

Livro Eletrônico

www.igepp.com.br

Prof. Me. Rodrigo Silva

**DESAFIOS DO ESTADO DE DIREITO:
DEMOCRACIA**

[Concurso Público Nacional Unificado 2024]

Combate às discriminações, desigualdades e injustiças: de
renda, regional, racial, etária e de gênero [Parte 2]



Sumário

| | |
|---|-----|
| | 1 |
| DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS E REGIONAIS | 4 |
| DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS | 5 |
| ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE | 6 |
| PNS - Pesquisa Nacional de Saúde | 6 |
| PNS 2019: em um ano, 29,1 milhões de pessoas de 18 anos ou mais sofreram violência psicológica, física ou sexual no Brasil | 8 |
| PNS 2019: país tem 17,3 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência | 19 |
| PNS 2019: Cai o consumo de tabaco, mas aumenta o de bebida alcoólica | 40 |
| PNS 2019: Quem mais utiliza o SUS avaliou mais positivamente a qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde | 53 |
| Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2017 (PNSB) | 61 |
| PNSB 2017: Abastecimento de água atinge 99,6% dos municípios, mas esgoto chega a apenas 60,3% | 62 |
| DESIGUALDADES RACIAIS E DE RENDA NO ACESSO À SAÚDE NAS CIDADES BRASILEIRAS | 66 |
| Resultados e Discussão | 67 |
| Conclusões..... | 71 |
| QUESTÕES - CESGRANRIO | 74 |
| GABARITO DE QUESTÕES - CESGRANRIO | 82 |
| QUESTÕES COMENTADAS - CESGRANRIO | 82 |
| BIBLIOGRAFIA | 100 |

DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS E REGIONAIS

O Brasil, um país de dimensões continentais, apresenta desigualdades socioeconômicas e regionais profundas, que são um reflexo de sua complexa história socioeconômica. As disparidades são observadas em vários aspectos, incluindo renda, educação, saúde e acesso a infraestrutura básica.

A distribuição de renda no Brasil é uma das mais desiguais do mundo. Enquanto algumas áreas urbanas e regiões, como o Sudeste, mostram altos níveis de desenvolvimento e renda per capita, outras regiões, especialmente o Norte e Nordeste, enfrentam altas taxas de pobreza e desemprego.

As desigualdades também são evidentes na educação e saúde. Regiões mais ricas tendem a ter melhores escolas, hospitais e serviços de saúde, enquanto regiões mais pobres sofrem com a falta de infraestrutura e recursos. Isso resulta em diferenças significativas na qualidade da educação e nos indicadores de saúde.

O acesso a serviços básicos, como saneamento, eletricidade e água potável, varia enormemente. Enquanto nas cidades maiores esses serviços são amplamente disponíveis, em muitas áreas rurais e em cidades menores, o acesso ainda é limitado.

Essas desigualdades têm raízes históricas, incluindo o legado da escravidão e políticas governamentais desiguais ao longo do tempo. Além disso, fatores como discriminação racial, gênero e desigualdades sociais contribuem para perpetuar essas disparidades.

Essas desigualdades representam um desafio significativo para o desenvolvimento sustentável e equitativo do Brasil. Elas limitam o potencial econômico do país e exacerbam tensões sociais.

Para enfrentar essas desigualdades, são necessárias políticas públicas focadas em redistribuição de renda, investimento em educação e saúde, e desenvolvimento de infraestrutura, especialmente nas regiões mais carentes. Além disso, é imperioso abordar as questões de discriminação e inclusão social para garantir que todos os brasileiros tenham oportunidades iguais de prosperar.

DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS

A desigualdade socioeconômica refere-se às diferenças significativas no acesso e na distribuição de recursos, oportunidades e poder entre diferentes grupos em uma sociedade. Essas desigualdades podem ser vistas em várias áreas, como renda, educação, saúde, moradia e acesso a oportunidades culturais e sociais.

Essas disparidades muitas vezes têm raízes históricas e estão entrelaçadas na estrutura social de um país, sendo agravadas por fatores como discriminação racial, de gênero e de classe. As consequências da desigualdade socioeconômica são amplas e afetam não apenas a condição econômica dos indivíduos, mas também sua saúde, educação e participação na vida cívica e política.

Um aspecto importante da desigualdade socioeconômica é como ela se transmite de geração para geração. Crianças nascidas em famílias com menor renda muitas vezes enfrentam barreiras significativas no acesso à educação de qualidade, o que pode limitar suas oportunidades futuras de emprego e renda, perpetuando um ciclo de pobreza.

Combater a desigualdade socioeconômica exige políticas públicas abrangentes e ações específicas, incluindo investimentos em educação, saúde, habitação, além de políticas de redistribuição de renda, como impostos progressivos e programas de assistência social. Também é

necessário enfrentar preconceitos e discriminações sistêmicas que mantêm certos grupos em situação de marginalização.

No cenário internacional, a desigualdade socioeconômica é também um desafio, com grandes diferenças entre países mais ricos e mais pobres, refletidas em padrões de vida, expectativa de vida e acesso a recursos básicos como água potável, alimentos e cuidados de saúde.

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A acessibilidade aos serviços de saúde públicos tem um impacto significativo na redução da prevalência de doenças e no aumento da expectativa de vida.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição de 1988, segue os princípios de universalidade e integralidade, visando atender todas as necessidades de saúde da população, de promoção e prevenção à atenção de alta complexidade. Apesar dos avanços do SUS, desafios como a distribuição espacial de recursos e serviços ainda persistem.

Grupos vulneráveis, como a população negra, são particularmente afetados por desigualdades no acesso à saúde, uma realidade exacerbada durante a pandemia da Covid-19.

Estudos analisam as desigualdades socioeconômicas e raciais no acesso aos serviços de saúde, revelando diferenças significativas entre diferentes regiões e grupos sociais, tanto em uma escala regional quanto intraurbana.

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) é um levantamento estatístico de grande escala realizado no Brasil, com o objetivo de coletar dados abrangentes sobre a saúde da população brasileira. A PNS é

fundamental para entender as condições de saúde, estilos de vida, prevenção de doenças e acesso aos serviços de saúde no país. Abaixo estão detalhes importantes sobre a PNS:

Objetivos e Temas Abordados

- Estado de Saúde da População: Avalia a prevalência de doenças crônicas, condições de saúde, morbidade, incapacidades, entre outros.
- Estilos de Vida: Coleta informações sobre hábitos de vida, como alimentação, atividade física, tabagismo e consumo de álcool.
- Prevenção de Doenças: Foca em vacinação, exames preventivos para diferentes tipos de câncer, e outros aspectos de prevenção.
- Acesso e Uso de Serviços de Saúde: Analisa a utilização e o acesso aos serviços de saúde, cobertura de planos de saúde, e satisfação com os serviços recebidos.

Metodologia

- Amostragem: Utiliza uma amostra representativa da população brasileira, envolvendo uma grande quantidade de domicílios em diversas regiões do país.
- Periodicidade: Realizada periodicamente (por exemplo, a cada 5 anos), o que permite acompanhar a evolução e as tendências de saúde da população ao longo do tempo.

Importância

- Políticas Públicas: Fornece dados essenciais para o planejamento e a avaliação de políticas públicas de saúde.
- Pesquisa Acadêmica: Serve como fonte de dados para pesquisas em saúde pública e epidemiologia.

- Saúde Pública: Ajuda a identificar as principais necessidades de saúde da população, áreas que necessitam de maior atenção, e avalia o impacto de intervenções de saúde pública.

Desafios e Limitações

- Abrangência de Temas: Devido à sua abrangência, pode não conseguir capturar detalhes específicos de certas condições ou grupos populacionais.
- Tempo de Realização e Análise de Dados: Como é uma pesquisa de grande escala, a coleta e a análise dos dados exigem tempo e recursos significativos.

Exemplos de Uso dos Dados

- Estudos Epidemiológicos: Para entender a distribuição de doenças crônicas como diabetes e hipertensão na população.
- Avaliação de Programas de Saúde: Para verificar a eficácia de programas de vacinação ou de promoção de hábitos saudáveis.

A Pesquisa Nacional de Saúde é uma ferramenta essencial para compreender a saúde da população brasileira, guiando políticas públicas, pesquisas e intervenções em saúde pública no Brasil.

PNS 2019: em um ano, 29,1 milhões de pessoas de 18 anos ou mais sofreram violência psicológica, física ou sexual no Brasil

Fonte: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/30660-pns-2019-em-um-ano-29-1-milhoes-de-pessoas-de-18-anos-ou-mais-sofreram-violencia-psicologica-fisica-ou-sexual-no-brasil>

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 estimou que cerca de 18,3% (ou 29,1 milhões) das pessoas de 18 anos ou mais de idade no Brasil sofreram algum tipo de agressão psicológica, física ou sexual nos 12 meses anteriores à entrevista. Além disso, cerca de 12% (ou 3,5

milhões) dessas vítimas deixaram de realizar atividades habituais em decorrência da violência sofrida.

A PNS estimou que 17,4% da população (ou 27,6 milhões de pessoas) sofreram violência psicológica, 4,1% (6,6 milhões) sofreram violência física e 0,8% (1,2 milhão) sofreram violência sexual. A maior parte dos autores desses três tipos de violência são pessoas conhecidas das vítimas. Estas, em sua maioria, eram mulheres. As prevalências de terem sofrido violência também foram maiores para jovens e para pessoas pretas e pardas.

A PNS também mostra que 8,9% das mulheres com 18 anos ou mais do país já sofreram violência sexual em algum momento das suas vidas.

A idade média para a primeira relação sexual, na população de 18 anos ou mais de idade, foi 17,3 anos. Entre os homens, a idade média da primeira experiência sexual foi 16,4 anos, inferior à das mulheres (18,1 anos). Apenas 6,1% das pessoas com 18 anos ou mais de idade entrevistadas afirmaram jamais terem tido relações sexuais.

Entre os indivíduos com 18 anos ou mais de idade que tiveram relação sexual nos 12 meses anteriores à data da entrevista, apenas 22,8% (ou 26,6 milhões de pessoas) usaram preservativo em todas as relações sexuais.

Pela primeira vez, a PNS 2019 investigou sintomas ou diagnósticos médicos de doenças transmissíveis, incluindo infecções sexualmente transmissíveis (IST). A estimativa é de que 0,6% da população com 18 anos ou mais (cerca de 1 milhão de pessoas) tiveram diagnóstico de IST nos 12 meses anteriores à entrevista.

Cerca de 79,7% das pessoas de 18 anos ou mais de idade usavam constantemente cinto de segurança no banco da frente, quando

dirigiam ou eram passageiros. A prevalência desse uso foi maior entre as mulheres (81,5%), na área urbana (82,6%) e entre os idosos (84,8%). Já a proporção de pessoas que sempre usavam cinto quando andavam de automóvel no banco de trás foi de 54,6%.

Em 2019, das pessoas que informaram dirigir motocicleta, 82,6% sempre usavam capacete. Entre as pessoas entrevistadas que dirigiam moto ou automóvel, 70,0% disseram que nunca manuseavam o aparelho celular durante a condução, enquanto 3,1% sempre o manuseavam e 10,6%, às vezes.

Em 2019, a pesquisa estimou que 2,6 milhões de pessoas com 18 anos ou mais sofreram algum acidente de trabalho. Dessas, 68,7% eram homens e 31,3% mulheres.

Cerca de 49,0% (ou 48,5 milhões) das pessoas ocupadas com 15 anos ou mais de idade estavam expostas a fatores que poderiam afetar sua saúde, como ruído, materiais radioativos, resíduos urbanos ou material biológico, entre outros. Além disso, cerca de 10,6% das pessoas ocupadas de 15 anos ou mais de idade (ou 7,8 milhões de trabalhadores) presenciaram alguém fumando no seu ambiente fechado de trabalho.

A PNS também constatou que o tempo médio de deslocamento de casa para o trabalho (somando-se os trajetos de ida e volta) no país era de 4,8 horas semanais, sendo 4,9 horas em área urbana e 3,5 horas em área rural. Mas essa média semanal para as pessoas pretas (5,6 horas) era superior às das pardas (4,9 horas) e brancas (4,4 horas).

Quase 3 milhões de pessoas não contam com nenhuma rede de amparo familiar, sendo cerca de 603 mil delas são idosos (60 anos ou mais de idade).

18,3% da população sofreram agressão psicológica, física ou sexual nos 12 meses anteriores à entrevista

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência Geral de Violência: <ul style="list-style-type: none"> • 18,3% da população adulta (cerca de 29,1 milhões de pessoas) sofreram agressão psicológica, física ou sexual nos 12 meses anteriores à entrevista. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Gênero: <ul style="list-style-type: none"> • Mulheres: 19,4% relataram ter sofrido violência. • Homens: 17,0% relataram ter sofrido violência. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Faixa Etária: <ul style="list-style-type: none"> • Pessoas de 18 a 29 anos: 27,0% relataram ter sofrido violência. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Cor/Raça: <ul style="list-style-type: none"> • Pretos: 20,6% relataram ter sofrido violência. • Pardos: 19,3% relataram ter sofrido violência. • Brancos: 16,6% relataram ter sofrido violência. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Renda: <ul style="list-style-type: none"> • Rendimento de até 1/4 do salário-mínimo: 22,5% relataram ter sofrido violência. • Rendimento acima de 5 salários-mínimos: 16,9% relataram ter sofrido violência. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Impacto nas Atividades Diárias: <ul style="list-style-type: none"> • 12,0% das vítimas deixaram de realizar atividades habituais devido à violência. • Prevalência de impacto nas atividades diárias é mais alta entre mulheres (15,4%) do que entre homens (7,6%). |

2,3 milhões de pessoas agredidas procuraram atendimento de saúde

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Tipos de Consequências da Violência: <ul style="list-style-type: none"> • Psicológicas: Inclui medo, tristeza, desânimo, problemas de sono, ansiedade, depressão e outras consequências psicológicas. • Físicas: Abrange hematomas, cortes, fraturas, queimaduras e outras lesões físicas ou ferimentos. • Sexuais: Envolve doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Procura por Atendimento de Saúde: <ul style="list-style-type: none"> • Aproximadamente 2,3 milhões de vítimas de violência procuraram atendimento de saúde. |

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Isso representa 15,6% das pessoas que relataram ter consequências devido à violência sofrida. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Procura por Atendimento de Saúde por Gênero: <ul style="list-style-type: none"> • Homens: 13,2% procuraram atendimento de saúde. • Mulheres: 16,9% procuraram atendimento de saúde. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Procura por Atendimento de Saúde por Cor ou Raça: <ul style="list-style-type: none"> • Brancos: 17,5% procuraram atendimento de saúde. • Pardos: 14,8% procuraram atendimento de saúde. • Pretos: 13,4% procuraram atendimento de saúde. |

Violência psicológica é relatada por 17,4% da população e 18,6% das mulheres

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência Geral de Violência Psicológica: <ul style="list-style-type: none"> • 17,4% da população adulta (27,6 milhões de pessoas) relataram sofrer agressão psicológica nos 12 meses anteriores à entrevista. • Esse número representa 95,0% das pessoas que sofreram algum tipo de violência. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Gênero: <ul style="list-style-type: none"> • Mulheres: 18,6% relataram sofrer violência psicológica. • Homens: 16,0% relataram sofrer violência psicológica. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Faixa Etária: <ul style="list-style-type: none"> • Pessoas de 18 a 29 anos: 25,3% relataram violência psicológica. • Pessoas com 60 anos ou mais: 9,6% relataram violência psicológica. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Cor/Raça: <ul style="list-style-type: none"> • Pretos: 19,3% relataram violência psicológica. • Pardos: 18,3% relataram violência psicológica. • Brancos: 15,9% relataram violência psicológica. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Renda: <ul style="list-style-type: none"> • Até 1/4 do salário-mínimo: 21,1% relataram violência psicológica. • Acima de 5 salários-mínimos: 16,2% relataram violência psicológica. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tipos de Violência Psicológica: <ul style="list-style-type: none"> • 59,1% das vítimas foram ofendidas, humilhadas ou ridicularizadas publicamente. <ul style="list-style-type: none"> • Mulheres: 61,3% relataram esse tipo de violência. • Homens: 56,2% relataram esse tipo de violência. • 76,4% das vítimas relataram ter sido gritadas ou xingadas. <ul style="list-style-type: none"> • Mulheres: 79,2% relataram esse tipo de violência. |

- Homens: 72,8% relataram esse tipo de violência.

Violência psicológica: companheiros(as) e familiares são as principais agressores das mulheres

| |
|--|
| • Principais Agressores: |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cônjuge, companheiro(a), parceiro(a), ou namorado(a) (inclusive ex-relacionamentos): <ul style="list-style-type: none"> • 24,5% das respostas no total. • Taxa para mulheres: 32%. • Taxa para homens: 14,7%. |
| • Agressores Secundários: |
| <ul style="list-style-type: none"> • Amigo(a), colega ou vizinho(a): <ul style="list-style-type: none"> • 22,2% das respostas. • Taxa para homens: 27,8%. • Taxa para mulheres: 18,0%. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pessoa desconhecida: <ul style="list-style-type: none"> • 19,6% das respostas. • Taxa para mulheres: 13,6%. • Taxa para homens: 27,5%. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pai, mãe, padrasto, madrasta, irmão(ã) ou filho(a): <ul style="list-style-type: none"> • 12,7% das respostas. • Taxa para mulheres: 15,9%. • Taxa para homens: 8,4%. |
| • Local das Agressões: |
| <ul style="list-style-type: none"> • Residência: <ul style="list-style-type: none"> • 43% das vítimas relataram que a residência foi o local da última (ou mais grave) ocorrência de violência psicológica. • Taxa para mulheres: 55,3%. • Taxa para homens: 26,6%. |

Estes dados indicam que, no contexto da violência psicológica, companheiros(as) e familiares são frequentemente os principais agressores, especialmente no caso das mulheres. Além disso, a residência surge como o local mais comum para a ocorrência desses incidentes, ressaltando a natureza pessoal e próxima desses conflitos.

