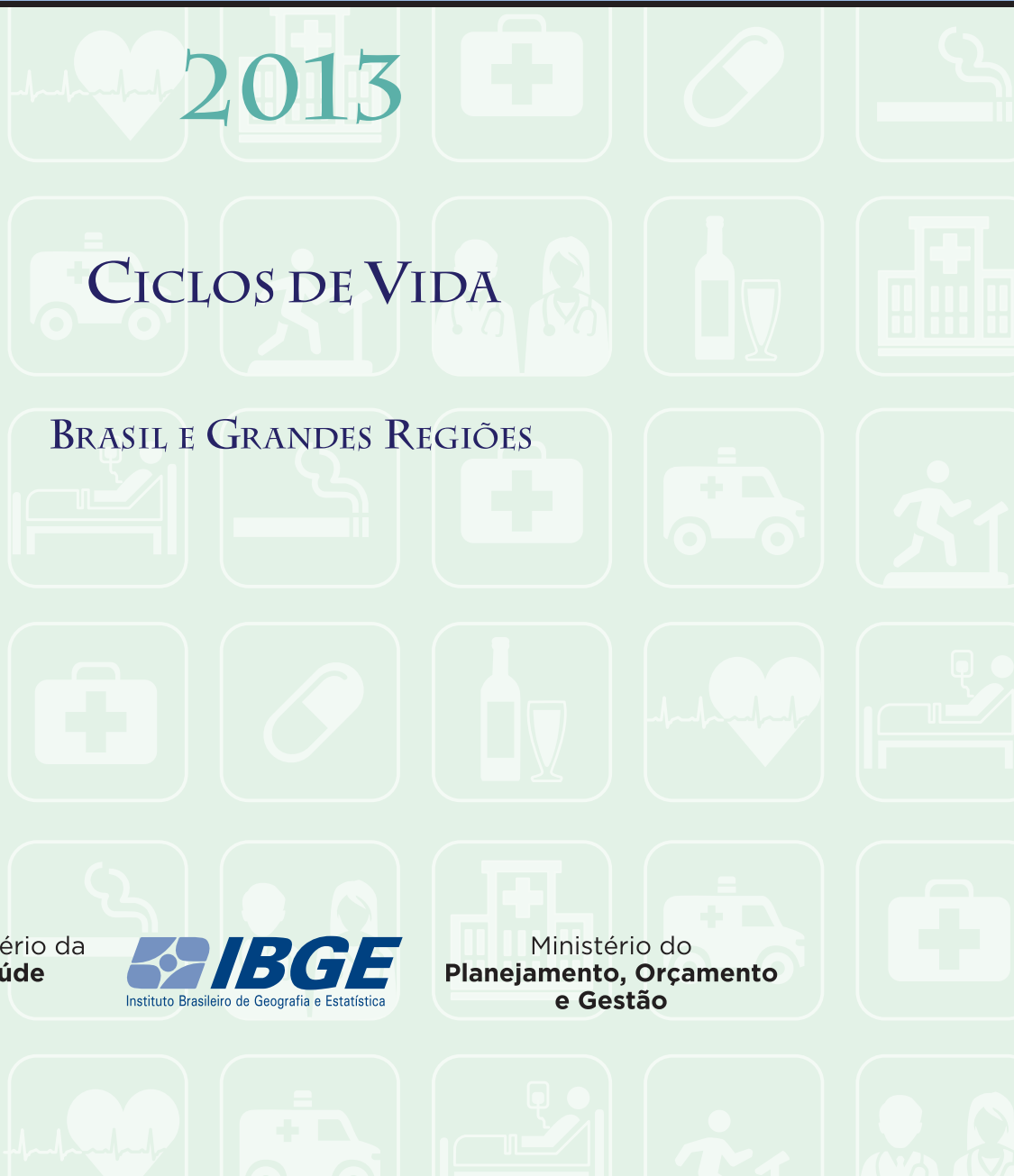




PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE



2013

CICLOS DE VIDA

BRASIL E GRANDES REGIÕES



Ministério da
Saúde



Ministério do
Planejamento, Orçamento
e Gestão

Presidenta da República
Dilma Rousseff

Ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão
Nelson Barbosa

Ministro da Saúde
Ademar Arthur Chioro dos Reis

Secretária-Executiva
Ana Paula Menezes

Secretário de Vigilância em Saúde
Antonio Carlos Figueiredo Nardi

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ

Presidenta
Wasmália Bivar

Presidente
Paulo Gadelha

Diretor-Executivo
Fernando J. Abrantes

ÓRGÃOS ESPECÍFICOS SINGULARES

Diretoria de Pesquisas
Roberto Luís Olinto Ramos

Diretoria de Geociências
Wadih João Scandar Neto

Diretoria de Informática
Paulo César Moraes Simões

Centro de Documentação e Disseminação de Informações
David Wu Tai

Escola Nacional de Ciências Estatísticas
Maysa Sacramento de Magalhães

UNIDADE RESPONSÁVEL

Diretoria de Pesquisas
Coordenação de Trabalho e Rendimento
Cimar Azeredo Pereira

Ministério da Saúde
Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não
Transmissíveis e Promoção da Saúde
Deborah Carvalho Malta

FIOCRUZ
Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde
Célia Landmann Szwarcwald

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
Diretoria de Pesquisas
Coordenação de Trabalho e Rendimento

Pesquisa Nacional de Saúde 2013

Ciclos de vida

Brasil e Grandes Regiões

Rio de Janeiro
2015

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

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

ISBN 978-85-240-4351-2 (meio impresso)

© IBGE. 2015

Elaboração do arquivo PDF

Roberto Cavararo

Produção de multimídia

LGonzaga

Márcia do Rosário Brauns

Mônica Pimentel Cinelli Ribeiro

Roberto Cavararo

Capa

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

Pesquisa nacional de saúde : 2013 : ciclos de vida : Brasil e grandes
regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de
Janeiro : IBGE, 2015.
92 p.

Convênio: Ministério da Saúde

Acompanha um CD-ROM, em bolso, sob o título: Pesquisa nacional
de saúde : 2013 : ciclos de vida : Brasil, grandes regiões, unidades
da federação.

Inclui bibliografia e glossário.

ISBN 978-85-240-4351-2

1. Indicadores de saúde - Brasil. 2. Saúde pública - Avaliação. 3. Saúde
pública - Brasil. 4. Serviços de saúde. 5. Saúde. 6. Deficientes. 7. Idosos -
Saúde e higiene. 8. Vacinação. 9. Mulheres - Saúde e higiene. 10. Crianças
- Cuidado e tratamento. 11. Serviços de saúde infantil. 12. Serviços de
saúde à maternidade. 13. Serviços de saúde para mulheres. 14. Catarata.
I. IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento.

Gerência de Biblioteca e Acervos Especiais

RJ/IBGE/2015-11

CDU 311.141:614

EST

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Sumário

Apresentação

Introdução

Notas técnicas

População de estudo

Aspectos da amostragem

Plano amostral

Tamanho da amostra

Definição dos fatores de expansão

Coleta dos dados

Aferições

Coletas de sangue e urina

Aspectos éticos

Análise dos resultados

Pessoas com deficiência

Deficiência intelectual

Deficiência física

Deficiência auditiva

Deficiência visual

Saúde dos indivíduos de 60 anos ou mais de idade

Funcionalidade

Ocorrência de catarata

Vacinação contra a gripe

Saúde da mulher

Métodos contraceptivos e gravidez

Aborto

Exames preventivos de saúde feminina

Atendimento pré-natal

Saúde das crianças com menos de 2 anos de idade

Primeira consulta médica após o nascimento

Testes do pezinho, da orelhinha e do olhinho

Vacinação

Alimentação

Suplementação de sulfato ferroso

Antropometria e pressão arterial

Avaliação do estado nutricional

Evolução do estado nutricional (2002-2013)

Avaliação da pressão arterial

Referências

Glossário

Convenções

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

Apresentação

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, com a presente publicação, *Pesquisa nacional de saúde 2013: ciclos de vida*, divulga os resultados da pesquisa realizada em convênio com o Ministério da Saúde.

O tema Saúde já foi abordado em suplementos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, em anos anteriores. A partir de 1998, os levantamentos passaram a ser realizados com intervalos regulares de cinco anos, mantendo aspectos essenciais da investigação, o que possibilitou a comparabilidade dos resultados entre os três anos em que se realizou a pesquisa: 1998, 2003 e 2008.

Este é o terceiro volume de uma série de dados da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013, que serão oportunamente disponibilizados pelo IBGE. São apresentados, nesta publicação, uma breve descrição da pesquisa, o plano de amostragem, a análise descritiva dos resultados, bem como um glossário com os termos e conceitos considerados relevantes para a compreensão dos resultados.

O CD-ROM que acompanha a publicação contém todas as informações do volume impresso e um conjunto de tabelas com informações desagregadas por sexo, grupos de idade, nível de instrução e cor ou raça, para os seguintes recortes: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Além das tabelas com indicadores e respectivos intervalos de confiança, são disponibilizadas, igualmente, tabelas com os valores absolutos e os coeficientes de variação das estimativas.

Assim, com a disponibilização de mais essa base de dados, o Ministério da Saúde e o IBGE ampliam, consideravelmente, o

conhecimento sobre as características de saúde da população brasileira. De posse desta publicação, as instâncias executivas e legislativas, os profissionais e pesquisadores, os Conselhos de Saúde e os demais agentes interessados no setor passam a contar com um amplo conjunto de informações que lhes ajudarão na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas relacionadas à saúde.

Roberto Luís Olinto Ramos
Diretor de Pesquisas

Introdução

Com a publicação e a divulgação dos dados dos Suplementos de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, foi ampliado, consideravelmente, o conhecimento sobre as características de saúde da população brasileira, constituindo, hoje, um conjunto de informações de abrangência nacional de grande relevância para subsidiar a formulação, o monitoramento e a avaliação das políticas públicas de saúde (TRAVASSOS; VIACAVA; LAGUARDIA, 2008; VIACAVA, 2010; TRAVASSOS; VIACAVA, 2011).

A Pesquisa Nacional de Saúde - PNS, por ser uma pesquisa independente da PNAD, mas integrante do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares - SIPD, se beneficiou da Amostra Mestra da PNAD Contínua (FREITAS et al., 2007), com maior espalhamento geográfico e ganho de precisão das estimativas. Com desenho próprio, elaborado especificamente para coletar informações de saúde, a PNS foi planejada para a estimação de vários indicadores com a precisão desejada e para assegurar a continuidade do monitoramento da grande maioria dos indicadores do Suplemento de Saúde da PNAD.

A elaboração da PNS foi fundamentada em três eixos principais: o desempenho do sistema nacional de saúde; as condições de saúde da população brasileira; e a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco associados (MALTA et al., 2008). Adicionalmente, tendo em vista as evidências que indicam que os fatores sociais constituem elementos centrais na adoção dos comportamentos saudáveis e na distribuição dos serviços e recursos de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2008; BARROS et al., 2011), os aspectos relacionados à equidade mereceram particular consideração na pesquisa.

O Brasil atravessa, atualmente, um período de transição epidemiológica, com uma profunda modificação dos padrões de saúde e doença, que interagem com fatores demográficos, econômicos, sociais, culturais e ambientais (SZWARCOWALD; SOUZA-JÚNIOR; DAMACENA, 2010). Embora as doenças infecciosas sejam ainda importantes, há um crescimento significativo das doenças crônicas não transmissíveis. Assim, no volume 1 de divulgação da PNS 2013, publicado em 2014, foram apresentados resultados sobre tais doenças, entre outros indicadores¹.

Para descrever aspectos relacionados às condições de saúde da população brasileira, a PNS abordou a percepção individual da saúde em várias dimensões. Investigou-se, particularmente, a autoavaliação de saúde, indicador que tem sido utilizado, nacional e internacionalmente, para estabelecer diferenças de morbidade em subgrupos populacionais, bem como para comparar necessidades de serviços e recursos de saúde por área geográfica.

No volume 2, foram apresentados temas em continuidade às edições anteriores da PNAD, como acesso e utilização de serviços de saúde, cobertura do Programa Saúde da Família, cobertura de planos de saúde, saúde bucal, atendimento médico, acidentes e violência. Foram apresentados, também, temas diversos, como indicadores de presença de cães e gatos nos domicílios, vacinação de animais, dengue, e visitas de agentes de endemias².

No que se refere à avaliação do desempenho do sistema de saúde, a PNS incluiu os módulos de acesso e utilização dos serviços de saúde e de cobertura de plano de saúde do Suplemento de Saúde da PNAD na sua íntegra, com pequenas atualizações, de modo a possibilitar o acompanhamento da série quinquenal de indicadores de saúde, de utilidade já consagrada. Pesquisaram-se, igualmente, atendendo às atuais prioridades do Ministério da Saúde, questões para dimensionar o acesso à assistência médica em diferentes níveis de atenção, em termos de tempo de espera e de dificuldades na obtenção do atendimento, bem como para avaliar a assistência de saúde sob a perspectiva do usuário (GOUVEIA et al., 2005).

No presente volume, são apresentadas informações sobre os ciclos de vida, dados antropométricos e de pressão arterial, com a análise de indicadores de saúde específicos para alguns grupos e faixas etárias distintas. Foi possível investigar a saúde de crianças menores de 2 anos de idade (consultas médicas, aleitamento materno, testes de diagnóstico precoce - pezinho, orelhinha e olhinho); saúde da mulher (exames preventivos, menarca e menopausa, contracepção); atendimento pré-natal e assistência ao parto (número de consultas, exames realizados, tipo do parto); pessoas com deficiência (física, auditiva, visual, intelectual); e funcionalidade da pessoa idosa (atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, apoio social, cirurgia de catarata, vacinação contra a gripe) ; dados antropométricos (índice de massa corporal e circunferência da cintura) e avaliação da pressão arterial.

¹ Para informações complementares, consultar a publicação: PESQUISA nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 181 p. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm>>. Acesso em: jul. 2015.

² Para informações complementares, consultar a publicação: PESQUISA nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 104 p. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013_vol2/default.shtm>. Acesso em: jul. 2015.

É importante destacar ainda que a PNS 2013 coletou nos domicílios, pela primeira vez em inquérito de saúde de âmbito nacional, amostras biológicas para realização de exames complementares, que serão usadas para traçar o perfil bioquímico de condições clínicas ou pré-clínicas que necessitam de intervenção, incluindo indivíduos que não têm acesso aos serviços de saúde. Essas informações serão objetos de divulgações futuras.

As informações da PNS serão utilizadas para subsidiar a formulação das políticas públicas nas áreas de promoção, vigilância e atenção à saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, alinhadas às estratégias do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022 (BRASIL, 2011a; DUNCAN et al., 2011). Por meio da PNS, será possível monitorar as metas de redução das doenças crônicas não transmissíveis, pactuadas com a Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO), como o tratamento de hipertensos e diabéticos, a redução do consumo do sal, do tabaco, do álcool e da inatividade física, bem como a prevenção e o controle da obesidade, dentre outras. A PNS atende, igualmente, a outras prioridades do Ministério da Saúde, como a Rede de Atenção à Saúde, a Rede Cegonha, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, e o Programa Farmácia Popular do Brasil, e também propicia o monitoramento indireto de políticas de cunho social, do governo federal, como o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite, o Plano Brasil sem Miséria e o Programa Bolsa Família.

Notas técnicas

População de estudo

A população de estudo da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS é constituída por moradores em domicílios particulares permanentes pertencentes à área de abrangência geográfica da pesquisa. Foi definido como abrangência geográfica todo o Território Nacional, dividido nos setores censitários da Base Operacional Geográfica de 2010, excluídas as áreas com características especiais e com pouca população, que são classificadas pelo IBGE, na base de setores, como aldeias indígenas, quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, embarcações, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, asilos, orfanatos, conventos e hospitais. Também foram excluídos os setores censitários localizados em Terras Indígenas.

Aspectos da amostragem

Plano amostral

A PNS é uma pesquisa domiciliar realizada por meio de amostragem conglomerada em três estágios: os setores censitários ou conjunto de setores formam as unidades primárias de amostragem; os domicílios são as unidades de segundo estágio; e os moradores de 18 anos ou mais de idade definem as unidades de terceiro estágio.

Como parte integrante do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares - SIPD, as unidades primárias de amostragem da PNS foram obtidas da Amostra Mestra, que é a estrutura amostral do

Sistema. Portanto, a estratificação das unidades primárias de amostragem, nesta pesquisa, foi a mesma adotada para a Amostra Mestra³. A seleção da subamostra das unidades primárias de amostragem foi feita por amostragem aleatória simples.

No segundo estágio, foi selecionado, por amostragem aleatória simples, um número fixo de domicílios particulares permanentes em cada unidade primária de amostragem selecionada no primeiro estágio. A seleção foi feita do Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos - CNEFE em sua mais recente atualização. Dentro de cada domicílio selecionado, um morador de 18 anos ou mais de idade foi selecionado para responder ao questionário específico, também por amostragem aleatória simples, da lista de moradores construída no momento da entrevista.

Tamanho da amostra

O tamanho da amostra foi definido considerando o nível de precisão desejado para as estimativas de alguns indicadores de interesse, que são basicamente proporções de pessoas em determinadas categorias. Como os indicadores referem-se a grupos populacionais diferentes, também foi preciso avaliar a proporção de domicílios que possuíam pessoas nesses grupos, com base nos dados do Censo Demográfico 2010, para que fosse possível definir o tamanho de amostra necessário para estimar com a precisão requerida.

Por falta de informações para toda a população, sobre as características envolvidas nos indicadores, os cálculos iniciais foram baseados em amostragem aleatória simples (AAS), considerando que os indicadores são proporções de pessoas com a característica de interesse, e foram efetuados a fim de definir o tamanho de amostra, fixando-se os níveis de precisão desejados para as estimativas dos indicadores e para os diversos níveis geográficos em que se pretende estimá-los.

O plano amostral adotado na pesquisa não foi amostragem aleatória simples de pessoas e, por isso, foi realizado um ajuste no tamanho de amostra obtido considerando os valores do efeito de plano amostral (*EPA*), os quais foram estimados pelos técnicos da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, com base nos dados do Suplemento de Saúde da PNAD 2008.

As fórmulas utilizadas, dentro de cada domínio, foram as seguintes:

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

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

Onde:

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

N é o número total de pessoas;

³ Para mais detalhes, consultar a publicação: FREITAS, M. P. S. de et al. *Amostra mestra para o sistema integrado de pesquisas domiciliares*. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. 67 p. (Textos para discussão. Diretoria de Pesquisas, n. 23).

P é a proporção de interesse;

$$Q=1-P$$

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

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

EPA é o efeito de plano amostral.

A Tabela 1 mostra os indicadores, os grupos populacionais relacionados, os coeficientes de variação desejados, o valor esperado para cada um dos indicadores e os valores do efeito de plano amostral estimados.

Os primeiros tamanhos de amostra foram calculados como os necessários para estimar os indicadores com o coeficiente de variação desejado para cada um dos níveis geográficos inicialmente pensados como domínios de divulgação. São eles: Brasil, Grande Região, Unidade da Federação, Região Metropolitana, Capital e restante da Unidade da Federação.

Após várias avaliações, optou-se por determinar o tamanho mínimo da amostra de domicílios por Unidade da Federação em 1 800 unidades, o que permitiria estimar nove indicadores com a precisão desejada inicialmente, e os demais, com precisão inferior, porém ainda dentro de faixas de coeficientes de variação considerados aceitáveis, proporcionando estimativas ainda precisas.

Para a definição do tamanho da amostra de unidades primárias de amostragem (m_d), foi fixado o número de domicílios selecionados em cada uma delas e, então, dividido o tamanho da amostra de domicílios por esse número, que foi de 10 ou 14, dependendo do domínio, $m_d = \frac{n_{ACd}}{10}$ ou $m_d = \frac{n_{ACd}}{14}$.

Essa diferença deveu-se à limitação no tamanho da amostra de unidades primárias de amostragem pela Amostra Mestra. Os tamanhos finais da amostra por Unidade da Federação são apresentados na Tabela 2.

