

Presidente da República
Jair Messias Bolsonaro

Ministro da Economia
Paulo Roberto Nunes Guedes

Ministro da Saúde
Eduardo Pazuello

Secretário Especial de Fazenda
Waldery Rodrigues Junior

Secretário-Executivo
Élcio Franco

Secretário de Vigilância em Saúde
Arnaldo Correia de Medeiros

Secretário de Atenção Primária à Saúde
Raphael Câmara Medeiros Parente

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE

Presidente
Susana Cordeiro Guerra

Diretora-Executiva
Marise Maria Ferreira

ÓRGÃOS ESPECÍFICOS SINGULARES

Diretoria de Pesquisas
Eduardo Luiz G. Rios Neto

Diretoria de Geociências
João Bosco de Azevedo

Diretoria de Informática
Carlos Renato Pereira Cotovio

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

Escola Nacional de Ciências Estatísticas
Maysa Sacramento de Magalhães

UNIDADES RESPONSÁVEIS

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

Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise em Saúde e Vigilância
de Doenças Não Transmissíveis
Eduardo Marques Macário

Coordenação-Geral de Agravos e Doenças
Não Transmissíveis
Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha

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

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

Pesquisa Nacional de Saúde 2019

Atenção primária à saúde e informações antropométricas

Brasil



Rio de Janeiro
2020

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

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

ISBN 978-65-87201-25-2

© IBGE. 2020

Capa

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

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

Pesquisa nacional de saúde : 2019 : atenção primária à saúde e informações antropométricas : Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020.
66p.

ISBN 978-65-87201-25-2

1. Indicadores de saúde. 2. Brasil. 3. Saúde. 4. Serviços de saúde. 5. Saúde pública. 6. Acesso aos serviços de saúde. 7. Levantamentos domiciliares. 8. Antropometria. 9. Cuidados primários de saúde. I. IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. II. Brasil. Ministério da Saúde.

CDU 311.141:614(81)

ECO

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Sumário

Apresentação	5
Introdução	7
Notas técnicas	
Abrangência geográfica e população-alvo	11
Aspectos da amostragem	11
Comparações com a PNS 2013	24
Coleta dos dados	24
Aspectos éticos	25
Análise dos resultados	
Atenção Primária à Saúde	27
Referências	41
Glossário	45

Convenções

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

Apresentação

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, com a presente publicação, divulga os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2019, realizada em convênio com o Ministério da Saúde, contemplando, neste primeiro volume, informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde.

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, 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.

Em seu primeiro volume de dados, lançado recentemente, foram divulgadas informações sobre acesso e utilização dos serviços de saúde, temática que deu continuidade ao monitoramento de indicadores dos Suplementos de Saúde da PNAD, aspectos da Estratégia de Saúde da Família, visitas de agentes de endemias, e cobertura de planos de saúde, bem como sobre domicílios, presença de animais e vacinação. Neste volume, o segundo da PNS 2019, são apresentadas informações sobre atendimento médico e medidas aferidas de antropometria.

A investigação sobre o atendimento médico da PNS 2019 buscou avaliar os serviços prestados no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Para tanto, foi utilizada uma versão reduzida e adaptada do *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool, PCATool-Brasil*², validado pelo Ministério da Saúde, substituindo o questionário de atendimento médico utilizado na PNS 2013. O questionário de 2019 restringiu o universo a moradores com 18 anos ou mais de idade que se consultaram pelo menos duas vezes com o mesmo médico, nos últimos seis meses antes da realização da entrevista, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Saúde Familiar (USF). Esses critérios de elegibilidade foram necessários para que a pessoa entrevistada fosse minimamente capaz de avaliar o último serviço prestado na rede pública de saúde, garantindo, dessa forma, maior confiabilidade e assertividade em suas respostas e, conseqüentemente, resultados mais acurados.

Em relação às medidas antropométricas, moradores de 15 anos ou mais de idade de uma subamostra dos domicílios da pesquisa foram pesados e medidos. No âmbito da vigilância em saúde de populações, os indicadores antropométricos, baseados na relação entre o peso e a altura dos indivíduos, são considerados essenciais para o monitoramento do estado nutricional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; BRASIL, 2011a). A prevalência de excesso de peso e a obesidade têm crescido

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>.

² Trata-se de uma tradução do documento originalmente publicado em inglês.

de forma preocupante no mundo todo, mas, principalmente, em países de renda baixa ou média, como o Brasil (MALTA et al., 2016; NCD RISK FACTOR COLLABORATION, 2017). Essas condições de saúde constituem importantes fatores de risco para o aumento da crescente morbimortalidade das doenças crônicas não transmissíveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000), representando, portanto, um grande desafio para a saúde pública.

Os próximos volumes de resultados da PNS 2019 apresentarão informações sobre estilos de vida e doenças crônicas, consideradas importantes para o monitoramento de metas estabelecidas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011); acidentes e violências, esse último sendo totalmente reformulado para a edição de 2019, podendo investigar, separadamente, as violências por tipo (psicológica, física e sexual); 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 dor-mência, 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, involuntariedade e exposição a condições degradantes. Alguns módulos, como pessoas com deficiência, plano de saúde, e violência, passaram por reformulações em 2019.

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 - ODS³, 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).

³ Para informações mais detalhadas sobre o tema, consultar: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>.

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 da 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.

Notas técnicas

Abrangência geográfica e população-alvo

A abrangência geográfica da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS é todo o Território Nacional⁴, 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.

⁴ As embaixadas, os consulados e as representações do Brasil no exterior são considerados Território Nacional, porém não são abrangidos pela pesquisa. Por outro lado, as embaixadas, os consulados e as representações estrangeiras no Brasil não são incluídos por não fazerem parte do Território Nacional.

Como parte integrante do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares - SIPD, as unidades primárias de amostragem da pesquisa foram obtidas da Amostra Mestra, que é a estrutura amostral do Sistema. Portanto, a estratificação das unidades primárias de amostragem na PNS foi a mesma adotada para a Amostra Mestra⁵. A seleção da subamostra das unidades primárias de amostragem foi realizada por amostragem aleatória simples da amostra de um trimestre da Amostra Mestra.

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

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

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

Tamanho da amostra

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

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

A estratégia escolhida foi iniciar o estudo com algumas alternativas de tamanhos de amostra e avaliar o coeficiente de variação esperado para cada um dos indicadores de interesse listados no Quadro 2, comparando com a precisão desejada, estipulada no planejamento da PNS 2013.

⁵ Para informações mais detalhadas sobre o tema, consultar FREITAS e outros (2007).

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

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

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

O cálculo dos coeficientes de variação (CVs) esperados foi realizado utilizando-se os valores dos indicadores estimados com base nos dados da PNS 2013, as fórmulas para um plano amostral por amostragem aleatória *simples*, e o efeito do plano amostral (EPA) também estimado pela PNS 2013. O efeito do plano amostral indica o quanto o plano amostral por conglomerados é menos eficiente (maior variância) que a amostragem aleatória simples, por isso os coeficientes de variação obtidos para a amostragem aleatória simples foram ajustados⁶.

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

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

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

Onde

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

N é o número total de pessoas;

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

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

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

EPA é o efeito do plano amostral.

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

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

⁶ Para informações mais detalhadas sobre a definição teórica do efeito do plano amostral, consultar Lila e Freitas (2006).

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

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

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

Nota: UPA = Unidade Primária de Amostragem.