Violência física é mais frequente entre jovens e entre pretos e pardos

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência Geral de Violência Física: <ul style="list-style-type: none"> • 4,1% da população adulta (6,6 milhões de pessoas) sofreram violência física nos 12 meses anteriores à entrevista. • Mulheres: 4,2% relataram violência física. • Homens: 4,0% relataram violência física. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Faixa Etária: <ul style="list-style-type: none"> • Pessoas jovens (18 a 29 anos): Maior prevalência com 7,7%. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Cor/Raça: <ul style="list-style-type: none"> • Pretos: 5,2% relataram violência física. • Pardos: 4,9% relataram violência física. • Brancos: 3,2% relataram violência física. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Renda: <ul style="list-style-type: none"> • Sem rendimento até 1/4 do salário-mínimo: 7,2% relataram violência física. • Rendimento maior do que 5 salários-mínimos: 2,6% relataram violência física. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tipos de Agressão Física: <ul style="list-style-type: none"> • Empurrões, seguradas com força ou ter algo jogado intencionalmente: 62,9%. • Receber um tapa ou uma bofetada: 43,0%. • Ameaça ou ferimento com faca, arma de fogo ou outro objeto: 33,7%. • Levar soco, chute ou ser arrastado pelo cabelo: 28,9%. • Sofrer estrangulamento, asfixia ou queimadura proposital: 9,2%. |

Estes dados da PNS 2019 indicam que a violência física é mais frequente entre jovens e entre pessoas de cor preta e parda, e que há uma variedade de formas em que essa violência se manifesta.

52,4% dos agressores físicos de mulheres eram companheiros ou ex-companheiros

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Principais Agressores em Casos de Violência Física: <ul style="list-style-type: none"> • Cônjuge, companheiro(a), ou namorado(a): <ul style="list-style-type: none"> • 35,9% das respostas no total. • Taxa para mulheres: 52,4%. • Taxa para homens: 16,3%. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Agressores Secundários: |

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pessoa desconhecida: <ul style="list-style-type: none"> • 22,1% das respostas. • Taxa para homens: 34,5%. • Taxa para mulheres: 11,6%. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Amigo(a), colega ou vizinho(a): <ul style="list-style-type: none"> • 15,3% das respostas. • Taxa para homens: 23,1%. • Taxa para mulheres: 8,7%. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Local das Agressões Físicas: |
| <ul style="list-style-type: none"> • Residência: <ul style="list-style-type: none"> • 54,0% das vítimas relataram que a residência foi o local da última ou mais grave ocorrência de violência física. • Taxa para mulheres: 72,8%. • Taxa para homens: 31,7%. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Locais públicos: <ul style="list-style-type: none"> • 29,0% das respostas. • Taxa para homens: 42,1%. • Taxa para mulheres: 17,9%. |

Estes dados indicam que, em casos de violência física, os companheiros ou ex-companheiros são frequentemente os principais agressores das mulheres. Além disso, a residência surge como o local mais comum para a ocorrência desses incidentes, especialmente para as mulheres, enquanto os homens relatam uma maior incidência de violência física em locais públicos.

53,3% dos agressores sexuais de mulheres eram companheiros ou ex-companheiros

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência Geral de Violência Sexual: <ul style="list-style-type: none"> • 0,8% da população adulta (cerca de 1,2 milhão de pessoas) sofreram violência sexual nos 12 meses anteriores à entrevista. • Mulheres: 1,0% (885 mil) relataram violência sexual. • Homens: 0,4% (332 mil) relataram violência sexual. • 72,7% das vítimas eram mulheres. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Faixa Etária: <ul style="list-style-type: none"> • Pessoas de 18 a 29 anos: Maior taxa com 1,6%. |

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Cor/Raça: <ul style="list-style-type: none"> • Pretos: 0,9% (166 mil pessoas) relataram violência sexual. • Pardos: 0,8% (534 mil) relataram violência sexual. • Brancos: 0,7% (503 mil) relataram violência sexual. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tipos de Violência Sexual: <ul style="list-style-type: none"> • Toques, manipulações, beijos ou exposições forçadas do corpo: 79,7% das vítimas de violência sexual. <ul style="list-style-type: none"> • Mulheres: 76,1%. • Homens: 89,3%. • Ameaça ou força para ter relações sexuais ou atos sexuais contra a vontade: 50,3% das vítimas. <ul style="list-style-type: none"> • Mulheres: 57,1%. • Homens: 32,2%. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Principais Agressores em Casos de Violência Sexual: <ul style="list-style-type: none"> • Cônjuge, companheiro(a), ou namorado(a) e ex: <ul style="list-style-type: none"> • 45,6% das respostas no total. • Taxa para mulheres: 53,3%. • Taxa para homens: 25,3%. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Local das Agressões Sexuais: <ul style="list-style-type: none"> • Residência das vítimas: <ul style="list-style-type: none"> • 52,3% das respostas. • Taxa para mulheres: 61,6%. • Taxa para homens: 27,4%. • Locais públicos: 21,5% das respostas. • Trabalho, estabelecimento de ensino ou bar e restaurante: 19,4% das respostas. |

Estes dados da PNS 2019 indicam que a violência sexual é mais prevalente entre mulheres jovens, com companheiros ou ex-companheiros sendo frequentemente citados como agressores. A residência é o local mais comum para essas agressões, especialmente para as mulheres.

8,9% das mulheres adultas já sofreram violência sexual alguma vez na vida

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência Geral de Violência Sexual ao Longo da Vida: |
|--|

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 5,9% da população adulta (9,4 milhões de pessoas) relataram ter sofrido violência sexual em algum momento da vida. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Gênero: <ul style="list-style-type: none"> • Mulheres: 8,9% relataram ter sofrido violência sexual. • Homens: 2,5% relataram ter sofrido violência sexual. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Faixa Etária: <ul style="list-style-type: none"> • Pessoas de 18 a 29 anos: Maior proporção com 7,2%. • Pessoas de 60 anos ou mais: Menor proporção com 3,5%. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Cor/Raça e Rendimento: <ul style="list-style-type: none"> • Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação à cor/raça ou rendimento domiciliar per capita. |

Estes dados da PNS 2019 revelam que uma porcentagem considerável da população adulta brasileira, especialmente mulheres, já sofreu violência sexual em algum momento da vida, com uma maior incidência entre as pessoas mais jovens. A análise não mostrou diferenças significativas em relação à cor/raça ou rendimento.

Trabalho à noite predominava entre os homens

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência Geral de Trabalho Noturno: <ul style="list-style-type: none"> • 13,3% dos trabalhadores ocupados com 15 anos ou mais (aproximadamente 13,2 milhões de trabalhadores) trabalhavam habitualmente entre as 20h e as 5h. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Gênero: <ul style="list-style-type: none"> • Homens: Maior prevalência de trabalho noturno com 16,3%. • Mulheres: Menor prevalência com 9,6%. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Nível de Educação: <ul style="list-style-type: none"> • Maior prevalência entre pessoas com nível médio completo e superior incompleto: 16,1%. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Renda: <ul style="list-style-type: none"> • Maior prevalência entre pessoas com rendimento domiciliar per capita acima de 5 salários mínimos: 16,9%. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Grupamentos de Atividades: <ul style="list-style-type: none"> • Alojamento e alimentação: Maior percentual de trabalho noturno com 28,7%. |

- Transporte, armazenagem e correio: Segundo maior percentual com 26,9%.

Estes dados da PNS 2019 indicam que o trabalho noturno é mais prevalente entre os homens, e particularmente mais comum em certos setores como alojamento, alimentação, transporte, armazenagem e correio, assim como entre pessoas com certos níveis de educação e renda.

49,0% dos trabalhadores foram expostos a fatores de risco à saúde

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência Geral de Exposição a Fatores de Risco: | <ul style="list-style-type: none"> • 49,0% dos trabalhadores ocupados com 15 anos ou mais (cerca de 48,5 milhões de pessoas) estavam expostos a fatores que poderiam afetar sua saúde. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Gênero: | <ul style="list-style-type: none"> • Homens: Maior prevalência com 59,7%. • Mulheres: Menor prevalência com 35,6%. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tipos de Exposição: | <ul style="list-style-type: none"> • Barulho intenso: 25,5% dos trabalhadores. • Exposição ao sol: 23,5%. • Agrotóxicos, gasolina, diesel, formol, chumbo, mercúrio, etc.: 13,8%. • Poeira mineral e outros pós industriais: 11,5%. • Resíduos urbanos (lixo): 6,7%. • Material biológico (sangue, agulhas, secreções): 5,4%. • Material radioativo: 1,5%. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Nível de Educação: | <ul style="list-style-type: none"> • Pessoas com até o fundamental incompleto: Maior prevalência com 60,8%. • Pessoas com ensino superior completo: Menor prevalência com 32,6%. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Cor/Raça: | <ul style="list-style-type: none"> • Pretos: 54,1% expostos a fatores de risco. • Pardos: 52,3% expostos. • Brancos: 44,6% expostos. |

Estes dados da PNS 2019 indicam que quase metade dos trabalhadores brasileiros está exposta a fatores de risco à saúde, com maior prevalência entre os homens, pessoas com menor nível de educação e entre os trabalhadores pretos e pardos. A exposição a barulho intenso e ao sol são os fatores de risco mais comuns.

PNS 2019: país tem 17,3 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência

Fonte: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/31445-pns-2019-pais-tem-17-3-milhoes-de-pessoas-com-algum-tipo-de-deficiencia>

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, aproximadamente 17,3 milhões de pessoas com dois anos ou mais de idade no Brasil, correspondendo a 8,4% dessa população, apresentavam alguma das deficiências investigadas pela pesquisa. Especificamente entre os idosos, essa prevalência aumentava para cerca de 24,8%. A distribuição das deficiências variava: 3,4% da população relatou ter deficiência visual, 1,1% deficiência auditiva, e 1,2% deficiência mental. Entre as pessoas de 5 a 40 anos com deficiência auditiva, 22,4% conheciam a Língua Brasileira de Sinais (Libras). Além disso, 3,8% das pessoas de dois anos ou mais apresentavam deficiência física nos membros inferiores, enquanto 2,7% apresentavam deficiência nos membros superiores.

Quanto à inserção no mercado de trabalho, apenas 28,3% das pessoas com deficiência em idade de trabalhar estavam empregadas, em contraste com 66,3% das pessoas sem deficiência. Adicionalmente, a pesquisa destacou que 67,6% da população com deficiência não possuía instrução ou tinha o ensino fundamental incompleto, uma

proporção significativamente maior do que as pessoas sem nenhuma das deficiências investigadas (30,9%).

A pesquisa também revelou que 72,3% dos idosos tomaram a vacina contra a gripe no período analisado, 15,5% sofreram quedas nos 12 meses anteriores à entrevista, e 34,6% foram diagnosticados com catarata. Entre os homens com 15 anos ou mais, 64,6% já haviam sido pais, com a idade média do primeiro filho sendo de 25,8 anos. Em relação ao planejamento familiar, 27,3% dos homens jovens gostariam de ter esperado mais para ter filhos, enquanto 10,4% dos homens mais velhos não desejavam ter mais filhos.

Na saúde feminina, 81,3% das mulheres entre 25 e 64 anos realizaram exame preventivo para câncer de útero nos últimos três anos, e 58,3% das mulheres de 50 a 69 anos fizeram mamografia nos últimos dois anos, um aumento em relação a 2013. Além disso, 80,5% das mulheres sexualmente ativas de 15 a 49 anos usavam métodos contraceptivos, sendo a pílula e a camisinha os mais comuns. Cerca de 17,3% das mulheres desse grupo etário haviam feito laqueadura.

No que diz respeito à maternidade, 4,7 milhões de mulheres de 15 anos ou mais deram à luz entre 2017 e 2019, com 87,2% delas sendo atendidas por médicos. Por fim, a pesquisa constatou que 76,0% das crianças de seis meses a menos de dois anos haviam recebido as três doses da vacina contra poliomielite, e 11,5% das crianças nessa faixa etária consumiam refrigerante.

Um em cada quatro idosos tinha algum tipo de deficiência

- **Prevalência Geral de Deficiência:**
 - 17,3 milhões de pessoas (8,4% da população) de 2 anos ou mais tinham pelo menos uma deficiência.

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> 14,4 milhões em domicílios urbanos e 2,9 milhões em domicílios rurais. |
| • Distribuição Geográfica: | <ul style="list-style-type: none"> Maior percentual no Nordeste: 9,9%. Outras regiões: Sudeste (8,1%), Sul (8,0%), Norte (7,7%), Centro-Oeste (7,1%). |
| • Prevalência por Faixa Etária: | <ul style="list-style-type: none"> Crianças de 2 a 9 anos: 1,5% (332 mil). Idosos (60 anos ou mais): 24,8% (8,5 milhões). |
| • Prevalência por Gênero: | <ul style="list-style-type: none"> Homens: 6,9% (6,7 milhões). Mulheres: 9,9% (10,5 milhões). |
| • Educação e Deficiência: | <ul style="list-style-type: none"> 67,6% das pessoas com deficiência e 18 anos ou mais tinham ensino fundamental incompleto ou sem instrução. Apenas 5,0% com nível superior completo (comparado a 17,0% sem deficiência). 16,6% com ensino médio completo ou superior incompleto (comparado a 37,2% sem deficiência). |
| • Nível de Ocupação: | <ul style="list-style-type: none"> 25,4% das pessoas com deficiência (14 anos ou mais) estavam ocupadas (comparado a 57,0% na população geral). 28,3% na força de trabalho (comparado a 66,3% sem deficiência). |
| • Força de Trabalho e Motivos para Não Trabalhar: | <ul style="list-style-type: none"> 48,9% das pessoas com deficiência fora da força de trabalho citaram problemas de saúde como motivo. 28,8% não desejavam trabalhar. 10,5% considerados muito jovens ou idosos. |
| • Ocupação por Tipo de Deficiência: | <ul style="list-style-type: none"> Deficiência visual: 32,6% ocupados. Deficiência auditiva: 25,4% ocupados. Deficiência física nos membros inferiores: 15,3% ocupados. Deficiência física nos membros superiores: 16,3% ocupados. Deficiência mental: 4,7% ocupados. |

O resumo baseado nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 oferece uma visão abrangente sobre a prevalência e o impacto das deficiências no Brasil, enfatizando as implicações socioeconômicas

significativas e as disparidades existentes, tanto em termos de ocupação quanto de educação, entre pessoas com e sem deficiência.

Primeiramente, a prevalência de deficiências revela um quadro desafiador, com 17,3 milhões de pessoas, ou 8,4% da população com dois anos ou mais, vivendo com algum tipo de deficiência. Essa condição é mais comum em áreas urbanas, o que pode refletir a concentração populacional e a maior facilidade de acesso a diagnósticos nessas regiões. A distribuição geográfica mostra uma prevalência mais alta no Nordeste, evidenciando possíveis desigualdades regionais no acesso a cuidados de saúde preventivos e tratamentos.

A análise por faixa etária revela que as deficiências são mais comuns entre os idosos, com quase um quarto dessa população afetada. Esta tendência aponta para a necessidade de políticas públicas focadas na saúde e bem-estar da população idosa, bem como para a preparação de infraestruturas urbanas e rurais que possam acomodar suas necessidades específicas.

Em relação à educação, a disparidade é acentuada. Entre as pessoas com deficiência e 18 anos ou mais, a maioria possui baixo nível de escolaridade, com 67,6% sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto. Em contraste, apenas 30,9% das pessoas sem deficiência apresentam esse nível de escolaridade. Além disso, apenas uma pequena fração das pessoas com deficiência alcança a educação superior. Essa discrepância sublinha a necessidade de políticas educacionais inclusivas que ofereçam suporte adequado às pessoas com deficiência, garantindo-lhes oportunidades iguais de educação.

A situação no mercado de trabalho também reflete desigualdades significativas. Apenas 28,3% das pessoas com deficiência em idade de trabalhar estavam na força de trabalho, comparado a 66,3% das

peças sem deficiência. Isso sugere barreiras significativas ao emprego para pessoas com deficiência, incluindo falta de acessibilidade, preconceitos e falta de oportunidades de trabalho adequadas. Essas barreiras não apenas limitam a independência financeira e a participação econômica das pessoas com deficiência, mas também reforçam ciclos de pobreza e exclusão social.

Destarte, evidencia-se a urgência de abordagens integradas e inclusivas em políticas públicas, que abordem as necessidades das pessoas com deficiência em todas as esferas da vida, desde a educação e emprego até o acesso a serviços de saúde adequados e infraestruturas acessíveis.

Quase 7 milhões de pessoas tinham deficiência visual

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência Geral de Deficiência Visual: | <ul style="list-style-type: none"> • 3,4% da população com 2 anos ou mais (6,978 milhões de pessoas) declararam ter muita dificuldade ou incapacidade de enxergar. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Gênero: | <ul style="list-style-type: none"> • Homens: 2,7% com deficiência visual. • Mulheres: 4,0% com deficiência visual. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Faixa Etária: | <ul style="list-style-type: none"> • Crianças de 2 a 9 anos: 0,5% com deficiência visual. • Idosos: 9,2% com deficiência visual. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Nível de Educação: | <ul style="list-style-type: none"> • Sem instrução ou ensino fundamental incompleto: 8,1% com deficiência visual. • Ensino fundamental completo ou médio incompleto: 3,2%. • Ensino médio completo ou superior incompleto: 2,1%. • Nível superior completo: 1,0%. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Renda Domiciliar: | <ul style="list-style-type: none"> • Rendimento de até 1 salário mínimo: 3,9% a 4,4% com deficiência visual. |

- Rendimento per capita de 5 salários mínimos ou mais: 1,2% com deficiência visual.
- **Prevalência no Mercado de Trabalho:**
 - Pessoas ocupadas: 2,3% com deficiência visual.
 - Fora da força de trabalho: 6,6% com deficiência visual.

A análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 sobre deficiência visual no Brasil revela nuances importantes que merecem atenção especial nas políticas públicas. A prevalência dessa deficiência, afetando 3,4% da população com dois anos ou mais, demonstra um desafio significativo em termos de saúde pública e inclusão social.

A variação da prevalência de deficiência visual por gênero, com uma incidência maior em mulheres (4,0%) do que em homens (2,7%), sugere a necessidade de abordagens diferenciadas na prevenção e tratamento dessa condição. Isso pode incluir campanhas de conscientização e programas de saúde que considerem as diferenças biológicas e sociais entre os gêneros.

Entre as faixas etárias, a alta prevalência entre idosos (9,2%) destaca a importância de focar nos cuidados oftalmológicos para a população mais velha. Com o envelhecimento da população, é essencial garantir acesso a exames regulares de visão, tratamentos para condições comuns como catarata e degeneração macular, e suporte para a convivência com a perda de visão.