Tabela 1 - Grupo populacional relacionado ao indicador, proporção de domicílios com pessoas no grupo populacional, valor esperado do indicador, coeficiente de variação desejado para a estimativa do indicador e EPA estimado, segundo o indicador de interesse

| Indicador | Grupo populacional | Proporção de domicílios com pessoas no grupo populacional (1) | Valor esperado do indicador (%) | CV desejado (%) | EPA estimado |
|---|--|---|---------------------------------|-----------------|--------------|
| 1. Prevalência de diabetes 35 anos e mais | Adultos 35 anos e mais selecionados | 0,6 | 8,0 | 12,8 | 1,4 |
| 2. Prevalência de hipertensão 35 anos e mais | Adultos 35 anos e mais selecionados | 0,6 | 30,0 | 8,5 | 1,6 |
| 3. Prevalência de depressão 35 anos e mais | Adultos 35 anos e mais selecionados | 0,6 | 8,0 | 12,8 | 1,9 |
| 4. Taxa de internação último ano | Todos os moradores do domicílio | 1,0 | 7,0 | 14,6 | 2,9 |
| 5. Uso nas últimas 2 semanas | Todos os moradores do domicílio | 1,0 | 14,0 | 7,3 | 4,6 |
| 6. Cobertura de plano de saúde privado | Todos os moradores do domicílio | 1,0 | 26,0 | 5,9 | 10,4 |
| 7. Cobertura de exame preventivo de câncer de colo de útero entre mulheres 25 a 59 anos | Mulheres de 25-59 anos selecionadas | 0,4 | 80,0 | 3,2 | 2,2 |
| 8. Cobertura de mamografia entre mulheres 50 e mais | Mulheres de 50-69 anos selecionadas | 0,1 | 65,0 | 5,5 | 1,8 |
| 9. Prevalência de fumo | Adultos selecionados | 1,0 | 17,0 | 9,0 | 1,8 |
| 10. Prevalência de sobrepeso/ obesidade | Adultos selecionados | 1,0 | 12,0 | 12,8 | 1,8 |
| 11. Prevalência de sedentarismo | Todos os moradores do domicílio | 1,0 | 15,0 | 10,2 | 4,1 |
| 12. Uso abusivo de álcool | Adultos selecionados | 1,0 | 7,0 | 14,6 | 1,8 |
| 13. Percentual que sofreu violência com lesões corporais | Adultos selecionados | 1,0 | 2,0 | 25,5 | 2,8 |
| 14. Percentual de idosos com limitações (problemas de funcionalidade) | Todos os idosos do domicílio | 0,4 | 15,0 | 13,6 | 2,1 |
| 15. Cobertura de vacinação em crianças com menos de 2 anos | Todas as crianças com menos de 2 anos do domicílio | 0,1 | 80,0 | 3,2 | 2,0 |

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

(1) Segundo o Censo Demográfico 2010.

Tamanho da amostra para realização de exames

A PNS contou com uma etapa que consistia na realização de exames laboratoriais para as pessoas selecionadas nos domicílios. Devido ao alto custo dessa operação, ficou definido que os exames seriam realizados apenas em uma parte da amostra. Em função dessa decisão, foram selecionadas cerca de 25% das unidades primárias de amostragem em cada estrato, para compor a subamostra para exames. Desse modo, todas as pessoas selecionadas nos domicílios selecionados para a amostra foram encaminhadas para a realização dos exames.

A seleção da subamostra foi feita com probabilidade proporcional ao inverso da distância do município onde se localiza a unidade primária de amostragem e o município mais próximo com 80 000 habitantes ou mais. Isso se deu porque esses municípios possuem melhor infraestrutura para a realização dos exames e, dando maior probabilidade às unidades primárias de amostragem mais próximas deles, pretendia-se reduzir os custos da operação.

Tabela 2 - Tamanho planejado e selecionado da amostra para a Pesquisa Nacional de Saúde, segundo os domínios de interesse

| Domínios de interesse | Amostra planejada de UPAs | Tamanho da amostra | | |
|-----------------------|---------------------------|--------------------|--|--------------------------------|
| | | UPAs na PNS | Domicílios com entrevista realizada na PNS (22% de não resposta) | Domicílios selecionados na PNS |
| Brasil | 6 081 | 6 069 | 62 658 | 81 357 |
| Norte | 1 169 | 1 161 | 13 578 | 17 553 |
| Rondônia | 130 | 129 | 1 806 | 2 322 |
| Acre | 180 | 180 | 1 800 | 2 340 |
| Amazonas | 246 | 245 | 2 594 | 3 365 |
| Roraima | 130 | 124 | 1 736 | 2 232 |
| Pará | 246 | 246 | 2 652 | 3 438 |
| Amapá | 108 | 107 | 1 498 | 1 926 |
| Tocantins | 129 | 130 | 1 492 | 1 930 |
| Nordeste | 1 916 | 1 916 | 19 160 | 24 908 |
| Maranhão | 180 | 181 | 1 810 | 2 353 |
| Piauí | 180 | 180 | 1 800 | 2 340 |
| Ceará | 290 | 290 | 2 900 | 3 770 |
| Rio Grande do Norte | 180 | 179 | 1 790 | 2 327 |
| Paraíba | 180 | 182 | 1 820 | 2 366 |
| Pernambuco | 276 | 279 | 2 790 | 3 627 |
| Alagoas | 180 | 180 | 1 800 | 2 340 |
| Sergipe | 180 | 179 | 1 790 | 2 327 |
| Bahia | 270 | 266 | 2 660 | 3 458 |
| Sudeste | 1 446 | 1 451 | 14 510 | 18 863 |
| Minas Gerais | 366 | 366 | 3 660 | 4 758 |
| Espírito Santo | 180 | 181 | 1 810 | 2 353 |
| Rio de Janeiro | 360 | 365 | 3 650 | 4 745 |
| São Paulo | 540 | 539 | 5 390 | 7 007 |
| Sul | 760 | 767 | 7 670 | 9 971 |
| Paraná | 290 | 287 | 2 870 | 3 731 |
| Santa Catarina | 180 | 186 | 1 860 | 2 418 |
| Rio Grande do Sul | 290 | 294 | 2 940 | 3 822 |
| Centro-Oeste | 790 | 774 | 7 740 | 10 062 |
| Mato Grosso do Sul | 180 | 179 | 1 790 | 2 327 |
| Mato Grosso | 180 | 162 | 1 620 | 2 106 |
| Goiás | 250 | 253 | 2 530 | 3 289 |
| Distrito Federal | 180 | 180 | 1 800 | 2 340 |

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Definição dos fatores de expansão

Na PNS, foi preciso definir fatores de expansão ou pesos amostrais para as unidades primárias de amostragem, os domicílios e todos os seus moradores e o morador selecionado. Também foi preciso definir o peso para a subamostra para exames.

Peso das unidades primárias de amostragem

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

Peso dos domicílios e todos os seus moradores

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

Peso do morador selecionado

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

Peso para subamostra para exames

Os fatores de expansão que serão associados aos moradores selecionados para a subamostra para exames serão calculados de maneira semelhante aos pesos já definidos anteriormente. Como a coleta dos dados relacionados à subamostra para exames está em fase de finalização, será preciso esperar seu encerramento para que seja feita uma avaliação do aproveitamento da amostra, para só então serem definidos os pesos finais.

Taxas de resposta e de perdas

Para o cálculo dos pesos, foi necessário obter as quantidades de domicílios por situação de coleta para que fossem feitos os ajustes pela perda de entrevistas. As Tabelas 3 e 4 indicam, respectivamente, o número de domicílios e o número de domicílios com moradores de 18 anos ou mais de idade na amostra planejada, selecionados para a pesquisa, com entrevista realizada e as perdas por não resposta, e por domicílios selecionados fora do âmbito da pesquisa. Para as questões comuns a todos os moradores, a perda total foi de 20,8%, abaixo do planejado (23,0%), e, para as questões específicas, a taxa de perda foi um pouco maior, ficando em 25,9%.

Tabela 3 - Número de domicílios na amostra planejada, número de domicílios selecionados, por situação de coleta, taxas de perda total, de excesso de cobertura e de resposta, segundo as Unidades da Federação - 2013

| Unidade da Federação | Número de domicílios na amostra planejada | Número de domicílios selecionados, por situação de coleta | | | | | | Taxa de perda total (%) (A+B+C3)/T | Taxa de excesso de cobertura (%) (B/T) | Taxa de resposta (%) (C2/C1) |
|----------------------|---|---|--------------------------------------|--------------------|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| | | Total (T) | Em UPAs com amostra não coletada (A) | Fora do âmbito (B) | No âmbito (ocupados) | | | | | |
| | | | | | Total (C1) | Com entrevista realizada (C2) | Sem entrevista realizada (C3) | | | |
| Brasil | 81 357 | 81 254 | 67 | 11 193 | 69 994 | 64 348 | 5 646 | 20,8 | 13,8 | 91,9 |
| Rondônia | 2 322 | 2 322 | - | 361 | 1 961 | 1 849 | 112 | 20,4 | 15,5 | 94,3 |
| Acre | 2 340 | 2 340 | - | 305 | 2 035 | 1 892 | 143 | 19,1 | 13,0 | 93,0 |
| Amazonas | 3 365 | 3 352 | 18 | 388 | 2 946 | 2 795 | 151 | 16,6 | 11,6 | 94,4 |
| Roraima | 2 232 | 2 226 | 18 | 373 | 1 835 | 1 749 | 86 | 21,4 | 16,9 | 94,5 |
| Pará | 3 438 | 3 429 | 18 | 529 | 2 882 | 2 438 | 444 | 28,9 | 15,5 | 84,1 |
| Amapá | 1 926 | 1 918 | - | 281 | 1 637 | 1 522 | 115 | 20,6 | 14,7 | 93,0 |
| Tocantins | 1 930 | 1 930 | - | 192 | 1 738 | 1 601 | 137 | 17,0 | 9,9 | 92,1 |
| Maranhão | 2 353 | 2 353 | - | 281 | 2 072 | 1 882 | 190 | 20,0 | 11,9 | 90,8 |
| Piauí | 2 340 | 2 340 | - | 383 | 1 957 | 1 859 | 98 | 20,6 | 16,4 | 95,0 |
| Ceará | 3 770 | 3 770 | - | 546 | 3 224 | 2 793 | 431 | 25,9 | 14,5 | 86,6 |
| Rio Grande do Norte | 2 327 | 2 327 | - | 340 | 1 987 | 1 807 | 180 | 22,3 | 14,6 | 90,9 |
| Paraíba | 2 366 | 2 366 | - | 366 | 2 000 | 1 960 | 40 | 17,2 | 15,5 | 98,0 |
| Pernambuco | 3 627 | 3 598 | - | 555 | 3 043 | 2 719 | 324 | 24,4 | 15,4 | 89,4 |
| Alagoas | 2 340 | 2 340 | - | 342 | 1 998 | 1 901 | 97 | 18,8 | 14,6 | 95,1 |
| Sergipe | 2 327 | 2 327 | - | 372 | 1 955 | 1 734 | 221 | 25,5 | 16,0 | 88,7 |
| Bahia | 3 458 | 3 458 | 13 | 565 | 2 880 | 2 776 | 104 | 19,7 | 16,4 | 96,0 |
| Minas Gerais | 4 758 | 4 749 | - | 639 | 4 110 | 3 932 | 178 | 17,2 | 13,5 | 95,7 |
| Espírito Santo | 2 353 | 2 351 | - | 320 | 2 031 | 1 894 | 137 | 19,4 | 13,6 | 93,3 |
| Rio de Janeiro | 4 745 | 4 737 | - | 592 | 4 145 | 3 801 | 344 | 19,8 | 12,5 | 91,7 |
| São Paulo | 7 007 | 7 007 | - | 798 | 6 209 | 5 623 | 586 | 19,8 | 11,4 | 90,6 |
| Paraná | 3 731 | 3 723 | - | 466 | 3 257 | 3 122 | 135 | 16,1 | 12,5 | 95,9 |
| Santa Catarina | 2 418 | 2 415 | - | 440 | 1 975 | 1 721 | 254 | 28,7 | 18,2 | 87,1 |
| Rio Grande do Sul | 3 822 | 3 814 | - | 500 | 3 314 | 2 996 | 318 | 21,4 | 13,1 | 90,4 |
| Mato Grosso do Sul | 2 327 | 2 327 | - | 311 | 2 016 | 1 914 | 102 | 17,7 | 13,4 | 94,9 |
| Mato Grosso | 2 106 | 2 106 | - | 279 | 1 827 | 1 621 | 206 | 23,0 | 13,2 | 88,7 |
| Goiás | 3 289 | 3 289 | - | 458 | 2 831 | 2 548 | 283 | 22,5 | 13,9 | 90,0 |
| Distrito Federal | 2 340 | 2 340 | - | 211 | 2 129 | 1 899 | 230 | 18,8 | 9,0 | 89,2 |

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

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

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

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

Tabela 4 - Número de domicílios com morador de 18 anos ou mais de idade na amostra planejada, número de domicílios selecionados, por situação de coleta, taxas de perda total, de excesso de cobertura e de resposta, segundo as Unidades da Federação - 2013

| Unidades da Federação | Número de domicílios com morador de 18 anos ou mais de idade na amostra planejada | Número de domicílios selecionados, por situação de coleta | | | | | | Taxa de perda total (%) (A+B+C3)/T | Taxa de excesso de cobertura (%) (B/T) | Taxa de resposta (%) (C2/C1) |
|-----------------------|---|---|---|-----------------------|---------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| | | Total (T) | Em UPAs com amostra não coletada (A) | Fora do âmbito (B) | No âmbito | | | | | |
| | | | | | Total (C1) | Com entrevista realizada (C2) | Sem entrevista realizada (C3) | | | |
| Brasil | 81 357 | 81 254 | 67 | 11 233 | 69 954 | 60 202 | 9 752 | 25,9 | 13,8 | 86,0 |
| Rondônia | 2 322 | 2 322 | - | 363 | 1 959 | 1 694 | 265 | 27,0 | 15,6 | 86,5 |
| Acre | 2 340 | 2 340 | - | 307 | 2 033 | 1 814 | 219 | 22,5 | 13,1 | 89,2 |
| Amazonas | 3 365 | 3 352 | 18 | 389 | 2 945 | 2 586 | 359 | 22,9 | 11,7 | 87,3 |
| Roraima | 2 232 | 2 226 | 18 | 380 | 1 828 | 1 591 | 237 | 28,5 | 17,2 | 86,3 |
| Pará | 3 438 | 3 429 | 18 | 532 | 2 879 | 2 004 | 875 | 41,6 | 15,6 | 69,2 |
| Amapá | 1 926 | 1 918 | - | 281 | 1 637 | 1 332 | 305 | 30,6 | 14,7 | 81,4 |
| Tocantins | 1 930 | 1 930 | - | 192 | 1 738 | 1 515 | 223 | 21,5 | 9,9 | 87,2 |
| Maranhão | 2 353 | 2 353 | - | 282 | 2 071 | 1 774 | 297 | 24,6 | 12,0 | 85,7 |
| Piauí | 2 340 | 2 340 | - | 383 | 1 957 | 1 804 | 153 | 22,9 | 16,4 | 92,2 |
| Ceará | 3 770 | 3 770 | - | 550 | 3 220 | 2 560 | 660 | 32,1 | 14,6 | 79,5 |
| Rio Grande do Norte | 2 327 | 2 327 | - | 340 | 1 987 | 1 691 | 296 | 27,3 | 14,6 | 85,1 |
| Paraíba | 2 366 | 2 366 | - | 368 | 1 998 | 1 943 | 55 | 17,9 | 15,6 | 97,2 |
| Pernambuco | 3 627 | 3 598 | - | 555 | 3 043 | 2 591 | 452 | 28,0 | 15,4 | 85,1 |
| Alagoas | 2 340 | 2 340 | - | 345 | 1 995 | 1 748 | 247 | 25,3 | 14,7 | 87,6 |
| Sergipe | 2 327 | 2 327 | - | 372 | 1 955 | 1 553 | 402 | 33,3 | 16,0 | 79,4 |
| Bahia | 3 458 | 3 458 | 13 | 567 | 2 878 | 2 641 | 237 | 23,6 | 16,5 | 91,4 |
| Minas Gerais | 4 758 | 4 749 | - | 639 | 4 110 | 3 779 | 331 | 20,4 | 13,5 | 91,9 |
| Espírito Santo | 2 353 | 2 351 | - | 321 | 2 030 | 1 724 | 306 | 26,7 | 13,7 | 84,9 |
| Rio de Janeiro | 4 745 | 4 737 | - | 592 | 4 145 | 3 486 | 659 | 26,4 | 12,5 | 84,1 |
| São Paulo | 7 007 | 7 007 | - | 799 | 6 208 | 5 305 | 903 | 24,3 | 11,4 | 85,5 |
| Paraná | 3 731 | 3 723 | - | 469 | 3 254 | 3 012 | 242 | 19,1 | 12,6 | 92,6 |
| Santa Catarina | 2 418 | 2 415 | - | 440 | 1 975 | 1 623 | 352 | 32,8 | 18,2 | 82,2 |
| Rio Grande do Sul | 3 822 | 3 814 | - | 500 | 3 314 | 2 913 | 401 | 23,6 | 13,1 | 87,9 |
| Mato Grosso do Sul | 2 327 | 2 327 | - | 314 | 2 013 | 1 809 | 204 | 22,3 | 13,5 | 89,9 |
| Mato Grosso | 2 106 | 2 106 | - | 281 | 1 825 | 1 476 | 349 | 29,9 | 13,3 | 80,9 |
| Goiás | 3 289 | 3 289 | - | 461 | 2 828 | 2 423 | 405 | 26,3 | 14,0 | 85,7 |
| Distrito Federal | 2 340 | 2 340 | - | 211 | 2 129 | 1 811 | 318 | 22,6 | 9,0 | 85,1 |

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

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

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

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

Coleta dos dados

A organização e a coordenação do trabalho de campo ocorreu sob a responsabilidade do IBGE. Todos os Agentes de Coleta, Supervisores e Coordenadores da PNS 2013 foram capacitados para compreender detalhadamente toda a pesquisa, e foi preparado material instrutivo que auxiliou a equipe de campo a entender os objetivos estabelecidos em cada uma das questões e as medidas (antropométricas e de pressão arterial) incluídas na pesquisa. Os entrevistadores foram instruídos, também, a informar aos moradores selecionados sobre os exames laboratoriais que seriam realizados e lhes avisar que o laboratório entraria em contato para agendar a visita. As entrevistas foram feitas com a utilização de computadores de mão (PDAs), programados adequadamente para processos de crítica das variáveis.

Inicialmente, foi feito contato com a pessoa responsável ou com algum dos moradores do domicílio selecionado, ocasião em que o entrevistador discorria sobre os principais objetivos e os procedimentos da PNS, bem como sobre a importância de participação do morador na realização da pesquisa, sendo elaborada uma lista de todos os moradores adultos do domicílio. Foram identificados o informante que respondeu ao questionário domiciliar e todos os moradores do domicílio, bem como o morador adulto que responderia à entrevista individual, e que seria selecionado por meio de programa de seleção aleatória no PDA. As entrevistas foram agendadas nas datas e horários mais convenientes para os informantes, prevendo-se duas ou mais visitas em cada domicílio.

Os entrevistadores foram adequadamente treinados para fazer as entrevistas em PDA e aferir todas as medidas necessárias, a saber: peso, altura, circunferência da cintura e pressão arterial. Em relação à coleta e à análise do material biológico (amostras de sangue e urina), foi contratado um consórcio de laboratórios privados.

Aferições

Para o morador adulto selecionado para a entrevista individual, foram feitas aferições de peso, altura, circunferência da cintura e pressão arterial. Foram utilizados, respectivamente: balança eletrônica portátil, estadiômetro portátil, fita de inserção e aparelho de pressão digital.

Os procedimentos para as medidas antropométricas e de pressão arterial, bem como o treinamento da equipe de campo, foram desenvolvidos em conjunto com o Laboratório de Avaliação Nutricional de Populações - LANPOP, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP. Adicionalmente, foram desenvolvidos critérios para o estabelecimento de medidas improváveis biologicamente.

Para as medidas antropométricas, foram seguidos os mesmos procedimentos da Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2008-2009, realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde⁴. No caso da medida de pressão arterial, a PNS 2013 adotou os procedimentos técnicos para a utilização do aparelho automático de

⁴ Para informações complementares, consultar a publicação: PESQUISA de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 130 p. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/pof/2008_2009_encaa/default.shtm>. Acesso em: jul. 2015.

pressão arterial. Nessa técnica, as pressões sistólica e diastólica foram calculadas por meio de algoritmos a partir do ponto de oscilação máxima que corresponde à pressão arterial média.

