no tempo livre divisão do número de indivíduos que praticam pelo menos 150 minutos ou mais em atividades físicas leves ou moderadas ou, pelo menos 75 minutos semanais de atividades físicas vigorosas no lazer, pelo número de indivíduos entrevistados

autoavaliação do estado de saúde Avaliação do estado de saúde da pessoa segundo o seu próprio ponto de vista ou, no caso de criança pequena, do ponto de vista do seu responsável, classificada em uma escala de cinco graus: muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim.

autoavaliação da saúde bucal Avaliação do estado de saúde bucal, segundo a percepção do próprio indivíduo, classificada em uma escala de cinco graus: muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim. Consideraram-se dentes e gengivas de forma geral e não somente uma dimensão específica.

cachimbo utensílio para fumar composto de forninho e piteira. O tabaco (fumo) é colocado no forninho, ao qual está adaptado um tubo por onde se aspira a fumaça para a boca.

cadastramento em Unidade de Saúde da Família Inserção de dados do domicílio e de seus moradores no sistema de informação da atenção básica vigente, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas. Quanto à condição de estar registrado na Unidade de Saúde da Estratégia de Saúde da Família, o domicílio particular permanente é classificado em: cadastrado ou não cadastrado.

câncer problema de saúde devido a tumor maligno (carcinoma, sarcoma). Crescimento novo anormal de tecido.

centro de especialidades, policlínica pública ou PAM (posto de assistência médica) estabelecimentos de saúde com uma alargada disponibilidade de serviços de diagnóstico e de tratamento, não havendo internação. Tais locais concentram as especialidades médicas, como ginecologia, neurologia, ortopedia, nefrologia, etc.

centro de especialidades odontológicas Estabelecimento de saúde classificado como clínica especializada ou ambulatório de especialidade, preparado para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais.

charuto ou cigarrilha cilindro de folhas de tabaco feito à mão ou à máquina, geralmente fechado em uma das extremidades, que após a remoção de parte da cabeça (parte fechada do charuto) é aceso na outra extremidade e fumado a partir da abertura feita pelo corte.

cigarro produto do tabaco enrolado e que emite fumaça. São considerados nesta categoria: cigarro industrializado; cigarro de cravo ou de Bali; e cigarro de palha ou enrolado à mão.

cigarro de cravo ou de Bali produto do tabaco importado do Sudeste da Ásia, principalmente da Indonésia, que contém uma mistura de tabaco, cravo e outras substâncias químicas. O cigarro de cravo ou de Bali é perfumado, e sua fumaça tem um cheiro adocicado.

cigarro de palha ou enrolado à mão produto composto, basicamente, de uma porção de tabaco (fumo desfiado ou de rolo), envolvido por palha de milho (cigarro de palha, paieiro, palheiro) ou papel (lambido). O cigarro de palha ou enrolado à mão, geralmente, é preparado de forma artesanal, mas também pode ser encontrado em maços.

cigarro industrializado produto composto de uma pequena porção de tabaco (ou fumo) seco e picado, enrolado em papel fino, industrializado, podendo dispor ou não de um sistema de filtro.

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; e mais de 5 salários mínimos.

colesterol espécie de gordura distribuída nos tecidos do corpo, especialmente no cérebro e na medula espinhal, e nas gorduras e óleos animais.

coma diabético estado de inconsciência como resultado de uma complicação de diabetes mellitus. Ocorre em casos de hiperglicemia ou hipoglicemia extrema como, por exemplo, em uma complicação da terapia com insulina.

complicações alteração no estado de saúde ocasionados por doenças ou agravos.

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(ô), 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 a dentista Atendimento odontológico prestado por dentista de nível superior, de qualquer especialidade (cirurgião-dentista, ortodontista etc.).

consulta médica Ver atendimento médico

consultório particular ou clínica privada locais para consultas e atendimentos pagos diretamente pelo usuário ou cobertos pelo plano da saúde (quando o usuário o tiver).

consumo abusivo de álcool ingestão de cinco ou mais doses em uma mesma ocasião dentro dos últimos 30 dias

consumo recomendado de frutas e hortaliças pessoa que referiu consumir, pelo menos, 25 porções de hortaliças ou frutas (inclusive suco) por semana, considerando a soma dessas porções o que equivale, aproximadamente, ao consumo diário de cinco porções desses alimentos.

consumo regular de feijão indivíduos que consomem feijão 5 dias ou mais por semana

consumo regular de refrigerantes indivíduos que consomem refrigerantes ou sucos artificiais 5 dias ou mais por semana

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.

crise de asma caracteriza-se por falta de ar, produzindo ruído ou barulho sibilante no peito ou nas costas com som parecido com miados de gato.