As diferenças na prevalência de deficiência visual com base no nível de educação e situação econômica também são reveladoras. O fato de que a deficiência visual é mais comum em pessoas com menor nível educacional e em domicílios com rendimentos mais baixos aponta para desigualdades no acesso a cuidados de saúde preventivos e tratamentos. Isso pode ser devido à falta de recursos financeiros, à

menor conscientização sobre saúde ocular ou ao acesso limitado a serviços de saúde qualificados.

No que diz respeito ao mercado de trabalho, a deficiência visual afeta a participação econômica, com apenas 2,3% das pessoas ocupadas tendo essa condição, em comparação com 6,6% fora da força de trabalho. Isso ressalta a necessidade de programas de inclusão no trabalho que ofereçam oportunidades equitativas para pessoas com deficiência visual, além de adequação do ambiente de trabalho e tecnologias assistivas.

Os dados da PNS 2019 sublinham a necessidade de políticas integradas que abordem não apenas os aspectos de saúde associados à deficiência visual, mas também suas implicações socioeconômicas. Isso inclui a melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento, a promoção da educação inclusiva e o suporte à empregabilidade das pessoas com deficiência visual.

2,3 milhões de pessoas tinham deficiência auditiva

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência Geral de Deficiência Auditiva: | <ul style="list-style-type: none"> • 1,1% da população com 2 anos ou mais (2,3 milhões de pessoas) tinham deficiência auditiva. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Faixa Etária: | <ul style="list-style-type: none"> • Crianças de 2 a 9 anos: 31 mil com deficiência auditiva. • Idosos (60 anos ou mais): 1,5 milhão (4,3%) com deficiência auditiva. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Nível de Educação: | <ul style="list-style-type: none"> • Sem instrução ou ensino fundamental incompleto: 2,9% com deficiência auditiva. • Nível superior concluído: 0,5% com deficiência auditiva. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Renda: | <ul style="list-style-type: none"> • Maior proporção (1,5%) entre quem ganha de ½ a 1 salário-mínimo. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência no Mercado de Trabalho: | |

- População em idade de trabalhar (14 anos ou mais): 1,3% com deficiência auditiva.
 - Populações ocupada e desocupada: Apenas 0,6% com deficiência auditiva.
 - Fora da força de trabalho: 2,6% com deficiência auditiva.
- **Conhecimento da Língua Brasileira de Sinais (Libras):**
 - 22,4% das pessoas de 5 a 40 anos com deficiência auditiva sabiam usar Libras.
 - Entre aqueles que não conseguiam ouvir de forma alguma: 61,3% (43 mil pessoas) conheciam Libras.

Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 sobre deficiência auditiva no Brasil apontam para várias questões críticas que requerem atenção especial nas políticas públicas. O aumento da prevalência de deficiência auditiva com a idade, especialmente notável entre idosos, onde atinge 4,3% da população, sugere a necessidade de estratégias de saúde pública focadas no envelhecimento. Isso inclui a ampliação do acesso a serviços de saúde auditiva, como triagens regulares, tratamentos e adaptações para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

As diferenças na prevalência de deficiência auditiva em relação ao nível de educação e situação econômica também são reveladoras. A maior prevalência entre indivíduos com menor nível de educação e renda sugere que fatores socioeconômicos podem influenciar tanto o risco de deficiência auditiva quanto o acesso a serviços de saúde auditiva. Isso ressalta a necessidade de políticas que garantam o acesso equitativo a cuidados auditivos, independentemente do status socioeconômico.

No mercado de trabalho, apenas 1,3% da população em idade de trabalhar com deficiência auditiva estão empregados, comparado a uma maior taxa na população geral. Essa discrepância indica a necessidade de maior inclusão no local de trabalho, incluindo a adoção de tecnologias assistivas, treinamento para empregadores e colegas

de trabalho e adaptações no ambiente de trabalho para acomodar as necessidades de pessoas com deficiência auditiva.

Além disso, o conhecimento da Língua Brasileira de Sinais (Libras) por uma proporção significativa da população com deficiência auditiva destaca a importância desta língua como ferramenta essencial para comunicação e inclusão social. O fato de 61,3% das pessoas que não conseguem ouvir de forma alguma conhecerem Libras sublinha a necessidade de promover a educação e o uso de Libras não apenas na comunidade surda, mas também na sociedade em geral.

Portanto, os dados da PNS 2019 enfatizam a necessidade de políticas inclusivas e abrangentes que abordem as múltiplas dimensões da vida das pessoas com deficiência auditiva, desde o acesso à educação e emprego até o cuidado com a saúde auditiva e a promoção da comunicação acessível através de Libras.

7,8 milhões de pessoas tinham deficiência física nos membros inferiores

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Prevalência de Deficiência Física nos Membros Inferiores:<ul style="list-style-type: none">• 3,8% da população com 2 anos ou mais (7,8 milhões de pessoas) apresentavam deficiência física nos membros inferiores.• Prevalência maior entre mulheres: 4,8%.• Prevalência entre homens: 2,7%.• Entre idosos (60 anos ou mais): 14,4% (5,0 milhões) com essa deficiência. |
| <ul style="list-style-type: none">• Prevalência de Deficiência Física nos Membros Superiores:<ul style="list-style-type: none">• 2,7% da população com 2 anos ou mais (5,5 milhões de pessoas) apresentavam deficiência física nos membros superiores. |

Estes dados apontam para a importância de políticas de saúde e acessibilidade que sejam adaptadas às necessidades de pessoas com deficiências físicas nos membros inferiores e superiores, especialmente considerando a maior incidência entre mulheres e idosos para

deficiências nos membros inferiores. A informação é essencial para o planejamento de estratégias que promovam inclusão e bem-estar para esses grupos na sociedade.

Pessoas com deficiência mental corresponderam a 1,2% da população em 2019

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência Geral de Deficiência Mental: <ul style="list-style-type: none"> • 1,2% da população com 2 anos ou mais (2,5 milhões de pessoas) tinha deficiência mental. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Faixa Etária: <ul style="list-style-type: none"> • Entre idosos (60 anos ou mais): 2,9% apresentavam deficiência mental. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Nível de Educação: <ul style="list-style-type: none"> • Entre pessoas de 18 anos ou mais com nível superior: 0,3% tinham deficiência mental. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência no Mercado de Trabalho: <ul style="list-style-type: none"> • Entre a população de 14 anos ou mais: <ul style="list-style-type: none"> • 0,1% dos ocupados (105 mil pessoas) tinham deficiência mental. • 0,2% dos desocupados (15 mil pessoas) tinham essa deficiência. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Renda Domiciliar: <ul style="list-style-type: none"> • Entre pessoas com deficiência mental de 2 anos ou mais: <ul style="list-style-type: none"> • 1,0% (197 mil pessoas) viviam em domicílios sem rendimento ou com rendimento de até ¼ do salário mínimo. |

Estes dados demonstram a importância de abordagens inclusivas e adaptadas para pessoas com deficiência mental em diversos aspectos da vida social, incluindo a necessidade de suporte adequado em ambientes educacionais, de trabalho e de assistência social, especialmente considerando as maiores taxas de prevalência entre idosos e pessoas em situações de baixa renda.

1,7 milhão de pessoas utilizavam algum recurso para ouvir melhor

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Uso de Recursos para Auxílio Visual:<ul style="list-style-type: none">• 40,4% da população com 2 anos ou mais (82,7 milhões de pessoas) utilizavam óculos, lentes de contato, lupas ou lentes especiais, bengala articulada ou cão guia.• Maior prevalência entre idosos: 72,0%. |
| <ul style="list-style-type: none">• Uso de Recursos para Auxílio Auditivo:<ul style="list-style-type: none">• 0,8% da população com 2 anos ou mais (1,7 milhão de pessoas) utilizavam recursos como aparelho auditivo, implante coclear ou sistema FM. |
| <ul style="list-style-type: none">• Uso de Recursos para Mobilidade e Movimento:<ul style="list-style-type: none">• 1,7% da população com 2 anos ou mais (3,5 milhões de pessoas) utilizavam cadeira de rodas, bengala, muletas, andador ou alguma prótese/órtese.• 0,5% da população (1,1 milhão de pessoas) utilizavam prótese/órtese para auxiliar no movimento dos membros superiores. |
| <ul style="list-style-type: none">• Aquisição de Aparelhos de Auxílio pelo SUS:<ul style="list-style-type: none">• Entre as pessoas que usavam ao menos um aparelho de auxílio, 5,7% (ou 4,6 milhões de pessoas) obtiveram pelo menos um aparelho pelo Sistema Único de Saúde (SUS). |

Estes dados destacam a relevância do uso de recursos assistivos na população brasileira, especialmente entre os idosos. O acesso a esses recursos, incluindo óculos, aparelhos auditivos e dispositivos de mobilidade, é fundamental para melhorar a qualidade de vida e a independência das pessoas com deficiências. Além disso, o papel do SUS na provisão desses aparelhos ressalta a importância de políticas públicas de saúde que garantam o acesso a esses recursos essenciais.

15,5% dos idosos sofreram alguma queda no período de referência

9,5% dos idosos tinham limitação para atividades simples da rotina

Um a cada cinco idosos tinha limitação para atividades instrumentais do dia a dia

Em 2019, um terço dos idosos tinha recebido diagnóstico de catarata

75,4% dos idosos usavam medicações de uso contínuo com receita médica

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Quedas Entre Idosos: <ul style="list-style-type: none"> • 15,5% dos idosos (60 anos ou mais) sofreram quedas nos últimos 12 meses. • Maior prevalência entre mulheres (18,6%) do que em homens (11,5%). • Aumento da prevalência com a idade, especialmente acima de 75 anos (22,3%). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Limitações nas Atividades de Vida Diária (AVD): <ul style="list-style-type: none"> • 9,5% dos idosos tinham limitações para realizar AVD. • Maior proporção entre mulheres (10,6%) do que em homens (8,2%). • Aumento da prevalência com a idade e com menor nível de instrução. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Limitações nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): <ul style="list-style-type: none"> • 20,4% dos idosos com limitações para AIVD. • Maior prevalência entre mulheres (24,6%) e no Nordeste (25,8%). • Aumento da proporção com a idade e menor nível de instrução. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de Catarata: <ul style="list-style-type: none"> • 34,6% dos idosos foram diagnosticados com catarata. • Menor prevalência no Sul (28,3%) e Sudeste (33,2%). • Maior prevalência entre mulheres (38,6%) do que em homens (29,4%). • 74,2% dos diagnosticados com catarata realizaram cirurgia, sendo 46,7% pelo SUS. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Uso de Medicações de Uso Contínuo: <ul style="list-style-type: none"> • 75,4% dos idosos usavam medicamentos prescritos regularmente. • Maior uso entre mulheres (81,1%) e em áreas urbanas (76,3%). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Vacinação Contra a Gripe: <ul style="list-style-type: none"> • 72,3% dos idosos foram vacinados contra a gripe. • Aumento da taxa de vacinação com a idade. • Principais motivos para não vacinação: não achar necessário (41,8%) e medo da reação (19,8%). |

Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 enfatizam a necessidade crítica de políticas de saúde públicas direcionadas às necessidades dos idosos no Brasil, um grupo que enfrenta desafios únicos em termos de saúde e bem-estar.

- **Prevenção de Quedas:** Com 15,5% dos idosos sofrendo quedas, é fundamental implementar medidas preventivas, como programas de exercícios para melhorar o equilíbrio e a força, adaptações no ambiente doméstico para reduzir riscos e campanhas de conscientização sobre os perigos das quedas. A maior prevalência de quedas entre mulheres idosas sugere a necessidade de abordagens específicas que considerem diferenças de gênero em termos de saúde óssea e risco de osteoporose.
- **Suporte para Atividades Diárias:** A dificuldade significativa de 9,5% dos idosos em realizar Atividades de Vida Diária (AVD) destaca a necessidade de serviços de assistência domiciliar, programas de reabilitação e apoio de cuidadores, especialmente considerando que as limitações aumentam com a idade e são mais prevalentes entre mulheres.
- **Cuidados Oftalmológicos:** Com um terço dos idosos diagnosticados com catarata, políticas que promovam o acesso a exames oftalmológicos regulares e tratamentos, incluindo cirurgias de catarata, são essenciais. A menor prevalência de catarata em algumas regiões indica a necessidade de investigar e abordar as desigualdades regionais no acesso a cuidados oftalmológicos.
- **Promoção da Vacinação e Uso Responsável de Medicamentos:** A vacinação contra a gripe atingiu 72,3% dos idosos, mas ainda há

espaço para melhorar a cobertura. Campanhas de conscientização sobre a importância da vacinação e combate aos mitos relacionados às vacinas são necessários. Além disso, com 75,4% dos idosos utilizando medicamentos de uso contínuo, políticas para garantir o acesso a medicamentos essenciais e educação sobre seu uso responsável são imperativas.

Esses dados sublinham a importância de uma abordagem holística e integrada na saúde dos idosos, envolvendo não apenas o setor de saúde, mas também outros setores como habitação, assistência social e transporte. O objetivo deve ser promover um envelhecimento saudável e ativo, garantindo que os idosos possam viver com dignidade, segurança e independência.

64,6% dos homens de 15 anos ou mais já tinham filhos em 2019

Em 2019, o número médio de filhos para cada homem era 1,7

Média de idade dos homens ao ter o primeiro filho foi 25,8 anos

7,3% dos pais de 15 a 34 anos não queriam ter filhos

76,7% dos pais participaram do acompanhamento pré-natal

• **Prevalência de Paternidade:**

- 64,6% dos homens com 15 anos ou mais já eram pais.
- Entre homens de 15 a 29 anos: 19,0% já eram pais.
- Na faixa etária de 30 a 39 anos: 67,5% em áreas urbanas e 76,9% em áreas rurais já eram pais.
- Entre homens de 40 a 59 anos: 85,3%, e acima de 60 anos: 91,4%.

• **Influência do Nível de Instrução:**

- Entre homens de 15 a 29 anos com ensino médio ou superior: 17,1% já eram pais.
- Entre os de 30 a 39 anos com ensino médio ou superior: 63,1% já eram pais.

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Número Médio de Filhos: <ul style="list-style-type: none"> • Média geral: 1,7 filhos por homem. • Homens de 30 a 39 anos: média de 1,3 filhos. • Homens de 40 a 59 anos: média de 2,1 filhos. • Homens acima de 60 anos: média de 3,6 filhos. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Idade Média ao Ter o Primeiro Filho: <ul style="list-style-type: none"> • Idade média geral: 25,8 anos. • Na área urbana: 26,0 anos; na área rural: 24,9 anos. • Menor idade média no Norte (24,3 anos) e maior no Sudeste (26,6 anos). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Desejo de Ter Filhos: <ul style="list-style-type: none"> • Entre homens de 15 a 34 anos: 65,5% queriam ter filho naquele momento. • Entre homens de 35 anos ou mais: 74,8% queriam ter filho. • Entre homens de 15 a 34 anos: 7,3% não queriam ter filhos. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Participação no Pré-Natal: <ul style="list-style-type: none"> • 95,2% dos homens com esposa ou companheira grávida ou filho menor de 6 anos afirmaram que a companheira fez pré-natal. • 61,3% dos pré-natais foram realizados no SUS. • 76,7% dos homens participaram do acompanhamento pré-natal. |

Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 destacam a importância de abordar as desigualdades na saúde reprodutiva masculina e na paternidade, mostrando disparidades significativas baseadas em idade, localização geográfica, nível educacional e status socioeconômico. Essas desigualdades apontam para a necessidade de políticas mais inclusivas e acessíveis.

- **Desigualdades por Idade e Localização Geográfica:** A prevalência de paternidade aumenta com a idade, sendo muito mais alta entre homens mais velhos. Isso sugere uma mudança nos padrões de paternidade ao longo do tempo, com os jovens homens de hoje menos propensos a se tornarem pais em idades mais jovens. Além disso, as diferenças entre áreas urbanas e rurais, onde a paternidade é mais comum em áreas rurais,

destacam as variações culturais e de acesso a serviços de saúde reprodutiva.

- **Influência do Nível Educacional:** Homens com maior nível educacional tendem a se tornar pais mais tarde e têm menos filhos em comparação com aqueles com menor nível educacional. Isso indica que a educação influencia decisões reprodutivas e sugere que homens com menor escolaridade podem ter acesso limitado a informações sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos.
- **Desejo de Ter Filhos:** Uma proporção significativa de homens mais jovens relatou que prefeririam ter esperado mais para ter filhos, indicando uma desconexão potencial entre as intenções reprodutivas e a realidade. Isso sugere a necessidade de programas educacionais focados na paternidade responsável e no planejamento familiar.
- **Participação no Pré-Natal:** Embora uma grande maioria dos homens cujas parceiras estavam grávidas tenha declarado que as parceiras realizaram pré-natal, a participação masculina direta ainda é menor. Isso ressalta a necessidade de sensibilizar os homens sobre a importância de seu envolvimento no pré-natal e no acompanhamento da saúde da parceira e dos filhos.

A falta de políticas inclusivas para abordar essas desigualdades pode perpetuar ciclos de desinformação, falta de acesso a serviços de saúde reprodutiva e desafios na parentalidade. Portanto, é essencial que as políticas de saúde pública considerem essas disparidades e trabalhem para promover a igualdade no acesso à informação e aos serviços de saúde reprodutiva, incentivando uma paternidade responsável e apoiada.