Coletas de sangue e urina

A coleta e a análise do material biológico foram realizadas por um consórcio de laboratórios privados, escolhidos entre aqueles que atenderam aos critérios de controle de qualidade do Ministério da Saúde e para os quais foram asseguradas as normas vigentes para a coleta, o transporte e o processamento do material biológico.

Os laboratórios elaboraram uma rotina de calibração interlaboratorial dos resultados dos exames para o controle de qualidade e foram responsáveis pela contratação de supervisores regionais para o treinamento padronizado dos coletores e a supervisão de todas as etapas do processo, incluindo: o agendamento; a preparação prévia do indivíduo selecionado; a coleta do material biológico; a realização dos exames; e a entrega dos resultados.

Após a realização da entrevista individual, o IBGE passou as informações de contato do morador selecionado (nome, endereço, telefone etc.) para o laboratório contratado, por meio de mecanismos de transmissão dos dados que garantiram o sigilo das informações.

Coube ao laboratório contratado:

- Agendar os exames laboratoriais com o morador selecionado;
- Orientar e fazer a preparação prévia adequada para os exames laboratoriais com o indivíduo selecionado, por meio de impresso, telefonema, ou até visita domiciliar, quando necessário;
- Entregar o frasco de coleta de urina no domicílio;
- Fazer as coletas de sangue e urina, e transportar o material coletado;
- Fornecer os resultados dos exames laboratoriais ao indivíduo selecionado, via Internet (com senha) ou por meio de carta pessoal, no caso de falta de acesso do morador àquela rede; e
- Transmitir os resultados dos exames ao IBGE, por meio de mecanismos adequados que garantam o sigilo das informações.

Descrevem-se, a seguir, os exames laboratoriais que foram realizados na PNS 2013.

Coleta de sangue

Procedimento: coleta de 7 ml de sangue a qualquer hora do dia.

Exames:

- Hemoglobina glicada;
- Colesterol total;
- LDL (método direto);

- HDL colesterol (método direto);
- Hemograma;
- Hemoglobina S e outras hemoglobinopatias;
- Creatinina; e
- Sorologia de dengue.

Coleta de urina

Procedimento: coleta de urina de 12 horas noturnas.

Exames:

- Dosagem de sódio;
- Dosagem de potássio; e
- Creatinina.

Aspectos éticos

O projeto da PNS foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, em junho de 2013.

Análise dos resultados

Pessoas com deficiência

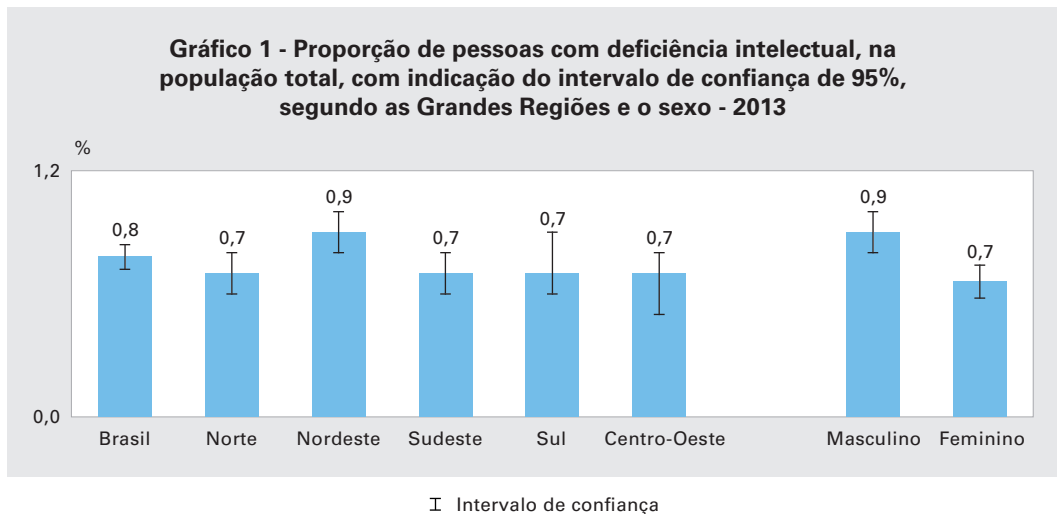
A seguir, são apresentados dados da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013 sobre as pessoas com deficiências temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável e intermitente ou contínua. Foram estimados dados a respeito de quatro tipos de deficiências: intelectual, física, auditiva e visual.

A PNS estimou 200,6 milhões de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, em 2013. Desse total, 6,2% possuía pelo menos uma das quatro deficiências citadas anteriormente.

Deficiência intelectual

No Brasil, 0,8% da população declarou possuir deficiência intelectual, não havendo diferença significativa entre as Grandes Regiões, segundo a PNS 2013. Essa foi a deficiência menos frequente dentre as quatro pesquisadas. As mulheres apresentaram proporção inferior à dos homens: 0,7% e 0,9%, respectivamente.

A pesquisa investigou se a pessoa nasceu com deficiência intelectual, ou se esta foi resultante de lesões ou traumas decorrentes de quedas ou acidentes, ou derivada de enfermidades. No Brasil, 0,5% da população total possuía deficiência intelectual desde o nascimento, enquanto 0,3% a adquiriu devido a doença ou acidente. A deficiência intelectual foi a única, dentre todas as deficiências investigadas, em que o percentual de pessoas que nasceu com ela foi superior ao percentual de pessoas que a adquiriram por doença ou acidente.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

As pessoas de 60 anos ou mais de idade apresentaram as maiores proporções de deficiência intelectual adquirida por doença ou acidente (0,8%).

Os percentuais mais elevados de deficiência intelectual foram estimados para as pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto, tanto para quem nasceu com a deficiência (0,9%) como para quem a adquiriu devido a doença ou acidente (0,5%).

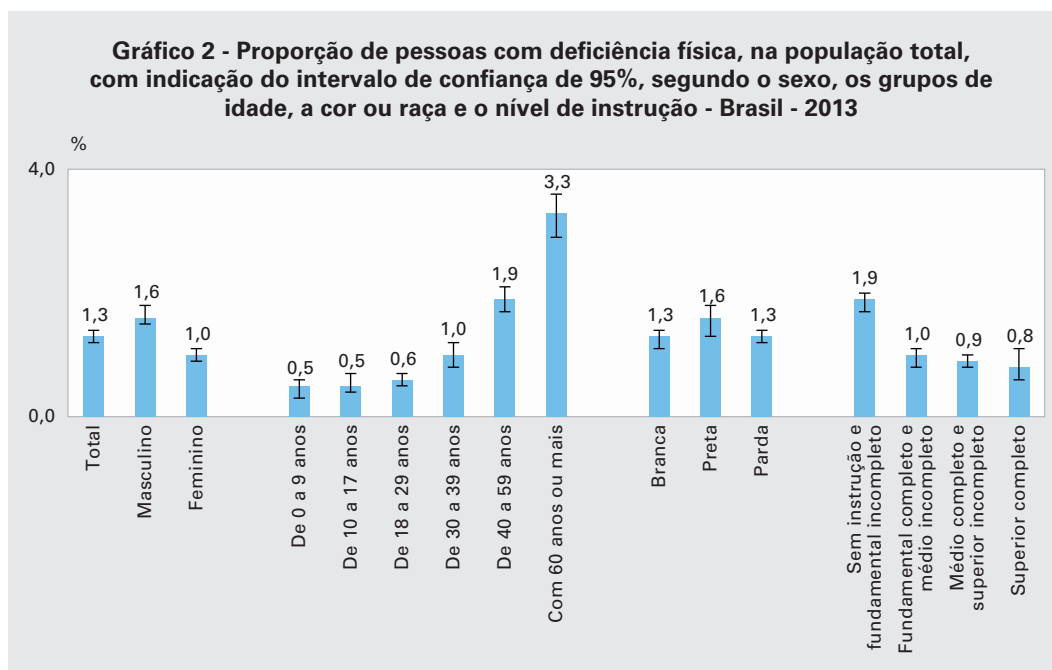
Em 2013, 54,8% da população com deficiência intelectual possuía grau intenso ou muito intenso de limitação, ou ainda não conseguia realizar suas atividades habituais, tais como ir à escola, brincar e trabalhar. Essa foi a maior proporção de limitação encontrada nas quatro deficiências investigadas.

A pesquisa investigou se as pessoas com uma das quatro deficiências pesquisadas frequentavam algum serviço de reabilitação em saúde, composto por equipes multiprofissionais e de assistência interdisciplinar. Para a população com deficiência intelectual, essa proporção foi 30,4%, a maior dentre as quatro deficiências investigadas.

Deficiência física

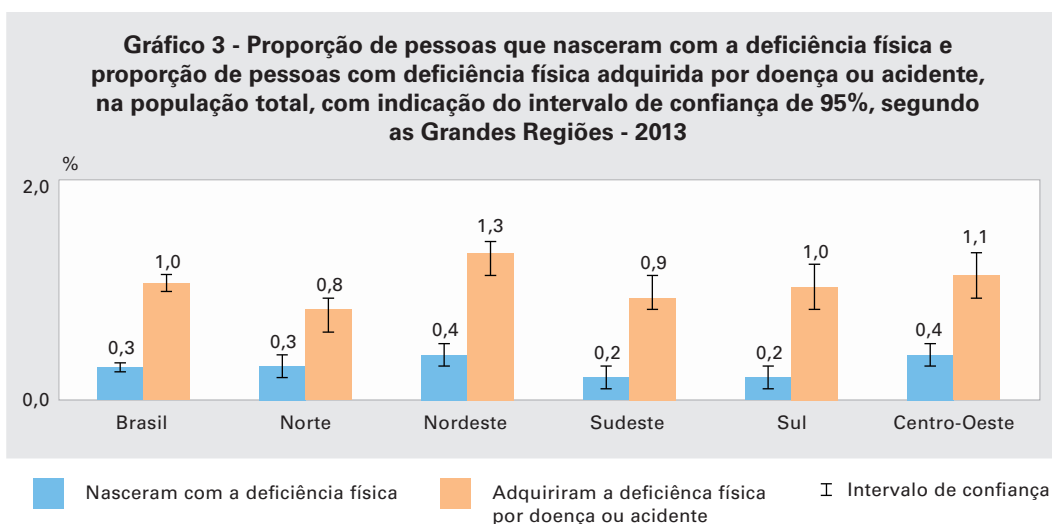
Segundo a PNS 2013, 1,3% da população do Brasil declarou possuir deficiência física, sendo o percentual para os homens (1,6%) maior que o observado para as mulheres (1,0%). A partir dos 30 anos, as proporções foram crescentes em todos os grupos de idade: 30 a 39 anos, 1,0%; 40 a 59 anos, 1,9%; e 60 anos ou mais, 3,3%. As pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto apresentaram percentual superior (1,9%) ao verificado nos demais níveis de instrução.

No País, 0,3% da população nasceu com deficiência física, enquanto 1,0% a adquiriu em decorrência de doença ou acidente. A Região Norte apresentou a menor proporção de pessoas com deficiência física adquirida por doença ou acidente, 0,8%.



I Intervalo de confiança

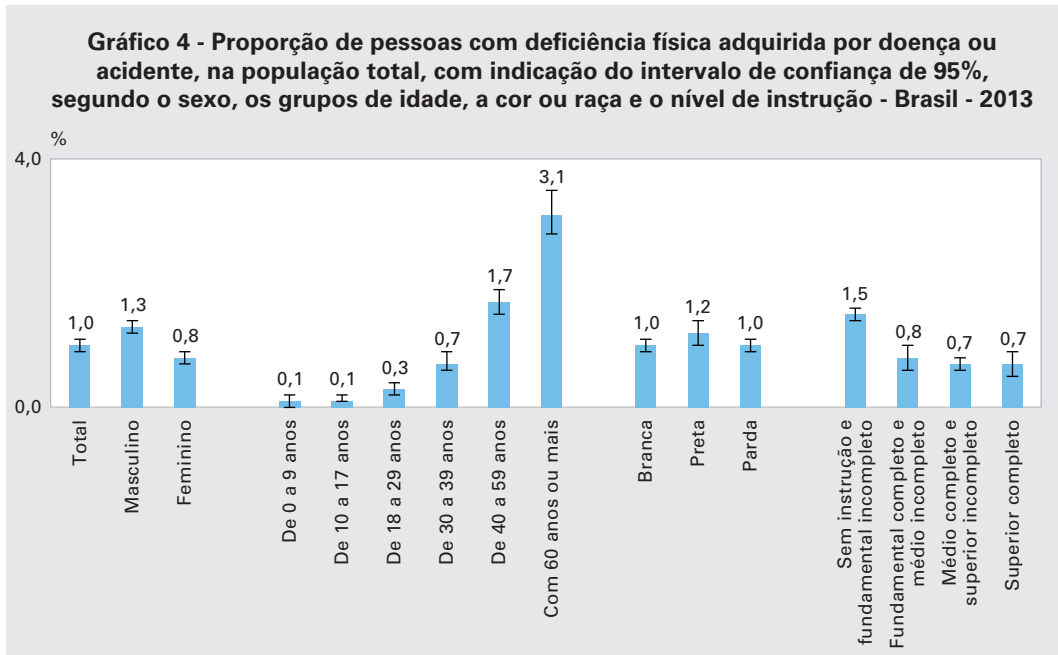
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Em relação às pessoas que adquiriram deficiência física por doença ou acidente, foram estimadas as maiores proporções nos seguintes segmentos: homens (1,3%), pessoas de 60 anos ou mais de idade (3,1%) e pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto (1,5%).

Da população com deficiência física, 46,8% possuía grau intenso ou muito intenso de limitações, ou ainda não conseguia realizar as atividades habituais. Estimou-se que 18,4% da população com deficiência física frequentava algum serviço de reabilitação.



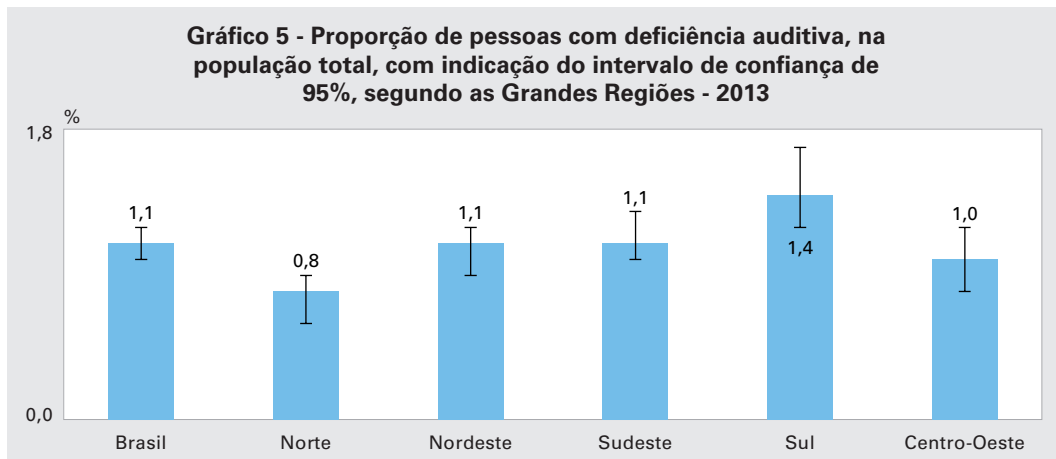
I Intervalo de confiança

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Deficiência auditiva

Considerou-se pessoa com deficiência auditiva aquela que tinha surdez nos dois ouvidos, surdez em um ouvido e audição reduzida no outro, ou ainda audição reduzida de ambos os ouvidos.

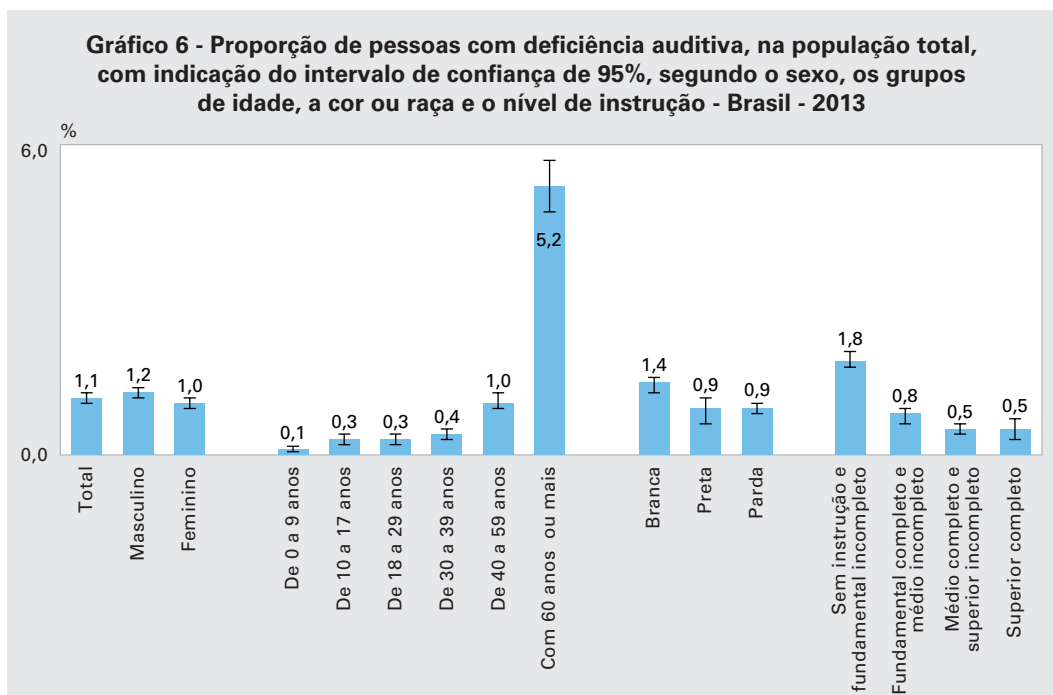
A PNS 2013 estimou que 1,1% da população do País possuía deficiência auditiva, sendo a menor proporção desse indicador observada na Região Norte (0,8%).



I Intervalo de confiança

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

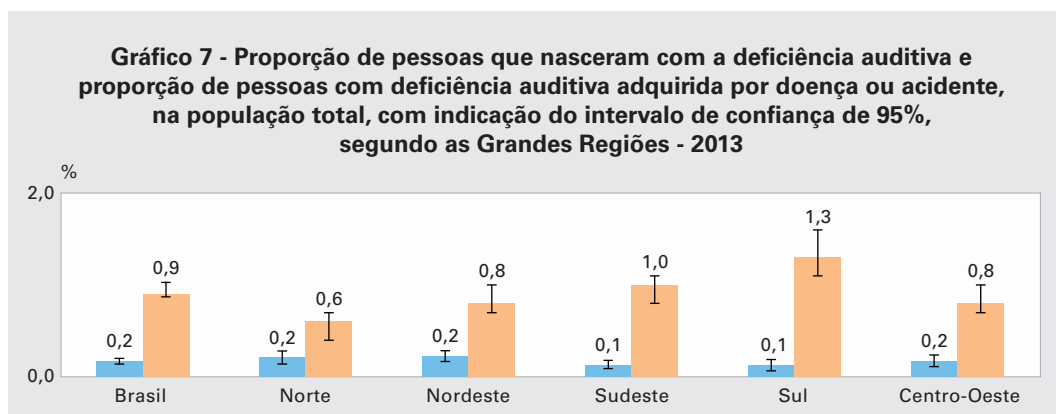
A deficiência auditiva foi mais frequente para as pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto (1,8%) e no grupo de 60 anos ou mais de idade (5,2%). A deficiência auditiva foi a única que apresentou resultados estatisticamente diferenciados por cor ou raça: a proporção para os brancos (1,4%) foi superior à observada para os pretos e pardos (0,9% em ambos).



I Intervalo de confiança

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Na população total, 0,9% adquiriu a deficiência auditiva por doença ou acidente e 0,2% a possuía desde o nascimento. A proporção de quem adquiriu a deficiência por doença ou acidente foi menor na Região Norte (0,6%) e maior na Região Sul (1,3%).