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

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

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

Indicadores de interesse	Tamanho esperado da amostra	Média dos coeficientes de variação esperados por Unidade da Federação
Prevalência de diabetes 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 de serviço de saúde nas últimas duas semanas	347 200	3,0
Cobertura do plano de saúde privado	347 200	2,6
Cobertura de exame preventivo de câncer de colo de útero entre mulheres 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

Indicadores de interesse	Domínios de divulgação, por classes de coeficientes de variação esperados (%)		
	Até 15	Mais de 15 até 30	Mais de 30
Prevalência de diabetes 35 anos ou mais	52,4	46,7	1,0
Prevalência de hipertensão 35 anos ou mais	99,0	1,0	-
Prevalência de depressão 35 anos ou mais	47,6	50,5	1,9
Taxa de internação último ano	100,0	-	-
Uso de serviço de saúde nas últimas duas semanas	100,0	-	-
Cobertura do plano de saúde privado	100,0	-	-
Cobertura de exame preventivo de câncer de colo de útero entre mulheres 25 a 59 anos	100,0	-	-
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	-
Indivíduos de 15 anos ou mais fumantes atuais de tabaco	98,1	1,9	-
Indivíduos de 15 anos ou mais insuficientemente ativos	100,0	-	-
Indivíduos de 15 anos ou mais que praticam o nível recomendado de atividade física no lazer	100,0	-	-
Indivíduos de 15 anos ou mais fisicamente ativos no trabalho	100,0	-	-
Indivíduos de 15 anos ou mais que praticam atividade física no trabalho por 150 minutos ou mais por semana	100,0	-	-
Indivíduos de 15 anos ou mais fisicamente ativos no deslocamento para suas atividades habituais	100,0	-	-
Indivíduos de 15 anos ou mais com consumo médio diário elevado de álcool	100,0	-	-
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	-	-
Mulheres de 15 a 49 anos de idade que utilizam algum método para evitar gravidez	100,0	-	-
Mulheres de 15 a 49 anos de idade que utilizam a pílula para evitar gravidez	88,6	11,4	-
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	-	-
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 - Unidades primárias de amostragem, domicílios e pessoas na subamostra de antropometria, por situação do domicílio, segundo as Unidades da Federação - 2019

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

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

Definição dos fatores de expansão

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

Peso das unidades primárias de amostragem

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

Peso dos domicílios e todos os seus moradores

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

Peso do morador selecionado

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

Peso para a subamostra de antropometria

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

Taxas de resposta e de perdas

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

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

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

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

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

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

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

(1) Ocupados.

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

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

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

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

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

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

(1) Ocupados.

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

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

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

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

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

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

(1) Ocupados.

Comparações com a PNS 2013

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

Primeiramente, no que diz respeito à população, fez-se a reponderação dos pesos utilizados para a expansão da amostra da PNS 2013. O IBGE calibra as estimativas provenientes das pesquisas domiciliares por amostragem, tomando por base os dados das Projeções da População do Brasil e das Unidades da Federação, que são elaborados e divulgados pelo próprio Instituto. Dessa forma, para a expansão da amostra da PNS, são utilizados estimadores de razão, cuja variável independente é o total populacional dos níveis geográficos correspondentes aos domínios de estimação da pesquisa. Em 2018, o IBGE divulgou a revisão da Projeção da População das Unidades da Federação, por Sexo e Idade, para o período 2010-2060, pelo Método das Componentes Demográficas⁷. 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 fundamental⁸, 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 Federação⁹. Junto aos microdados da pesquisa, acessíveis no portal, estão disponibilizados, em arquivo único, os deflatores a serem utilizados.

Coleta dos dados

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

⁷ 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>.

⁸ 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.

⁹ 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.

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 de 15 anos ou mais de idade que responderia à entrevista individual, que foi selecionado por meio de programa de seleção aleatória no DMC. As entrevistas foram agendadas nas datas e horários mais convenientes para os informantes, prevendo-se duas ou mais visitas a cada domicílio.

Aferições

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

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

Aspectos éticos

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

Análise dos resultados

Atenção Primária à Saúde

Uma das novas contribuições da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2019 é o módulo Atenção Primária à Saúde, do questionário, aplicado aos moradores de 18 anos ou mais de idade que tiveram pelo menos dois atendimentos em Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família – popularmente chamados de “postinho”, “posto de saúde”, “centro de saúde” etc. Em outras palavras, pode-se dizer que o objetivo geral desse módulo foi avaliar o cuidado médico prestado nas unidades de Atenção Primária à Saúde no Brasil, tomando como base o último atendimento médico da pessoa adulta de 18 anos ou mais de idade. Como requisito adicional, essa mesma pessoa adulta entrevistada precisava ter se consultado pelo menos duas vezes com o mesmo médico nos últimos seis meses anteriores à data da entrevista.

Antes de apresentar os resultados, é preciso ressaltar que a Atenção Primária à Saúde é a principal porta de entrada ao SUS e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde. É responsável por um conjunto de ações que, em âmbito individual e coletivo, respondem às necessidades de intervenções em saúde, contemplando ações de “promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde” (BRASIL, 2017, art. 2º). É nesse primeiro ponto em que os usuários são cadastrados e recebem os primeiros atendimentos.

De acordo com dados oficiais do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB, existiam mais de 110 milhões de pessoas cadastradas na Atenção Primária à Saúde até abril de 2020. Esse resultado é fruto do compromisso e de investimentos financeiros feitos pelas gestões municipais, estaduais e federal no âmbito do SUS,

nas últimas décadas. Nesse sentido, avaliar o desempenho da oferta desse serviço aos brasileiros é de suma importância para o planejamento e a gestão das ações e serviços de saúde, de maneira a contribuir para a sua contínua melhoria e para maior satisfação e reconhecimento da população.

Essa investigação é fruto de uma parceria do IBGE com a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde, e constitui versão adaptada e reduzida do *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool, PCATool-Brasil*¹⁰, proposto, originalmente, pelos Professores Barbara Starfield¹¹, e Leiyu Shi, norte-americanos. A divulgação desses resultados representa um marco para o País, que passará a ter um referencial para futuros estudos de base populacional, até então inexistentes com a referida metodologia.

O módulo Atenção Primária à Saúde do questionário é formado por 26 quesitos distribuídos em 10 componentes relacionados ao tema. São avaliados os seguintes atributos: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar, e orientação comunitária; e os seguintes componentes: afiliação, utilização, acessibilidade, longitudinalidade, integração dos cuidados, sistema de informações, serviços disponíveis, serviços prestados, e orientação familiar e comunitária.

Cada questão relacionada aos atributos é respondida com valores de 1 a 4, utilizando-se uma Escala Likert em que: 1 é “Com certeza não”; 2, “Provavelmente não”; 3, “Provavelmente sim”; e 4, “Com certeza sim”. Os valores de 1 a 4 de cada resposta são utilizados para calcular o escore geral da Atenção Primária à Saúde, que é obtido pela média das respostas. O escore geral, que varia de 0 a 10, tem como ponto de corte o escore 6,6, que corresponde ao mínimo de respostas “Provavelmente sim” que um serviço de saúde precisa ter para que seja reconhecida a presença dos atributos da Atenção Primária à Saúde. Assim, a classificação em Alto (escore $\geq 6,6$) identifica serviços mais orientados por tais atributos, ao passo que a classificação Baixo (escore $< 6,6$) revela serviços com baixa presença dos referidos atributos (BRASIL, 2020).

Brevemente, é necessário tecer alguns comentários sobre os atributos da Atenção Primária à Saúde para facilitar a análise de resultados adiante. O acesso de primeiro contato indica a facilidade com que as pessoas utilizam os serviços de saúde. A longitudinalidade se refere à regularidade do serviço de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, assim como a relação mútua e humanizada entre equipe de saúde e pacientes. A coordenação corresponde à capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde ou dos prontuários clínicos, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante. A integralidade é um atributo de prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população, com a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde. Por exemplo: planejamento familiar, suplementação nutricional, segurança da criança, entre outros serviços. A orientação familiar, um atributo derivado, considera a família como um ponto central de atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com ela e o conhecimento integral de

¹⁰ Trata-se de uma tradução do documento originalmente publicado em inglês. Para informações mais detalhadas, consultar: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf.

¹¹ A Professora Bárbara Starfield esteve no Rio de Janeiro em 2002, lançando seu livro que apresenta os atributos da Atenção Primária à Saúde nos quais se baseia o PCATool. Para informações mais detalhadas sobre o tema, consultar a versão da publicação em português, no endereço: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: ago. 2020.

seus problemas de saúde. A orientação comunitária, por fim, diz respeito ao reconhecimento das necessidades familiares em função dos contextos econômico, social e cultural em que vivem, o que exige uma análise das necessidades de saúde de sua comunidade ou vizinhança¹².

Os resultados são apresentados em nível Brasil, sem recorte para Grandes Regiões.

Características sociodemográficas dos usuários

Segundo a PNS 2019, 17,3 milhões (10,7%) de pessoas de 18 anos ou mais de idade procuraram algum serviço da Atenção Primária à Saúde, nos últimos seis meses anteriores à data da entrevista, cujo atendimento não fora o primeiro realizado com o mesmo médico. Essas pessoas, portanto, adultas, eram elegíveis a responder sobre os atributos da pesquisa, uma vez que já tinham familiaridade com o serviço de saúde prestado naquela determinada unidade de saúde, sendo, assim, capazes de avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde com certa razoabilidade.