81,3% das mulheres entre 25 e 64 anos fizeram o Papanicolau há menos de 3 anos

16,6% das mulheres idosas já foram submetidas à histerectomia

30,5% das mulheres adultas nunca fizeram exame clínico das mamas

58,3% das mulheres de 50 a 69 anos fizeram mamografia há menos de 2 anos

80,5% das mulheres sexualmente ativas usavam algum método contraceptivo

98,2% das grávidas no período de referência fizeram consulta pré-natal

Cerca de 87,2% dos partos foram realizados por médicos

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Realização do Exame Papanicolau: <ul style="list-style-type: none"> • 81,3% das mulheres entre 25 e 64 anos fizeram o exame nos últimos 3 anos. • Regiões Sul (84,8%) e Sudeste (84,1%) acima da média nacional; Nordeste (76,4%) abaixo. • Mulheres sem instrução ou com fundamental incompleto menos propensas a fazer o exame (72,5%) do que aquelas com superior completo (90,4%). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Razões para Não Realizar o Papanicolau: <ul style="list-style-type: none"> • 6,1% das mulheres dessa faixa etária nunca fizeram o exame. • Principais motivos: não achar necessário (45,1%) e vergonha (13,1%). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Histerectomia Entre Idosas: <ul style="list-style-type: none"> • 16,6% das mulheres idosas submetidas à histerectomia. • Mioma uterino foi o principal motivo (68,1%). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Exame Clínico das Mamas: <ul style="list-style-type: none"> • 33,7% das mulheres fizeram o exame no último ano. • 30,5% nunca realizaram o exame, com maior negligência entre as mais jovens. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mamografia: <ul style="list-style-type: none"> • 58,3% das mulheres de 50 a 69 anos realizaram mamografia nos últimos 2 anos. |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Menor realização em regiões com menor renda per capita. |
| <ul style="list-style-type: none"> Uso de Métodos Contraceptivos: | <ul style="list-style-type: none"> 80,5% das mulheres sexualmente ativas usavam algum método contraceptivo. Maior uso da pílula entre mulheres mais jovens; laqueadura mais comum em mulheres mais velhas. |
| <ul style="list-style-type: none"> Razões para Não Usar Contraceptivos: | <ul style="list-style-type: none"> 19,5% das mulheres não usavam métodos contraceptivos. Principais razões: desejo de engravidar (47,3%) e gravidez atual (15,7%). |
| <ul style="list-style-type: none"> Consultas Pré-Natal: | <ul style="list-style-type: none"> 98,2% das gestantes fizeram pelo menos uma consulta pré-natal. Início mais precoce do pré-natal entre mulheres com maior nível educacional. |
| <ul style="list-style-type: none"> Atendimento no Parto: | <ul style="list-style-type: none"> 87,2% dos partos foram realizados por médicos. Maioria dos partos ocorreu em hospitais ou maternidades (93,9%). Cesáreas representaram 55% dos nascimentos. |

Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 revelam desigualdades significativas na saúde reprodutiva e maternidade das mulheres no Brasil, demonstrando que o acesso a cuidados de saúde, a escolha dos métodos contraceptivos e as práticas de parto são influenciados por vários fatores socioeconômicos e geográficos.

- **Acesso a Exames Preventivos:** A realização do exame Papanicolau varia significativamente com o nível de educação e a região. Mulheres com menor nível educacional e aquelas que vivem na Região Nordeste têm menos probabilidade de fazer o exame, apontando para uma lacuna no acesso a serviços de saúde preventiva. Essa disparidade sugere a necessidade de programas de conscientização e de facilitação do acesso a exames preventivos em regiões e grupos sociais específicos.
- **Influência da Educação e Renda no Uso de Métodos Contraceptivos:** A escolha e o uso de métodos contraceptivos

também são desiguais. Mulheres com maior educação e renda tendem a ter acesso a uma gama mais ampla de opções e a usar métodos mais eficazes. Em contraste, as mulheres de grupos socioeconômicos mais baixos podem ter menos opções e, portanto, maior risco de gravidez indesejada.

- **Desigualdades no Tipo de Parto:** A alta taxa de cesarianas, particularmente em regiões com maior renda, sugere uma tendência preocupante de medicalização do parto, muitas vezes sem necessidade médica. Isso contrasta com as áreas mais pobres, onde as mulheres podem não ter acesso adequado a opções de parto seguro, seja vaginal ou cesariana.
- **Início do Pré-Natal e Atendimento no Parto:** As mulheres com maior nível educacional começam o pré-natal mais cedo e têm maior probabilidade de receber um acompanhamento adequado durante a gestação. Além disso, a diferença no tipo de profissional que realiza o parto (médico, enfermeiro, parteira) e o local do parto (hospital, maternidade, domicílio) também indica desigualdades no acesso a cuidados de saúde materna.

Essas desigualdades sublinham a necessidade de políticas de saúde pública que abordem especificamente os fatores que impedem as mulheres, especialmente aquelas em grupos vulneráveis, de acessar cuidados de saúde reprodutiva e materna de qualidade. Isso inclui melhorar a educação e a conscientização sobre saúde reprodutiva, garantir a disponibilidade e a acessibilidade de uma variedade de métodos contraceptivos e assegurar que todas as mulheres tenham acesso a cuidados pré-natais e partos seguros, respeitando suas escolhas e necessidades.

Cerca de 11,5% das crianças com menos de 2 anos tomavam refrigerante

73,0% dos bebês fizeram teste do pezinho até 5 dias após o nascimento

76,0% das crianças de 6 meses a 2 anos de idade foram vacinadas contra poliomielite

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Amamentação:<ul style="list-style-type: none">• 27,8% das crianças com menos de 6 meses eram alimentadas exclusivamente com leite materno. |
| <ul style="list-style-type: none">• Consumo de Alimentos e Bebidas Não Saudáveis:<ul style="list-style-type: none">• 57,8% das crianças com menos de dois anos comem biscoitos, bolachas ou bolo.• 25,0% consumiam doces ou alimentos açucarados.• 11,5% das crianças bebiam refrigerante e 16,9%, suco artificial. |
| <ul style="list-style-type: none">• Realização de Testes Neonatais:<ul style="list-style-type: none">• Teste do pezinho: realizado em 73,0% dos bebês até o 5º dia de vida.• Teste da orelhinha: feito em 48,6% dos bebês até o 2º dia de vida.• Teste do olhinho: realizado em 60,2% das crianças nas primeiras 24 horas de vida.• Teste do coraçãozinho: feito em 62,3% das crianças entre 24 e 48 horas de vida. |
| <ul style="list-style-type: none">• Vacinação:<ul style="list-style-type: none">• 76,2% das crianças de 6 meses a menos de dois anos receberam a vacina pentavalente.• 76,0% foram vacinadas contra poliomielite.• 89,9% das crianças de 4 meses a menos de dois anos receberam as duas doses da vacina pneumocócica, mas apenas 46,7% das crianças de 12 meses a menos de dois anos receberam a dose de reforço.• 53,3% das crianças de 12 meses a menos de dois anos receberam a tríplice viral. |

Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 revelam desigualdades significativas na saúde e nutrição infantil no Brasil, destacando a necessidade de abordagens específicas para lidar com essas questões:

- **Desigualdades na Nutrição Infantil:** O alto consumo de alimentos e bebidas não saudáveis, como biscoitos, doces e refrigerantes, entre crianças menores de dois anos, indica uma preocupação com hábitos alimentares precoces que podem levar a problemas de saúde a longo prazo. Esta tendência pode ser influenciada por fatores socioeconômicos, incluindo acesso limitado a alimentos saudáveis e falta de conscientização sobre nutrição infantil em algumas comunidades.
- **Amamentação e Testes Neonatais:** A taxa de amamentação exclusiva abaixo do ideal e a cobertura variável dos testes neonatais essenciais refletem desigualdades no acesso a serviços de saúde materno-infantil. Crianças em regiões ou famílias com menos recursos podem não receber o mesmo nível de atenção preventiva ou de cuidados de saúde iniciais, colocando-as em desvantagem desde o início da vida.
- **Cobertura de Vacinação:** As variações nas taxas de vacinação entre crianças menores de dois anos, especialmente em vacinas importantes como a pneumocócica e a tríplice viral, indicam diferenças no acesso a serviços de vacinação. Isso pode estar relacionado a fatores como localização geográfica, recursos de saúde disponíveis e níveis de conscientização sobre a importância da vacinação.

Para enfrentar essas desigualdades, é necessário implementar políticas públicas que promovam a amamentação e reduzam o consumo de alimentos não saudáveis, além de fortalecer os programas de vacinação e testes neonatais. Isso inclui a educação nutricional para famílias, o acesso a alimentos saudáveis e acessíveis, e a garantia de que todos os recém-nascidos e crianças pequenas tenham acesso

igualitário a serviços de saúde preventivos e imunizações. Essas medidas são fundamentais para assegurar um começo de vida saudável para todas as crianças, independentemente de sua origem socioeconômica ou geográfica.

PNS 2019: Cai o consumo de tabaco, mas aumenta o de bebida alcoólica

Fonte: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29471-pns-2019-cai-o-consumo-de-tabaco-mas-aumenta-o-de-bebida-alcoolica>

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, realizada em parceria com o Ministério da Saúde, fornece um panorama abrangente das práticas de saúde e estilos de vida da população brasileira, incluindo hábitos alimentares, atividade física, diabetes, depressão, e particularmente, o consumo de tabaco e álcool. Os resultados revelam tendências e desigualdades significativas no que se refere ao tabagismo e ao consumo de álcool.

Em termos de tabagismo, houve uma diminuição notável no Brasil. Em 2019, a prevalência de usuários de produtos derivados do tabaco, incluindo fumados e não fumados, foi de 12,8% entre a população de 18 anos ou mais, representando uma queda em relação aos 14,9% registrados em 2013. Essa tendência de declínio no tabagismo reflete os esforços contínuos em políticas de saúde pública voltadas para a redução do consumo de tabaco.

Por outro lado, o consumo de álcool apresentou um aumento preocupante, especialmente entre as mulheres. Em 2019, 26,4% da população adulta relatou consumir álcool pelo menos uma vez por semana, um aumento de 2,5 pontos percentuais em comparação com 2013. Notavelmente, a proporção de mulheres que bebiam

semanalmente cresceu 4,1 pontos percentuais desde 2013, atingindo 17,0% em 2019. Embora a taxa de consumo semanal de álcool entre os homens ainda seja maior, em 37,1%, a estabilidade desse percentual e o aumento substancial entre as mulheres indicam uma mudança nos padrões de consumo de álcool, ressaltando a necessidade de políticas de saúde pública que abordem de maneira mais eficaz o crescente consumo de álcool, especialmente entre as mulheres.

7,2 milhões de pessoas dirigiram depois de beber, em 2019

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência Geral de Condução após Consumo de Álcool: <ul style="list-style-type: none"> • 17,0% das pessoas que dirigiam carros ou motocicletas admitiram dirigir após beber, totalizando 7,2 milhões de pessoas. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Diferenças de Gênero: <ul style="list-style-type: none"> • Homens apresentaram uma taxa maior (20,5%) de dirigir após beber em comparação com as mulheres (7,8%). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Variação Regional: <ul style="list-style-type: none"> • A proporção variou regionalmente: 14,8% no Sul e Sudeste, aumentando para 23,4% no Norte. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Diferença entre Áreas Urbanas e Rurais: <ul style="list-style-type: none"> • Condução após ingestão de álcool foi mais comum em áreas rurais (22,5%) do que em áreas urbanas (16,2%). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Faixas Etárias: <ul style="list-style-type: none"> • Maior prevalência entre condutores de 25 a 39 anos (21,2%). • Menor prevalência entre idosos (60 anos ou mais) com 11,0%. |

Esses dados indicam a necessidade de políticas de conscientização e fiscalização mais efetivas para combater a prática de dirigir após o consumo de álcool, especialmente considerando as diferenças observadas entre gêneros, regiões e ambientes rurais versus urbanos.

A prevalência mais alta entre os jovens adultos sugere que intervenções específicas para este grupo etário podem ser particularmente benéficas.

Autoavaliação da saúde do brasileiro permanece como "boa" ou "muito boa"

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Autoavaliação Geral da Saúde:<ul style="list-style-type: none">• 66,1% das pessoas com 18 anos ou mais no Brasil autoavaliaram sua saúde como boa ou muito boa.• 28,1% consideraram seu estado de saúde como regular.• 5,8% avaliaram sua saúde como ruim ou muito ruim. |
| <ul style="list-style-type: none">• Comparação com 2013:<ul style="list-style-type: none">• O percentual de autoavaliação positiva em 2019 foi similar ao de 2013 (66,2%). |
| <ul style="list-style-type: none">• Variações Regionais:<ul style="list-style-type: none">• Maior percentual de avaliações positivas na região Sul (71,9%).• Menor percentual na região Nordeste (56,7%). |
| <ul style="list-style-type: none">• Diferenças de Gênero:<ul style="list-style-type: none">• Homens mais propensos a avaliar sua saúde positivamente (70,4%) do que mulheres (62,3%). |
| <ul style="list-style-type: none">• Influência da Idade:<ul style="list-style-type: none">• Redução do percentual de avaliações positivas com o aumento da faixa etária. |

Estes dados destacam a percepção geral positiva da saúde dos brasileiros, embora revelem variações significativas com base em fatores regionais, de gênero e idade. A menor taxa de autoavaliação positiva no Nordeste sugere desigualdades regionais em termos de acesso a serviços de saúde e qualidade de vida. Além disso, as diferenças entre homens e mulheres na percepção de saúde podem indicar variações nas experiências de saúde e bem-estar entre os gêneros. A diminuição da percepção positiva da saúde com o avanço da idade também aponta para a importância de políticas de saúde focadas nas necessidades dos idosos.

Área urbana consome duas vezes mais alimentos ultraprocessados do que a rural

- **Consumo de Alimentos Ultraprocessados:**
 - 14,3% da população consumiu cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados.
 - Moradores de áreas urbanas consomem mais alimentos ultraprocessados (15,4%) do que aqueles em áreas rurais (7,4%).
- **Consumo de Frutas e Hortaliças:**
 - Apenas 13,0% da população adulta atingiu o consumo recomendado de frutas e hortaliças.
 - Variação regional: 9,0% no Nordeste e 16,0% no Sudeste.
 - Mulheres consomem mais frutas e hortaliças (15,4%) do que homens (10,2%).
 - Aumento do consumo com a idade e o grau de escolaridade.
- **Consumo de Peixe:**
 - 46,6% da população consumia peixe pelo menos uma vez por semana.
 - Maior consumo na Região Norte (74,1%) e Nordeste (56,3%).
 - Menor consumo na Região Sul (34,3%).
- **Percepção do Consumo de Sal:**
 - 12,7% da população considerou seu consumo de sal como alto ou muito alto.
 - Consumo percebido como alto é menor em áreas rurais (9,0%) do que em áreas urbanas (13,3%).
 - Homens têm maior percepção de alto consumo de sal (14,5%) em comparação com mulheres (11,2%).

Esses dados evidenciam desigualdades no consumo alimentar e na percepção de hábitos alimentares entre diferentes regiões, áreas urbanas e rurais, gêneros e faixas etárias. O maior consumo de alimentos ultraprocessados em áreas urbanas sugere a influência do estilo de vida e da disponibilidade de alimentos nesses locais. A variabilidade regional no consumo de frutas, hortaliças e peixe reflete as diferenças culturais e de acesso a esses alimentos. A percepção sobre o consumo de sal também varia, indicando a necessidade de

conscientização e educação alimentar adaptada às diferentes realidades da população brasileira.

Homens praticam atividade física no lazer e as mulheres, em atividades domésticas

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Atividade Física no Lazer: <ul style="list-style-type: none"> • 34,2% dos homens adultos praticaram o nível recomendado de atividade física no lazer, em comparação com 26,4% das mulheres. • A média nacional foi de 30,1%, mostrando um aumento em relação a 2013 (22,7%). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Inatividade Física Geral: <ul style="list-style-type: none"> • 40,3% da população adulta foi classificada como insuficientemente ativa, não atingindo 150 minutos de atividade física semanal. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Atividade Física no Trabalho: <ul style="list-style-type: none"> • 42,6% dos adultos eram fisicamente ativos no trabalho. • Maior atividade física no trabalho em áreas rurais (60,0%) do que em áreas urbanas (40,1%). • Homens (49,2%) mais ativos fisicamente no trabalho do que mulheres (34,4%). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Atividade Física no Deslocamento: <ul style="list-style-type: none"> • Diferenças raciais no deslocamento: 28,6% dos brancos, 38,9% dos pretos e 32,8% dos pardos praticavam atividade física diária no deslocamento. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Atividades Domésticas: <ul style="list-style-type: none"> • 15,8% dos adultos realizavam atividade física em tarefas domésticas por pelo menos 150 minutos semanais. • Maior prevalência entre mulheres (21,8%) do que em homens (9,1%). |

Estes dados ressaltam as desigualdades de gênero, raciais e regionais nas práticas de atividade física no Brasil. Homens são mais ativos no lazer e no trabalho, enquanto mulheres têm maior participação em atividades físicas domésticas. Além disso, as variações na atividade física no deslocamento entre diferentes grupos raciais e a maior atividade física no trabalho em áreas rurais apontam para diferenças

na rotina e no estilo de vida entre esses grupos. Estes resultados indicam a necessidade de políticas públicas que promovam a igualdade de acesso a oportunidades de atividade física para todos os grupos sociais.

23,9% dos adultos do país estavam hipertensos

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência Geral de Hipertensão: <ul style="list-style-type: none"> • 23,9% da população adulta (38,1 milhões de pessoas) foram diagnosticadas com hipertensão arterial. • A prevalência foi ligeiramente superior à de 2013 (21,4%). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de Doenças Crônicas: <ul style="list-style-type: none"> • 52,0% dos adultos receberam diagnóstico de pelo menos uma doença crônica. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Assistência Médica para Hipertensos: <ul style="list-style-type: none"> • 72,2% dos hipertensos afirmaram ter recebido assistência médica para a doença no ano anterior à pesquisa. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Incidência de Hipertensão por Faixa Etária: <ul style="list-style-type: none"> • A incidência de hipertensão aumenta com a idade: apenas 2,8% no grupo de 18 a 29 anos, mas 62,1% entre aqueles com 75 anos ou mais. |

Estes dados indicam que a hipertensão é uma preocupação significativa para a saúde pública no Brasil, afetando quase um quarto da população adulta. A crescente prevalência com a idade destaca a importância de medidas preventivas e de controle da hipertensão, especialmente entre os idosos. A assistência médica para a maioria dos hipertensos é positiva, mas ainda há espaço para melhorias na gestão e tratamento dessa condição crônica.

Diabetes já atinge 7,7% da população adulta

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência de Diabetes: |
|---|

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • 7,7% dos adultos (12,3 milhões de pessoas) foram diagnosticados com diabetes. • Aumento em relação a 2013, quando a prevalência era de 6,2%. |
| • | Diferenças de Gênero no Diagnóstico de Diabetes: |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Maior prevalência entre mulheres (8,4%) do que em homens (6,9%). |
| • | Locais de Assistência Médica para Diabetes: |
| | <ul style="list-style-type: none"> • A maioria dos diagnosticados com diabetes (49,6%) recebeu assistência em Unidades Básicas de Saúde. • 30,0% receberam assistência em consultórios particulares ou clínicas privadas. |
| • | Prevalência de Colesterol Alto: |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 14,6% dos adultos (23,2 milhões) tiveram diagnóstico médico de colesterol alto, superior aos 12,5% em 2013. • Na área urbana, a proporção foi de 15,0%, e na rural, 12,1%. |
| • | Diferenças de Gênero no Diagnóstico de Colesterol Alto: |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Mulheres apresentaram maior proporção de diagnóstico (17,6%) comparadas aos homens (11,1%). |

Estes dados indicam um aumento preocupante na prevalência de diabetes e colesterol alto na população adulta brasileira, com diferenças significativas entre gêneros e áreas urbanas e rurais. A maior prevalência de diabetes e colesterol alto entre as mulheres sugere a necessidade de estratégias específicas de prevenção e tratamento. Além disso, a dependência das Unidades Básicas de Saúde para o tratamento de diabetes ressalta a importância desses locais no sistema de saúde brasileiro.