■ Nasceram com a deficiência auditiva ■ Adquiriram a deficiência auditiva por doença ou acidente I Intervalo de confiança

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

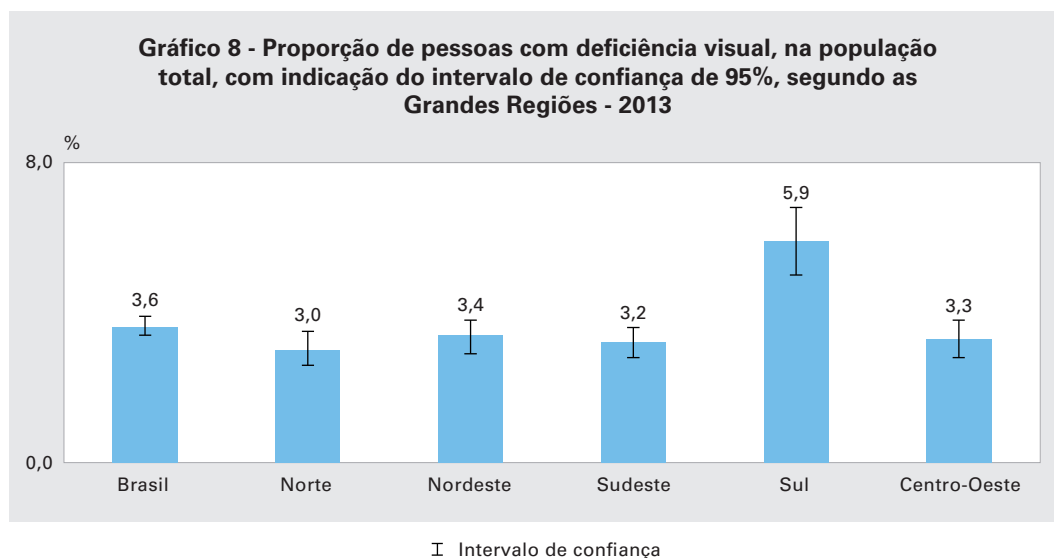
A deficiência auditiva adquirida por doença ou acidente registrou proporções mais elevadas nos seguintes segmentos: pessoas de 60 anos ou mais de idade (5,0%), brancos (1,2%) e pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto (1,6%).

Em 2013, 20,6% da população com deficiência auditiva apresentou grau intenso ou muito intenso de limitações ou não conseguia realizar as atividades habituais. No Brasil, 8,4% da população com deficiência auditiva frequentava algum serviço de reabilitação.

Deficiência visual

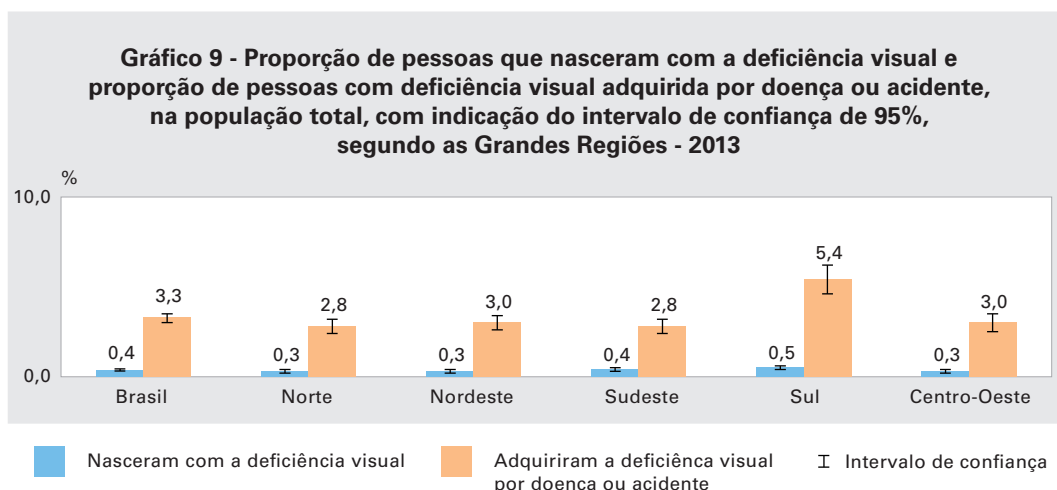
Considerou-se deficiência visual os casos de cegueira de ambos os olhos, cegueira de um olho e visão reduzida do outro, cegueira de um olho e visão normal do outro e baixa visão de ambos os olhos.

No Brasil, dentre os tipos de deficiências investigadas pela PNS 2013, a deficiência visual foi a mais representativa na população, com proporção de 3,6%. Esse indicador foi mais elevado na Região Sul (5,9%). As pessoas de 60 anos ou mais de idade apresentaram proporção superior (11,5%) à observada nos demais grupos de idade.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

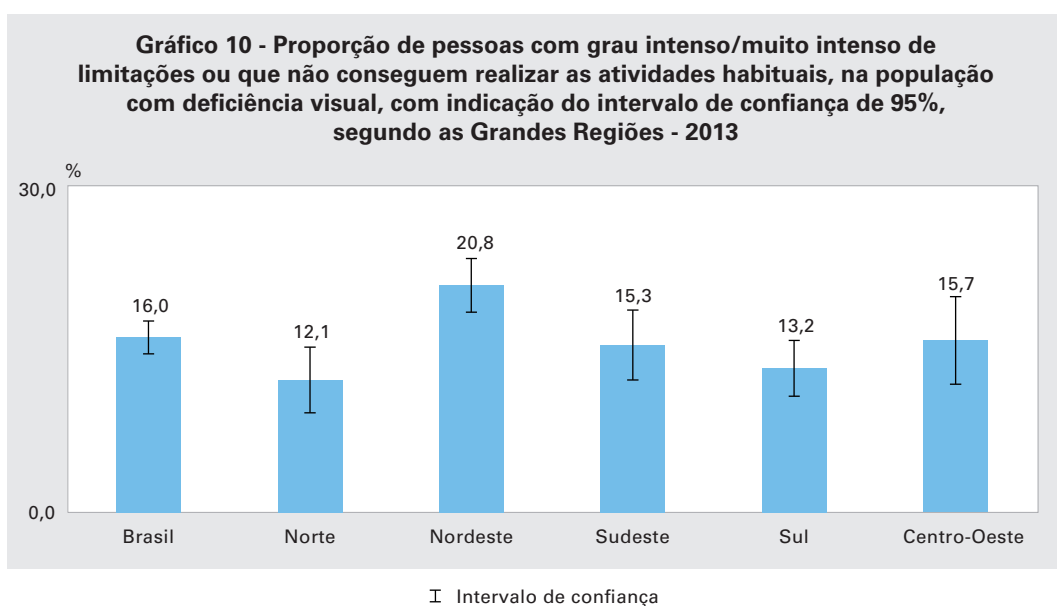
Dentre as deficiências investigadas, a deficiência visual foi a que registrou a maior proporção estimada para as pessoas que a adquiriram por doença ou acidente (3,3%), enquanto 0,4% a possuíam desde o nascimento. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as Grandes Regiões para a população que tinha a deficiência desde o nascimento. Entre as pessoas que adquiriram a deficiência visual por doença ou acidente, a Região Sul apresentou a maior proporção (5,4%).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

No País, 6,6% das pessoas com deficiência visual faziam uso de algum recurso para auxiliar a locomoção, como bengala articulada ou cão-guia. Todas as Grandes Regiões obtiveram estimativas assemelhadas estatisticamente à observada para o Brasil.

Em 2013, 16,0% da população com deficiência visual apresentou grau intenso ou muito intenso de limitações ou não conseguia realizar as atividades habituais. Essa foi a menor proporção de limitação encontrada nas quatro deficiências investigadas. A Região Nordeste (20,8%) foi a única que registrou proporção superior à média nacional observada para esse indicador.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

O serviço de reabilitação foi frequentado por 4,8% das pessoas que possuíam deficiência visual, o menor percentual estimado nas quatro deficiências pesquisadas.

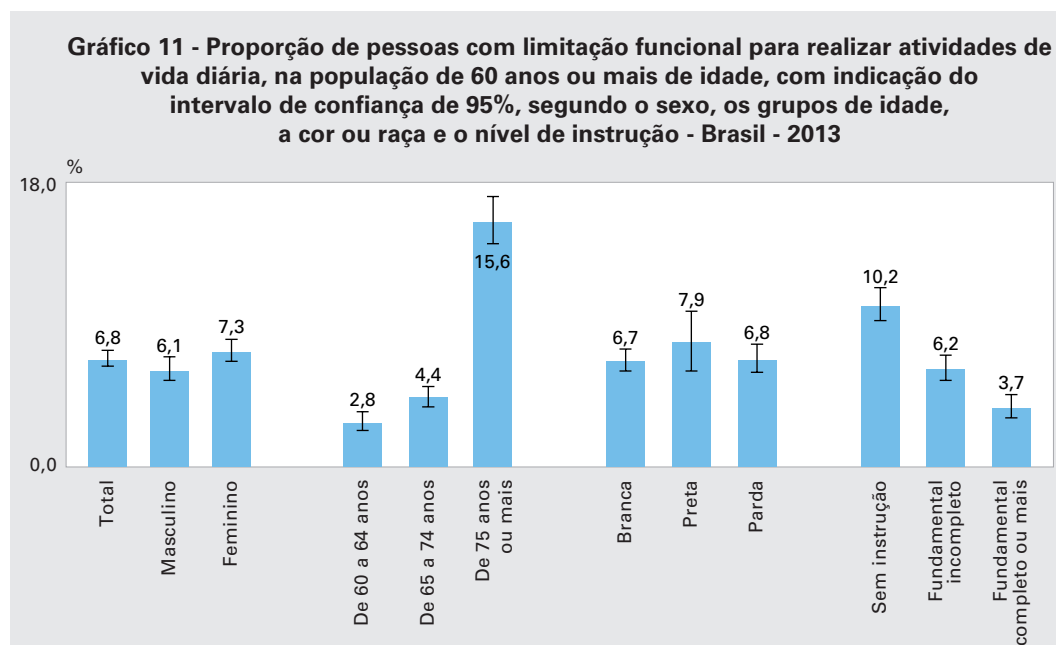
Saúde dos indivíduos de 60 anos ou mais de idade

As projeções populacionais do Brasil evidenciam o avanço do envelhecimento da população. Um dos indicadores que mostram esse fenômeno é a esperança de vida ao nascer, que era 71,2 anos em 2003 e passou para 74,9 anos em 2013. O envelhecimento da população traz consigo alguns desafios relacionados à saúde. Nesse contexto, a PNS 2013 investigou alguns fatores relacionados à saúde das pessoas de 60 anos ou mais de idade, estimadas em 13,2% da população.

Funcionalidade

Foram investigadas as limitações funcionais⁵ que as pessoas de 60 anos ou mais de idade enfrentavam para realizar, sozinhas, suas atividades de vida diária, como: comer, tomar banho, ir ao banheiro, vestir-se, andar em casa de um cômodo para outro no mesmo andar, e deitar-se.

No Brasil, segundo a PNS 2013, 6,8% das pessoas de 60 anos ou mais de idade tinham limitação funcional para realizar suas atividades de vida diária. Todas as Grandes Regiões apresentaram níveis estatisticamente semelhantes à média nacional, e não houve diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, nem entre brancos, pretos e pardos. Verificou-se que, quanto mais elevada a idade, maior a proporção de pessoas com tais limitações, variando de 2,8%, para aquelas de 60 a 64 anos, a 15,6%, para as de 75 anos ou mais de idade. Por outro lado, em relação ao nível de instrução, a relação foi em sentido inverso, ou seja, quanto mais elevado o nível de instrução, menor o indicador investigado: para as pessoas sem instrução, 10,2%; com fundamental incompleto, 6,2%; e com fundamental completo ou mais, 3,7%.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

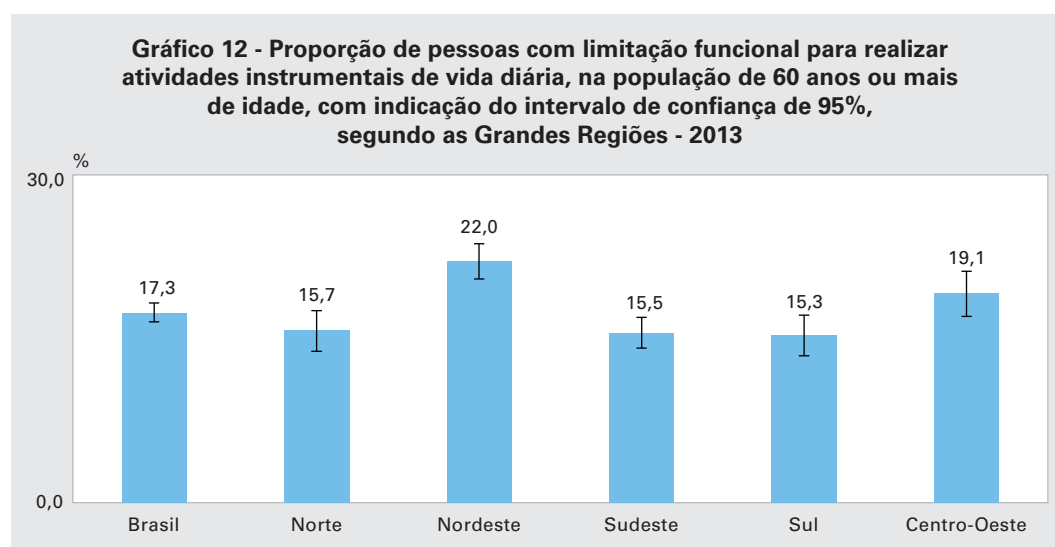
⁵ Como limitação funcional foi considerada a condição de não conseguir ou ter grande dificuldade para realizar a atividade relacionada.

No grupo de pessoas de 60 anos ou mais de idade que relatou possuir alguma limitação funcional para realizar suas atividades de vida diárias, verificou-se que 84,0% precisava de ajuda para realizá-las, mas 10,9% destas não a recebia.

De acordo com a pesquisa, das pessoas que precisaram de ajuda para realizar suas atividades de vida diárias, 17,8% recebiam cuidados remunerados de alguém (familiar ou não familiar residente ou não no mesmo domicílio) e 78,8% recebiam cuidados de familiar (residente ou não no mesmo domicílio, com ou sem remuneração).

A pesquisa também investigou as limitações funcionais que as pessoas de 60 anos ou mais de idade enfrentavam para realizar, sozinhas, suas atividades instrumentais de vida diária, como: fazer compras (de alimentos, roupas, medicamentos e outros); cuidar do seu próprio dinheiro; tomar seus medicamentos; e sair utilizando transporte como ônibus, metrô, táxi ou carro.

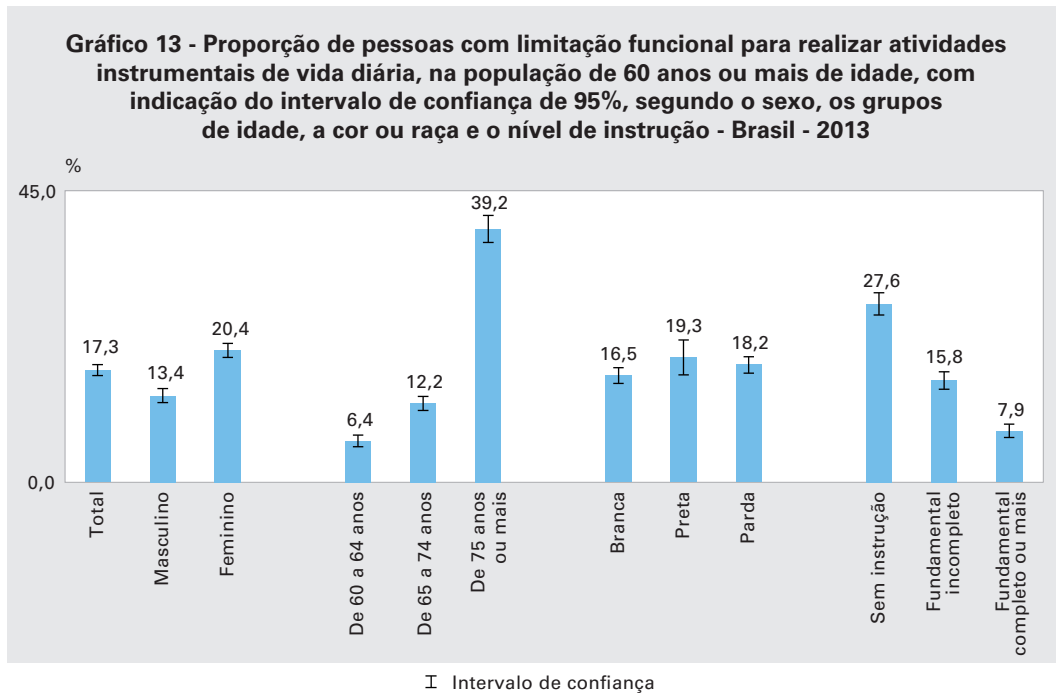
A proporção de pessoas que possuíam limitação funcional para exercer suas atividades instrumentais de vida diária foi estimada em 17,3%. A Região Nordeste apresentou a maior proporção desse indicador (22,0%).



I Intervalo de confiança

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

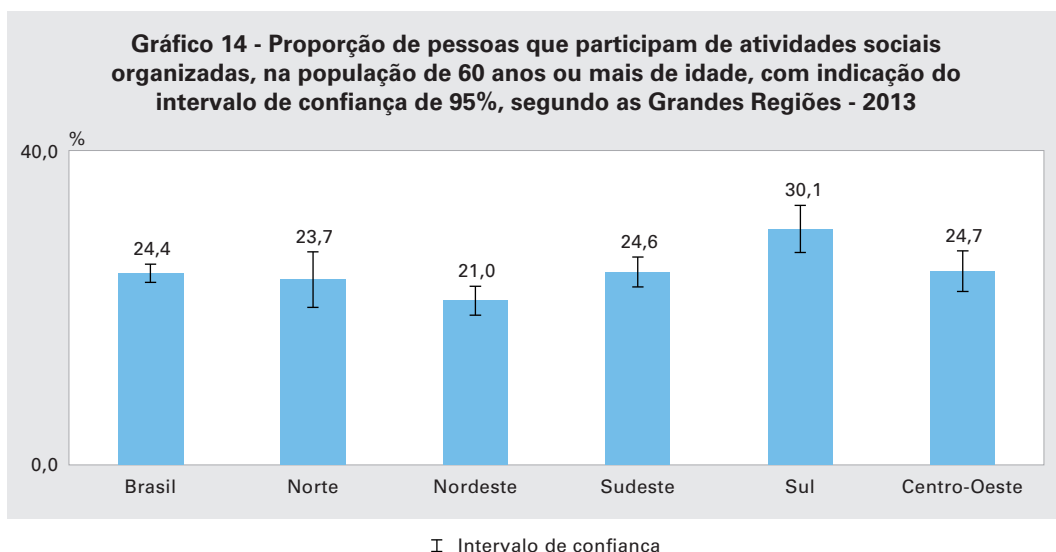
A limitação funcional para atividades instrumentais de vida diária foi maior para as mulheres (20,4%) do que para os homens (13,4%). Em relação aos grupos de idade, verificou-se que, quanto mais elevada, maior a proporção de pessoas com tais limitações, variando de 6,4%, para aquelas de 60 a 64 anos, a 39,2%, para as de 75 anos ou mais de idade. Levando em consideração o nível de instrução, observou-se relação em sentido oposto, ou seja, quanto mais elevado, menor a proporção estimada para o indicador: para as pessoas sem instrução, 27,6%; com fundamental incompleto, 15,8%; e com fundamental completo ou mais, 7,9%.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

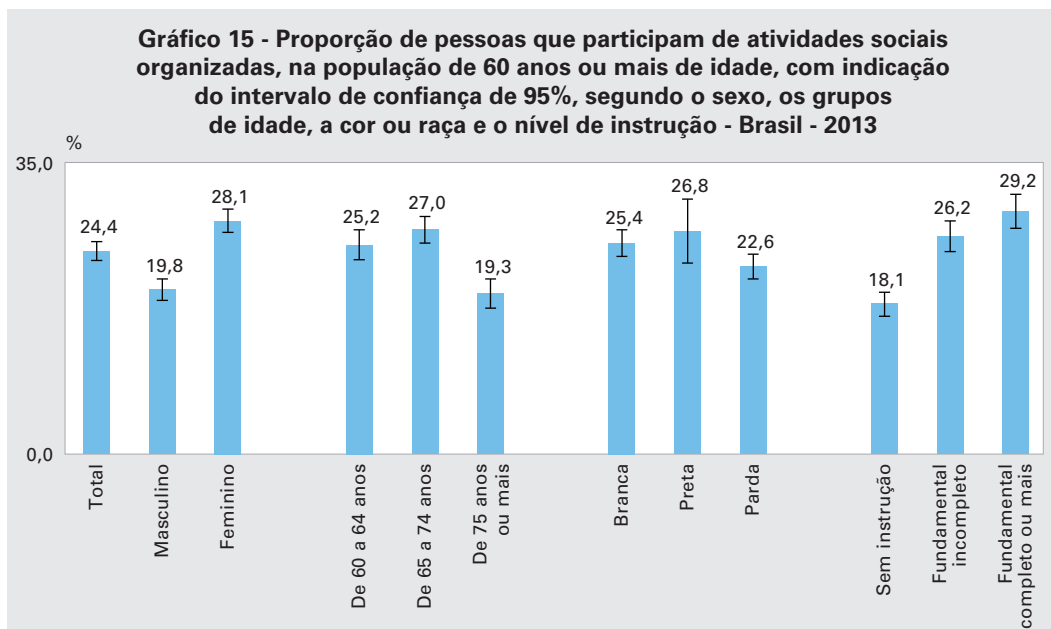
Com o objetivo de verificar os graus de autonomia e independência e a inserção social, a pesquisa investigou a participação das pessoas de 60 anos ou mais de idade em atividades sociais organizadas, como clubes, grupos comunitários ou religiosos, centros de convivência do idoso, entre outras.