Em uma escala de 0 a 10, o escore geral da Atenção Primária à Saúde obtido no Brasil, em 2019, foi 5,9.

Foram investigadas características como sexo, faixa etária, cor ou raça e estado conjugal dos usuários desses serviços. Os resultados são bastante expressivos e sugestivos: no Brasil, 69,9% das pessoas de 18 anos ou mais de idade que utilizaram algum serviço da Atenção Primária à Saúde, nos últimos seis meses anteriores à data da entrevista, eram mulheres; 60,9% das pessoas eram pretas ou pardas; 65,0% tinham cônjuges; e 35,8%, 40 a 59 anos de idade.

No que diz respeito ao sexo dos usuários de tais serviços, observa-se que a maioria era formada de mulheres, e, quanto ao estado conjugal, a maioria dos usuários tinha cônjuge. Isso pode estar relacionado com aspectos culturais e estruturais de uma sociedade em que as mulheres ainda são as principais responsáveis pelos cuidados da família e pelos cuidados da própria saúde, incluindo a reprodutiva, o que pode levar a um nível maior de cadastramento e utilização por elas nas unidades de saúde.

Sobre a avaliação do serviço de saúde pública, embora não sejam a maioria, os homens tendem a ter uma percepção similar à das mulheres em relação aos atributos da Atenção Primária à Saúde: em 2019, no Brasil, os homens adultos pontuaram a Atenção Primária à Saúde com 5,9, ao passo que as mulheres, com 5,8. Sob a perspectiva das faixas etárias, são nítidas as diferenças entre elas – o maior escore geral foi percebido entre as pessoas idosas (60 anos ou mais de idade). Entre os mais jovens (18 a 39 anos) e os mais velhos (60 anos ou mais de idade) da distribuição, a diferença pode ser considerada expressiva no Brasil: 5,6 contra 6,1, respectivamente.

A Tabela 8 apresenta tais avaliações, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o estado conjugal dos usuários.

¹² Para informações mais detalhadas sobre os atributos da Atenção Primária à Saúde, consultar os estudos disponibilizados nos seguintes endereços: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>; <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>; e <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.05682014>.

Tabela 8 - Pessoas de 18 anos ou mais de idade que utilizaram algum serviço da Atenção Primária de Saúde e o Escore Geral da Atenção Primária à Saúde, segundo as características sociodemográficas - Brasil - 2019

Características sociodemográficas	Pessoas de 18 anos ou mais de idade que utilizaram algum serviço da Atenção Primária de Saúde e o Escore Geral da Atenção Primária à Saúde		
	Total (1 000 pessoas)	Distribuição (%)	Escore Geral
Total	17 261	100,0	5,9
Sexo			
Homem	5 204	30,1	5,9
Mulher	12 057	69,9	5,8
Grupos de idade			
18 a 39 anos	5 627	32,6	5,6
40 a 59 anos	6 177	35,8	5,9
60 anos ou mais	5 457	31,6	6,1
Cor ou raça			
Branca	6 555	38,0	5,9
Preta ou parda	10 514	60,9	5,9
Estado conjugal			
Tem cônjuge	11 222	65,0	5,9
Não tem cônjuge	6 039	35,0	5,9

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

Notas: 1. O(s) serviço(s) da Atenção Primária de Saúde foi (foram) utilizado(s) nos últimos seis meses antes da data da entrevista.

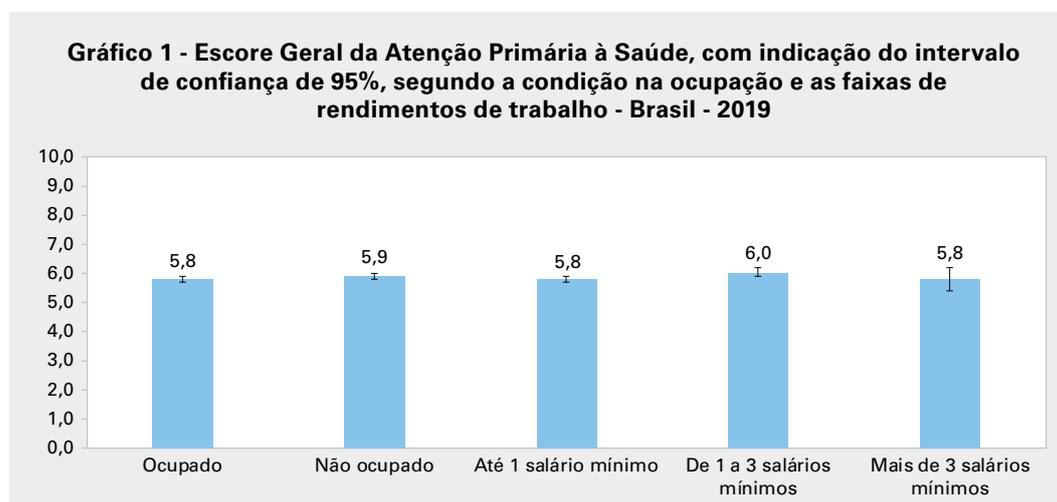
2. O Escore Geral da Atenção Primária à Saúde varia de 0 a 10.

Características socioeconômicas dos usuários

Pelos resultados encontrados na PNS 2019, a utilização dos serviços de saúde público por pessoas de 18 anos ou mais de idade pode apresentar uma considerável relação com a condição de ocupação e os níveis de rendimento. No Brasil, entre os usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde, 64,7% tinham rendimento domiciliar *per capita* inferior a 1 salário mínimo à época, e 32,4% inseriam-se na faixa de 1 a 3 salários mínimos. Nessa mesma linha, a condição de ocupação, isto é, o fato de a pessoa estar ou não trabalhando, parece influenciar, também, o uso de tais serviços, posto que a maioria dos usuários, no Brasil, era, no momento da entrevista, formada de pessoas não ocupadas (53,8%).

Em relação à percepção sobre o serviço de Atenção Primária à Saúde prestado, o escore geral parece não apresentar uma relação direta com as características socioeconômicas dos usuários. Por exemplo, a PNS 2019 apurou que, no Brasil, as pessoas não ocupadas pontuaram 5,9, enquanto as ocupadas, 5,8. No que se refere às faixas de rendimento domiciliar *per capita*, o escore geral também não mostrou uma linearidade: tanto os mais pobres quanto os mais ricos da distribuição tiveram a mesma percepção em relação ao serviço prestado, nos últimos seis meses anteriores à data da entrevista, pontuando seus atributos com escore geral de forma similar: 5,8. As pessoas com rendimento domiciliar *per capita* na faixa de 1 a 3 salários mínimos tiveram uma melhor percepção, alcançando escore geral igual a 6,0.

O Gráfico 1 mostra o escore geral segundo a condição de ocupação e a faixa de rendimento do trabalho, em salários mínimos. Por apresentar escores muito próximos, não foi identificada relação direta entre as condições socioeconômicas e a percepção sobre os serviços de saúde prestados.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.
Nota: Escore em escala de 0 a 10.

A maioria das pessoas de 18 anos ou mais de idade que se consultaram com o mesmo médico, pelo menos duas vezes, em Unidades Básicas de Saúde, nos últimos seis meses anteriores à data da entrevista, não possuía plano de saúde – no Brasil, correspondiam a 94,4% em 2019. À primeira vista, esse percentual parece alto, mas é necessário lembrar que ele está restrito ao grupo de referência desse módulo do PCA Tool-Brasil. Esses requisitos, especialmente aquele relacionado à frequência de atendimento em uma unidade de saúde, pode tornar o universo representado pelos mais dependentes da rede pública, pessoas frequentemente em condições economicamente mais vulneráveis, logo sem condições de arcar com plano de saúde. Em linhas gerais, nesse módulo, o universo, aqui considerado, é basicamente a clientela do SUS, uma vez que só eram elegíveis para entrevista de avaliação da Atenção Primária à Saúde aqueles que tiveram atendimento em Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família¹³.

Em relação à avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde, as pessoas sem plano de saúde, em nível nacional, avaliaram o serviço prestado na unidade de saúde igualmente (5,9).