8,4 milhões de adultos receberam diagnóstico de doença cardíaca

| | |
|---|---|
| • | Prevalência de Doenças Cardíacas: |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 5,3% dos adultos (8,4 milhões de pessoas) foram diagnosticados com doença do coração. • Maior prevalência em áreas urbanas (5,4%) em comparação com áreas rurais (4,4%). |

- 29,1% das pessoas com doença cardíaca submeteram-se a cirurgias como ponte de safena, colocação de stent ou angioplastia.

- **Prevalência de Asma:**

- 5,3% dos adultos (8,4 milhões de pessoas) receberam diagnóstico médico de asma.
- Maior incidência em áreas urbanas (5,5%) do que em áreas rurais (3,8%).
- Variação regional relativamente uniforme, com a maior prevalência no Sul (6,2%).

- **Prevalência de AVC:**

- 2,0% da população adulta (3,1 milhões de pessoas) referiram diagnóstico de AVC ou derrame.
- Poucas diferenças regionais, variando de 1,8% no Sul a 2,1% no Nordeste.
- Aumento da prevalência de AVC com a idade, de 0,3% entre 18 e 29 anos para 9,5% entre pessoas com 75 anos ou mais.

Estes dados indicam uma prevalência significativa de doenças cardíacas, asma e AVC entre a população adulta no Brasil, com variações notáveis entre áreas urbanas e rurais e entre diferentes regiões. A maior prevalência de doenças cardíacas em áreas urbanas pode estar relacionada a fatores como estilo de vida e acesso a diagnósticos. A asma mostra uma prevalência mais alta em áreas urbanas, possivelmente devido a fatores ambientais. A incidência de AVC aumenta com a idade, destacando a importância de estratégias de prevenção focadas em grupos etários mais velhos.

Um em cada cinco adultos tem problemas de coluna

- **Problemas de Coluna:**

- 21,6% dos adultos (34,3 milhões de pessoas) relataram problemas crônicos de coluna.
- Aumento em relação a 2013, quando a prevalência foi de 18,5%.
- Prevalência maior em áreas rurais (23,7%) do que em áreas urbanas (21,2%).

- **Diagnóstico de DORT:**

- 2,5% dos adultos receberam diagnóstico médico de DORT.
- Maior proporção em áreas urbanas (2,7%) comparada às áreas rurais (1,2%).
- As maiores prevalências regionais foram no Sudeste (3,6%) e no Sul (2,4%).
- Mulheres apresentaram maior prevalência (3,2%) do que homens (1,7%).

Esses dados indicam que um em cada cinco adultos no Brasil enfrenta problemas crônicos de coluna, com uma prevalência surpreendentemente maior em áreas rurais. Além disso, a incidência de DORT é mais elevada em áreas urbanas e particularmente entre mulheres, sugerindo a influência de fatores ocupacionais e possíveis desigualdades de gênero no ambiente de trabalho. As diferenças regionais na prevalência de DORT, especialmente altas no Sudeste, também apontam para variações no tipo de trabalho e nas condições laborais entre as regiões. Estes resultados ressaltam a importância de políticas voltadas para a prevenção e tratamento de problemas musculoesqueléticos, tanto no âmbito ocupacional quanto na saúde pública em geral.

Brasil tem 16,3 milhões de pessoas diagnosticadas com depressão

- **Prevalência Geral de Depressão:**

- 10,2% dos adultos (16,3 milhões de pessoas) foram diagnosticados com depressão, um aumento em relação a 2013 (7,6%).

- **Variação entre Áreas Urbanas e Rurais:**

- Maior prevalência em áreas urbanas (10,7%) do que em áreas rurais (7,6%).

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Diferenças Regionais: <ul style="list-style-type: none"> • As Regiões Sul e Sudeste apresentaram os maiores percentuais de diagnóstico de depressão (15,2% e 11,5%, respectivamente), acima da média nacional. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento de Depressão: <ul style="list-style-type: none"> • Entre os diagnosticados, 18,9% faziam psicoterapia e 48,0% usaram medicamentos para depressão. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Diferenças de Gênero: <ul style="list-style-type: none"> • Maior prevalência de depressão entre mulheres (14,7%) em comparação com homens (5,1%). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência por Faixa Etária: <ul style="list-style-type: none"> • Maior proporção na faixa etária de 60 a 64 anos (13,2%) e menor entre 18 a 29 anos (5,9%). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Influência do Nível de Instrução: <ul style="list-style-type: none"> • Maior prevalência em pessoas com ensino superior completo (12,2%) e em pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (10,9%). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Diferenças Raciais: <ul style="list-style-type: none"> • Maior proporção de diagnósticos entre pessoas brancas (12,5%) em comparação com pessoas pardas (8,6%) e pretas (8,2%). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Uso de Medicamentos para Depressão: <ul style="list-style-type: none"> • Menos da metade dos homens (43,8%) e mulheres (49,3%) com diagnóstico de depressão usavam medicamentos. |

Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 demonstram desigualdades marcantes na prevalência e tratamento da depressão no Brasil, influenciadas por vários fatores como localização geográfica, gênero, idade, nível de instrução e raça. Essas variações sugerem a necessidade de políticas de saúde mental que sejam sensíveis e adaptadas às necessidades específicas de diferentes segmentos da população:

- **Desigualdades Geográficas:** A maior incidência de depressão em áreas urbanas pode estar ligada a fatores únicos do ambiente urbano, como estresse, isolamento social e maior acesso a

diagnósticos. Isso indica a importância de políticas de saúde mental que atendam às especificidades dos ambientes urbanos.

- **Diferenças de Gênero:** A prevalência mais alta de depressão entre mulheres aponta para a necessidade de considerar fatores específicos de gênero, incluindo o impacto do estresse relacionado a responsabilidades múltiplas e desigualdades de gênero.
- **Influência da Idade:** O aumento da prevalência de depressão com a idade sugere a importância de políticas que abordem os desafios enfrentados por pessoas mais velhas, incluindo questões de isolamento e perda.
- **Nível de Instrução:** A maior incidência de depressão em pessoas com altos e baixos níveis de instrução requer abordagens que considerem tanto as pressões associadas a carreiras de alto nível quanto os desafios enfrentados por pessoas com menor nível educacional.
- **Diferenças Raciais:** As variações na incidência de depressão entre diferentes grupos raciais sublinham a necessidade de abordagens que reconheçam e tratem as diferenças no acesso aos cuidados de saúde, nas experiências de vida e na percepção e estigma da doença mental.

Para abordar essas desigualdades, é necessário desenvolver políticas de saúde mental que ofereçam acesso a serviços de qualidade e considerem os determinantes sociais da saúde mental, proporcionando suporte adaptado às variadas necessidades da população brasileira.

Mais de 4 milhões de adultos receberam diagnóstico de câncer

- **Prevalência de Câncer:**

- 2,6% dos adultos (4,1 milhões de pessoas) referiram diagnóstico médico de câncer.
- Aumento em relação a 2013, quando a prevalência foi de 1,8%.
- Maior proporção de diagnósticos de câncer em áreas urbanas (2,7%) em comparação com áreas rurais (1,7%).
- A Região Sul registrou o maior percentual de diagnósticos de câncer (3,5%), seguida por Sudeste (3,0%) e Centro-Oeste (2,4%).
- As Regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores prevalências, 1,3% e 1,8%, respectivamente.

- **Prevalência de Insuficiência Renal Crônica:**

- 1,5% dos adultos relataram diagnóstico médico de insuficiência renal crônica.
- Menor prevalência entre jovens adultos (0,7% na faixa etária de 18 a 29 anos) e maior entre idosos (3,1% na faixa de 75 anos ou mais).
- Entre os diagnosticados com insuficiência renal crônica, 7,3% faziam hemodiálise/diálise.

A análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 evidencia desigualdades notáveis na prevalência de doenças graves como câncer e insuficiência renal crônica no Brasil, que são influenciadas por fatores regionais, ambientais e demográficos:

- **Desigualdades Regionais e Urbanas/Rurais no Diagnóstico de Câncer:** A prevalência mais alta de diagnósticos de câncer em áreas urbanas e na Região Sul sugere uma possível influência de fatores como maior acesso a serviços de saúde e diagnósticos, além de diferenças no estilo de vida e fatores ambientais. As menores taxas de diagnóstico nas Regiões Norte e Nordeste podem refletir limitações no acesso ao diagnóstico ou variações nos fatores de risco ambientais e de estilo de vida.
- **Aumento da Prevalência de Câncer com a Urbanização:** O aumento na prevalência de câncer em áreas urbanas pode estar associado a fatores como poluição, estilos de vida sedentários e dietas pobres, comuns em ambientes urbanizados.

- Incidência de Insuficiência Renal Crônica com a Idade: O aumento significativo na prevalência de insuficiência renal crônica entre os idosos destaca a importância do envelhecimento da população como um fator de risco. Isso pode estar ligado a condições crônicas como diabetes e hipertensão, que são mais comuns em idades avançadas.
- Tratamento de Insuficiência Renal Crônica: A necessidade de tratamentos intensivos, como hemodiálise, entre uma parcela dos diagnosticados com insuficiência renal crônica, ressalta a importância de intervenções preventivas e de manejo eficaz dessas condições para reduzir a carga sobre os sistemas de saúde e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Essas desigualdades indicam a necessidade de políticas de saúde pública que abordem os fatores subjacentes que contribuem para a maior prevalência de câncer e insuficiência renal crônica. Isso inclui não apenas melhorar o acesso a diagnósticos e tratamentos, mas também abordar questões mais amplas relacionadas a fatores ambientais, estilos de vida e condições socioeconômicas. Além disso, a promoção de estratégias de prevenção, como hábitos de vida saudáveis e exames regulares, é essencial para mitigar o impacto dessas doenças na população brasileira.

Crescem os cuidados com a saúde bucal

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Aumento no Hábito de Escovação:<ul style="list-style-type: none">• 93,6% dos adultos escovavam os dentes pelo menos duas vezes por dia, um aumento em relação a 2013 (89,1%). |
| <ul style="list-style-type: none">• Uso de Produtos de Higiene Bucal: |

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 63,0% dos adultos usavam escova, pasta de dente e fio dental regularmente. • Proporção maior entre mulheres (67,7%) do que em homens (57,6%). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Troca Regular de Escovas de Dente: <ul style="list-style-type: none"> • 50,7% dos adultos trocavam a escova de dente por uma nova a cada três meses. • Mais frequente entre os mais jovens e pessoas com maior nível de instrução. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Percepção da Saúde Bucal: <ul style="list-style-type: none"> • 69,7% avaliaram sua saúde bucal como boa ou muito boa. • Variação regional, de 62,2% no Nordeste a 74,3% no Sul. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Consultas Odontológicas: <ul style="list-style-type: none"> • 78,2 milhões de adultos haviam feito uma consulta odontológica no último ano. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Uso de Prótese Dentária: <ul style="list-style-type: none"> • 33,0% dos adultos usavam algum tipo de prótese dentária. • Maior uso de próteses dentárias entre mulheres (37,1%) em comparação com homens (28,4%). |

Estes dados refletem uma melhoria nos cuidados com a saúde bucal no Brasil, mas também revelam desigualdades significativas baseadas em gênero, idade e região. A maior prevalência de cuidados bucais e perda de dentes entre as mulheres sugere diferenças nos comportamentos de saúde e necessidades odontológicas entre os gêneros. Além disso, a variação regional na percepção da saúde bucal e na frequência de consultas odontológicas destaca a necessidade de abordagens diferenciadas para melhorar a saúde bucal em diferentes partes do país.

PNS 2019: Quem mais utiliza o SUS avaliou mais positivamente a qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde

Fonte: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29203-pns-2019-quem-mais-utiliza-o-sus-avaliou-mais-positivamente-a-qualidade-dos-servicos-de-atencao-primaria-a-saude>

Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) incorporou pela primeira vez uma avaliação detalhada da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, utilizando o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool Brasil). Esta abordagem forneceu uma visão única da qualidade dos serviços de APS, com base nas experiências relatadas pelos usuários do SUS. Os resultados mostraram que os adultos que frequentemente utilizam o SUS deram avaliações mais positivas à qualidade da APS. Especificamente, 17,3 milhões de adultos procuraram serviços de APS nos seis meses anteriores à entrevista, sendo a maioria mulheres, pessoas sem ocupação e com renda domiciliar per capita inferior a um salário mínimo.

O Escore Geral da APS, que varia de 0 a 10, foi de 5,9, indicando uma qualidade de serviço moderada, pouco abaixo do valor considerado ideal. Notavelmente, indivíduos com condições crônicas como doença cardíaca, diabetes, hipertensão e depressão tendiam a dar notas mais altas à APS. A pesquisa também destacou que os idosos, que são grandes usuários dos serviços de saúde, avaliaram a APS mais positivamente do que os adultos mais jovens, com avaliações semelhantes entre homens e mulheres e entre diferentes raças/cores.

Além disso, a PNS 2019 revelou preocupações significativas com relação à obesidade e ao sobrepeso na população brasileira. Cerca de 25,9% dos adultos estavam obesos, com uma prevalência maior entre mulheres do que homens. O sobrepeso afetava 60,3% da população adulta, também com uma prevalência mais alta entre mulheres. Entre os adolescentes, o excesso de peso e a obesidade eram igualmente preocupantes, especialmente entre as moças. Os dados indicam um aumento na prevalência da obesidade entre adultos de 12,2% para 26,8% de 2003 a 2019, com a obesidade feminina subindo de 14,5%

para 30,2% e a masculina de 9,6% para 22,8% durante o mesmo período. A proporção de pessoas com excesso de peso também aumentou significativamente.

Estes achados destacam a importância de uma abordagem inclusiva e acessível na APS e a necessidade de medidas efetivas para combater a crescente prevalência de obesidade e sobrepeso no Brasil.

Pessoas de 18 anos ou mais de idade que utilizaram algum serviço da Atenção Primária de Saúde, nos últimos seis meses antes da data da entrevista, e o Escore Geral da Atenção Primária à Saúde – 2019

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 forneceu insights valiosos sobre as características dos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, destacando a distribuição demográfica e as avaliações diferenciadas dos serviços.

Entre os usuários dos serviços de APS, uma predominância de mulheres foi observada, com 69,9% dos usuários sendo do sexo feminino. Em termos de cor ou raça, a maioria dos usuários (60,9%) se identificou como pretos ou pardos. A pesquisa também mostrou que a maioria dos usuários da APS (65,0%) eram pessoas casadas ou em união estável, e a faixa etária mais representativa foi a de 40 a 59 anos, constituindo 35,8% dos usuários.

Interessantemente, as avaliações da APS variaram de acordo com diferentes grupos demográficos. Enquanto os homens deram uma nota média de 5,9, as mulheres avaliaram a APS com uma nota ligeiramente menor, 5,8. Essa diferença sugere nuances nas experiências ou expectativas de saúde entre os gêneros. Em relação à idade, os usuários mais jovens (18 a 39 anos) atribuíram à APS um escore de 5,6, contrastando com uma avaliação mais alta de 6,1 dos usuários mais velhos (60 anos ou mais). Essa variação pode refletir diferentes

necessidades ou percepções de saúde entre as faixas etárias. Além disso, as pessoas não ocupadas deram uma nota similar (5,9) à dos ocupados (5,8), indicando uma percepção relativamente homogênea da APS independentemente do status de emprego.

Estes resultados da PNS 2019 evidenciam a diversidade dos usuários da APS no Brasil e destacam a importância de adaptar os serviços de saúde às necessidades específicas de diferentes grupos populacionais para melhorar a qualidade e a eficácia da atenção primária no país.

| Características | 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 (0 a 10) | | |
|------------------------|---|------------------|--------------|
| | Total (1 000) | 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 | 5 627 | 32,6 | 5,6 |
| 40 a 59 | 6 177 | 35,8 | 5,9 |
| 60 ou mais | 5 457 | 31,6 | 6,1 |
| Cor ou raça | | | |
| Branco | 6 555 | 38,0 | 5,9 |
| Preto ou pardo | 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.

64,7% dos usuários de APS têm renda per capita inferior a um salário mínimo

- **Renda dos Usuários da APS:**
 - Grande parte dos usuários da APS (64,7%) tinha uma renda domiciliar per capita inferior a um salário mínimo.
 - Outra parcela significativa (32,3%) dos usuários se situava na faixa de 1 a 3 salários mínimos.
- **Ocupação dos Usuários da APS:**
 - Uma proporção expressiva dos usuários de APS (53,8%) não tinha uma ocupação.
- **Percepção da APS por Faixa de Renda:**
 - As avaliações da APS não variaram significativamente entre as diferentes faixas de rendimento, com ambos os extremos de renda avaliando a APS com um escore geral similar de 5,8.
- **Usuários de APS com ou sem Plano de Saúde:**

- A maioria dos usuários de APS (94,4%) não possuía plano de saúde.
- Esses usuários sem plano de saúde deram à APS uma nota média de 5,9.

Estes dados mostram que a APS no Brasil é amplamente utilizada por pessoas com renda mais baixa e sem plano de saúde, destacando seu papel na prestação de serviços de saúde para a população mais vulnerável. A similaridade nas avaliações da APS entre diferentes grupos de renda indica que a qualidade percebida do serviço é consistente, independentemente do nível socioeconômico. Isso sugere que a APS desempenha um papel importante na oferta de cuidados de saúde acessíveis e de qualidade comparável para todos os segmentos da população brasileira.

Seis em cada dez adultos estão com excesso de peso

Três em cada dez mulheres adultas estão obesas

Um em cada cinco adolescentes de 15 a 17 anos está com sobrepeso

• **Excesso de Peso em Adultos:**

- Aproximadamente 60,3% dos adultos brasileiros, cerca de 96 milhões de pessoas, estavam com excesso de peso.
- A prevalência era maior entre as mulheres (62,6%) do que entre os homens (57,5%).
- A proporção de sobrepeso aumentava com a idade, ultrapassando os 50% na faixa etária de 25 a 39 anos, com os homens ligeiramente mais afetados (58,3%) do que as mulheres (57,0%) nessa faixa etária.