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.

depressão caracterizada por humor rebaixado ou perda de capacidade de experimentar prazer, acompanhada de outros sintomas cognitivos, comportamentais e neurovegetativos que afetam significativamente a capacidade funcional do indivíduo.

diabetes doença metabólica caracterizada por um aumento anormal do açúcar ou glicose no sangue. A glicose é a principal fonte de energia do organismo, porém, quando em excesso, pode trazer várias complicações à saúde.

diálise procedimento que consiste na filtração do sangue, substituindo a função do rim, através de cateter e aparelhos específicos. O procedimento é realizado em ambiente hospitalar, ambulatorial ou no domicílio.

dificuldade para se alimentar por causa de problemas com os dentes ou dentadura Avaliação da dificuldade na alimentação em razão de problemas bucais com os dentes ou dentadura, incluindo dificuldade ou incapacidade de morder e/ou mastigar determinados alimentos, segundo a percepção do próprio indivíduo, classificada em uma escala de cinco graus: nenhum, leve, regular, intenso ou muito intenso. A dificuldade causada pelo uso de aparelho ortodôntico não deve ser considerada nesse caso.

Distúrbio Osteomolecular Relacionado ao Trabalho (DORT) transtornos dolorosos e prejudiciais causados pelo uso excessivo ou atividade excessiva de alguma parte do sistema musculoesquelético, geralmente resultante de atividades físicas relacionadas ao trabalho. Caracterizam-se por inflamação, dor ou disfunção de articulações, ossos, ligamentos e nervos envolvidos.

doença crônica Doença que apresenta progressão lenta e de longa duração, com eventuais momentos de agudização, piora ou melhora sensível. As doenças crônicas são potencial causa de invalidez precoce e podem ser transmissíveis ou não. Para efeito da presente edição da

pesquisa, foram investigadas condições crônicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, o câncer, o diabetes, as doenças respiratórias crônicas, entre outras.

doença do coração problema cardíaco que ocorre quando, por qualquer doença, o coração deixa de bombear o sangue na quantidade necessária à manutenção do corpo (insuficiência cardíaca) ou pela incapacidade das artérias coronárias, por estarem obstruídas, de conduzirem adequadamente o oxigênio indispensável para o trabalho do músculo cardíaco (cardiopatia coronariana).

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.

Equipe de Saúde da Família Equipe multiprofissional e composta, no mínimo, por médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem, e agentes comunitários de saúde. Podem fazer parte, também, da Equipe de Saúde da Família os agentes de combate de endemias e os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal). O número de agentes comunitários de saúde deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. Cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 3 500 pessoas de uma determinada área ou território, que passam a ter corresponsabilidade no

cuidado com a saúde. A atuação das equipes ocorre, principalmente, nas Unidades Básicas de Saúde, nas residências, e nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), com a mobilização da comunidade.

ESF Ver Equipe de Saúde da Família, Estratégia de Saúde da Família

Estratégia de Saúde da Família Iniciativa que busca promover a qualidade de vida da população e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, entre outros. Com atenção integral, equânime e contínua, a Estratégia de Saúde da Família se fortalece como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde - SUS. A proximidade da Equipe de Saúde da Família com o usuário permite que se conheça a pessoa, a família e o território, o que garante não só um vínculo maior entre os usuários do sistema e a equipe, como também uma adesão maior aos tratamentos e intervenções propostos, e uma resolução mais efetiva dos problemas de saúde no âmbito da atenção básica, sem a necessidade de intervenção de média e alta complexidade em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) ou hospital. A Equipe de Saúde da Família está ligada à Unidade de Saúde da Família local. Esse nível de atenção tem maior potencial para ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades. Entretanto, se a pessoa precisar de um cuidado mais específico, a Estratégia de Saúde da Família, mantendo a coordenação do cuidado, a encaminha para outros pontos de atenção do sistema de saúde.

ex-fumante pessoa que, no passado, fez uso de pelo menos um dos produtos do tabaco, de forma ocasional, por um período de três meses ou mais, ou diariamente, por um período de um mês ou mais.

ex-fumante diário pessoa que, no passado, fez uso diário de pelo menos um dos produtos do tabaco que emite fumaça, por um período de um mês ou mais.

ex-fumante ocasional pessoa que, no passado, fez uso de pelo menos um dos produtos do tabaco, mas nunca todos os dias, por um período de três meses ou mais.