Em 2013, 24,4% das pessoas de 60 anos ou mais de idade relataram participar de atividades sociais organizadas, sendo a Região Nordeste a que registrou a menor proporção desse indicador (21,0%). Considerando a situação do domicílio, a proporção na área urbana foi 25,3% e na área rural, 19,2%.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

As mulheres apresentaram mais costume de participar dessas atividades do que os homens: 28,1% e 19,8%, respectivamente. Menores percentuais foram encontrados para as pessoas de 75 anos ou mais de idade (19,3%) e as pessoas sem instrução (18,1%).



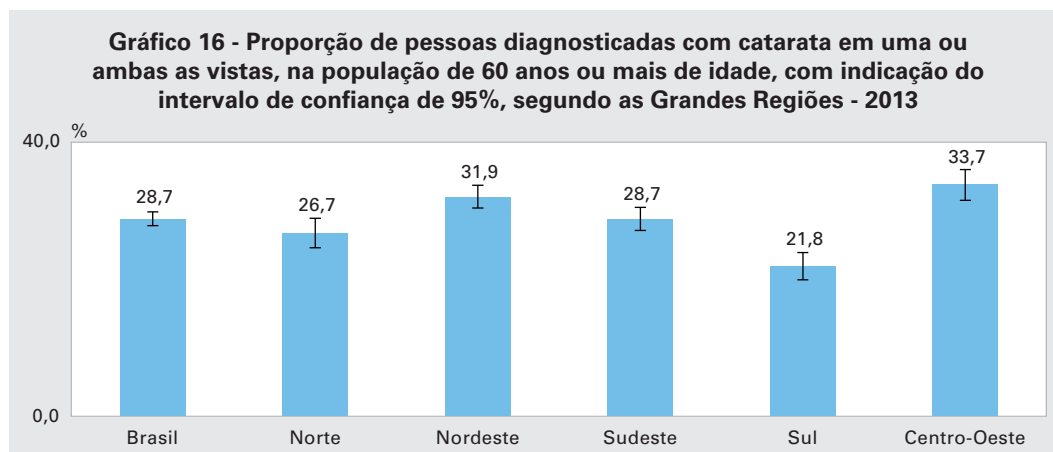
I Intervalo de confiança

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Ocorrência de catarata

Com o objetivo de verificar o índice de ocorrência de catarata na população de 60 anos ou mais de idade, foi estimada a proporção de pessoas diagnosticadas com essa doença em uma ou ambas as vistas.

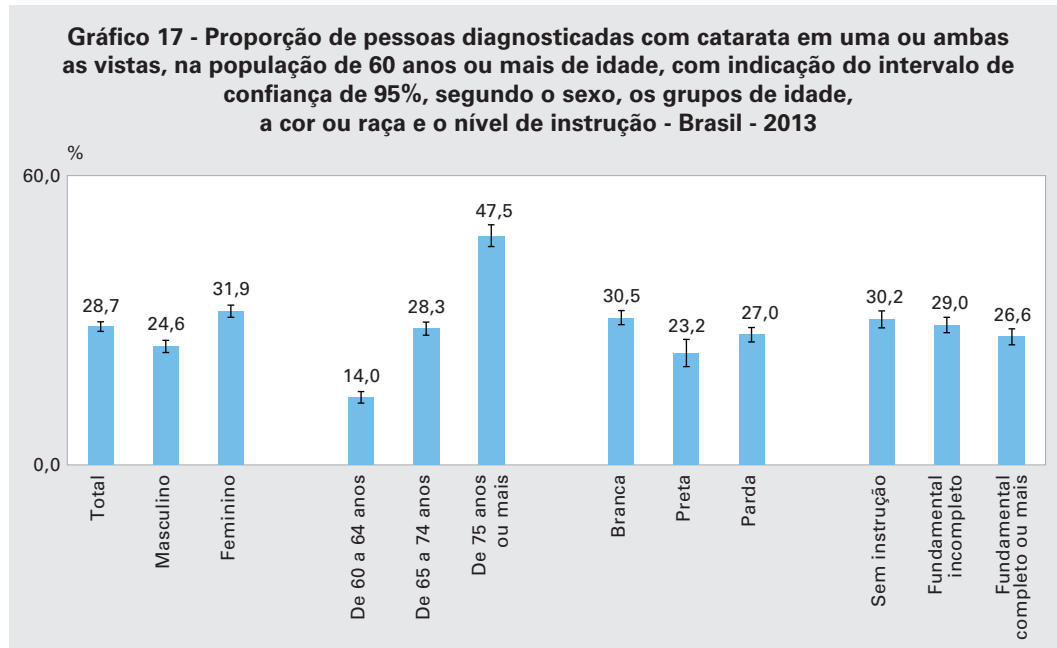
Segundo a PNS 2013, esse indicador atingiu 28,7% no País, sendo as maiores proporções observadas nas Regiões Nordeste (31,9%) e Centro-Oeste (33,7%), enquanto a menor, na Região Sul (21,8%). Considerando a situação do domicílio, a área urbana (29,8%) apresentou proporção superior à da rural (22,2%).



I Intervalo de confiança

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

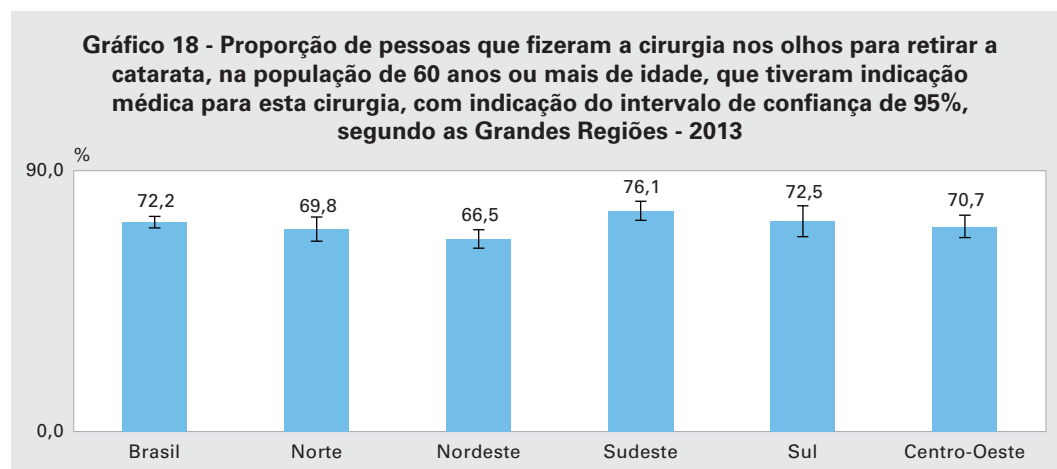
O diagnóstico de catarata foi menor para os homens (24,6%) do que para as mulheres (31,9%). Constatou-se ainda que, quanto mais elevada a idade, maior a proporção desse indicador: para as pessoas de 60 a 64 anos, 14,0%; de 65 a 74 anos, 28,3%; e de 75 anos ou mais, 47,5%. No que se refere à cor ou raça, os brancos apresentaram a maior proporção (30,5%).



I Intervalo de confiança

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Das pessoas com o diagnóstico de catarata, 72,2% tiveram indicação de cirurgia e a realizaram. A Região Nordeste, com proporção de 66,5%, apresentou resultado estatisticamente inferior à média nacional.

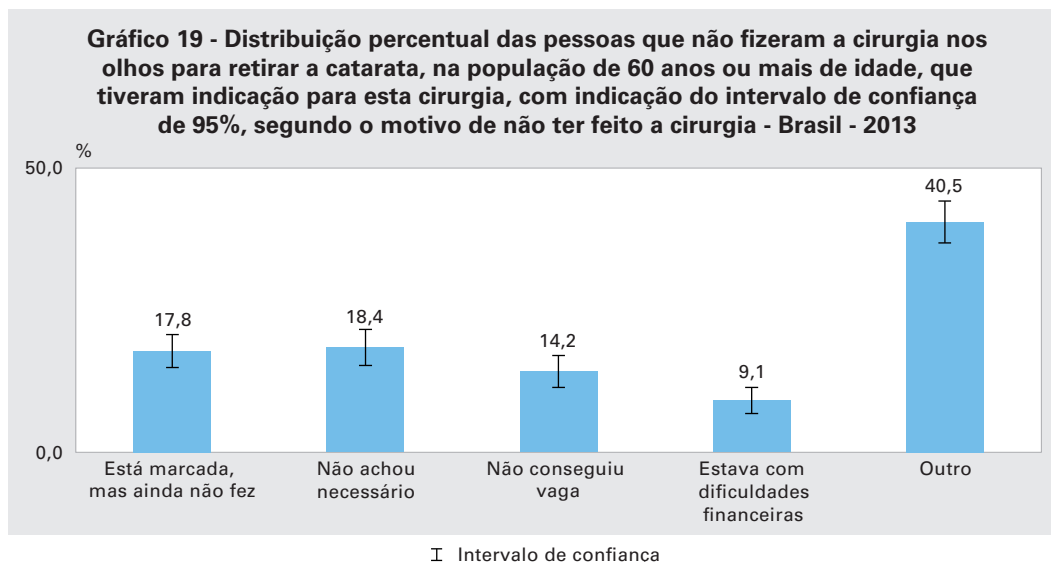


I Intervalo de confiança

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Para as pessoas que não realizaram a cirurgia de catarata, os motivos mais citados, foram: não achou necessário (18,4%); a cirurgia estava marcada, mas ainda

não tinha sido feita (17,8%); não conseguiu vaga (14,2%); e estava com dificuldades financeiras (9,1%).

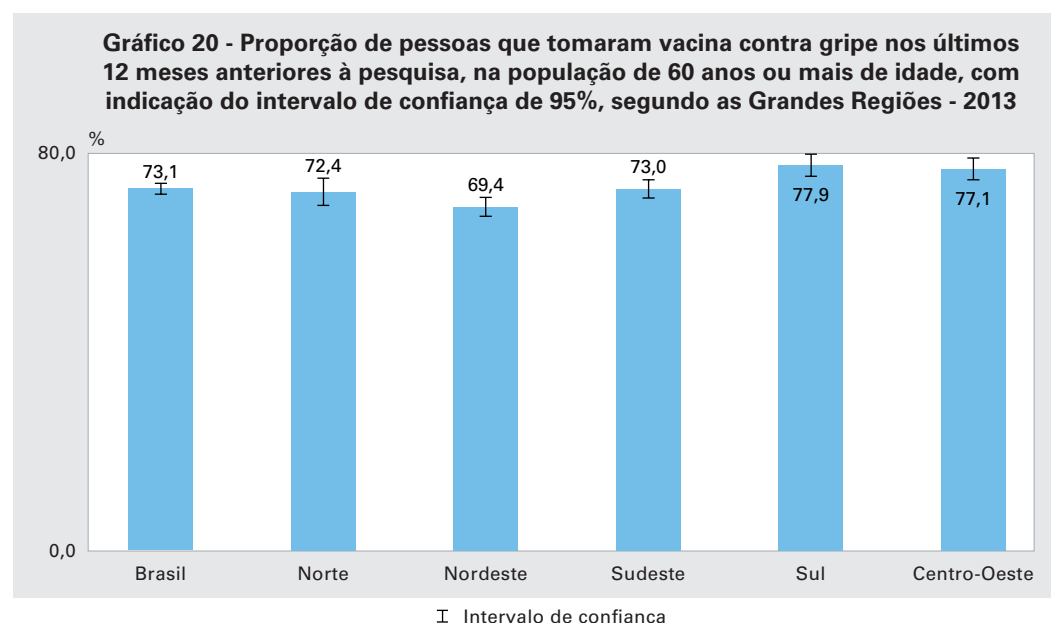


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Vacinação contra a gripe

A imunização da gripe, por meio de vacina, faz parte de uma das estratégias do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde.

Nos 12 meses anteriores à PNS 2013, 73,1% das pessoas de 60 anos ou mais de idade tomaram a vacina contra a gripe. A Região Nordeste registrou a menor proporção (69,4%), enquanto as Regiões Centro-Oeste e Sul apresentaram as maiores proporções desse indicador (77,1% e 77,9%, respectivamente).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

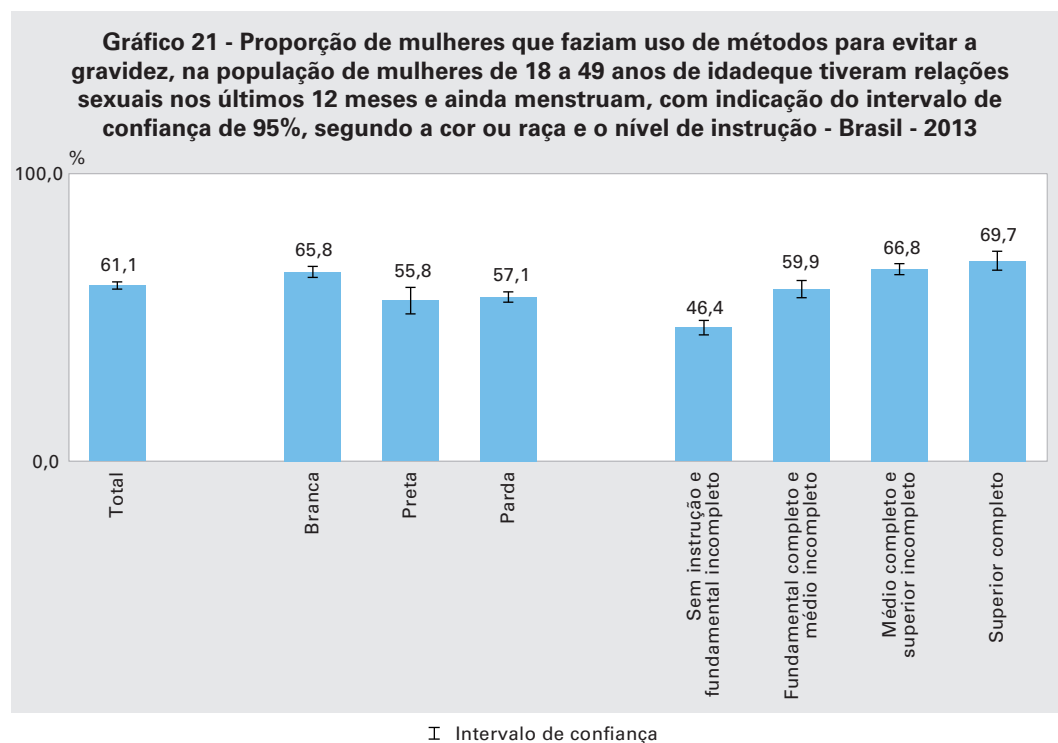
Saúde da mulher

As mulheres são a maioria da população residente no Brasil (51,9%) e também são as principais usuárias dos serviços de saúde, segundo os dados da PNS 2013.

Um novo enfoque nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, centrado no conceito de saúde integral, em contraposição ao modelo materno-infantil, pressupõe ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, incluindo assistência ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, climatério, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil sociodemográfico das mulheres.

Métodos contraceptivos e gravidez

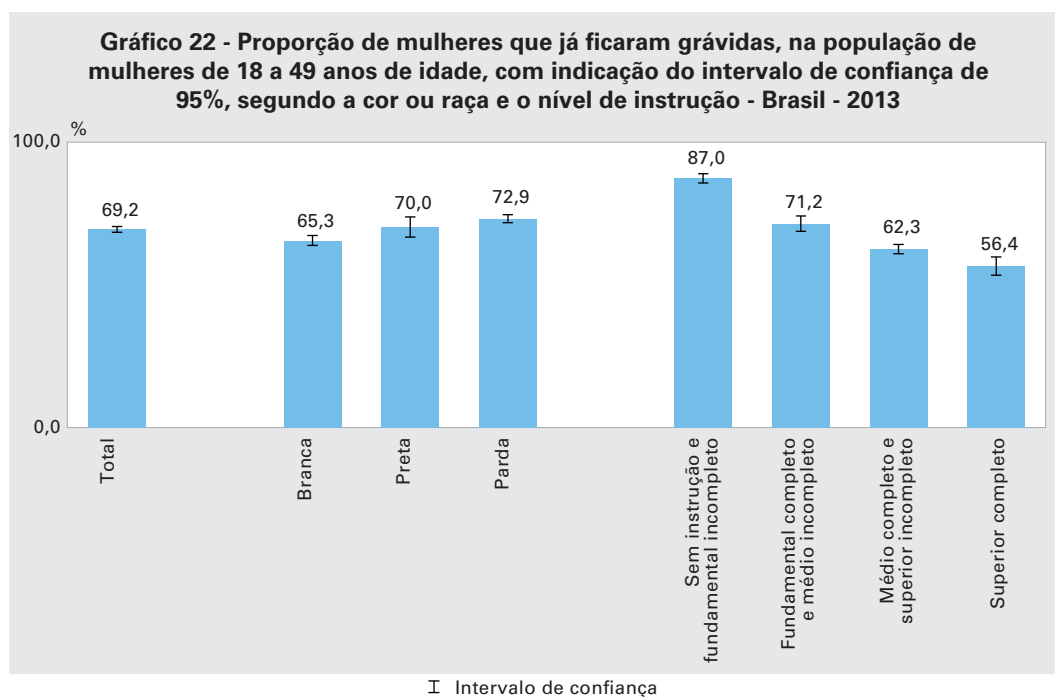
Considerando as mulheres de 18 a 49 anos de idade sexualmente ativas nos últimos 12 meses e que ainda menstruavam, 61,1% fizeram uso de métodos para evitar a gravidez, segundo a PNS 2013. As mulheres brancas e aquelas com maior nível de instrução apresentaram os percentuais mais elevados de utilização de métodos contraceptivos.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

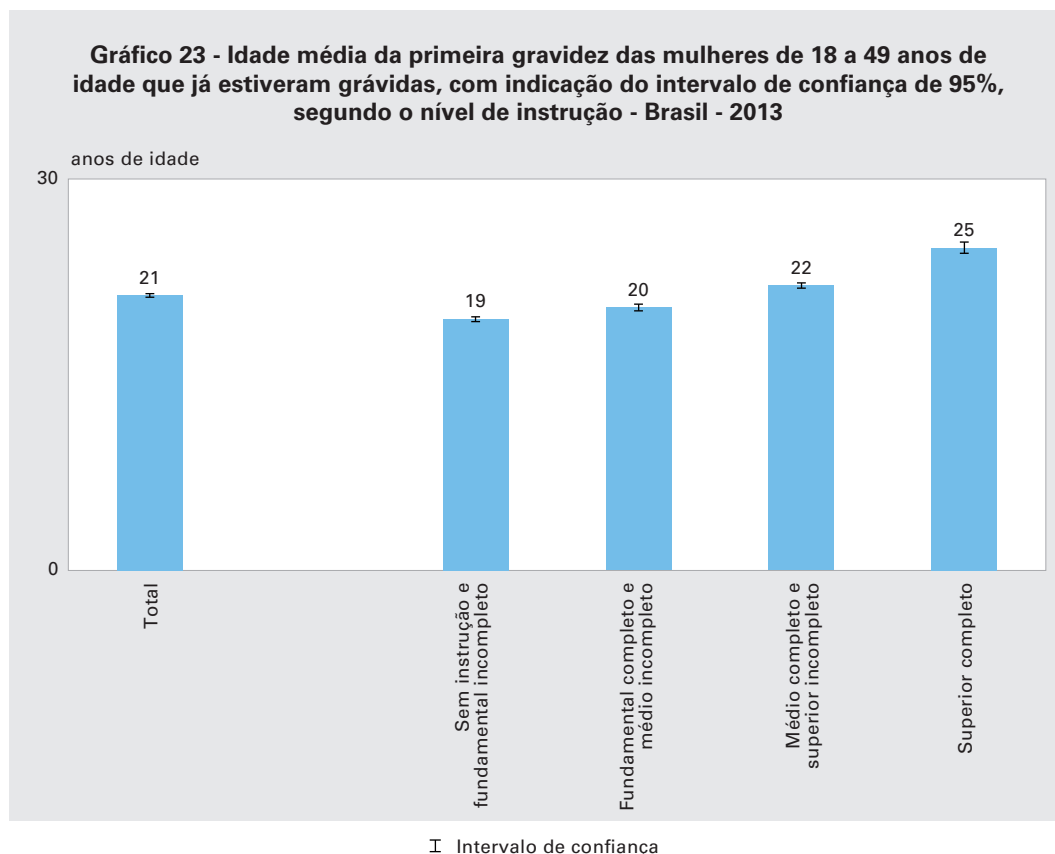
Das mulheres de 18 a 49 anos de idade, 69,2% ficaram grávidas alguma vez na vida. Nas Regiões Norte e Nordeste, os percentuais observados foram acima da média nacional (73,6% e 72,9%, respectivamente). Na Região Sudeste, por outro lado, observou-se o menor percentual para esse indicador (66,1%).