• **Obesidade em Adultos:**

- A obesidade foi observada em 21,8% dos homens e 29,5% das mulheres.
- A prevalência da obesidade seguia o mesmo padrão etário do excesso de peso, sendo mais elevada nas mulheres, especialmente nas idades de 40 a 59 anos (38,0% das mulheres contra 30,0% dos homens).

• **Sobrepeso e Obesidade em Adolescentes:**

- Entre os adolescentes de 15 a 17 anos, a prevalência de sobrepeso foi de 19,4%, afetando cerca de 1,8 milhão de jovens.
- O sobrepeso foi mais comum entre as adolescentes do sexo feminino (22,9%) em comparação com os do sexo masculino (16,0%).
- A obesidade foi registrada em 6,7% dos adolescentes, sendo mais elevada no sexo feminino (8,0%) do que no masculino (5,4%).

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

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019. (1) A amostra não permitiu estimativas com a precisão desejada.

Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 evidenciam a complexidade e a magnitude dos desafios associados ao sobrepeso e à obesidade no Brasil, destacando-se as disparidades relacionadas a gênero e idade. Estas desigualdades refletem como fatores socioculturais, econômicos e

de saúde influenciam de maneira diferenciada os padrões de saúde da população brasileira:

1. Desigualdades de Gênero:

- As mulheres apresentam taxas mais altas de obesidade e sobrepeso em comparação com os homens. Essa tendência é mais pronunciada à medida que as mulheres envelhecem, sugerindo que fatores como mudanças metabólicas, hormonais, estilo de vida e até questões socioeconômicas desempenham um papel crítico.
- As políticas de saúde pública devem considerar essas diferenças, criando programas que abordem as necessidades específicas das mulheres, incluindo educação sobre nutrição, acesso a alimentos saudáveis e promoção de atividade física.

2. Desafios na Adolescência:

- Entre os adolescentes, as meninas são mais afetadas pelo sobrepeso e obesidade do que os meninos, o que pode ser atribuído a diferenças na composição corporal, influências culturais sobre a imagem corporal e práticas alimentares.
- Estratégias voltadas para adolescentes devem enfatizar a educação nutricional, o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis e a promoção de um estilo de vida ativo, além de abordar questões de autoestima e imagem corporal.

3. Envelhecimento e Sobrepeso:

- O aumento do sobrepeso e da obesidade com a idade exige uma atenção especial para os idosos. As intervenções devem ser adaptadas para considerar limitações de mobilidade e outras condições de saúde prevalentes nessa faixa etária.

4. Promoção de Estilos de Vida Saudáveis:

- Para enfrentar esses desafios, são necessárias campanhas de saúde pública que promovam estilos de vida saudáveis e acessíveis, que considerem a diversidade cultural e socioeconômica do Brasil.
- Políticas eficazes devem incluir a melhoria do acesso a alimentos nutritivos e a criação de ambientes que favoreçam a atividade física, juntamente com programas educacionais abrangentes.

Estas desigualdades ressaltam a necessidade de uma abordagem holística e inclusiva para lidar com o sobrepeso e a obesidade no Brasil. É importante que as estratégias de saúde pública sejam sensíveis às necessidades de diferentes

grupos demográficos e abordem os determinantes sociais da saúde para garantir um impacto positivo e duradouro na saúde da população.

Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2017 (PNSB)

A Pesquisa Nacional de Saneamento Básico, realizada pelo IBGE em 2008 (com repetição em 2017) em parceria com o Ministério das Cidades, teve como objetivo avaliar as condições de saneamento básico em todos os 5.565 municípios brasileiros na época. Esta pesquisa abrangente permitiu analisar a oferta e a qualidade dos serviços de saneamento básico, além de explorar suas relações com a saúde ambiental e a qualidade de vida da população. Os resultados, que refletem as realidades diversas do país, abordam aspectos como captação e distribuição de água, redes de esgotamento sanitário, tratamento de esgoto, manejo de resíduos sólidos e drenagem urbana.

Os dados obtidos destacam questões-chave como a qualidade da água fornecida, o tratamento de esgoto, os desafios relacionados a inundações, alagamentos e erosões, bem como a coleta e o destino final do lixo. A pesquisa também incluiu um tema novo: a gestão municipal do saneamento básico. Os resultados estão disponíveis para o país, grandes regiões e unidades federativas, e incluem um glossário de termos essenciais, notas técnicas e um CD-ROM com informações adicionais.

Além disso, os microdados da pesquisa estão disponíveis online no Banco Multidimensional de Estatísticas do IBGE, permitindo análises detalhadas e customizadas. Essas informações são cruciais para identificar as lacunas em saneamento básico nos municípios brasileiros e auxiliar no desenvolvimento de estratégias para melhorar a qualidade de vida das populações locais e regionais.

PNSB 2017: Abastecimento de água atinge 99,6% dos municípios, mas esgoto chega a apenas 60,3%

Fonte: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28324-pnsb-2017-abastecimento-de-agua-atinge-99-6-dos-municipios-mas-esgoto-chega-a-apenas-60-3>

A Pesquisa Nacional de Saneamento Básico de 2017, uma iniciativa detalhada e abrangente, forneceu insights cruciais sobre a infraestrutura de saneamento no Brasil, iluminando tanto os progressos realizados quanto os desafios persistentes no setor desde 2008. Esta pesquisa, conduzida em todo o território nacional, abordou dois componentes essenciais do saneamento básico: o abastecimento de água e o esgotamento sanitário.

Os resultados da pesquisa destacaram avanços significativos no abastecimento de água, com quase todos os municípios brasileiros tendo acesso a redes de abastecimento. No entanto, a pesquisa também revelou que desafios substanciais permanecem, particularmente no que diz respeito à regularidade e à confiabilidade desse fornecimento, especialmente em regiões como o Nordeste, que enfrentam interrupções frequentes e racionamento de água.

No que se refere ao esgotamento sanitário, a pesquisa mostrou um aumento na cobertura dos serviços, mas ainda evidenciou uma disparidade marcante entre diferentes regiões do país. Enquanto algumas áreas, como o Sudeste, apresentaram altos níveis de cobertura, outras, especialmente no Norte, continuaram com serviços extremamente limitados.

Além disso, a pesquisa ofereceu uma visão sobre as economias residenciais atendidas por esses serviços, destacando a proporção de domicílios que ainda não têm acesso a saneamento básico adequado. Esses dados ressaltam a importância do acesso universal ao

saneamento como um fator fundamental para a saúde pública e o bem-estar.

A Pesquisa Nacional de Saneamento Básico de 2017, portanto, não apenas forneceu uma avaliação da situação atual do saneamento no Brasil, mas também serviu como uma ferramenta vital para planejamento e implementação de políticas públicas eficazes, visando à melhoria contínua da infraestrutura de saneamento em todo o país.

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Abastecimento de Água: <ul style="list-style-type: none"> • Em 2017, quase todos os municípios (99,6%) possuíam abastecimento de água por rede, um ligeiro aumento em relação a 2008. • No entanto, interrupções e racionamentos eram comuns, especialmente no Nordeste, onde 67,7% das localidades enfrentavam intermitência e 42,5% racionamento. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Domicílios com Abastecimento de Água: <ul style="list-style-type: none"> • O número de economias residenciais ativas com abastecimento de água cresceu 32% de 2008 para 2017, alcançando 86,1% dos domicílios brasileiros. • Contudo, existia uma grande variação regional, com cobertura de apenas 47,6% no Norte e 73,4% no Nordeste. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento de Água: <ul style="list-style-type: none"> • A maior parte dos municípios com serviço de abastecimento de água possuía estações de tratamento, mas 11,7% ainda não tinham tratamento, com o Nordeste apresentando o maior percentual de municípios sem tratamento. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Esgotamento Sanitário: <ul style="list-style-type: none"> • A cobertura do esgotamento sanitário aumentou de 55,2% em 2008 para 60,3% em 2017. • No entanto, ainda havia uma grande discrepância regional, com o Sudeste atendendo 96,5% dos municípios e o Norte apenas 16,2%. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Economias Residenciais com Esgotamento: <ul style="list-style-type: none"> • Houve um aumento de 39,2% no número de economias residenciais com esgotamento sanitário desde 2008, mas 34,1 milhões de domicílios ainda não tinham acesso a este serviço em 2017. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Entidades Executoras dos Serviços: |

- Houve mudanças na distribuição das entidades responsáveis pela execução dos serviços de saneamento entre 2008 e 2017, com uma diminuição na participação das prefeituras e um aumento nas companhias estaduais e autarquias municipais.

- **Cobrança e Subsídios:**

- A cobrança pelos serviços de saneamento básico era comum, mas com uma proporção maior para o abastecimento de água do que para o esgotamento sanitário.
- Os subsídios aos usuários estavam presentes na maioria dos municípios, sendo mais comuns no Nordeste para água e no Sul para esgoto.

Os resultados da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico de 2017 fornecem uma perspectiva valiosa sobre o estado atual do saneamento básico no Brasil, ilustrando tanto os avanços quanto as lacunas persistentes no setor. Estes dados ressaltam a complexidade do desafio enfrentado pelo país na busca pela universalização do saneamento, um elemento fundamental para a saúde pública, qualidade de vida e desenvolvimento sustentável.

- **Avanços Significativos:** A pesquisa destacou progressos notáveis, como o aumento na cobertura do abastecimento de água e do esgotamento sanitário. Tais avanços refletem esforços direcionados do governo e das entidades responsáveis, melhorando significativamente a infraestrutura em várias áreas.
- **Desigualdades Regionais:** No entanto, a pesquisa também evidenciou discrepâncias marcantes entre as diferentes regiões do Brasil. Enquanto algumas áreas, especialmente em regiões mais desenvolvidas, se beneficiam de serviços de saneamento quase universais, outras, particularmente nas regiões Norte e Nordeste, ainda enfrentam deficiências graves. Essas desigualdades regionais refletem diferenças em termos de investimento, capacidade de gestão e prioridades políticas.

- **Implicações para a Saúde Pública:** O acesso limitado a serviços de saneamento adequados tem implicações diretas na saúde pública, aumentando o risco de doenças relacionadas à água e prejudicando a qualidade de vida. A falta de saneamento adequado é um problema não apenas de infraestrutura, mas também um desafio de saúde pública que requer uma abordagem integrada.
- **Necessidade de Investimentos e Políticas Públicas:** Para enfrentar essas desigualdades, são necessários investimentos contínuos e políticas públicas bem estruturadas. Isso inclui não apenas o aprimoramento da infraestrutura física, mas também o fortalecimento da gestão dos serviços, a promoção de práticas sustentáveis e o envolvimento das comunidades locais.
- **Universalização Como Meta:** A universalização dos serviços de saneamento é um objetivo que transcende a simples provisão de infraestrutura. Envolve a garantia de acesso equitativo, qualidade dos serviços e sustentabilidade a longo prazo. Esforços devem ser feitos para garantir que todos os cidadãos, independentemente de onde vivam, tenham acesso a serviços de saneamento de qualidade.

Portanto, os dados da PNSB 2017 realçam a necessidade de uma abordagem multifacetada para lidar com as questões de saneamento no Brasil, envolvendo uma combinação de esforços governamentais, investimentos em infraestrutura, políticas públicas inovadoras e participação comunitária. A universalização do saneamento básico no Brasil é um objetivo ambicioso, mas alcançável, que requer comprometimento e ação coordenada de todos os setores da sociedade.

DESIGUALDADES RACIAIS E DE RENDA NO ACESSO À SAÚDE NAS CIDADES BRASILEIRAS

Compilação do trabalho referenciado na bibliografia e disponível em:

https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11454/4/TD_2832_Web.pdf

O estudo apresentado analisa a questão do acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil, focando nas desigualdades sociais e raciais em relação a esse acesso nas vinte maiores cidades do país. Utiliza dados de 2019 para avaliar a acessibilidade aos serviços de atenção básica e de alta complexidade por diferentes meios de transporte (público, automóvel e a pé). O estudo revela que, embora o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil vise à universalidade e integralidade no atendimento, ainda existem desafios significativos relacionados à cobertura e equidade, particularmente no que tange às desigualdades raciais, espaciais e de renda.

Os resultados indicam que a distribuição geográfica da população, dos estabelecimentos de saúde e das redes de transporte nas grandes cidades brasileiras leva a um acesso desigual aos serviços de saúde. Observa-se que a população de baixa renda, de todas as raças, tende a ter melhor acesso aos serviços de atenção básica, devido à maior disponibilidade desses serviços. Por outro lado, a população de alta renda, predominantemente branca, possui maior facilidade de acesso aos serviços de saúde de alta complexidade, concentrados nas regiões centrais das grandes cidades.

O trabalho fornece análises descritivas detalhadas sobre as desigualdades no acesso à saúde dentro das cidades, considerando a interseccionalidade entre níveis de renda e grupos de cor/raça. Essas análises contribuem para um entendimento mais profundo das dimensões geográficas das desigualdades no acesso à saúde nas maiores cidades do Brasil, destacando como a universalidade do acesso

a serviços de saúde essenciais é influenciada por fatores sociais, econômicos e de transporte.

Resultados e Discussão

Esta análise, que se debruça sobre as condições de acesso a estabelecimentos de saúde em vinte cidades brasileiras, evidencia desigualdades significativas influenciadas por fatores de renda e cor/raça. Duas características principais emergem deste estudo e merecem atenção detalhada:

Distribuição Geográfica dos Serviços de Saúde:

- **Atenção Básica:** Observa-se uma distribuição mais homogênea dos serviços de saúde de atenção básica nas cidades analisadas. Isso indica uma acessibilidade relativamente ampla a estes serviços, essenciais para a prevenção de doenças e promoção da saúde.
- **Alta Complexidade:** Contrariamente, os estabelecimentos de saúde especializados em tratamentos de alta complexidade mostram uma tendência à concentração nas regiões centrais dos municípios. Essa centralização pode criar barreiras de acesso para populações residentes em áreas mais distantes ou periféricas.

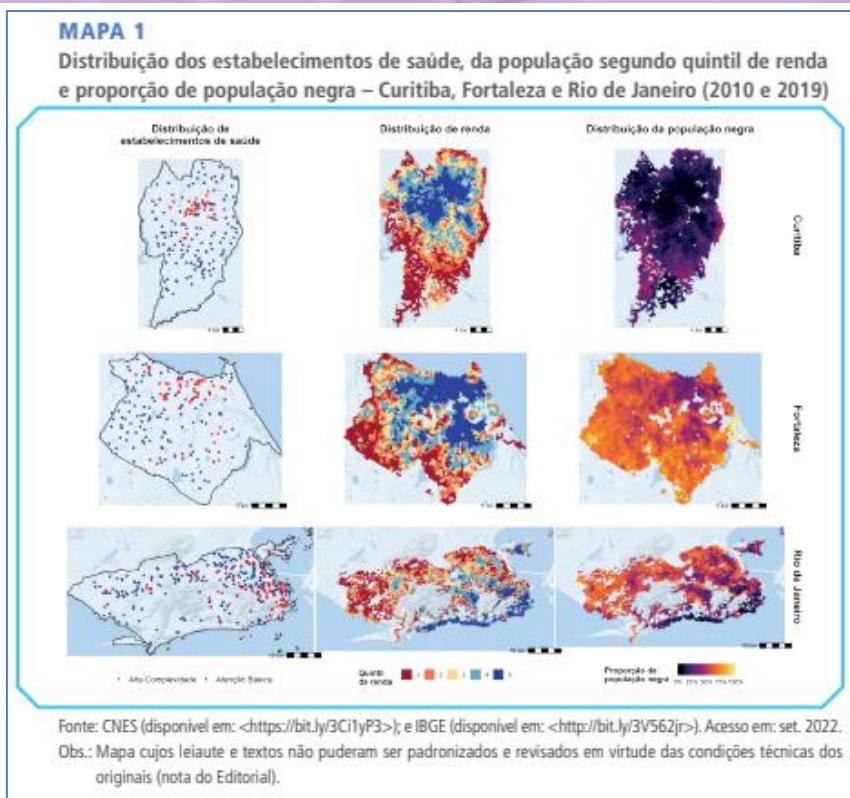
Associação entre Renda e Cor/Raça:

- A análise destaca uma correlação significativa entre renda e cor/raça nas cidades estudadas. De maneira consistente, verifica-se que a população negra está mais representada nas faixas de renda mais baixas.
- Esta relação é ainda mais evidente na distribuição espacial da população, com um padrão recorrente de maior concentração de

pessoas negras e de baixa renda nas periferias urbanas. Este padrão sugere desafios adicionais no acesso a serviços de saúde de qualidade para esses grupos.

O estudo foca especificamente em três cidades - Curitiba, Fortaleza e Rio de Janeiro - para ilustrar essas tendências. Essas cidades foram escolhidas devido às suas diferentes composições populacionais, sistemas de transporte e níveis de desigualdade no acesso à saúde.

A pesquisa revela que as disparidades no acesso à saúde são complexas e multifatoriais, envolvendo questões de geografia urbana, desigualdades socioeconômicas e raciais. Estes fatores interconectados necessitam de estratégias integradas para promover um acesso mais equitativo aos serviços de saúde. Políticas públicas eficazes devem considerar tanto a melhoria da infraestrutura de saúde nas periferias quanto estratégias para enfrentar as desigualdades socioeconômicas e raciais que afetam o acesso à saúde. Este estudo sublinha a necessidade de uma abordagem holística e inclusiva na formulação de políticas de saúde, visando assegurar que todos os segmentos da população tenham acesso igualitário aos cuidados de saúde necessários.



A análise das condições de acesso a estabelecimentos de saúde nas capitais das regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste do Brasil, comparada com aquelas do Sul e Sudeste, destaca diferenças significativas na composição racial da população, que estão intimamente ligadas ao histórico de ocupação e desenvolvimento socioeconômico do país. Esta diversidade regional reflete padrões históricos e culturais profundamente enraizados:

Composição Racial Diferenciada:

- Nas capitais do Centro-Oeste, Norte e Nordeste, observa-se uma proporção maior da população negra em comparação com as regiões Sul e Sudeste. Isso pode ser atribuído a vários fatores históricos e migratórios que influenciaram a distribuição demográfica no Brasil.

Contexto Histórico:

- A história do Brasil, marcada pela colonização, escravidão e subsequentes movimentos migratórios, teve um papel fundamental na formação dessa distribuição demográfica.
- Durante o período colonial e a era do comércio de escravos, grande parte da população africana foi trazida para as regiões Norte e Nordeste do Brasil, contribuindo significativamente para a demografia dessas áreas.
- Com o tempo, esses padrões migratórios e de assentamento formaram uma distribuição geográfica distinta da população negra no Brasil, que ainda é evidente hoje.