fisioterapia uso de práticas de movimentos corporais, irradiações e correntes eletromagnéticas, ultrassom e outros recursos sobre o organismo humano com o intuito de prevenir e/ou tratar distúrbios mecânicos e funcionais.

frequência com que escova os dentes Classificação da pessoa, quanto à frequência com que escova os dentes, em: nunca escovou os dentes; não escova todos os dias; escova uma vez por dia; escova duas vezes ou mais por dia; ou não se aplica.

fumante diário pessoa que faz uso diário de pelo menos um dos produtos do tabaco que emite fumaça, independentemente de há quanto tempo fuma diariamente. Não se considera que deixou de ser fumante diário a pessoa que interrompeu o tabagismo por período curto, em virtude de situações especiais como doenças, viagens, etc., sem a decisão de parar de fumar definitivamente

fumante ocasional pessoa que faz uso, mas não todo dia, de pelo menos um dos produtos do tabaco que emite fumaça, independentemente de há quanto tempo fuma

fumante passivo pessoas não fumantes expostas ao fumo dentro de local fechado, podendo ser no próprio domicílio ou no ambiente de trabalho, por exemplo.

glicemia concentração de glicose no sangue, mais precisamente no plasma.

grau de limitação grau que a doença crônica limita as atividades habituais (como trabalhar, estudar, brincar, etc.), podendo classificar em: não limita, um pouco, moderadamente, intensamente, muito intensamente.

hemodiálise procedimento que consiste na filtração do sangue, substituindo a função do rim, através de cateter e aparelhos específicos. O procedimento é realizado em ambiente hospitalar ou ambulatorial.

hipertensão (pressão alta) problema crônico de alterações da pressão arterial com constantes aumentos e tendência a se manter elevada.

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.

indivíduo ativo no lazer pessoa que praticou, por semana, no período de referência dos últimos três meses, 150 minutos de atividades físicas leves ou moderadas, como caminhada, caminhada em esteira, hidroginástica, ginástica localizada/pilates/alongamento/Yoga, natação, artes marciais e luta, ciclismo, voleibol, dança, entre outras; ou 75 minutos de atividades físicas vigorosas, como corrida ou *cooper*, corrida em esteira, musculação, ginástica aeróbica/*spinning* /*step/jump*, futebol, basquete, tênis.

indivíduo fisicamente ativo no deslocamento para suas atividades habituais pessoa que despendem 30 minutos ou mais por dia no deslocamento a pé ou de bicicleta para as suas atividades habituais

indivíduo fisicamente inativo pessoa que não pratica atividade física em nenhum domínio (tempo livre, deslocamento, doméstico) por mais de 20 minutos.

indivíduo insuficientemente ativo pessoas que não praticam atividade física ou praticam atividade física por menos do que 150 minutos por semana considerando os três domínios: lazer, trabalho; e deslocamento para o trabalho ou atividades habituais

infarto consiste em uma obstrução ou entupimento das artérias coronárias, que irrigam o coração.

insuficiência renal crônica problema crônico que ocorre quando os rins não conseguem mais cumprir as suas funções de filtrar e eliminar líquidos que não servem para o organismo.

insulina hormônio produzido pelo pâncreas e responsável pela redução da glicose no sangue.

internação ocupação de um leito hospitalar pela pessoa, com a finalidade de cirurgia (eletiva ou de urgência), diagnóstico, tratamento, ou outro tipo de atendimento médico, por, no mínimo, 24 horas em estabelecimento que dispõe de condições para prestar atendimento de saúde em regime de internação, independentemente da sua designação (hospital, casa de saúde, sanatório, policlínica, unidade mista de saúde etc.). Considera-se, também, como internada a criança que, devido a ter nascido prematuramente ou com algum problema de saúde, necessita de cuidados especiais que exigem sua permanência no estabelecimento de saúde pelo menos por um dia. Não se considera como internada a criança recém-nascida que, devido ao parto de sua mãe, permanece no estabelecimento de saúde sem exigir cuidados especiais.

itens para limpeza da boca Itens utilizados para limpeza da boca, tais como escova de dente, pasta de dente e fio dental.

local de atendimento por dentista Ver centro de especialidades odontológicas.