Características dos domicílios dos usuários

Sabe-se que as características dos domicílios podem estar diretamente relacionadas às questões de saúde da população, particularmente no que diz respeito ao saneamento básico. A PNS 2019 averiguou que, no Brasil, dos domicílios onde moravam pessoas de 18 anos ou mais de idade que utilizaram algum serviço da Atenção Primária à Saúde,

¹³ Vale lembrar ainda que, nesse mesmo ano, as pessoas sem plano de saúde médico - sem quaisquer restrições de idade, local ou número de atendimento - representavam 74,0% da população brasileira.

nos últimos seis meses anteriores à data da entrevista: 84% tinham a rede geral como forma principal de abastecimento de água; 53,8% utilizavam como destino do esgoto a rede geral de esgoto ou pluvial; e 83,8% dispunham de lixo coletado diretamente por serviço de limpeza.

Assim como observado relativamente às características socioeconômicas, as características dos domicílios onde residiam as pessoas adultas que utilizaram algum serviço na unidade de saúde, aparentemente, não apresentam relação direta com o escore geral atribuído à Atenção Primária à Saúde.

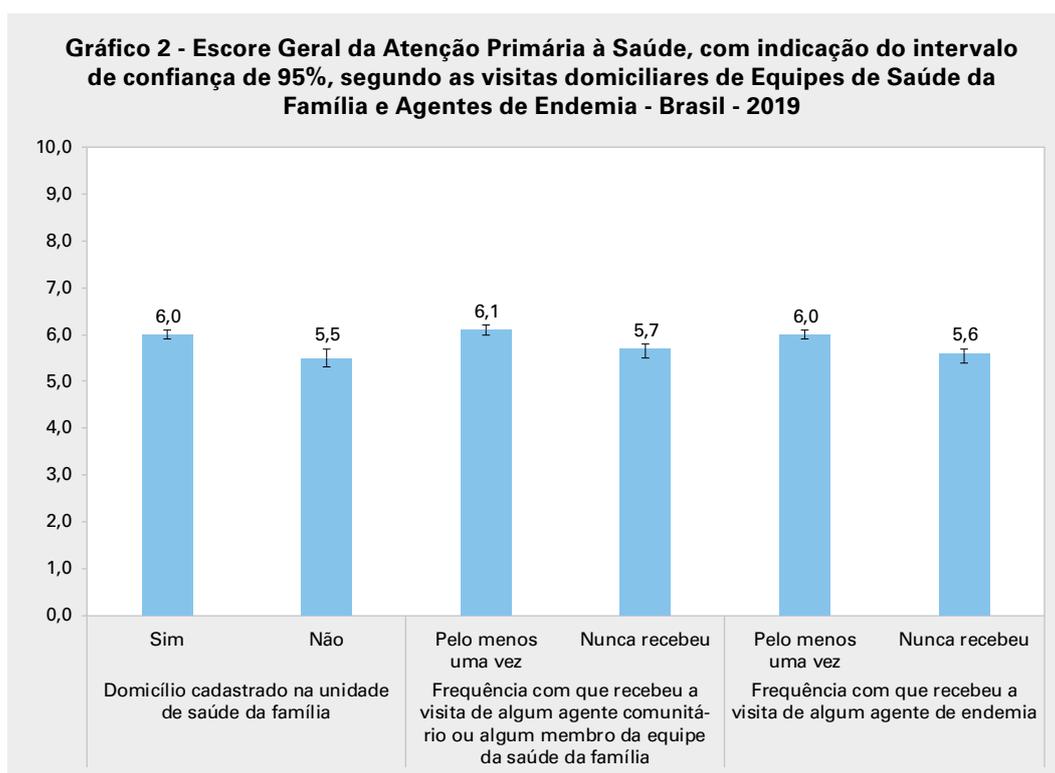
Visitas domiciliares de Equipes de Saúde da Família e de agentes de combate de endemias¹⁴

As visitas domiciliares por profissionais de saúde fazem parte do modelo de atenção adotado, no Brasil, para a Atenção Primária à Saúde. A PNS 2019 apontou que, no País, 76,5% dos domicílios com moradores de 18 anos ou mais de idade que tiveram pelo menos dois atendimentos no âmbito da Atenção Primária à Saúde estavam cadastrados na Unidade de Saúde da Família. Em relação à frequência de visitas de agentes comunitários de saúde ou outros membros da Equipe de Saúde da Família, no Brasil, 62,5% do grupo de referência recebeu a visita pelo menos uma vez, nos últimos seis meses anteriores à data da entrevista.

Com relação ao número de domicílios cadastrados na unidade de saúde, em média, 73,0% dos domicílios brasileiros receberam, pelo menos uma vez, a visita de algum agente de combate de endemias. Em sua maioria, as pessoas que procuraram algum serviço da Atenção Primária à Saúde, nos últimos seis meses anteriores à data da entrevista, e esse atendimento não foi o primeiro realizado com o mesmo médico, receberam pelo menos uma visita desses profissionais de saúde. Em relação ao escore geral da Atenção Primária à Saúde, os moradores que receberam visitas domiciliares de profissionais de saúde atribuíram escores maiores do que aqueles que não as receberam.

O Gráfico 2 ilustra os respectivos escores, segundo as visitas domiciliares de Equipes de Saúde da Família e de agentes de combate de endemias em 2019. No Brasil, os moradores cujos domicílios eram cadastrados na unidade de saúde atribuíram um escore geral de 6,0, enquanto os moradores de domicílios não cadastrados avaliaram a Atenção Primária à Saúde com escore geral de 5,5, considerando-se a escala de 0 a 10. Entre aqueles que receberam pelo menos uma visita de algum agente comunitário de saúde ou algum membro da Equipe de Saúde da Família, o escore geral percebido foi 6,1; e, entre os que nunca receberam qualquer visita desses profissionais, o escore foi 5,7. No tocante à visita de algum agente de combate de endemias, os moradores que receberam pelo menos uma visita também atribuíram um maior escore geral à Atenção Primária à Saúde (6,0) do que aqueles que nunca receberam qualquer visita desses profissionais (5,6).

¹⁴ As visitas domiciliares de Equipes de Saúde da Família e de agentes de combate de endemias também foram analisadas no módulo B, do questionário, que abrangue a população residente no Brasil. Porém, no módulo H, o universo diz respeito, especificamente, ao conjunto de pessoas de 18 anos ou mais de idade que utilizaram algum serviço da Atenção Primária à Saúde nos últimos seis meses anteriores à data da entrevista.



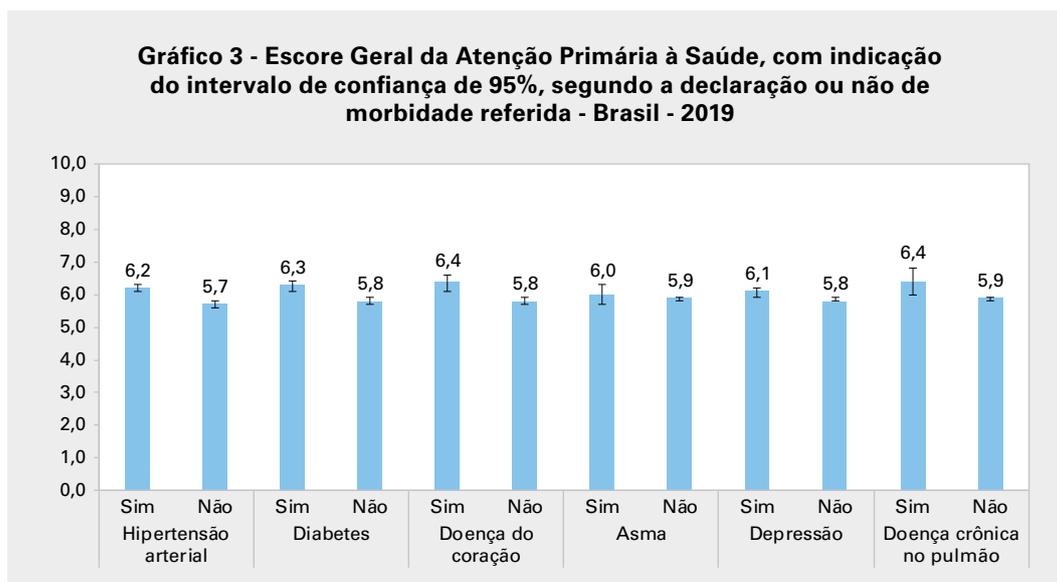
Autoavaliação do estado de saúde e morbidade referida dos usuários

Das pessoas de 18 anos ou mais de idade que utilizaram algum serviço da Atenção Primária à Saúde, nos últimos seis meses anteriores à data da entrevista, no Brasil, 50,1% avaliaram seu estado de saúde como “muito bom ou bom”, enquanto o restante considerou seus parâmetros entre “regular, ruim ou muito ruim”. No que tange à avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde, as pessoas que consideraram seu estado de saúde como “regular, ruim ou muito ruim” tendiam a atribuir escore geral ligeiramente maior ao serviço prestado pela unidade de saúde.