Desenvolvimento Socioeconômico:

- As disparidades regionais no desenvolvimento socioeconômico do Brasil também influenciaram a distribuição da população. Enquanto as regiões Sul e Sudeste se industrializaram mais rapidamente e atraíram uma variedade de grupos migratórios, as regiões Norte e Nordeste experimentaram diferentes trajetórias de desenvolvimento.
- Essas trajetórias afetaram a mobilidade social e econômica das populações locais, incluindo as comunidades negras, que muitas vezes enfrentaram barreiras ao acesso a oportunidades econômicas e serviços essenciais, como saúde.

Implicações para Políticas de Saúde:

- Essas diferenças regionais na composição racial e socioeconômica têm implicações diretas para a formulação e implementação de políticas de saúde.
- É necessário reconhecer e abordar as necessidades específicas das populações negras nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, considerando as desigualdades históricas e contemporâneas no acesso a serviços de saúde de qualidade.

A diversidade demográfica e as disparidades regionais no Brasil são reflexos de um legado histórico complexo. Entender essas nuances é fundamental para abordar as desigualdades de saúde de maneira eficaz e garantir que as políticas de saúde sejam sensíveis às necessidades de diferentes comunidades, respeitando a diversidade cultural e histórica do país.

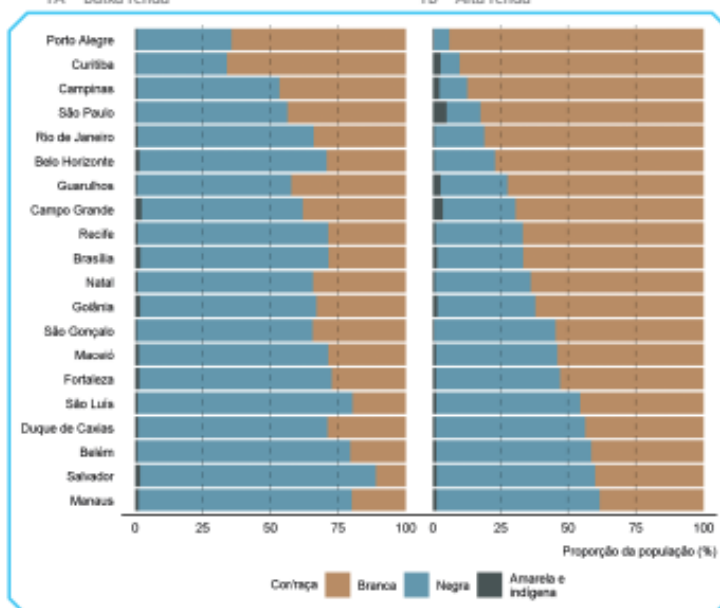
GRÁFICO 1

Proporção de pessoas segundo renda e cor/raça, cidades selecionadas (2010)

(Em %)

1A – Baixa renda

1B – Alta renda



Elaboração dos autores.

Obs.: 1. Baixa renda: pessoas residentes em domicílios com renda domiciliar per capita entre os 20% mais pobres. Alta

renda: pessoas residentes em domicílios com renda domiciliar per capita entre os 20% mais ricos.

2. Os dados para Goiânia refletem toda sua RM.

3. Gráfico cujos layouts e textos não puderam ser padronizados e revisados em virtude das condições técnicas dos originais (nota do Editorial).

Conclusões

Este estudo investigou a distribuição geográfica da população de diferentes rendas e cores, e a localização dos estabelecimentos de saúde nos grandes centros urbanos do Brasil, destacando desigualdades estruturais no acesso à saúde. Focou nas vinte maiores cidades brasileiras, considerando as disparidades raciais e de renda no acesso à saúde básica e de alta complexidade.

Os resultados mostraram que populações de menor renda e cor negra têm mais facilidade de acesso à saúde básica devido à distribuição espacial desses serviços. Porém, há desigualdades significativas no acesso à saúde de alta complexidade, com populações de alta renda e branca tendo maior acessibilidade, influenciadas pela distribuição espacial dos grupos socioeconômicos e pela concentração de serviços de saúde e transporte público nas áreas centrais.

O estudo revelou desigualdades raciais no acesso à saúde, influenciadas por desigualdades de renda, já que a população pobre no Brasil é majoritariamente negra. Estas desigualdades raciais quase desaparecem quando comparadas dentro da mesma faixa de renda. O artigo destacou que, além da geografia, outras barreiras ao acesso à saúde existem, como a disponibilidade de profissionais e a qualidade do atendimento, afetando desproporcionalmente as populações de baixa renda e negras, especialmente mulheres.

O estudo propôs implicações para políticas de saúde e planejamento urbano e de transportes. Sugeriu desconcentrar a oferta de saúde de alta complexidade e melhorar a distribuição de unidades de saúde básica. Enfatizou a importância de melhorar a eficiência dos transportes públicos para facilitar o acesso à saúde, especialmente para a população de baixa renda.

Por fim, o trabalho apontou a necessidade de mais estudos para entender como as condições de acesso afetam a saúde e bem-estar da população. Utilizou modelos de redes de transporte e dados socioeconômicos para estimar o acesso à saúde, contribuindo para o aprimoramento de políticas públicas alinhadas com os princípios do SUS.

QUESTÕES - CESGRANRIO

1. Ano: 2023 Banca: CESGRANRIO

Segundo a Declaração de Salamanca,

O princípio que orienta esta Estrutura é o de que escolas deveriam acomodar todas as crianças independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, linguísticas ou outras. Aquelas deveriam incluir crianças deficientes e superdotadas, crianças de rua e que trabalham, crianças de origem remota ou de população nômade, crianças pertencentes a minorias linguísticas, étnicas ou culturais, e crianças de outros grupos desvantajados ou marginalizados.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração de Salamanca. 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.24933/horizontes.v40i1.1375>. Acesso em: 16 ago.2023. Adaptado.

A citação acima refere-se à ideia de:

- A) Ensino Fundamental
- B) Educação de Jovens e Adultos (EJA)
- C) Educação Popular
- D) Educação Inclusiva
- E) Educação Básica

2. Ano: 2023 Banca: CESGRANRIO

No Brasil, ainda é muito desafiador elaborar, implantar e cumprir as políticas públicas inclusivas para a educação.

Uma política nacional para a inclusão deve considerar a:

- A) dignidade humana, sem que haja segregação ou distinção entre as crianças e os jovens e adultos nas escolas.
- B) diferença existente entre as pessoas, para enaltecer a homogeneização de atitudes.
- C) diversidade cultural como um conteúdo acessório do currículo, que deve ser ensinado e perpetuado nas escolas.
- D) padronização de ações dos sujeitos afetos pelo processo educacional.
- E) experiência humana como fator inibidor das potências capazes de ser reveladas no cotidiano escolar.

3. Ano: 2022 Banca: CESGRANRIO

As expressões da questão social na atualidade evidenciam, mesmo sob as condições históricas próprias ao capitalismo no século XXI, algumas das determinações originalmente identificadas por Marx.

Tendo em vista a relação entre as desigualdades sociais e a natureza contraditória do modo de produção capitalista, verifica-se que a:

- A) exclusão social, desde a emergência do “trabalhador livre” com a sociedade burguesa, permanece como principal determinação da questão social.
- B) Lei Geral da Acumulação Capitalista ainda fornece elementos imprescindíveis para a compreensão da questão social na cena contemporânea.
- C) questão social, em tempos de capital fetiche, evidencia-se como um fenômeno derivado da crise da sociedade salarial e sem relação com o pauperismo.

D) questão social na contemporaneidade resulta do padrão não universal de consumo de bens e serviços decorrentes da mercantilização da vida social.

E) luta de classes deixou de ser um elemento central na análise das expressões da questão social, em função dos pactos interclassistas firmados na atualidade.

4. Ano: 2022 Banca: CESGRANRIO

As relações de trabalho em uma empresa estão pautadas no autoritarismo, na coerção, na chantagem, na desigualdade e em várias formas de violência simbólica, que privam o trabalhador do poder de enfrentar e mudar essa situação.

Presente nos processos de trabalho, esse elemento que afeta a saúde dos trabalhadores é a(o):

- A) carga social
- B) doença profissional
- C) incapacidade laboral
- D) nexos causal
- E) risco ambiental

5. Ano: 2019 Banca: CESGRANRIO

Segundo o Relatório da Desigualdade Global, da Escola de Economia de Paris, o Brasil é hoje o país democrático que mais concentra renda no 1% do topo da pirâmide. Só o Qatar, emirado árabe absolutista de 2,6 milhões de habitantes e governado pela mesma dinastia desde meados do século 19, supera, por pouco, o Brasil. [...] Segundo Marc

Morgan, que analisa dados do Brasil no relatório, enquanto os mais ricos no país expandiram a renda no período favorável de 2001 a 2015, e os 50% mais pobres também tiveram ganhos, a classe média (os 40% “do meio”) perdeu participação nos rendimentos totais, de 33,1% para 30,6%. CANZIAN, Fernando; MENA, Fernanda. Super-ricos no Brasil lideram concentração de renda global. Folha de São Paulo, 19 ago. 2019, Disponível em: <<https://temas.folha.uol.com.br/desigualdade-global/brasil/super-ricos-no-brasil-lideram-concentracao-de-renda-global.shtml>>. Acesso em: 28 ago. 2019. Adaptado. Com respeito à distribuição de renda brasileira no período recente, o texto sugere que:

- A) a concentração de renda no topo e na base da pirâmide ocorreu no período 2001-2015.
- B) a melhora da participação dos 50% mais pobres reduziu expressivamente a concentração de renda no Brasil.
- C) a classe média figura como o estrato mais negativamente afetado pela menor participação na renda nacional no período 2001-2015.
- D) a participação dos rendimentos dos mais pobres na renda nacional foi reduzida no período 2001-2015.
- E) os rendimentos dos estratos mais ricos da população sofreram ligeiro decréscimo da participação na renda nacional no período 2001-2015.

6. Ano: 2023 Banca: CESGRANRIO

Um militante político atua em vários movimentos buscando a igualdade de oportunidades para todos os cidadãos, independentemente da origem social ou de qualquer outro critério que não considere o mérito pessoal e as qualificações para atuar em qualquer cargo, emprego ou

função. Para reforçar seus projetos, organiza um núcleo no setor bancário, responsável por identificar oportunidades de inserção da comunidade negra no mercado financeiro. Nos termos da Lei Federal no 12.288, de 20 de julho de 2010, os programas e medidas especiais adotados pelo Estado e pela iniciativa privada para a correção das desigualdades raciais e para a promoção da igualdade de oportunidades são considerados ações:

- A) discriminatórias
- B) alocativas
- C) afirmativas
- D) preferenciais
- E) libertárias

7. Ano: 2021 Banca: CESGRANRIO

A pandemia agravou a desigualdade no acesso à Internet no Brasil, o que pode deixar cicatrizes sociais em crianças e jovens: com a exclusão digital e a disparidade no acesso à educação, o risco de os filhos não conseguirem ter renda superior à dos seus pais quando adultos aumenta. Os dados do Instituto de Mobilidade e Desenvolvimento Social mostram que só 29,6% dos filhos de pais que não tiveram qualquer instrução têm acesso à banda larga. Nos lares onde os pais têm curso superior, esta parcela sobe para 89,4%.

ALMEIDA, C.; NALIN, C. Exclusão Digital Cresce na Pandemia e Deve Frear Mobilidade Social no País. *Jornal O Globo, Economia*, 25 jan. 2021, p. 13.

Os dados atualizados revelam que a mobilidade social e a inclusão digital no Brasil estão diretamente vinculadas ao acesso à:

- A) Habitação
- B) Educação
- C) Filantropia
- D) Alimentação
- E) Religiosidade

8. Ano: 2023 Banca: CESGRANRIO

O Plano Nacional de Educação, regulamentado pela Lei no 13.005/2014, determina diretrizes, metas e estratégias para a formulação de políticas para a Educação Brasileira. O PNE tem as seguintes diretrizes, EXCETO a:

- A) universalização da metodologia ativa
- B) melhoria da qualidade da educação
- C) superação das desigualdades educacionais
- D) erradicação do analfabetismo
- E) valorização dos(as) profissionais da educação

9. Ano: 2023 Banca: CESGRANRIO

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) sobre educação, divulgados pelo Instituto Brasileiro e Geografia e Estatística (IBGE) mostram que 40,2% dos jovens entre 15 e 29 anos que abandonaram os estudos indicaram como principal motivação a necessidade de trabalhar.

Disponível em : <https://g1.globo.com/pr/parana/educacao/noticia/2023/06/23/40percent-dos-jovens-indicam-necessidade-de->

trabalhar-como-principal-motivacao-para-abandono- -dos-estudos-
diz-ibge.ghml. Acesso: 31 jul. 2023. G1. 2023.

Na perspectiva de uma análise sociológica da educação, a motivação dos alunos para abandonar os estudos tem como causa a(o):

- A) evasão que atingiu grupos sociais vulneráveis, que são os que impulsionam a produção e o consumo das grandes empresas multinacionais emergentes.
- B) estrutura das instituições sociais, inclusive a escola, que incentivou a evasão de alunos com oferta de bolsas.
- C) enfraquecimento do papel do Estado, apartado da esfera educacional, e o sistema de ensino que intensificou as políticas libertárias.
- D) enfraquecimento dos professores e a entrada de alunos de estratos abastados da sociedade.
- E) desigualdade social que impulsionou a busca por empregos precários de mão de obra desqualificada.

10. Ano: 2023 Banca: CESGRANRIO

A vida humana é influenciada socialmente em suas diferentes dimensões, e o processo saúde-doença se relaciona com o modo de viver das pessoas ao longo de toda a vida.

Nesse sentido, os determinantes sociais em saúde são importantes e definidos como:

- A) o conjunto de ações interligadas que perpassam todos os níveis de atenção à saúde, considerando a integralidade do sujeito e o seu envolvimento com a sua saúde.

B) o conjunto de práticas contínuas e articuladas voltadas para a previsão, a prevenção e o enfrentamento de problemas de saúde da população de um território.

C) o conjunto de relações entre indivíduos ou grupos que promove cooperação, solidariedade e confiança, levando à obtenção de benefícios na saúde.

D) os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico- -raciais, psicológicos, comportamentais e ambientais que influenciam o processo saúde-doença.

E) as desigualdades sociais entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias.

GABARITO DE QUESTÕES - CESGRANRIO

- | | |
|-------|--------|
| 1 - D | 6 - C |
| 2 - A | 7 - B |
| 3 - B | 8 - A |
| 4 - A | 9 - E |
| 5 - C | 10 - D |

QUESTÕES COMENTADAS - CESGRANRIO

1. Ano: 2023 Banca: CESGRANRIO

Segundo a Declaração de Salamanca,

O princípio que orienta esta Estrutura é o de que escolas deveriam acomodar todas as crianças independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, linguísticas ou outras. Aquelas deveriam incluir crianças deficientes e superdotadas, crianças de rua e que trabalham, crianças de origem remota ou de população nômade, crianças pertencentes a minorias linguísticas, étnicas ou culturais, e crianças de outros grupos desvantajados ou marginalizados.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração de Salamanca. 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.24933/horizontes.v40i1.1375>. Acesso em: 16 ago.2023. Adaptado.

A citação acima refere-se à ideia de:

A) Ensino Fundamental

B) Educação de Jovens e Adultos (EJA)

C) Educação Popular

D) Educação Inclusiva

E) Educação Básica

A opção correta é a "D) Educação Inclusiva". Essa escolha é apoiada pelo conteúdo da Declaração de Salamanca, que enfatiza a importância da inclusão de todas as crianças no sistema educacional, independentemente de suas condições ou características individuais.

A Declaração de Salamanca é um marco fundamental na área da educação inclusiva. Adotada em 1994 durante a Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais, organizada pela UNESCO, ela estabelece princípios e práticas para a educação de crianças com necessidades especiais. O texto reconhece que cada criança tem características, interesses, habilidades e necessidades de aprendizado únicas, e que os sistemas educacionais devem ser projetados e programas educacionais implementados de forma a levar em conta a ampla diversidade dessas características e necessidades.

A educação inclusiva, conforme descrita na Declaração, visa garantir que todas as crianças, incluindo aquelas com deficiências, superdotadas, de rua, trabalhadoras, de comunidades remotas, nômades, pertencentes a minorias linguísticas, étnicas ou culturais, ou que fazem parte de outros grupos desvantajados ou marginalizados, tenham acesso à educação de qualidade em um ambiente que as acolha e respeite suas diferenças.

As outras opções não correspondem ao princípio descrito:

"A) Ensino Fundamental" e "E) Educação Básica" referem-se a etapas específicas do sistema educacional, mas não abordam especificamente a inclusão.

"B) Educação de Jovens e Adultos (EJA)" destina-se a um grupo etário específico e não abrange necessariamente a inclusão de todas as categorias mencionadas.

"C) Educação Popular" é uma abordagem educacional focada em comunidades carentes e na conscientização crítica, mas não é sinônimo de educação inclusiva conforme descrita na Declaração de Salamanca.

2. Ano: 2023 Banca: CESGRANRIO

No Brasil, ainda é muito desafiador elaborar, implantar e cumprir as políticas públicas inclusivas para a educação.

Uma política nacional para a inclusão deve considerar a:

A) dignidade humana, sem que haja segregação ou distinção entre as crianças e os jovens e adultos nas escolas.

B) diferença existente entre as pessoas, para enaltecer a homogeneização de atitudes.

C) diversidade cultural como um conteúdo acessório do currículo, que deve ser ensinado e perpetuado nas escolas.

D) padronização de ações dos sujeitos afetos pelo processo educacional.

E) experiência humana como fator inibidor das potências capazes de ser reveladas no cotidiano escolar.

A letra "A) dignidade humana, sem que haja segregação ou distinção entre as crianças e os jovens e adultos nas escolas" é a opção correta, pois reflete um princípio fundamental para a elaboração e implementação de políticas públicas inclusivas na educação. Esta escolha está alinhada com o conceito de educação inclusiva, que visa assegurar a todos os estudantes o direito de aprender juntos, independentemente de suas habilidades, deficiências, origens sociais ou outras diferenças.