Local que costuma procurar quando está doente ou precisando de atendimento de saúde

Local que a pessoa costuma procurar quando está doente ou precisando de atendimento de saúde, classificado da seguinte forma: farmácia; Unidade Básica de Saúde; centro de especialidades, policlínica pública ou Posto de Assistência Médica (PAM); unidade de pronto atendimento público ou emergência de hospital público; outro tipo de pronto atendimento público (24 horas); pronto-socorro ou emergência de hospital público; hospital público/ambulatório; consultório particular ou clínica privada; ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato; pronto-atendimento ou emergência de hospital privado; no domicílio, com profissional da Equipe de Saúde da Família (agente comunitário de saúde, enfermeiro, médico ou outro profissional); no domicílio, com médico particular, em visita paga diretamente pelo usuário ou coberta pelo plano de saúde, quando o usuário o tiver; ou outro serviço.

maço conjunto de cigarros contidos na mesma embalagem, sendo também chamado de carteira em alguns lugares do país. O maço padrão no Brasil tem 20 unidades

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

mídia antitabaco mensagens veiculadas nos meios de comunicação – internet (incluindo redes sociais), jornais, revistas, televisão, rádio, outdoors, pôsteres e folhetos informativos – em que a pessoa pode ter observado, nos últimos 30 dias, informações sobre os riscos de fumar cigarros, ou ter sido estimulada a parar de fumar

mídia pró tabaco mensagens veiculadas nos meios de comunicação – internet (incluindo redes sociais) e pôsteres – em que a pessoa pode ter observado, nos últimos 30 dias, informações que fazem apologia ao fumo ou que estimulem o fumo.

modalidade de exercício físico ou esporte Classificação do exercício físico ou esporte, único ou que a pessoa considera como principal, nas seguintes modalidades: caminhada, excluindo as realizadas para ir ao supermercado, feira, escola ou outras finalidades; futebol, basquete, ginástica aeróbica, corrida ou tênis; ou outra modalidade.

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.

morbidade referida Conjunto de relatos de problemas de saúde e/ou doenças reportados pelo próprio indivíduo, baseados em diagnóstico médico realizado em momento anterior, tais como: hipertensão arterial, diabetes, doença do coração, asma, depressão e doença crônica do pulmão.

não fumante Pessoa que não usa nenhum dos produtos do tabaco que emite fumaça, nem mesmo ocasionalmente, ainda que os tenha experimentado ou usado no passado.

narguilé Espécie de cachimbo muito usado por hindus, persas e turcos, constituído de um foinho, um tubo longo e um pequeno recipiente contendo água perfumada, pelo qual passa a fumaça antes de chegar à boca. Pode ser fumado por uma pessoa sozinha ou um grupo de pessoas, sendo preparado com um fumo especial, feito com tabaco, melão (um subproduto do açúcar) e frutas ou aromatizantes.

nicotina Substância líquida, de cor amarela, com cheiro desagradável, venenosa, que constitui o princípio ativo do tabaco.

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.

nível recomendado de atividade física Indivíduos que praticam o nível recomendado de atividade física (150 minutos ou mais em atividades físicas leves/moderadas ou 75 minutos ou mais em atividades físicas vigorosas por semana) no lazer

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.

nunca fumante Pessoa que nunca fumou tabaco, mas pode ter experimentado; ou que fumou por menos de um mês; ou que fumou, ocasionalmente, por menos de três meses.

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

outra doença mental (esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC) Esquizofrenia: transtorno emocional grave de profundidade psicótica caracteristicamente marcado por um afastamento da realidade com formação de delírios, alucinações, desequilíbrio emocional e comportamento agressivo; transtorno bipolar: transtorno afetivo importante caracterizado por graves oscilações do humor (episódios de mania ou de depressão significativa) e por uma tendência à remissão e à recorrência; psicose: quadro psicopatológico no qual se verifica a perda com a realidade, podendo ocorrer em crises, alucinações ou delírios; TOC (transtorno obsessivo compulsivo): transtorno de ansiedade que se caracteriza por pensamentos obsessivos e com comportamentos considerados exagerados e em excesso, como hábitos de higiene e saúde, de organização, perfeição, etc.

perda de dentes Dentes extraídos por qualquer razão.

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

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

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

pessoa de referência do domicílio *Ver em* condição no domicílio

pessoa 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.

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

pessoa 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.

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

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

pessoa 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.

ponte de safena Reconstrução ou reparo de um vaso sanguíneo que inclui o alargamento de um estreitamento patológico de uma artéria ou veia pela remoção de placa de material ateromatoso e/ou do revestimento endotelial.

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 a saúde, coleta de material para exame, programas de saúde da mulher, distribuição de medicamentos, entre outras atividades.

prática de atividade física regular Prática regular de pelo menos um tipo de atividade física, realizada pela pessoa no período de referência dos três últimos meses.

prática de exercício físico ou esporte Prática regular de pelo menos um tipo de exercício físico ou esporte, realizada pela pessoa no período de referência dos três últimos meses.

problema crônico de coluna Problema causado por enfermidade, desvio, curvatura anormal (escoliose, cifose, lordose) ou deformidade na coluna vertebral (cervical, dorsal, lombar, etc.), como, por exemplo, artrose ou osteoporose localizada na coluna, hérnia de disco, bico de papagaio, etc.

problemas na vista Dificuldade para enxergar em qualquer distância, com diagnóstico médico de complicação do diabetes, como retinopatia ou glaucoma.

problemas nos rins Problemas renais consequentes do diabetes, como a insuficiência renal.