Entre as morbidades referidas pelo grupo estudado, em 2019, a hipertensão arterial foi a mais citada pelos moradores entrevistados: no Brasil, 39,2% a declararam. Outras morbidades frequentes, entre esses adultos, foram diabetes (15,9%), depressão (15,3%), doença do coração (7,9%), asma (5,9%), e doença crônica de pulmão (2,1%).

Em linhas gerais, os adultos que declararam ter alguma morbidade tendiam a atribuir um escore geral mais elevado, quando comparados ao conjunto sem a respectiva morbidade. Isso pode ser um resultado interessante sobre a percepção que o morador tinha da qualidade do serviço prestado em relação ao diagnóstico e ao acompanhamento dessas doenças pelo serviço de saúde de referência.

O Gráfico 3 ilustra os respectivos escores, segundo a declaração ou não de morbidade em 2019.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.
Nota: Escore em escala de 0 a 10.

Motivo da procura de atendimento médico e frequência de consultas dos usuários

A PNS 2019 também investigou o motivo da procura de atendimento médico e a frequência de consultas nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista. No Brasil, o motivo mais frequente da procura foi doença ou outro problema de saúde ou continuação de tratamento (52,5%), vindo, a seguir, exames periódicos (40,2%) e outros motivos (7,3%). É importante observar, também, a alta frequência de consultas nessas unidades de saúde pela população de referência: 83,6% dos adultos haviam se consultado duas vezes ou mais com o mesmo médico no último ano.

Sobre o escore geral dos atributos da Atenção Primária à Saúde, as pessoas que reportaram maior número de frequência de consultas (ou seja, duas vezes ou mais nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista) avaliaram o serviço de saúde prestado com maior escore do que aquelas que realizaram menos de duas consultas nesse período (5,9 e 5,7, respectivamente).

Perspectivas

Em abril de 2020, o Ministério da Saúde lançou uma nova versão do documento, intitulada *PCATool Brasil/2020: manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde* (BRASIL, 2020). Nessa recente edição, foram incluídas novas versões dos questionários, como um de saúde bucal para Atenção Primária à Saúde, e foram realizadas outras inclusões e atualizações.

Conforme destacam Harzheim e outros (2019), é a primeira vez que um órgão oficial de estatística de um país utiliza esse instrumento, validado internacionalmente, o que permite que o Brasil possa comparar os resultados alcançados e traçar um referencial para a avaliação do SUS no que diz respeito às políticas de Atenção Primária à Saúde no País, abrindo, assim, um horizonte para futuras avaliações em inquéritos domiciliares de base populacional com abrangência local, regional e nacional.

Antropometria

Na PNS 2019, as medidas antropométricas de peso e altura foram obtidas, de forma direta, dos moradores de 15 anos ou mais de idade, selecionados, aleatoriamente, em uma subamostra dos domicílios da pesquisa.

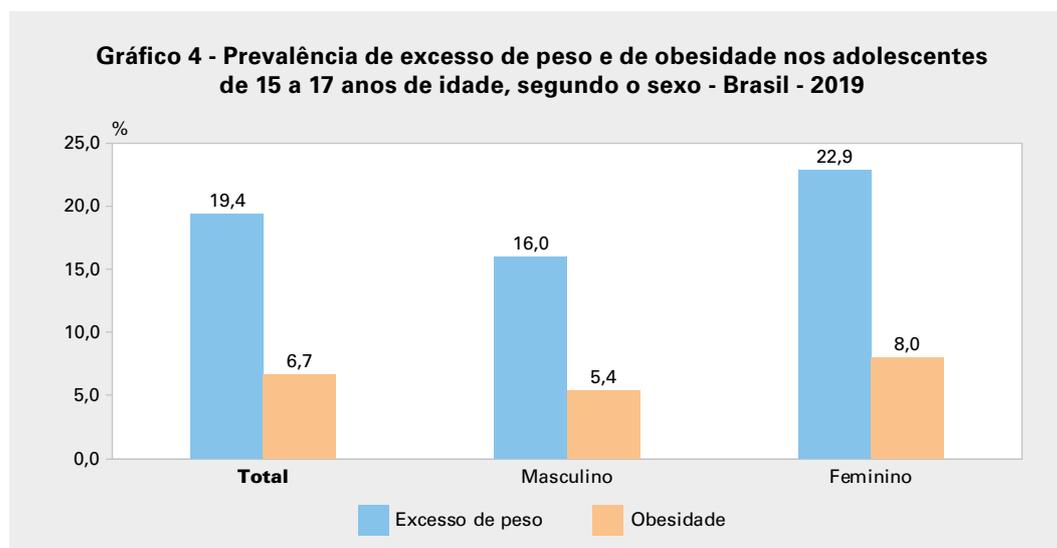
Devido a diferenças na metodologia de cálculo dos índices, e com a finalidade de manter a comparabilidade com a PNS 2013, na qual foram investigados o peso e a altura das pessoas de 18 anos ou mais de idade, os dados foram divididos em dois grupos etários: adolescentes de 15 a 17 anos e adultos de 18 anos ou mais de idade. Essa divisão por grupos etários se impõe por razões que incluem também os seguintes fatores: características peculiares do padrão de crescimento nas várias idades; diferenças quanto a distribuições de referência; critérios diagnósticos; e interpretação de indicadores.

Estado nutricional dos adolescentes de 15 a 17 anos de idade

Em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO) para a avaliação do perfil antropométrico nutricional de populações de adolescentes, o parâmetro utilizado foi o Índice de Massa Corporal - IMC (peso em quilograma dividido pelo quadrado da altura em metro) calculado segundo o sexo e a idade da pessoa, o IMC-para-idade, expresso em escore z, que corresponde ao valor padronizado desse índice em relação a uma distribuição de referência (ONIS et al., 2007).

A partir do cálculo desse índice, expresso em escore z, e segundo as recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, da Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011a), foram estimadas as prevalências de déficit de peso, excesso de peso e obesidade. Foram diagnosticados com déficit de peso os adolescentes que obtiveram IMC-para-idade inferior a -2 escores z da distribuição de referência; com excesso de peso, os que obtiveram IMC-para-idade superior a 1 escore z; e, com obesidade, aqueles com IMC-para-idade superior a 2 escores z (ONIS et al., 2007).

O Gráfico 4 apresenta as estimativas de excesso de peso e obesidade para os adolescentes de 15 a 17 anos de idade, por sexo.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.
Nota: Nas estimativas de excesso de peso estão incluídos os obesos.

A prevalência de excesso peso, estimada pela PNS 2019, para os adolescentes de 15 a 17 anos de idade foi 19,4%, que corresponde a um total estimado de 1,8 milhão de pessoas, sendo mais elevada entre os adolescentes do sexo feminino (22,9%) do que entre os do sexo masculino (16,0%).

Quanto ao indicador de obesidade, o comportamento foi similar ao do excesso de peso, ficando a prevalência mais elevada, com cerca de 8,0%, entre os adolescentes do sexo feminino do que entre os do sexo masculino (5,4%).

Estado nutricional dos adultos de 18 ou mais anos de idade

Ainda em consonância com as recomendações da OMS para a avaliação do perfil antropométrico nutricional de populações de adultos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995), os indicadores estão baseados na relação entre o peso e a altura dos indivíduos, ou, mais especificamente, no Índice de Massa Corporal - IMC (peso em quilograma dividido pelo quadrado da altura em metro). Segundo a OMS, a partir do cálculo do IMC, indivíduos adultos podem ser classificados como portadores de déficit de peso ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$), de excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), ou de obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), sendo a prevalência de cada uma dessas condições o resultado da divisão do total de indivíduos acometidos pelo total de indivíduos existentes na população.