Observou-se que os maiores percentuais de mulheres que já estiveram grávidas foram registrados entre aquelas com menor instrução, declinando conforme a elevação do nível de instrução.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

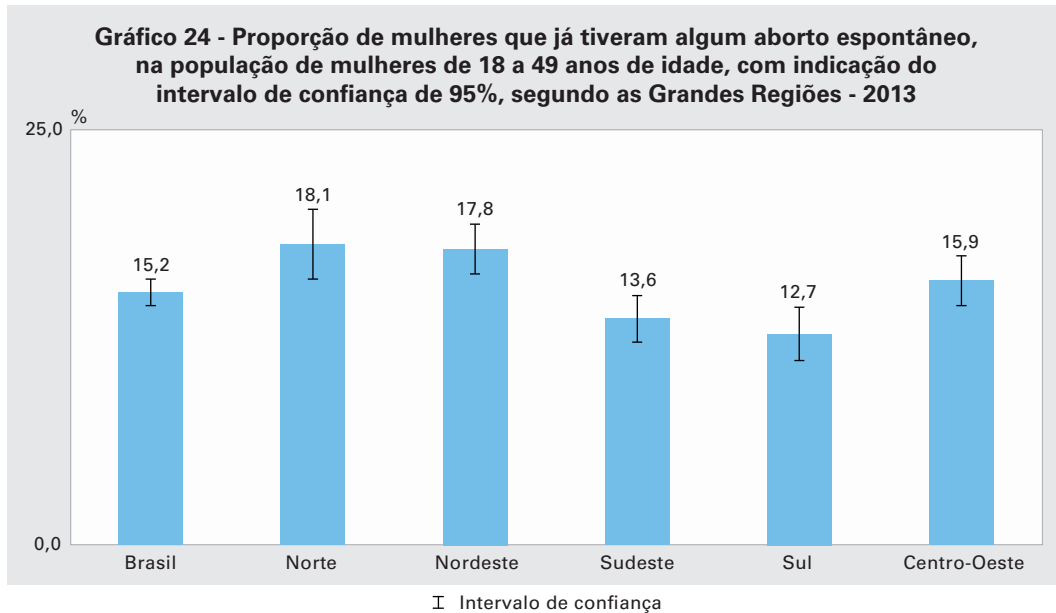
A PNS 2013 estimou em 21 anos a idade média das mulheres, quando da primeira gravidez. Verificou-se que as mulheres com menor nível de instrução declararam ter tido sua primeira gravidez mais jovens do que as mulheres com maior nível de instrução.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

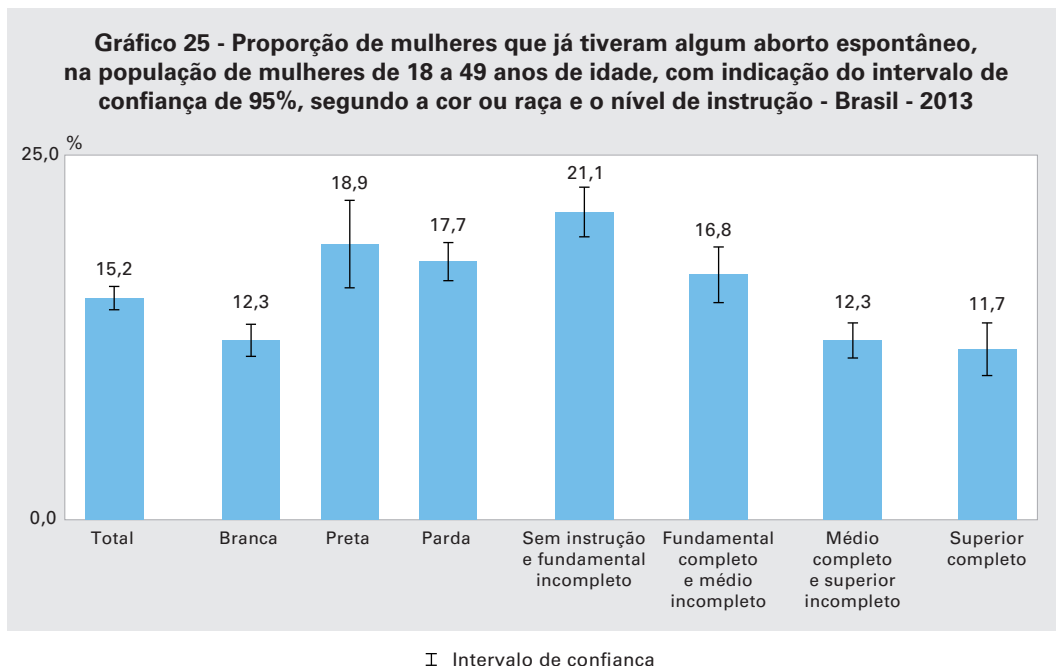
Aborto

Ainda sobre os aspectos da saúde reprodutiva das mulheres de 18 a 49 anos de idade, 15,2% destas declararam ter sofrido algum aborto espontâneo, segundo a PNS 2013. Os maiores percentuais foram registrados nas Regiões Nordeste (17,8%) e Norte (18,1%), enquanto o menor, na Região Sul (12,7%).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Das mulheres sem instrução ou com fundamental incompleto, 21,1% haviam sofrido algum aborto espontâneo, enquanto entre as mulheres com o superior completo esse percentual foi 11,7%. As mulheres pretas (18,9%) e pardas (17,7%) apresentaram percentuais mais elevados desse indicador do que as brancas (12,3%).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Em relação às mulheres de 18 a 49 anos de idade que tiveram aborto provocado na vida, este percentual foi 2,1%, variando de 1,0%, na Região Sul, a 3,0%, na Região Nordeste.

As mulheres sem instrução ou com fundamental incompleto (2,8%), assim como aquelas com fundamental completo ou médio incompleto (3,0%), apresentaram maiores percentuais desse indicador se comparadas com as mulheres com instrução mais elevada. No que se refere à cor ou raça, a proporção de mulheres pretas (3,5%) que declararam ter tido algum aborto provocado foi maior que a observada para as brancas (1,7%).

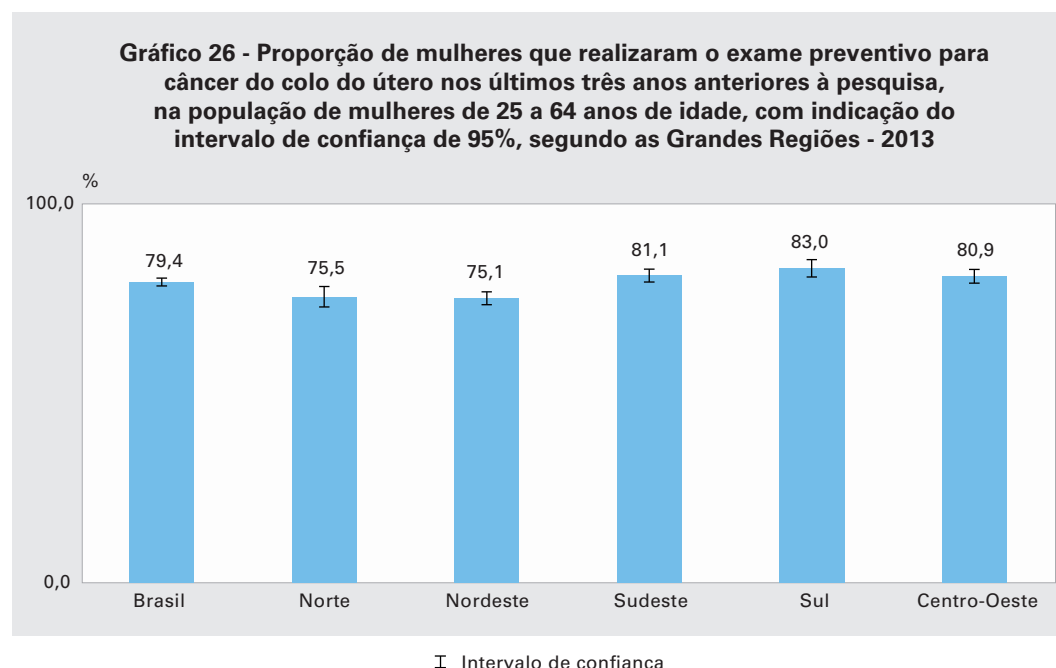
Exames preventivos de saúde feminina

Exame preventivo para câncer de colo de útero⁶

Algumas alterações celulares que evoluem para o câncer do colo do útero podem ser descobertas por meio do exame preventivo, conhecido como Papanicolaou. Quando essas alterações são diagnosticadas na fase inicial, as chances de cura podem atingir resultados muito satisfatórios.

Além da detecção precursora do câncer do colo do útero, o exame preventivo identifica outras infecções que precisam ser tratadas.

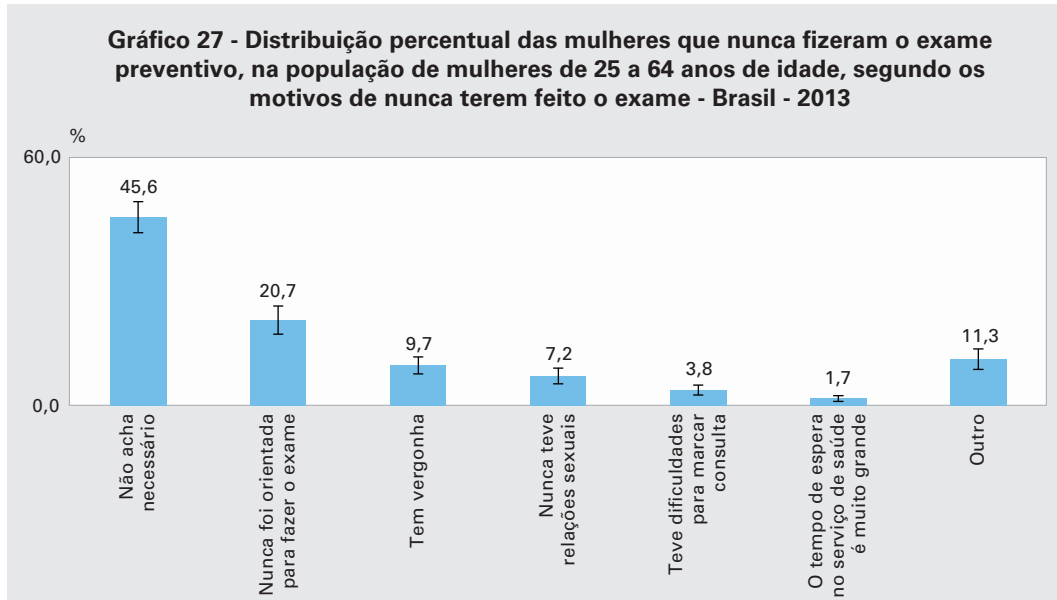
No Brasil, 79,4% das mulheres de 25 a 64 anos de idade realizaram o exame preventivo nos últimos três anos anteriores à pesquisa, segundo a PNS 2013. As Regiões Sudeste (81,1%), Sul (83,0%) e Centro-Oeste (80,9%) apresentaram percentuais acima da média nacional (79,4%), enquanto as Regiões Norte (75,5%) e Nordeste (75,1%) situaram-se abaixo desta.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

⁶ A recomendação do Ministério da Saúde é de que toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve submeter-se a exame preventivo periódico. Para maior segurança do diagnóstico, os dois primeiros exames devem ser anuais. Se os resultados estiverem normais, sua repetição só será necessária após três anos.

Entre as mulheres de 25 a 64 anos de idade, que nunca fizeram o exame preventivo (16,9% das mulheres dessa faixa), 45,6% declararam não achar necessário, 20,7% nunca haviam sido orientadas nesse sentido, e 9,7% declararam ter vergonha de fazê-lo.

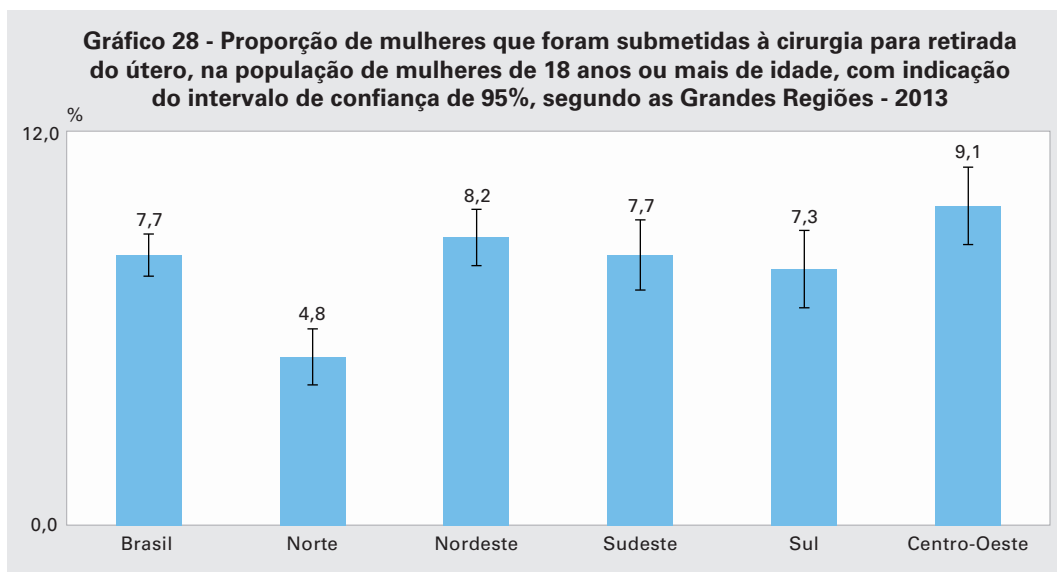


I Intervalo de confiança

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

A pesquisa estimou que 7,7% das mulheres de 18 anos ou mais de idade, no Brasil, foram submetidas à cirurgia para retirada do útero. O maior percentual foi registrado na Região Centro-Oeste e o menor, na Região Norte. O principal motivo para esta intervenção cirúrgica foi a retirada de mioma uterino (65,7%).

Em 2013, 69,8% das mulheres com 45 anos ou mais de idade que não fizeram cirurgia de retirada do útero já haviam iniciado a menopausa.



I Intervalo de confiança

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Mamografia⁷

No mundo, o câncer de mama situa-se entre as primeiras causas de morte por câncer em mulheres. Até o momento, não existem medidas de prevenção primárias à doença devido à variação dos fatores de risco e às características genéticas envolvidas em sua etiologia. Entretanto, estudos indicam que é possível reduzir o risco do câncer de mama com mudanças de hábitos, como redução do tabagismo, álcool, sedentarismo e obesidade. A mamografia permite a detecção precoce desse tipo de câncer, ao mostrar lesões em fase inicial, ainda muito pequenas, segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA (CÂNCER..., 2015).

A PNS 2013 estimou em 60,0% as mulheres brasileiras, de 50 a 69 anos de idade, que realizaram exame de mamografia nos últimos dois anos anteriores à pesquisa. Este cuidado com a saúde foi mais observado entre as mulheres brancas (66,2%) e com superior completo (80,9%). As menores proporções foram observadas nos seguintes segmentos: mulheres pretas (54,2%), pardas (52,9%) e sem instrução ou com fundamental incompleto (50,9%).



I Intervalo de confiança

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

A Região Norte registrou a menor proporção de mulheres que haviam feito o exame (38,7%), seguida das Regiões Nordeste (47,9%), Centro-Oeste (55,6%), Sul (64,5%) e Sudeste (67,9%).

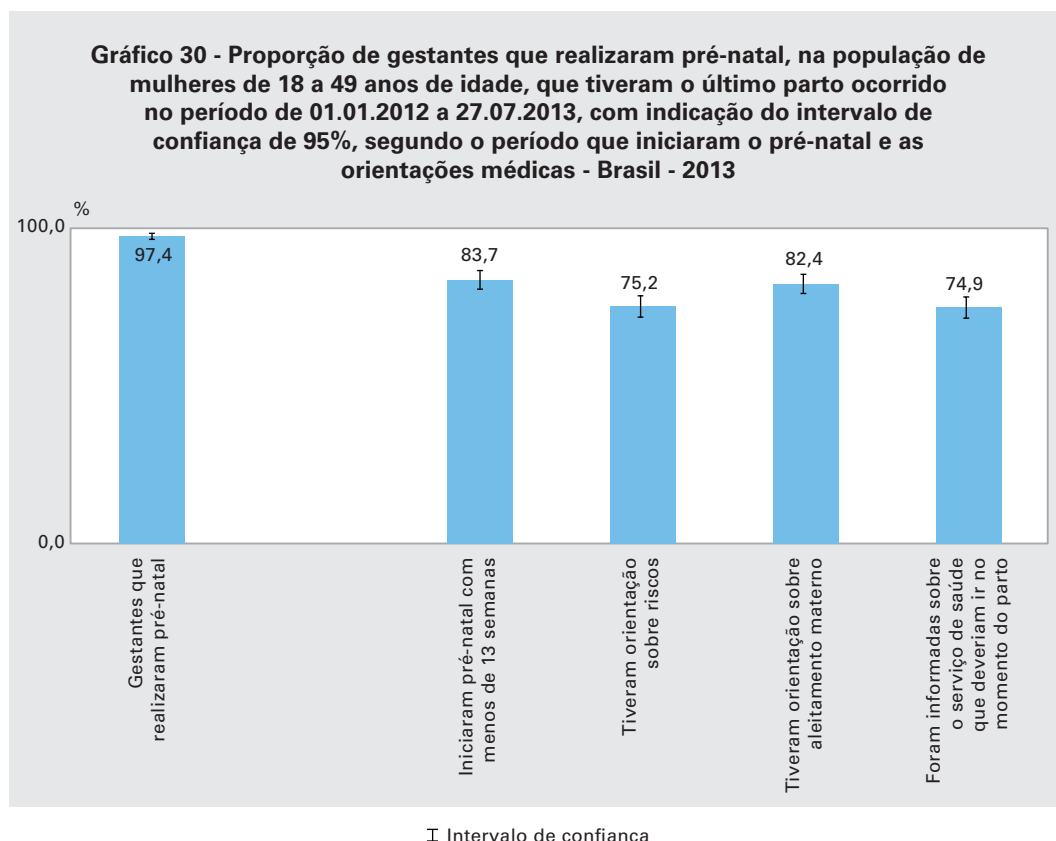
⁷ O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento do câncer de mama por mamografia para mulheres com 50 a 69 anos de idade, com intervalo de dois anos entre os exames.

Atendimento pré-natal

O acompanhamento pré-natal é essencial para garantir à grávida uma gestação saudável e um parto seguro. Este acompanhamento diminui os riscos de complicações e mantém o bem-estar da mãe e do feto.