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.

produtos derivados do tabaco Cigarro (industrializado, de palha ou enrolado à mão) e outros (cigarro de cravo ou de Bali, bidi ou cigarro indiano, charuto ou cigarrilha, cachimbo e narguilé)

Programa farmácia popular um programa de iniciativa do Governo Federal que tem objetivo de ampliar o acesso aos medicamentos de acordo com uma das principais diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Foi implantado por meio da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, que autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) a disponibilizar medicamentos

mediante ressarcimento, e pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

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.

prótese dentária Prótese utilizada para substituir um ou mais dentes naturais por dentes artificiais. As próteses podem ser: dentes artificiais, próteses dentárias removíveis (pontes móveis), “pererecas”, coroas, implantes, próteses fixas (pontes fixas) e próteses totais (dentaduras, “chapas”).

psicoterapia termo genérico para o tratamento da doença mental ou dos distúrbios emocionais primariamente através da comunicação verbal ou não verbal.

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 grupamento 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 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 empregados, 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.

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.

Stent prótese interna expansível em formato de tubo com a finalidade de evitar a obstrução dos vasos sanguíneos.

SUS Ver Sistema Único de Saúde

tabaco Nome comum dado às plantas do gênero *Nicotiana*, em particular a *Nicotiana tabacum*, originária da América do Sul, da qual é extraída a substância chamada nicotina.

tabagismo Consumo sistemático de produtos feitos com folhas de tabaco e que, em geral, causam dependência química e psicológica devido à nicotina.

tempo decorrido desde o cadastramento do domicílio na Unidade de Saúde da Família Tempo contado desde o cadastramento do domicílio particular permanente na Unidade de Saúde da Família até a data da entrevista, classificado em: menos de 2 meses; de 2 a menos de 6 meses; de 6 meses a menos de 1 ano; ou 1 ano ou mais.

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 normalmente 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**

úlceras/ferida nos pés problemas comuns nos pés das pessoas com diabetes mellitus, causados por combinações dos fatores como neuropatias diabéticas, doenças vasculares periféricas e infecção. As lesões e infecções levam a sérias úlceras dos pés, gangrena e amputação.

Unidade Básica de Saúde Estabelecimento (ambatório, 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 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 de pronto-atendimento público ou emergência de hospital público ambatório 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 propriedade da União (Ministério da Saúde, Universidades Federais, Forças Armadas), de estado ou de município. Essa unidade funciona somente para atendimento de emergência.

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

Equipe Técnica

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

Diretoria de Pesquisas

Coordenação de Trabalho e Rendimento

Maria Lucia França Pontes Vieira

Gerência de Pesquisas

Marcia Barbosa de Almeida Vargas (interina)

Adriana Araújo Beringuy

Alessandra Scalioni Brito

Antony Teixeira Firmino

Flavia Vinhaes Santos

Lino Eduardo Rodrigues Pereira

Leonardo Areas Quesada

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

Matheus Souza Peçanha

Ricardo da Silva Lopes

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

Etienne Pereira da Silva

Fabiane Cirino de Oliveira Santos

Felipe Quintas Conde

Fernanda Karine Ruiz Colenghi Baptista

Gabriel Henrique Oliveira Assunção

Luna Hidalgo Carneiro

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

Antony Teixeira 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

Antony Teixeira 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
Lisa Biron de Araújo Castro (consultora)
Matheus Souza Peçanha
Pedro Ricardo da Silva Goethen (consultor)
Viviane Pessoa Fernandes

Elaboração de textos e análises

Leonardo Areas Quesada
Lisa Biron de Araújo Castro (consultora)
Maria Lucia França Pontes Vieira
Marina Ferreira Fortes Aguas

Revisão do texto

Flavia Vinhaes Santos
Leonardo Areas Quesada
Maria Lucia França Pontes Vieira
Marina Ferreira Fortes Aguas

Preparo de originais

Maria Lucia França Pontes Vieira

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 Moraes 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
Romy 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

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

Eduardo Marques Macário

Coordenação Geral de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT)

Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha

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)

Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira (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)
Otavio Pereira D'Avila (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
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 – Jailson 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 Urpia
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