Ressalta-se que prevalências de déficits de peso inferiores a 5% não devem ser tomadas como evidências de exposição de populações adultas à desnutrição, uma vez que, entre pessoas não expostas a deficiências nutricionais, é usual encontrar-se 3% a 5% de adultos com IMC inferior a $18,5 \text{ kg/m}^2$, os quais correspondem à fração de indivíduos, constitucionalmente magros, existentes em qualquer população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). Assim, apenas prevalências de déficits ponderais iguais ou maiores do que 5% são indicativas de exposição da população adulta à desnutrição, sendo tanto maior essa exposição quanto mais a prevalência de déficits ponderais exceder a 5%. Prevalências de déficits ponderais na faixa de 5% a 10% configuram baixa exposição da população adulta à desnutrição, enquanto as situadas nas faixas de 10% a 20%, 20% a 30% e iguais ou maiores do que 30% indicariam, respectivamente, exposições moderada, alta e muito alta à desnutrição. No caso do excesso de peso, não há uma frequência mínima "aceitável" na população adulta, uma vez que existem evidências epidemiológicas de que a incidência de várias doenças crônicas, incluindo, em particular, doenças cardiovasculares e diabetes, aumenta significativamente com o $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$. Da mesma forma, com mais razão, também não há frequência mínima "aceitável" para a prevalência de obesidade na população adulta.

A Tabela 9 apresenta as estimativas de prevalência de déficit de peso, de excesso de peso e de obesidade para os adultos de 18 anos ou mais de idade, por sexo e grupos de idade.

Tabela 9 - Prevalência de déficit de peso, excesso de peso, obesidade e totais estimados na população com 18 anos ou mais de idade, por sexo, segundo os grupos de idade - Brasil - 2019

Grupos de idade	Prevalência de déficit de peso, excesso de peso, obesidade e totais estimados na população com 18 ou mais anos de idade (%)					
	Total		Sexo			
			Homem		Mulher	
	Absoluto (1 000 pessoas)	Prevalência	Absoluto (1 000 pessoas)	Prevalência	Absoluto (1 000 pessoas)	Prevalência
Déficit de peso						
Total (1)	2 215	1,6	1 104	1,7	1 112	1,5
18 a 24 anos (2)	-	-	-	-	-	-
25 a 39 anos	876	1,9	541	2,4	335	1,4
40 a 59 anos	441	0,8	230	0,9	212	0,7
60 anos e mais	898	2,6	333	2,2	565	2,9
Excesso de peso						
Total	95 901	60,3	42 899	57,5	53 002	62,6
18 a 24 anos	7 434	33,7	2 850	25,7	4 585	41,7
25 a 39 anos	26 817	57,6	13 087	58,3	13 730	57,0
40 a 59 anos	39 497	70,3	17 533	67,1	21 964	73,1
60 anos e mais	22 153	64,4	9 429	63,3	12 724	65,3
Obesidade						
Total	41 230	25,9	16 252	21,8	24 978	29,5
18 a 24 anos	2 366	10,7	876	7,9	1 490	13,5
25 a 39 anos	11 038	23,7	4 333	19,3	6 705	27,9
40 a 59 anos	19 305	34,4	7 889	30,2	11 415	38,0
60 anos e mais	8 521	24,8	3 153	21,2	5 368	27,5

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

(1) Não inclui o grupo de idade de 18 a 24 anos. (2) A amostra não permitiu estimativas com a precisão desejada.

A prevalência de déficit de peso, estimada pela PNS 2019, para os adultos de 18 anos ou mais de idade foi 1,6%, (1,7% para homens e 1,5% para mulheres), ficando, portanto, bem abaixo do limite de 5% esperado, na população, para indivíduos constitucionalmente magros.

A estratificação da população adulta por grupos de idade indica que a prevalência de déficit de peso é sempre um pouco mais elevada para o sexo masculino, exceto no grupo de 60 anos ou mais de idade, que, nas mulheres (2,9%), foi ligeiramente maior que a observada entre os homens (2,2%).

Quanto à análise do excesso de peso da população adulta por grupos de idade, estimou-se que mais da metade das pessoas mostrou tal condição (60,3%), ou seja, cerca de 96 milhões de pessoas apresentaram IMC \geq 25 kg/m², indicando uma prevalência maior de excesso de peso entre os adultos do sexo feminino (62,6%) do que entre os do sexo masculino (57,5%).

Observa-se que a prevalência de excesso de peso aumenta com a idade, em ambos os sexos, ultrapassando os 50% na faixa etária de 25 a 39 anos, sendo um pouco mais elevada entre os homens (58,3%) do que entre as mulheres (57,0%). Com exceção do grupo de idade de 25 a 39 anos, o excesso de peso foi mais prevalente entre as mulheres. Ainda que possa observar-se um declínio desta prevalência no grupo de idade dos adultos de 60 anos ou mais, o excesso de peso manteve-se mais prevalente entre as mulheres.

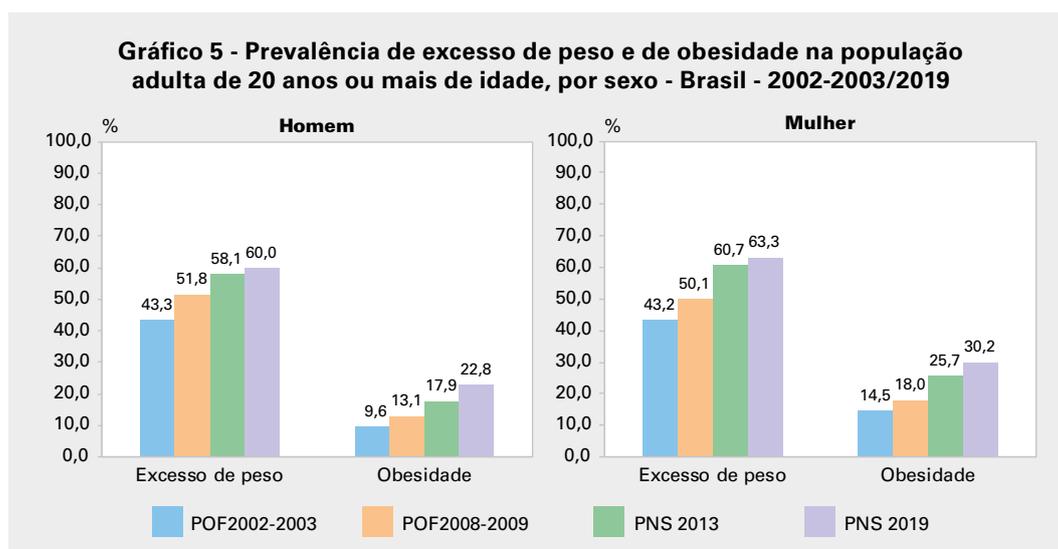
A obesidade, caracterizada por $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$, foi observada em 21,8% dos homens e em 29,5% das mulheres. Obesos representam mais de $\frac{1}{3}$ do total de homens com excesso de peso e quase a metade no caso das mulheres com excesso de peso.

O padrão de relação da obesidade com a idade é equivalente ao já descrito para o excesso de peso, sendo sempre mais elevado no sexo feminino e chegando a 38,0% entre as mulheres de 40 a 59 anos de idade contra 30,0% entre os homens dessa mesma faixa etária.

Evolução do estado nutricional no período de 2002 a 2019

A evolução do perfil antropométrico da população adulta de 20 anos ou mais de idade é ilustrada no Gráfico 5, que apresenta as estimativas de prevalência de excesso de peso e obesidade calculadas a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF, também realizada pelo IBGE, em suas edições de 2002-2003 e 2008-2009, e da PNS, em suas edições de 2013 e 2019.

Para levar em conta modificações temporais na estrutura etária da população brasileira e variações na estrutura etária dos estratos populacionais, todas as estimativas calculadas para a POF 2002-2003, a POF 2008-2009 e a PNS 2013 foram padronizadas para a distribuição etária, em cada sexo, para a população em 2019, empregando-se o Método da Padronização Direta¹⁵.



Fontes: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003/2008-2009, Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: Prevalência padronizada segundo a distribuição etária, em cada sexo, da população adulta brasileira em 2019.