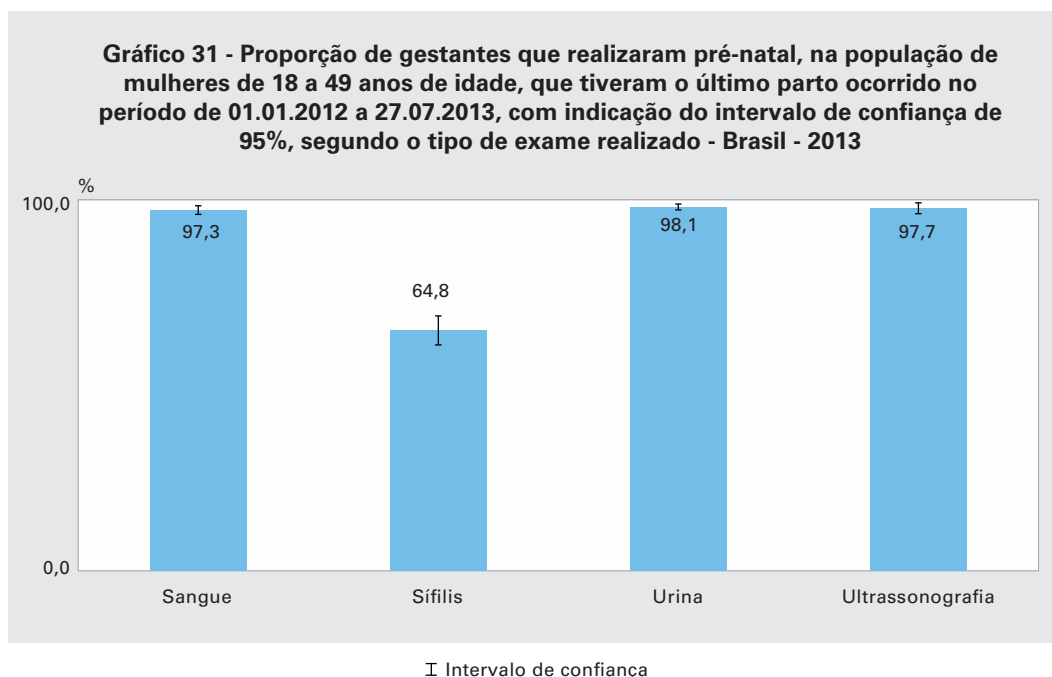
O Ministério da Saúde estabelece que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas de pré-natal: uma no primeiro trimestre de gravidez, duas no segundo e três no terceiro. Em todas elas, o médico deve medir a pressão arterial e o tamanho da barriga, aferir o peso da mãe e escutar o coração do bebê (BRASIL..., 2014).

No Brasil, 97,4% das mulheres que tiveram o último parto no período de 01.01.2012 a 27.07.2013 declararam ter feito acompanhamento pré-natal, segundo a PNS 2013. Das mulheres que realizaram o pré-natal, 83,7% o iniciaram com menos de 13 semanas de gestação; 75,2% declararam ter recebido orientação sobre sinais de risco na gravidez; e 82,4% tiveram orientação sobre aleitamento materno. Das mulheres que fizeram o pré-natal, 74,9% foram informadas sobre o serviço de saúde a que deveriam ir no momento do parto.



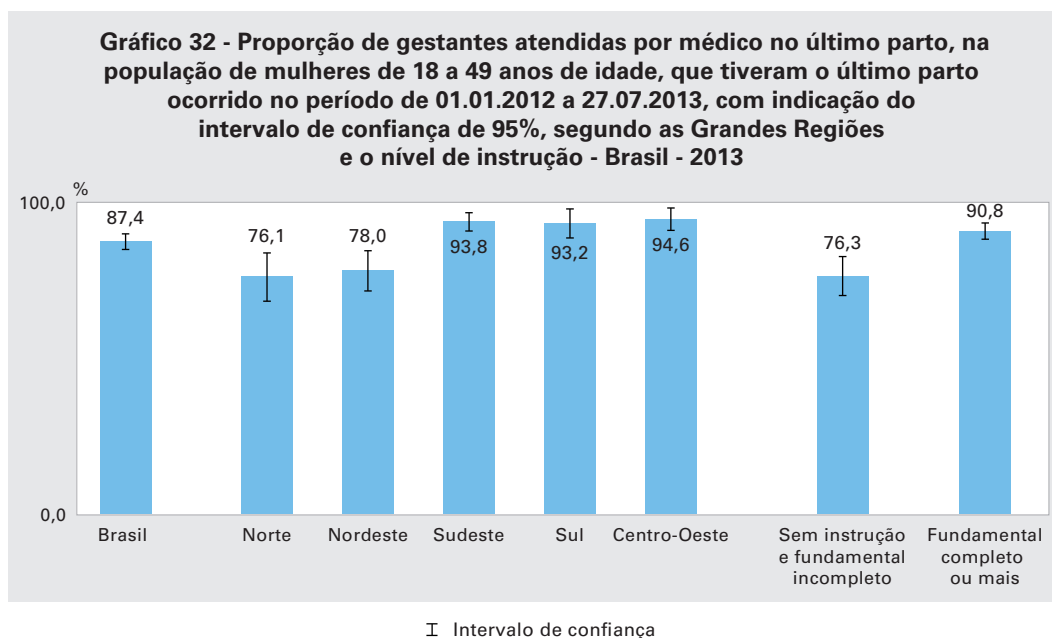
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

No que diz respeito aos exames realizados no pré-natal, 97,3% das gestantes declararam ter feito exame de sangue; 64,8% fizeram o exame de sangue para sífilis; 88,8% informaram que foi solicitado exame de HIV; e 98,1% realizaram exame de urina. Foi estimado em 97,7% o percentual de mulheres que durante o pré-natal fizeram ao menos um exame de ultrassonografia.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

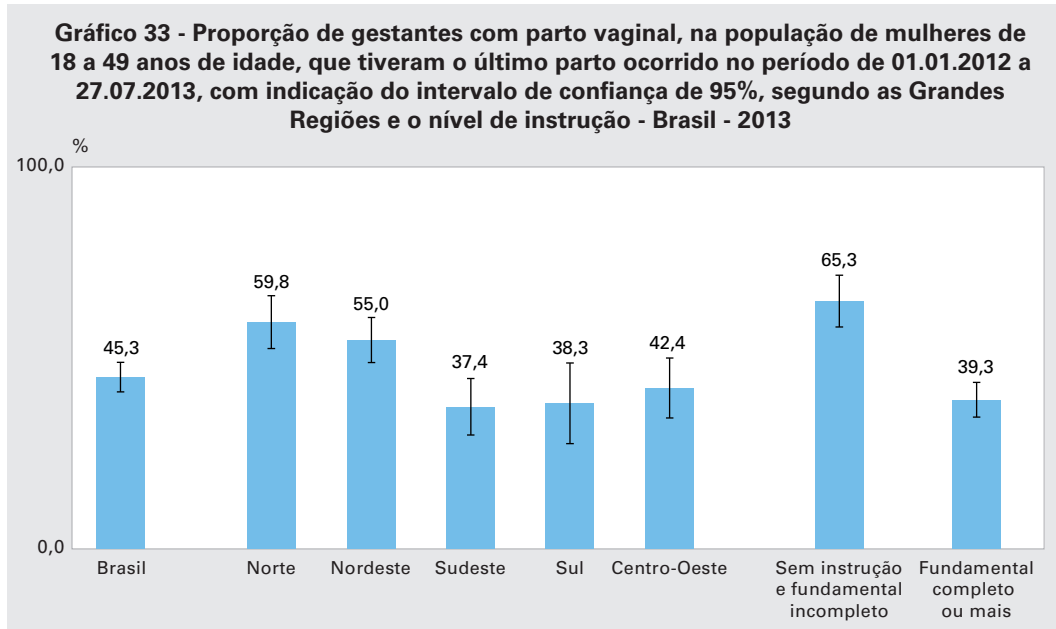
A proporção de mulheres que foram atendidas por médico na última gestação ocorrida no período de 01.01.2012 a 27.07.2013 foi 87,4%, variando de 76,1%, na Região Norte, a 94,6%, na Região Centro-Oeste. As gestantes com maior nível de instrução apresentaram percentuais mais elevados desse indicador do que aquelas sem instrução ou com fundamental incompleto.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Na média nacional, 97,9% foi o percentual das gestantes que tiveram o último parto realizado em hospital ou maternidade. Quanto ao estabelecimento de saúde onde se realizou o parto, 83,9% foi realizado naquele indicado durante o período do pré-natal.

No Brasil, 45,3% das gestantes tiveram parto vaginal, com percentuais mais elevados nas Regiões Norte (59,8%) e Nordeste (55,0%) e entre as mulheres sem instrução ou com fundamental incompleto (65,3%).



I Intervalo de confiança

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Os dados mostram que, durante o trabalho de parto vaginal ocorrido em estabelecimento de saúde, 58,0% das gestantes contaram com a presença de acompanhante, sendo o menor percentual observado na Região Norte (50,0%) e o maior, na Região Sul (77,2%).

Das mulheres que fizeram parto cesáreo, 53,5% tiveram o parto marcado com antecedência, ainda no período pré-natal.

Saúde das crianças com menos de 2 anos de idade

No Brasil, em 2013, 2,4% da população ainda não tinha completado 2 anos de idade, segundo a PNS.

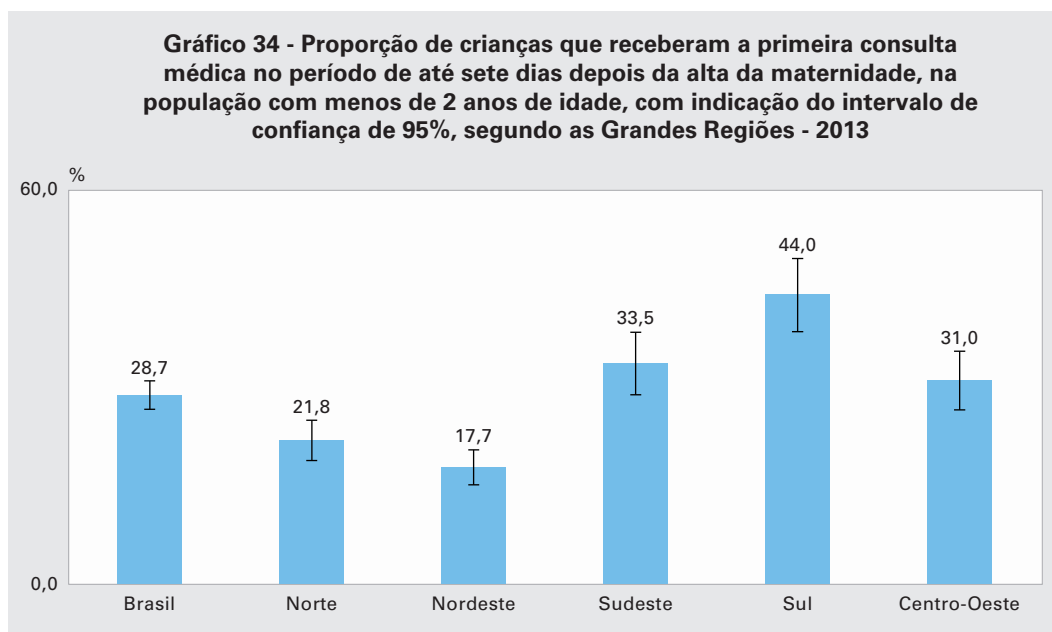
Conhecer as questões de saúde relacionadas à essa fase da vida são importantes para que sejam tomados os cuidados necessários ao desenvolvimento do indivíduo. Nesse contexto, a PNS 2013 pesquisou alguns fatores relacionados à saúde das crianças com menos de 2 anos de idade, apresentados a seguir.

Primeira consulta médica após o nascimento

Com o objetivo de medir a cobertura de consulta após o nascimento, e se a sua realização ocorreu no período recomendado pelo Ministério da Saúde, a PNS 2013 estimou a proporção de crianças com menos de 2 anos de idade que recebeu a primeira consulta médica no período de até sete dias depois da alta da maternidade. No Brasil, esse indicador foi estimado em 28,7%. A Região Sul alcançou proporção

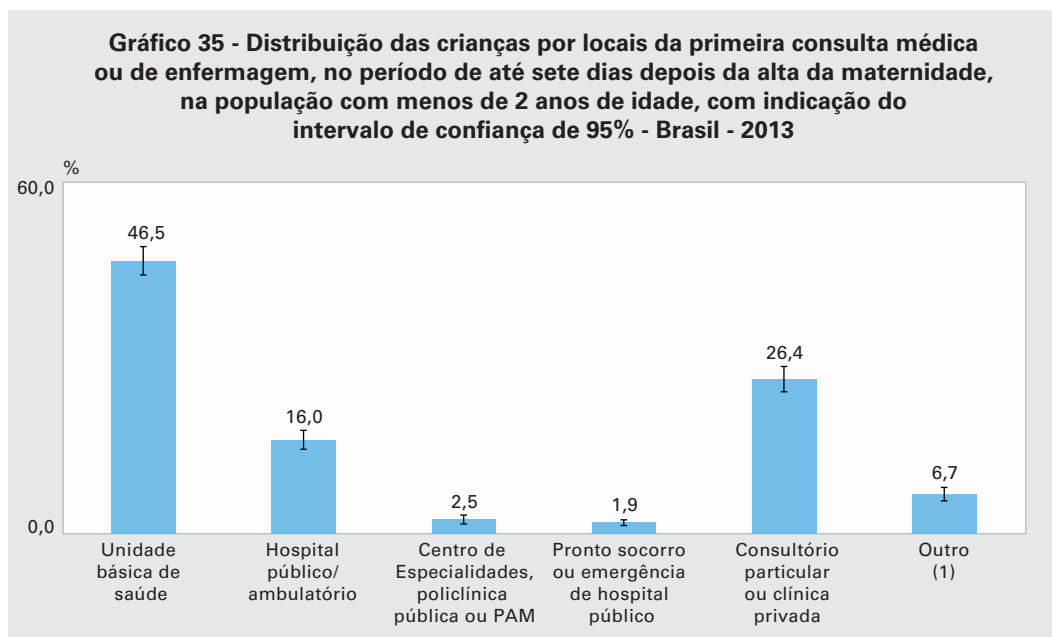
superior à média nacional (44,0%), enquanto as Regiões Nordeste e Norte apresentaram percentuais inferiores (17,7% e 21,8%, respectivamente). Considerando a situação do domicílio, a área urbana registrou 30,4%, enquanto a área rural, percentual menor, 20,0%.

A pesquisa também investigou onde essa primeira consulta foi realizada. Os locais de atendimento mais frequentes foram: Unidade Básica de Saúde (46,5%), consultório particular ou clínica privada (26,4%), e hospital público ou ambulatório (16,0%).



I Intervalo de confiança

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.



I Intervalo de confiança

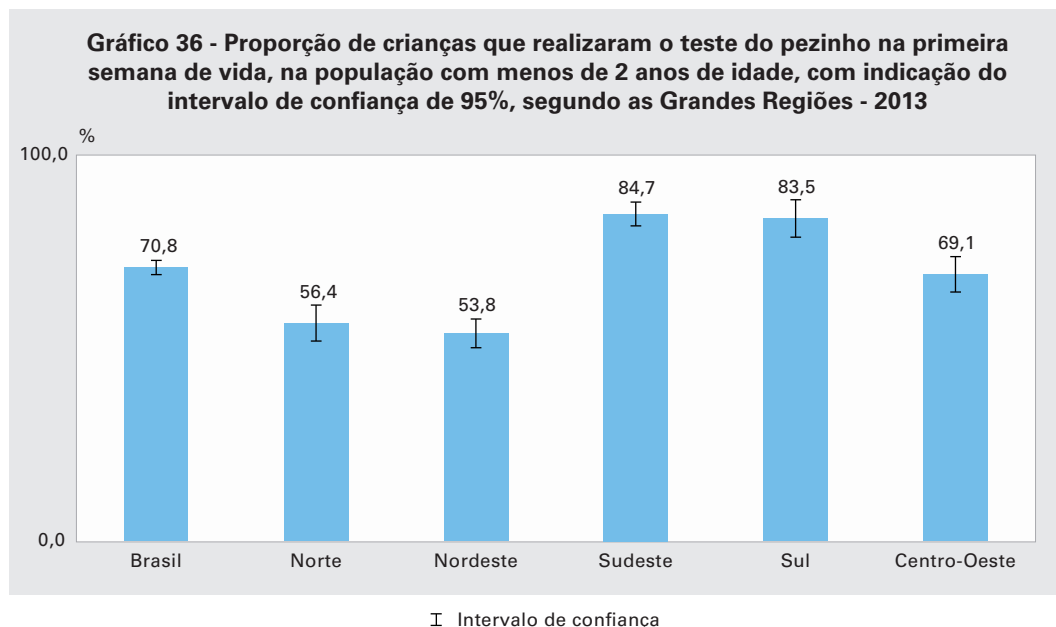
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

(1) Corresponde às respostas Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas); Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato; Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado; Visita domiciliar de médico particular; Visita domiciliar de equipe de saúde da família e Outros estabelecimentos citados que não estão contemplados no questionário.

Testes do pezinho, da orelhinha e do olho

Atualmente, existem exames que são realizados logo que o bebê nasce, antes mesmo de sua alta hospitalar. Tais medidas podem prevenir doenças e até mesmo detectar alguma alteração o mais cedo possível para evitar sequelas mais graves. Nesse sentido, a pesquisa investigou informações sobre os testes do pezinho, da orelhinha e do olho.

O teste do pezinho tem como objetivo detectar precocemente doenças metabólicas, genéticas ou infecciosas. Ele é realizado por meio da análise de amostras de sangue coletadas do calcanhar do bebê. No Brasil, 70,8% das crianças com menos de 2 anos de idade realizaram o teste do pezinho na primeira semana de vida. As maiores proporções desse indicador foram estimadas para as Regiões Sul (83,5%) e Sudeste (84,7%), enquanto as Regiões Nordeste (53,8%), Norte (56,4%) e Centro-Oeste (69,1%) apresentaram proporções inferiores à média nacional. A área urbana (73,2%) registrou proporção superior à da área rural (58,4%).

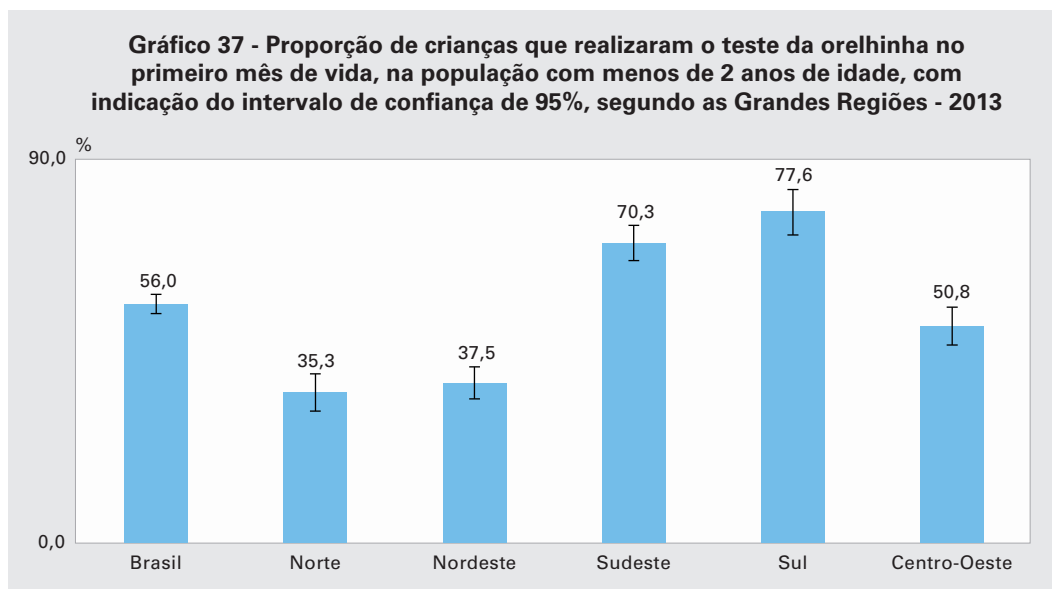


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

O teste da orelhinha, ou triagem auditiva neonatal, é um exame de avaliação da audição em recém-nascidos para diagnóstico precoce de perda auditiva. A PNS 2013 estimou que 56,0% das crianças de menos de 2 anos de idade realizaram o teste da orelhinha no primeiro mês de vida. Para as Regiões Sudeste e Sul, foram estimadas proporções mais elevadas (70,3% e 77,6%, respectivamente). As menores proporções foram estimadas para as Regiões Norte (35,3%) e Nordeste (37,5%). Levando em consideração a situação de domicílio, a área urbana (60,6%) apresentou proporção superior à da área rural (32,2%).