A educação inclusiva baseia-se na ideia de que todas as pessoas têm valor intrínseco e o direito à dignidade humana. Isso significa que políticas e práticas educacionais devem garantir que nenhum estudante seja excluído ou segregado com base em características pessoais, condições ou necessidades. Em vez disso, essas políticas devem promover um ambiente de aprendizado onde a diversidade é valorizada e todas as crianças, jovens e adultos possam aprender juntos em escolas regulares.

As outras opções não correspondem aos princípios da educação inclusiva:

"B) diferença existente entre as pessoas, para enaltecer a homogeneização de atitudes" sugere uma abordagem de uniformização, que contradiz o princípio de valorização das diferenças individuais.

"C) diversidade cultural como um conteúdo acessório do currículo" subestima a importância da diversidade cultural como um elemento central e integrado em todas as áreas do currículo.

"D) padronização de ações dos sujeitos afetos pelo processo educacional" vai contra a necessidade de adaptações e estratégias diferenciadas para atender às necessidades individuais de cada estudante.

"E) experiência humana como fator inibidor das potências capazes de ser reveladas no cotidiano escolar" parece contradizer a noção de que a experiência humana é uma fonte de aprendizado e desenvolvimento nas escolas.

3. Ano: 2022 Banca: CESGRANRIO

As expressões da questão social na atualidade evidenciam, mesmo sob as condições históricas próprias ao capitalismo no século XXI, algumas das determinações originalmente identificadas por Marx.

Tendo em vista a relação entre as desigualdades sociais e a natureza contraditória do modo de produção capitalista, verifica-se que a:

A) exclusão social, desde a emergência do "trabalhador livre" com a sociedade burguesa, permanece como principal determinação da questão social.

B) Lei Geral da Acumulação Capitalista ainda fornece elementos imprescindíveis para a compreensão da questão social na cena contemporânea.

C) questão social, em tempos de capital fetiche, evidencia-se como um fenômeno derivado da crise da sociedade salarial e sem relação com o pauperismo.

D) questão social na contemporaneidade resulta do padrão não universal de consumo de bens e serviços decorrentes da mercantilização da vida social.

E) luta de classes deixou de ser um elemento central na análise das expressões da questão social, em função dos pactos interclassistas firmados na atualidade.

A opção correta é a "B) Lei Geral da Acumulação Capitalista ainda fornece elementos imprescindíveis para a compreensão da questão social na cena contemporânea". Esta escolha é apoiada pela teoria marxista, que argumenta que a Lei Geral da Acumulação Capitalista é fundamental para entender as desigualdades sociais no capitalismo.

A Lei Geral da Acumulação Capitalista, conforme descrita por Karl Marx, explica como o capitalismo, em sua busca por lucro e acumulação de capital, gera desigualdades inerentes. Isso ocorre através da exploração da força de trabalho e da criação de uma reserva de mão de obra desempregada, que pressiona os salários para baixo e aumenta a competição entre os trabalhadores. Esta lei é crucial para entender a dinâmica de desigualdades sociais no capitalismo, já que evidencia a relação entre a acumulação de riqueza por parte dos capitalistas e a precarização e empobrecimento da classe trabalhadora.

As outras opções não correspondem corretamente à relação entre as desigualdades sociais e a natureza contraditória do capitalismo:

"A) exclusão social" aborda um aspecto importante, mas não engloba a amplitude da Lei Geral da Acumulação Capitalista.

"C) questão social em tempos de capital fetiche" é uma interpretação específica e não reflete a teoria marxista tradicional sobre a acumulação capitalista.

"D) questão social na contemporaneidade" e "E) luta de classes" apresentam perspectivas que não estão diretamente alinhadas com a Lei Geral da Acumulação Capitalista como explicada por Marx.

4. Ano: 2022 Banca: CESGRANRIO

As relações de trabalho em uma empresa estão pautadas no autoritarismo, na coerção, na chantagem, na desigualdade e em várias

formas de violência simbólica, que privam o trabalhador do poder de enfrentar e mudar essa situação.

Presente nos processos de trabalho, esse elemento que afeta a saúde dos trabalhadores é a(o):

A) carga social

B) doença profissional

C) incapacidade laboral

D) nexos causal

E) risco ambiental

A letra "A) carga social" é a opção correta, pois este termo refere-se ao conjunto de fatores sociais e psicológicos presentes no ambiente de trabalho que podem afetar negativamente a saúde e o bem-estar dos trabalhadores. No contexto descrito na questão, onde há autoritarismo, coerção, chantagem, desigualdade e várias formas de violência simbólica, a "carga social" do trabalho é significativamente elevada.

Estes fatores criam um ambiente de trabalho opressivo e estressante, que pode levar a problemas de saúde mental e física para os trabalhadores. A carga social não é apenas uma questão de carga física ou ergonômica, mas também inclui a carga emocional e psicológica que os trabalhadores experimentam devido às condições e relações de trabalho.

As outras opções não se encaixam tão diretamente no contexto descrito:

"B) doença profissional" se refere a condições de saúde diretamente causadas por exposições ou requisitos específicos do trabalho, mas não

captura o aspecto mais amplo das relações de trabalho autoritárias e coercitivas.

"C) incapacidade laboral" é um termo geral que se refere à incapacidade de trabalhar, mas não especifica a causa ou a natureza do problema.

"D) nexos causal" é um termo jurídico ou médico usado para estabelecer uma ligação direta entre um dano e sua causa, mas não descreve o ambiente de trabalho em si.

"E) risco ambiental" se refere a perigos físicos ou químicos no ambiente de trabalho, como exposição a substâncias tóxicas ou condições inseguras, e não aborda as relações de trabalho autoritárias e coercitivas.

5. Ano: 2019 Banca: CESGRANRIO

Segundo o Relatório da Desigualdade Global, da Escola de Economia de Paris, o Brasil é hoje o país democrático que mais concentra renda no 1% do topo da pirâmide. Só o Qatar, emirado árabe absolutista de 2,6 milhões de habitantes e governado pela mesma dinastia desde meados do século 19, supera, por pouco, o Brasil. [...] Segundo Marc Morgan, que analisa dados do Brasil no relatório, enquanto os mais ricos no país expandiram a renda no período favorável de 2001 a 2015, e os 50% mais pobres também tiveram ganhos, a classe média (os 40% "do meio") perdeu participação nos rendimentos totais, de 33,1% para 30,6%. CANZIAN, Fernando; MENA, Fernanda. Super-ricos no Brasil lideram concentração de renda global. Folha de São Paulo, 19 ago. 2019, Disponível em: <<https://temas.folha.uol.com.br/desigualdade-global/brasil/super-ricos-no-brasil-lideram-concentracao-de-renda-global.shtml>>. Acesso

em: 28 ago. 2019. Adaptado. Com respeito à distribuição de renda brasileira no período recente, o texto sugere que:

A) a concentração de renda no topo e na base da pirâmide ocorreu no período 2001-2015.

B) a melhora da participação dos 50% mais pobres reduziu expressivamente a concentração de renda no Brasil.

C) a classe média figura como o estrato mais negativamente afetado pela menor participação na renda nacional no período 2001-2015.

D) a participação dos rendimentos dos mais pobres na renda nacional foi reduzida no período 2001-2015.

E) os rendimentos dos estratos mais ricos da população sofreram ligeiro decréscimo da participação na renda nacional no período 2001-2015.

A alternativa correta é a "C) a classe média figura como o estrato mais negativamente afetado pela menor participação na renda nacional no período 2001-2015". Conforme indicado no texto da questão, enquanto os mais ricos do Brasil expandiram sua renda no período mencionado e os 50% mais pobres também tiveram ganhos, foi a classe média (os 40% "do meio") que perdeu participação nos rendimentos totais. A redução na participação da classe média nos rendimentos totais, de 33,1% para 30,6%, sugere que este grupo foi o mais negativamente impactado em termos de distribuição de renda durante o período em questão.

As outras opções não refletem corretamente as informações fornecidas:

"A) a concentração de renda no topo e na base da pirâmide ocorreu no período 2001-2015" implica que tanto os mais ricos quanto os mais pobres aumentaram sua participação na renda total, o que contradiz a informação de que a classe média foi a mais afetada.

"B) a melhora da participação dos 50% mais pobres reduziu expressivamente a concentração de renda no Brasil" sugere uma diminuição na concentração de renda, o que não é mencionado no texto.

"D) a participação dos rendimentos dos mais pobres na renda nacional foi reduzida no período 2001-2015" contradiz a informação de que os 50% mais pobres tiveram ganhos.

"E) os rendimentos dos estratos mais ricos da população sofreram ligeiro decréscimo da participação na renda nacional no período 2001-2015" é incorreto, pois o texto afirma que os mais ricos expandiram a renda nesse período.

6. Ano: 2023 Banca: CESGRANRIO

Um militante político atua em vários movimentos buscando a igualdade de oportunidades para todos os cidadãos, independentemente da origem social ou de qualquer outro critério que não considere o mérito pessoal e as qualificações para atuar em qualquer cargo, emprego ou função. Para reforçar seus projetos, organiza um núcleo no setor bancário, responsável por identificar oportunidades de inserção da comunidade negra no mercado financeiro. Nos termos da Lei Federal no 12.288, de 20 de julho de 2010, os programas e medidas especiais adotados pelo Estado e pela iniciativa privada para a correção das desigualdades raciais e para a promoção da igualdade de oportunidades são considerados ações:

- A) discriminatórias
- B) alocativas
- C) afirmativas**
- D) preferenciais
- E) libertárias

A alternativa correta é a "C) afirmativas". A Lei Federal nº 12.288, de 20 de julho de 2010, é conhecida como o Estatuto da Igualdade Racial. Esta lei estabelece medidas e programas destinados a corrigir as desigualdades raciais e a promover a igualdade de oportunidades. As ações afirmativas são políticas públicas e iniciativas da iniciativa privada que buscam compensar as desvantagens históricas e sociais enfrentadas por grupos discriminados, como a população negra, e promover uma maior equidade.

As ações afirmativas podem incluir uma variedade de estratégias, como cotas em universidades, programas de emprego, e outras iniciativas voltadas para aumentar a representação de grupos historicamente sub-representados e marginalizados em diferentes áreas da sociedade.

As outras opções não se aplicam ao contexto:

"A) discriminatórias" sugere ações que promovem desigualdade, o que é o oposto do objetivo das ações afirmativas.

"B) alocativas" não é um termo geralmente usado em relação a políticas de igualdade racial.

"D) preferenciais" e "E) libertárias" não descrevem adequadamente as ações descritas na Lei Federal nº 12.288.

7. Ano: 2021 Banca: CESGRANRIO

A pandemia agravou a desigualdade no acesso à Internet no Brasil, o que pode deixar cicatrizes sociais em crianças e jovens: com a exclusão digital e a disparidade no acesso à educação, o risco de os filhos não conseguirem ter renda superior à dos seus pais quando adultos aumenta. Os dados do Instituto de Mobilidade e Desenvolvimento Social mostram que só 29,6% dos filhos de pais que não tiveram qualquer instrução têm acesso à banda larga. Nos lares onde os pais têm curso superior, esta parcela sobe para 89,4%.

ALMEIDA, C.; NALIN, C. Exclusão Digital Cresce na Pandemia e Deve Frear Mobilidade Social no País. *Jornal O Globo, Economia*, 25 jan. 2021, p. 13.

Os dados atualizados revelam que a mobilidade social e a inclusão digital no Brasil estão diretamente vinculadas ao acesso à:

- A) Habitação
- B) Educação**
- C) Filantropia
- D) Alimentação
- E) Religiosidade

A alternativa correta é a "B) Educação". A passagem menciona a disparidade no acesso à Internet em lares com diferentes níveis de instrução dos pais, indicando que as crianças e jovens de famílias onde os pais têm maior educação têm mais acesso à banda larga. Esta é uma clara indicação de que a mobilidade social e a inclusão digital estão vinculadas ao nível educacional.

A educação é um fator fundamental para o acesso a recursos como a Internet e outras tecnologias, que são essenciais para a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades no mundo moderno. Famílias com níveis mais elevados de educação tendem a ter maior acesso a recursos tecnológicos e a valorizar a importância da conectividade digital para o desenvolvimento educacional e profissional.

As outras opções não estão diretamente relacionadas ao contexto apresentado:

"A) Habitação", "D) Alimentação" e "E) Religiosidade" não são mencionadas no trecho como fatores vinculados à inclusão digital e mobilidade social.

"C) Filantropia" não é mencionada como um fator relacionado à disparidade no acesso à Internet e à educação no contexto do trecho fornecido.

8. Ano: 2023 Banca: CESGRANRIO

O Plano Nacional de Educação, regulamentado pela Lei no 13.005/2014, determina diretrizes, metas e estratégias para a formulação de políticas para a Educação Brasileira. O PNE tem as seguintes diretrizes, EXCETO a:

A) universalização da metodologia ativa

B) melhoria da qualidade da educação

C) superação das desigualdades educacionais

D) erradicação do analfabetismo

E) valorização dos(as) profissionais da educação

A alternativa "A) universalização da metodologia ativa" é a correta porque a Lei nº 13.005/2014, que estabelece o Plano Nacional de Educação (PNE), não especifica a "universalização da metodologia ativa" como uma de suas diretrizes. A metodologia ativa é um conjunto de abordagens pedagógicas centradas no estudante, mas o PNE não estabelece uma única metodologia de ensino para ser universalizada em todo o sistema educacional brasileiro.

As outras alternativas, por outro lado, estão alinhadas com os objetivos e diretrizes do PNE:

"B) melhoria da qualidade da educação": O PNE visa melhorar a qualidade do ensino em todos os níveis educacionais.

"C) superação das desigualdades educacionais": O PNE busca reduzir as desigualdades educacionais, garantindo acesso e qualidade de educação para todos.

"D) erradicação do analfabetismo": Uma das metas do PNE é erradicar o analfabetismo no Brasil.

"E) valorização dos(as) profissionais da educação": O plano inclui estratégias para valorizar os profissionais da educação, incluindo formação, carreira e remuneração adequada.

9. Ano: 2023 Banca: CESGRANRIO

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) sobre educação, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que 40,2% dos jovens entre 15 e 29 anos que abandonaram os estudos indicaram como principal motivação a necessidade de trabalhar.

Disponível em : <https://g1.globo.com/pr/parana/educacao/noticia/2023/06/23/40percent-dos-jovens-indicam-necessidade-de-trabalhar-como-principal-motivacao-para-abandono-dos-estudos-diz-ibge.ghtml>. Acesso: 31 jul. 2023. G1. 2023.

Na perspectiva de uma análise sociológica da educação, a motivação dos alunos para abandonar os estudos tem como causa a(o):

A) evasão que atingiu grupos sociais vulneráveis, que são os que impulsionam a produção e o consumo das grandes empresas multinacionais emergentes.

B) estrutura das instituições sociais, inclusive a escola, que incentivou a evasão de alunos com oferta de bolsas.

C) enfraquecimento do papel do Estado, apartado da esfera educacional, e o sistema de ensino que intensificou as políticas libertárias.

D) enfraquecimento dos professores e a entrada de alunos de estratos abastados da sociedade.

E) desigualdade social que impulsionou a busca por empregos precários de mão de obra desqualificada.

A alternativa "E) desigualdade social que impulsionou a busca por empregos precários de mão de obra desqualificada" é a correta, pois reflete a realidade socioeconômica que leva muitos jovens a abandonar os estudos para trabalhar. Em contextos de desigualdade social, famílias de baixa renda muitas vezes dependem da contribuição financeira de todos os seus membros, incluindo os jovens. Isso pode forçar os jovens a buscar empregos, frequentemente precários e de baixa qualificação, em detrimento da continuidade de sua educação formal.

As outras alternativas não refletem adequadamente o contexto apresentado na questão:

"A) evasão que atingiu grupos sociais vulneráveis..." não aborda diretamente a questão do trabalho como motivação para o abandono dos estudos.

"B) estrutura das instituições sociais..." sugere que a escola incentivou a evasão por meio de bolsas, o que não se relaciona com a necessidade de trabalhar.

"C) enfraquecimento do papel do Estado..." menciona políticas libertárias e desvinculação do Estado da educação, o que não se aplica diretamente à questão do trabalho como causa de evasão escolar.

"D) enfraquecimento dos professores..." e a entrada de alunos de estratos mais ricos não se relacionam com a necessidade de trabalhar como motivo para abandono escolar.

10. Ano: 2023 Banca: CESGRANRIO

A vida humana é influenciada socialmente em suas diferentes dimensões, e o processo saúde-doença se relaciona com o modo de viver das pessoas ao longo de toda a vida.

Nesse sentido, os determinantes sociais em saúde são importantes e definidos como:

A) o conjunto de ações interligadas que perpassam todos os níveis de atenção à saúde, considerando a integralidade do sujeito e o seu envolvimento com a sua saúde.

B) o conjunto de práticas contínuas e articuladas voltadas para a previsão, a prevenção e o enfrentamento de problemas de saúde da população de um território.

C) o conjunto de relações entre indivíduos ou grupos que promove cooperação, solidariedade e confiança, levando à obtenção de benefícios na saúde.

D) os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos, comportamentais e ambientais que influenciam o processo saúde-doença.

E) as desigualdades sociais entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias.

A alternativa "D) os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos, comportamentais e ambientais que influenciam o processo saúde-doença" é a correta, pois aborda de forma abrangente os diversos fatores que compõem os determinantes sociais em saúde. Estes determinantes são elementos-chave que influenciam o estado de saúde das pessoas e populações, afetando suas condições de vida e bem-estar.

As outras alternativas, embora relacionadas à saúde, não definem corretamente os determinantes sociais em saúde:

"A) o conjunto de ações interligadas..." refere-se mais a uma abordagem integral de cuidados de saúde, não especificamente aos determinantes sociais.

"B) o conjunto de práticas contínuas e articuladas..." parece descrever uma estratégia de saúde pública, mas não define os determinantes sociais em saúde.

"C) o conjunto de relações entre indivíduos..." trata de aspectos sociais importantes, mas não abrange toda a gama de determinantes sociais em saúde.

"E) as desigualdades sociais entre grupos populacionais..." aborda uma parte dos determinantes sociais, mas não engloba todos os aspectos como a alternativa "D".

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. IPEA. Texto para Discussão 2832 / Desigualdades Raciais e de Renda no Acesso à Saúde nas Cidades Brasileiras. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11454/4/TD_2832_Web.pdf. Brasília: janeiro de 2023. Acesso em: 3 de janeiro de 2024.

_____. IBGE. Notícias e Releases. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=noticias-e-releases>. Acesso em: 3 de janeiro de 2024.