¹⁵ Prevalência padronizada segundo a distribuição etária, em cada sexo, da população com 20 anos ou mais de idade em 2019

Observa-se que a prevalência de excesso de peso estimada para a população de 20 anos ou mais de idade aumentou continuamente ao longo das quatro pesquisas, em ambos os sexos, sendo um pouco mais acentuada entre as mulheres, principalmente a partir da PNS 2013, quando tal prevalência ultrapassou a dos homens.

O comportamento da prevalência de obesidade ao longo dos 17 anos decorridos entre a POF 2002-2003 e a PNS 2019, por sua vez, foi similar ao da prevalência de excesso de peso, ou seja, aumentou gradativamente, porém de modo mais acentuado, chegando, em 2019, a superar o dobro dos valores registrados em 2002-2003, tanto entre os homens (de 9,6% para 22,8%) quanto entre as mulheres (de 14,5% para 30,2%). Em todas as quatro pesquisas consideradas, a prevalência de obesidade entre as mulheres foi mais elevada que a observada entre os homens.

Referências

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 Atenção à Saúde. *Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de vigilância alimentar e nutricional - Sisvan*. Brasília, DF, 2011a. 71 p. (Série G. Estatística e informação em saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf. Acesso em: ago. 2020

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *PCATool Brasil/2020: manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde*. Brasília, DF, 2020. 237 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/12052020_Pcatool.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, 2011b. 157 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: ago. 2020.

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.

HARZHEIM, E. *et al.* Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para atenção primária à saúde na cidade do

Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 21, n. 5, p. 1399-1408, Maio 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>. Acesso em: ago. 2020.

HARZHEIM, E. *et al.* Following the legacy of professors Barbara Starfield and Leiyu Shi in Brazil as health policy: the National Health Survey (PNS), led by the Brazilian National Institute of Geography and Statistics (IBGE) and the Primary Care Assessment Tool (PCAT). *International Journal for Equity in Health*, New York: Springer Nature, v. 18, art. 176, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1083-2>. Acesso em: ago. 2020.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e sociedade*, São Paulo: Universidade de São Paulo - USP, Faculdade de Saúde Pública: Associação Paulista de Saúde Pública - APSP, v. 20, n. 4, p. 867-874, out./dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>. Acesso em: ago. 2020.

MALTA, D. C. *et al.* Tendência temporal dos indicadores de excesso de peso em adultos nas capitais brasileiras, 2006-2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 21, n. 4, p. 1061-1069, abr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015214.12292015>. Acesso em: ago. 2020.

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.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, New York: Elsevier, v. 390, n. 10113, p. 2627-2642, 16 Dec. 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3). Acesso em: ago. 2020.

ONIS, M. de *et al.* Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 85, n. 9, p. 660-667, Sept. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.2471/blt.07.043497>. Acesso em: ago. 2020.

REICHERT, A. P. da S. *et al.* Orientação familiar e comunitária na atenção primária à saúde da criança. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 21, n. 1, p. 119-127, jan. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.05682014>. Acesso em: ago. 2020.

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.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Tradução: Fidelity Translations. Brasília, DF: Unesco Brasil: Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Título original: *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: ago. 2020.

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. *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation*. Geneva: WHO, 2000. 253 p. (WHO technical report series, 894). WHO, 2000. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/. Acesso em: ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical status: the use of and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee*. Geneva: WHO, 1995. 452 p. (WHO technical report series, 854). Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37003>. Acesso em: ago. 2020.

Glossário

ACE *Ver* agente de combate de endemias

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.

antropometria Ver avaliação antropométrica

APS Ver Atenção Primária à Saúde

Atenção Primária à Saúde Primeiro nível de atenção em saúde. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente a situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde - SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS, devendo se orientar pelos princípios de universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e equidade.

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.).

avaliação antropométrica Avaliação do crescimento físico e, por extensão, do estado nutricional das pessoas por meio de medidas de peso e altura e, de forma complementar, de outras medidas, como perímetros, circunferências e dobras cutâneas.

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.

autoavaliação do estado de saúde Percepção que o indivíduo possui de sua própria saúde, englobando tanto componentes físicos como emocionais, além de aspectos do bem-estar e da satisfação com a própria vida ou, no caso de crianças pequenas, do ponto de vista do seu responsável. A autoavaliação é feita segundo uma escala de cinco graus: muito bom, bom, regular, ruim, e muito ruim.

cadastro 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.

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.

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

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

consulta médica Ver atendimento médico

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

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

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.

deficiência nutricional Estado orgânico que resulta de um processo em que as necessidades fisiológicas de nutrientes não estão sendo

atendidas e pode ser decorrente tanto de problemas alimentares quanto de problemas orgânicos.

déficit ponderal Valor de peso corporal abaixo de menos 2 desvios-padrão da mediana do peso para a idade, comparado ao parâmetro de referência.

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.

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.

escore da Atenção Primária à Saúde Pontuação geral da qualidade da Atenção Primária à Saúde. Os atributos essenciais são desdobrados em blocos de perguntas que resultam no escore/pontuação, cujas respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza sim” (valor = 4); “provavelmente sim” (valor = 3); “provavelmente não” (valor = 2); “com certeza não” (valor = 1); e “não sei/não lembro” (valor = 9). Os escores para cada um dos atributos e seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente. Após ajustes, os escores são transformados em uma escala de 0 a 10. Considera-se que os serviços da Atenção Primária à Saúde são de alta qualidade quando o escore é maior ou igual a 6,6.

escore z Estimador que quantifica a distância de um valor observado em relação à mediana de uma população. No caso da avaliação do estado nutricional, após se calcular a diferença entre o valor observado e a mediana de referência, esse resultado é dividido pelo desvio-padrão relativo à idade e ao sexo do indivíduo.

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

Estado nutricional Resultado do equilíbrio entre o consumo de nutrientes e o gasto energético do organismo para suprir as necessidades nutricionais, em plano individual ou coletivo.

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.

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.

IMC Ver Índice de Massa Corporal

Índice de Massa Corporal Medida internacional usada para calcular se uma pessoa adulta está no peso ideal, resultante da divisão entre o peso (kg) da pessoa e o quadrado de sua altura (m²). Indivíduos adultos podem ser classificados como portadores de déficit de peso (IMC < 18,5 kg/m²); de peso normal (IMC ≥ 18,5 kg/m² e < 25 kg/m²); de excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m²); ou de obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²).

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.

medidas antropométricas Ver em avaliação antropométrica

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

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.

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

nível ensino fundamental completo Para a pessoa que: a) frequenta: a 1ª série do ensino médio regular seriado ou da educação de jovens e adultos do ensino médio seriado; o ensino médio regular não seriado; ou a educação de jovens e adultos do ensino médio não seriado; b) não frequenta, mas já frequentou e concluiu, com aprovação: o antigo ginásial (médio 1º ciclo), o 1º grau regular, o ensino fundamental regular, com duração de 8 anos ou 9 anos; a educação de jovens e adultos do ensino fundamental ou o supletivo do 1º grau; ou c) não frequenta, mas já frequentou: o antigo científico, clássico ou normal (médio 2º ciclo), o 2º grau regular, o ensino médio regular, a educação de jovens e adultos do ensino médio ou o supletivo do 2º grau, mas não concluiu, com aprovação, a 1ª série desses cursos; o antigo científico, clássico ou normal (médio 2º ciclo) não seriado, o 2º grau não seriado, o ensino médio regular não seriado, a educação de jovens e adultos do ensino médio não seriado ou o supletivo do 2º grau não seriado, mas não concluiu esses cursos.

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

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

nível ensino médio incompleto Para a pessoa que: a) frequenta: da 2ª a 4ª série do ensino médio regular seriado, ou da 2ª a 3ª a série da educação de jovens e adultos do ensino médio; ou b) não frequenta,

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

nível sem instrução Para a pessoa que: a) nunca frequentou escola; b) frequenta: a creche; a pré-escola; a alfabetização de jovens e adultos; o 1º ano do ensino fundamental regular seriado; o 1º segmento do ensino fundamental regular não seriado; ou c) não frequenta, mas já frequentou: a creche; a pré-escola; a classe de alfabetização, mas não concluiu o curso; a alfabetização de jovens e adultos, mas não concluiu o curso; o ensino fundamental regular seriado de duração de 9 anos e não concluiu o 1º ano desse curso; ou o ensino fundamental regular de 9 anos não seriado e não concluiu o 1º segmento desse curso.

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

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

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

obesidade Distúrbio que envolve excesso de gordura corporal, aumentando o risco de problemas de saúde. Um indivíduo está obeso quando apresenta IMC ≥ 30 kg/m². *Ver também* Índice de Massa Corporal.

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.

PCA Tool-Brasil Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde adaptado à realidade brasileira utilizado para medir a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais - o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação e a integralidade. Quanto mais presentes os atributos nas ações e serviços operacionalizados pela Atenção Primária à Saúde, maior é a possibilidade de o sistema de saúde ser mais organizado, resolutivo e produzir melhores resultados no que diz respeito à saúde da população. Os blocos de perguntas re-

ferentes a cada atributo resultam no score/pontuação geral que revela a qualidade da Atenção Primária à Saúde.

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.

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.

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.

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 da 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.

SUS Ver Sistema Único de Saúde

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.

Unidade Básica de Saúde Estabelecimento (ambulatório, centro, núcleo, posto, subposto ou unidade municipal de saúde, de assistência à gestante, médico-comunitária, de vigilância epidemiológica,

medicação, higiene ou puericultura, ou posto mantido por instituição filantrópica ou comunitária) destinado a prestar assistência ambulatorial por meio de técnicas apropriadas, esquemas padronizados de atendimento e profissionais de saúde de nível superior (médicos, dentistas etc.) e/ou médio (técnicos de enfermagem etc.), e que não aceita internação. Além do atendimento ambulatorial, a Unidade Básica de Saúde pode desenvolver atividades de vacinação, programas e orientações sobre a saúde, coleta de material para exame, programas de saúde da mulher, distribuição de medicamentos, entre outras atividades. Outro modelo de atenção básica é a Estratégia Saúde da Família, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população. Esse modelo busca favorecer a aproximação da Unidade de Saúde da Família, 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 domiciliar Domicílio particular ou unidade de habitação (apartamento, quarto etc.) em domicílio coletivo.

Equipe técnica

Diretoria de Pesquisas

Coordenação de Trabalho e Rendimento

Maria Lucia Franca Pontes Vieira

Gerência de Pesquisas

Marcia Barbosa de Almeida Vargas (interina)

Adriana Araújo Beringuy

Alessandra Scalioni Brito

Antony Teixeira Firmino

Flavia Vinhaes Santos

Lino Eduardo Rodrigues Pereira

Leonardo Areas Quesada

Lucas Hermann da Silva Tavares

Marcia Barbosa de Almeida Vargas

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 de 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
Nadir Balthazar dos Santos (consultora)
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
Nadir Balthazar dos Santos (consultora)
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
Nadir Balthazar dos Santos (consultora)

Revisão do texto

Flávia 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 Morais Fernandes
André Wallace Nery da Costa
Marcos Paulo Soares de Freitas

Diretoria de Geociências

Coordenação de Estruturas Territoriais

Miriam Mattos da Silva Barbuda
Roberto Ferreira Tavares
Antônio Henrique Mascarenhas Costa
Carlos Alberto Elbert Queiroz
Claudio Cabral da Silva
Gabriel Bias Fortes Pereira da Silva Medeiros
Paulo Roberto de Oliveira
Ricardo Carneiro Teixeira
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

Secretário de Atenção Primária à Saúde (SAPS)

Raphael Câmara Medeiros Parente

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)

Antropometria

Wolney Lisboa Conde
Artemízia Francisca de Sousa
Audrey Camilo Rodrigues
Claudia Cristina Vieira Pastorello
Giovanna Bifulco Sproesser
Giulia Mainardi
Ingrid Brandimiller Gottsfritz
Iolanda Karla Santana dos Santos
Isabela Venancio Silva
Júlia Gomes de Carvalho Rocha
Larissa Novais da Silva Lopes
Marcela Beatriz Fadel Formoso
Rodrigo Invernót Tamaroni
Selma Tie Tachibana

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 – Jaílson Lopes de Sousa
PR - Laura Castegnaro

SC – Fabiano Guarienti
RS – Cintia Tusset
MS – Sylvia Martinez Assad de Oliveira
MT - Nivaldo de Souza Lima
GO – Emival Ludovino de Santana
DF – Luiz Fernando Viegas Fernandes

Coordenadores de Informática das Unidades Estaduais

RO - Carlos Souza Menandro
AC - Raphael Lopes Dias
AM – Karane Dantas de Melo
RR – Ivo Santos de França
PA – Raphael da Silva Azevedo
AP – Wallison Oliveira da Silva
TO - Manuela Almeida Bittencourt
MA - Wellington Luís Mineiro Franca
PI - João José de Sousa Santos
CE - Manuel Ozanan Rodrigues Filho
RN - Edson Moreira de Aguiar
PB – Roberto Freire de Souza Junior
PE – Andre Vitor de Almeida Palhares
AL - Plínio José Medeiros C. de Araújo
SE – Elvis Vitorino da Silva
BA - André Luiz Ferreira Uripia
MG – Alex Sander Reis
ES - Eric Alves Buhr
RJ - Carlos Eduardo Portela
SP - Wlamir Almeida Pinheiro
PR – Ana Claudia Rit
SC – Evandro Araujo de Souza
RS - Octavio Jose Dedavid Filho
MS – Emilio Flávio Vieira
MT - Fabricio Eustaquio Vargas
GO - Rogerio Arantes Gaioso
DF - Jose Magno de Ávila Junior

Projeto Editorial

Centro de Documentação e Disseminação de Informações

Coordenação de Produção

Marisa Sigolo Mendonça

Gerência de Editoração

Estruturação textual

Leonardo Martins

Diagramação tabular e de gráficos

Lucas Monçores

Márcia do Rosário Brauns

Diagramação textual

Alberto Guedes da Fontoura Neto

Gerência de Documentação**Pesquisa e normalização documental**

Aline Loureiro de Souza
Ana Raquel Gomes da Silva
Isabella Carolina do Nascimento Pinto
Juliana da Silva Gomes
Lioara Mandoju
Nadia Bernuci dos Santos

Normalização textual e padronização de glossários

Ana Raquel Gomes da Silva

Elaboração de quartas capas

Ana Raquel Gomes da Silva

Gerência de Gráfica

Ednalva Maia do Monte
Newton Malta de Souza Marques

Impressão e acabamento

Helvio Rodrigues Soares Filho

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



/ibgecomunica



/ibgeoficial



/ibgeoficial



/ibgeoficial

www.ibge.gov.br 0800 721 8181

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2019

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E INFORMAÇÕES ANTROPOMÉTRICAS

BRASIL

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

Com esta publicação, o IBGE traz a público o segundo volume de resultados da PNS 2019, contemplando dois eixos temáticos: avaliação dos serviços prestados no âmbito da Atenção Primária à Saúde, principal porta de acesso aos primeiros atendimentos do Sistema Único de Saúde - SUS; e antropometria, cujos indicadores, baseados na relação entre o peso e a altura das populações, são essenciais para o monitoramento do seu estado nutricional.

No que diz respeito à Atenção Primária à Saúde, foram considerados os moradores de 18 anos ou mais de idade que se consultaram pelo menos duas vezes com o mesmo médico, nos últimos seis meses anteriores à data da entrevista, em Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Saúde Familiar (USF). Quanto à antropometria, foram considerados os moradores de 15 anos ou mais de idade de uma subamostra de domicílios da pesquisa, nos quais foram aferidos o peso e a altura com vistas ao cálculo do Índice de Massa Corporal - IMC para estimativa da prevalência de déficit de peso, de excesso de peso e de obesidade, em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde - OMS. A análise dos resultados ressalta os principais indicadores nacionais obtidos e efetua comparações adicionais que possibilitam avaliar a evolução do perfil antropométrico das pessoas de 20 anos ou mais de idade, a partir de estimativas anteriores oriundas da Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF, também realizada pelo IBGE, e da própria PNS. A publicação traz ainda notas técnicas sobre os principais aspectos metodológicos do levantamento, bem como um glossário com os termos e conceitos considerados relevantes para a compreensão dos resultados.

Além do presente volume, o portal do IBGE na Internet disponibiliza tabelas com os indicadores e seus respectivos intervalos de confiança e com os valores absolutos e os coeficientes de variação das estimativas, desagregadas por sexo, grupos de idade, cor ou raça, estado conjugal, condição de ocupação e rendimento.

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