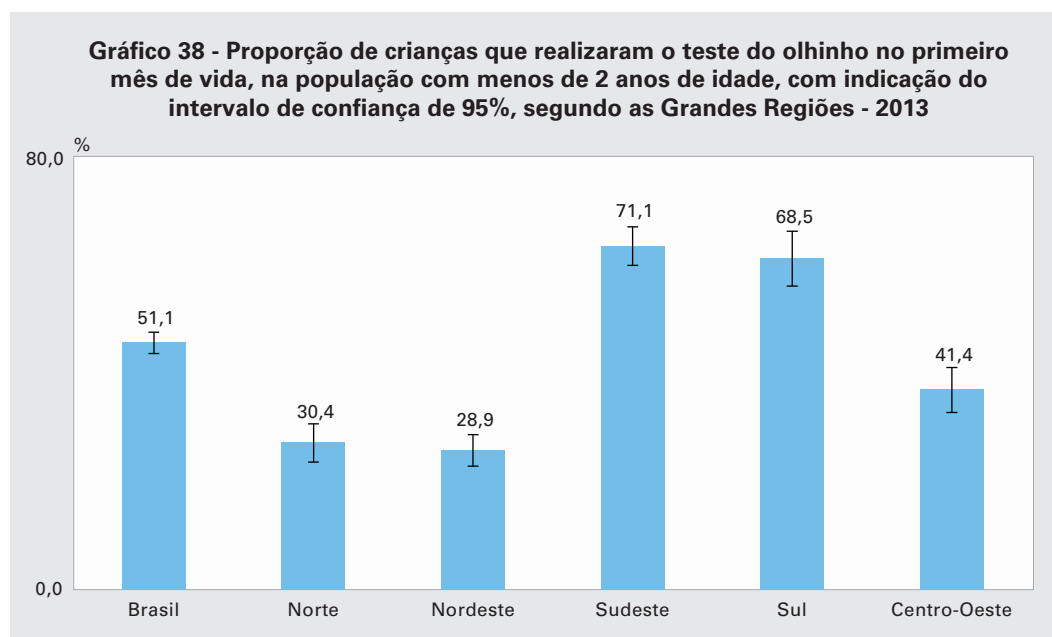
O teste do olho, ou teste do reflexo vermelho, é um exame que deve ser realizado em bebês e pode detectar e prevenir alterações oculares, assim como o agravamento dessas alterações. A PNS 2013 estimou que 51,1% das crianças com menos de 2 anos de idade realizaram o teste do olho no primeiro mês de vida.

As Regiões Nordeste e Norte apresentaram os menores percentuais (28,9% e 30,4%, respectivamente), enquanto as Regiões Sul e Sudeste, os maiores percentuais (68,5% e 71,1%, respectivamente). A área rural registrou proporção inferior à da área urbana (31,3% e 54,9%, respectivamente).



I Intervalo de confiança

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.



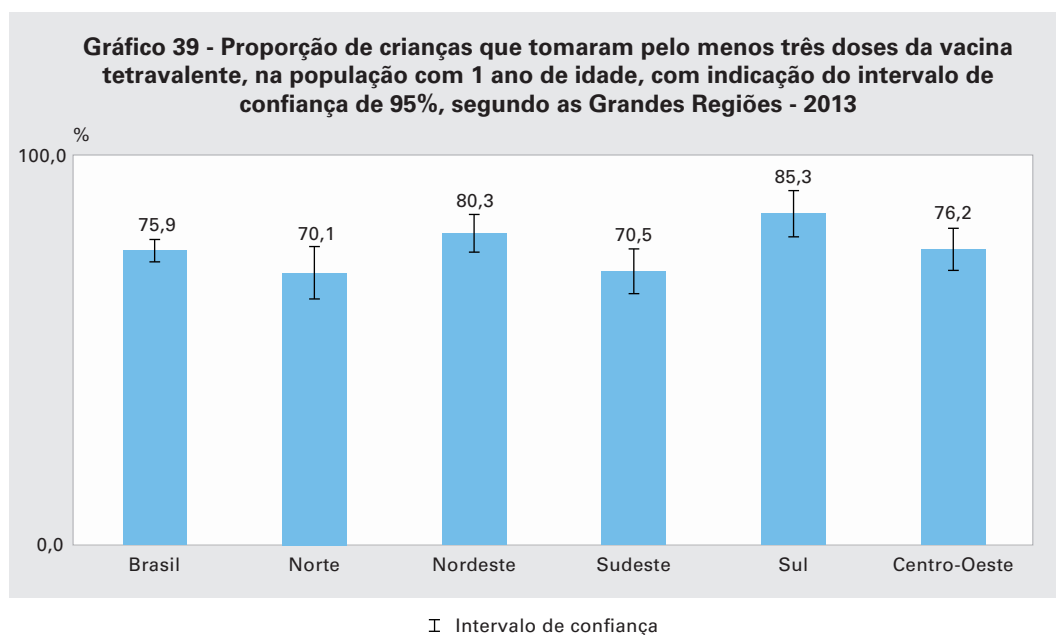
I Intervalo de confiança

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Vacinação

Outro cuidado preventivo investigado está relacionado à imunização por meio da vacinação. A pesquisa estimou a cobertura da vacina tetravalente, que evita difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pela bactéria *Haemophilus influenzae* tipo b. O esquema de vacinação é feito aos 2, 4 e 6 meses de idade e mais dois reforços: o primeiro aos 15 meses e o segundo aos 4 anos de idade.

No Brasil, 75,9% das crianças com um ano de idade tomaram pelo menos três doses da vacina tetravalente. A Região Sul foi a única a apresentar proporção estatisticamente distinta da média nacional, com estimativa de 85,3%. A área rural registrou proporção superior à da área urbana (83,3% e 74,3%, respectivamente).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Alimentação

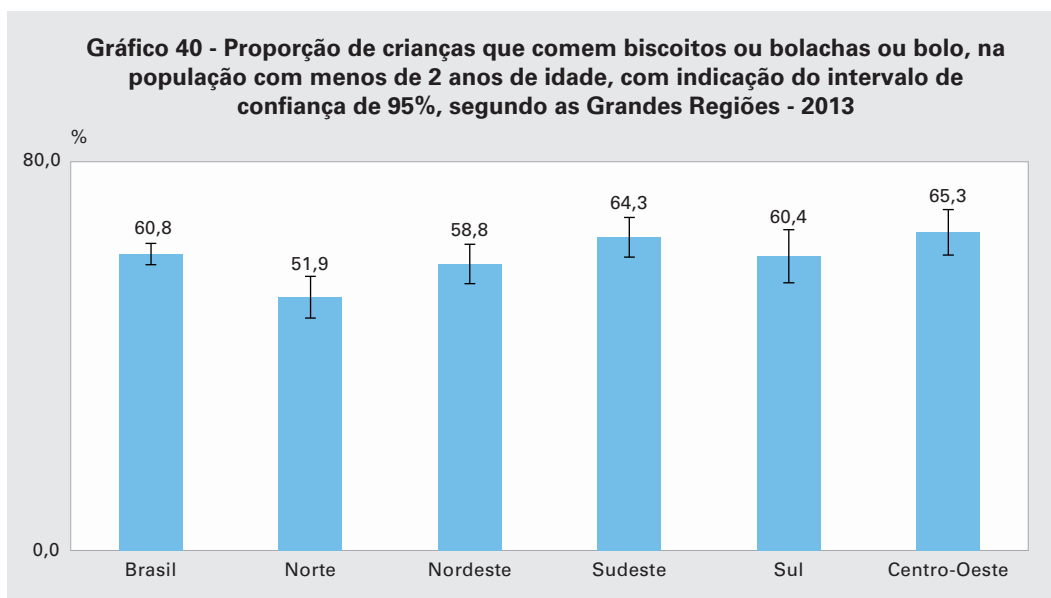
Segundo o Ministério da Saúde, o aleitamento materno é importante para o desenvolvimento da criança, pois, dentre outros benefícios, protege contra infecções; evita diarreias e doenças respiratórias; diminui o risco de alergias, hipertensão, colesterol alto, diabetes e obesidade; promove o desenvolvimento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

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

A pesquisa estimou que, no Brasil, 50,6% das crianças com idade igual ou superior a 9 meses e menor que 12 meses estão em aleitamento materno de modo

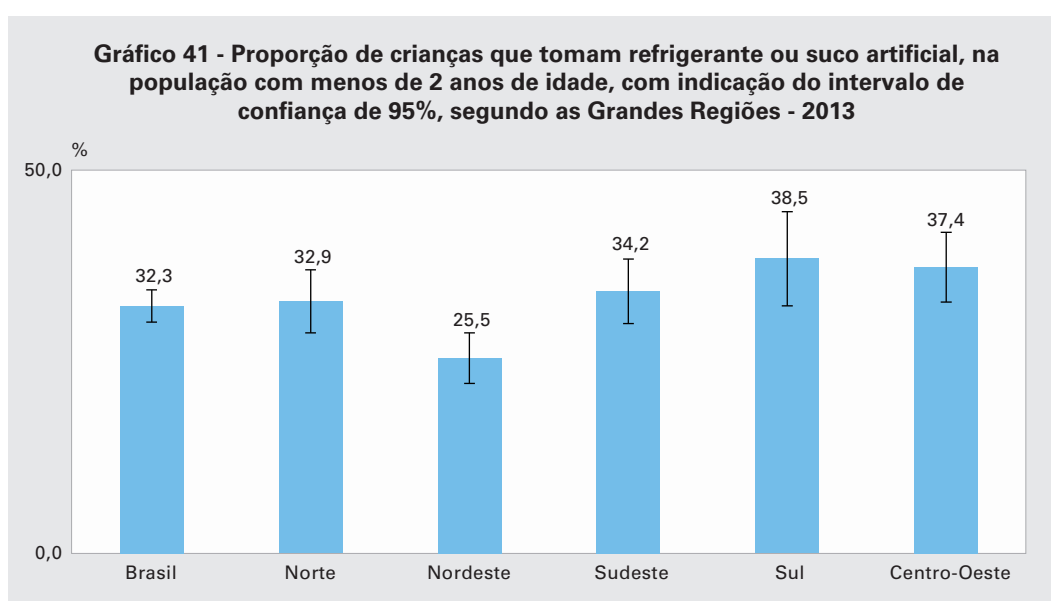
complementar. Esses indicadores não apresentaram resultados estatisticamente diferentes entre as Grandes Regiões, nem entre as áreas urbana e rural.

Seguindo no tema de alimentação da criança, a pesquisa investigou quais alimentos eram dados a elas. Foi estimado que 60,8% das crianças com menos de 2 anos de idade comiam biscoitos, bolachas ou bolo, e que 32,3% tomavam refrigerante ou suco artificial.



I Intervalo de confiança

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

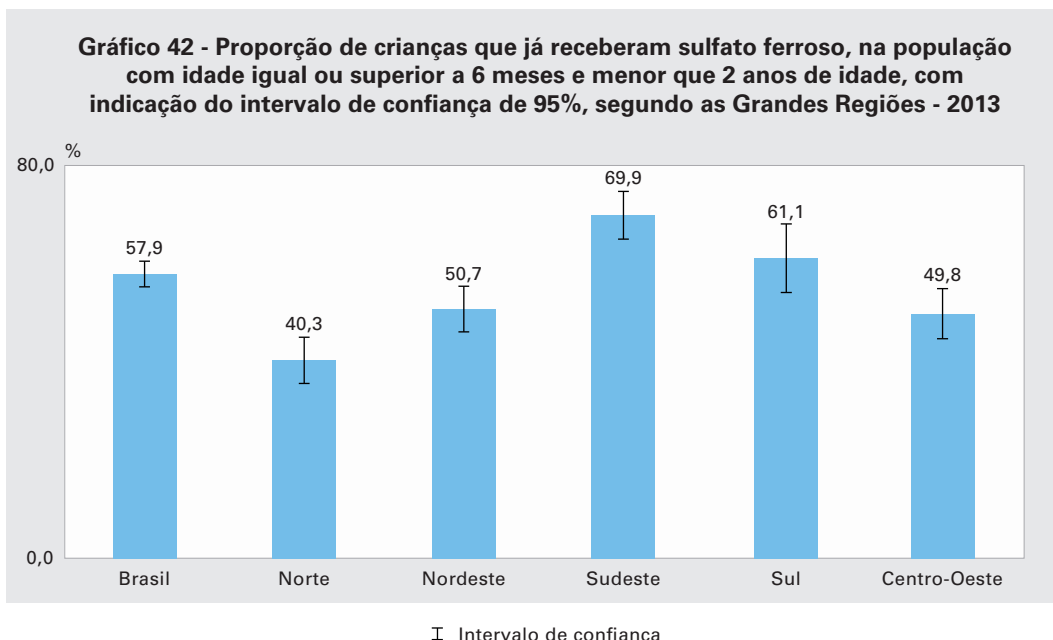


I Intervalo de confiança

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Suplementação de sulfato ferroso

Segundo o Ministério da Saúde, a deficiência de ferro ocorre, principalmente, como resultado de uma alimentação com quantidade insuficiente de ferro, incapaz de satisfazer as necessidades nutricionais, sendo necessário, em alguns casos, a sua suplementação (BRASIL, 2013). A deficiência de ferro prolongada resulta em quadro de anemia, que é um dos fatores relacionados ao aumento da predisposição a infecções, aumento da mortalidade infantil e redução da função cognitiva, do crescimento e do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças. Nesse contexto, a pesquisa estimou que 57,9% das crianças com idade igual ou superior a 6 meses e menor que 2 anos já receberam suplementação de sulfato ferroso. As Regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste apresentaram resultados estatisticamente inferiores à média nacional (40,3%, 49,8% e 50,7%, respectivamente), ao passo que a Região Sudeste registrou percentual superior (69,9%). A área urbana, com 59,7%, assinalou proporção superior à da área rural, com 48,8%.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Antropometria e pressão arterial

Na PNS 2013, além dos temas sobre a percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas, foram inseridos também o levantamento das medidas antropométricas e aferição da pressão arterial. Essas medidas foram obtidas de forma direta de um morador com 18 anos ou mais de idade, selecionado aleatoriamente de cada domicílio que fez parte da amostra da pesquisa.

Avaliação do estado nutricional

Seguindo recomendações da Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO) para a avaliação do perfil antropométrico nutricional de

populações de adultos (PHYSICAL..., 1995), os indicadores do estado nutricional estão baseados na relação entre o peso e a altura dos indivíduos, ou, mais especificamente, no Índice de Massa Corporal - IMC (peso em quilograma dividido pela altura em metro ao quadrado). A partir do cálculo do IMC, indivíduos adultos podem ser classificados como portadores de déficits de peso ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$), de excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) ou de obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), sendo a prevalência de cada uma dessas condições o resultado da divisão do total de indivíduos acometidos pelo total de indivíduos existentes na população.

Tabela 5 - Prevalência de pessoas com déficit de peso, excesso de peso e obesidade no total de pessoas de 18 anos ou mais de idade, por sexo, segundo os grupos de idade - Brasil - 2013

| Grupos de idade | Pessoas com déficit de peso, excesso peso, obesidade no total de pessoas de 18 anos ou mais de idade | | | | | |
|------------------------|--|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| | Total | | Sexo | | | |
| | | | Masculino | | Feminino | |
| | Prevalência (%) | Absoluto (1 000 pessoas) | Prevalência (%) | Absoluto (1 000 pessoas) | Prevalência (%) | Absoluto (1 000 pessoas) |
| Déficit de peso | | | | | | |
| Total | 2,5 | 3 612 | 2,1 | 1 479 | 2,8 | 2 133 |
| 18 a 24 anos | 5,7 | 1 298 | 4,6 | 528 | 6,8 | 770 |
| 25 a 29 anos | 3,1 | 451 | 2,0 | 145 | 4,3 | 306 |
| 30 a 34 anos | 1,9 | 314 | 1,9 | 150 | 1,9 | 164 |
| 35 a 44 anos | 1,4 | 403 | 1,4 | 189 | 1,4 | 214 |
| 45 a 54 anos | 1,2 | 314 | 0,9 | 114 | 1,5 | 200 |
| 55 a 64 anos | 1,5 | 302 | 1,5 | 134 | 1,6 | 167 |
| 65 a 74 anos | 2,7 | 306 | 2,4 | 121 | 3,0 | 186 |
| 75 anos e mais | 3,3 | 224 | 3,5 | 98 | 3,3 | 125 |
| Excesso de peso | | | | | | |
| Total | 56,9 | 82 463 | 55,6 | 38 284 | 58,2 | 44 179 |
| 18 a 24 anos | 32,8 | 7 473 | 33,4 | 3 840 | 32,1 | 3 633 |
| 25 a 29 anos | 48,3 | 6 987 | 50,4 | 3 743 | 46,1 | 3 244 |
| 30 a 34 anos | 55,4 | 9 104 | 58,0 | 4 625 | 53,0 | 4 479 |
| 35 a 44 anos | 63,0 | 17 577 | 62,3 | 8 124 | 63,6 | 9 453 |
| 45 a 54 anos | 66,7 | 17 063 | 64,1 | 7 742 | 69,0 | 9 321 |
| 55 a 64 anos | 68,3 | 13 443 | 64,5 | 5 824 | 71,4 | 7 619 |
| 65 a 74 anos | 64,4 | 7 281 | 61,4 | 3 098 | 66,9 | 4 184 |
| 75 anos e mais | 52,8 | 3 533 | 45,4 | 1 288 | 58,3 | 2 245 |
| Obesidade | | | | | | |
| Total | 20,8 | 30 117 | 16,8 | 11 574 | 24,4 | 18 543 |
| 18 a 24 anos | 10,3 | 2 348 | 8,6 | 988 | 12,0 | 1 360 |
| 25 a 29 anos | 15,5 | 2 242 | 13,6 | 1 012 | 17,5 | 1 230 |
| 30 a 34 anos | 18,4 | 3 015 | 16,7 | 1 329 | 20,0 | 1 687 |
| 35 a 44 anos | 23,5 | 6 540 | 18,8 | 2 447 | 27,6 | 4 093 |
| 45 a 54 anos | 25,3 | 6 477 | 20,2 | 2 441 | 29,9 | 4 036 |
| 55 a 64 anos | 28,0 | 5 511 | 23,0 | 2 072 | 32,2 | 3 439 |
| 65 a 74 anos | 24,2 | 2 734 | 18,9 | 953 | 28,5 | 1 781 |
| 75 anos e mais | 18,7 | 1 250 | 11,7 | 333 | 23,8 | 917 |

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Prevalências de déficits de peso inferiores a 5,0% (PHYSICAL..., 1995) não devem ser tomadas como evidência de exposição de populações adultas à desnutrição, uma vez que em populações não expostas a deficiências nutricionais é usual encontrar-se entre 3,0% e 5,0% de adultos com IMC inferior a 18,5 kg/m², os quais correspondem à fração de indivíduos, constitucionalmente magros, existentes em qualquer população.

A prevalência de déficit de peso, estimada pela PNS 2013, em adultos com 18 ou mais anos de idade, foi de 2,5%, (2,1% para homens e 2,8% para mulheres), ficando portanto bem abaixo do limite de 5,0% esperado na população, para indivíduos constitucionalmente magros.

A estratificação da população adulta por grupos de idade, indica que a prevalência de déficit de peso só ultrapassa os 5,0% apenas para mulheres com idade entre 18 e 24 anos (6,8%), sendo que para os homens desta faixa etária a prevalência de déficit de peso (4,6 %) é a maior dos grupos de idade, porém não chega a 5,0%. Indicando com isso a não exposição à desnutrição da população adulta, como um todo.

Quanto à análise do excesso de peso da população adulta, estratificada por grupos de idade, estimou-se que mais da metade da população apresentou excesso de peso (56,9 %), ou seja, cerca de 82 milhões de pessoas apresentaram o IMC igual ou maior do que 25 kg/m², indicando uma prevalência maior de excesso de peso no sexo feminino (58,2 %), sendo do sexo masculino (55,6%).

A prevalência de excesso de peso aumenta com a idade, de modo mais rápido para os homens, que já na faixa etária de 25 a 29 anos chega a 50,4%. Contudo, nas mulheres, a partir da faixa etária de 35 a 44 anos a prevalência do excesso de peso (63,6%) ultrapassa a dos homens (62,3%), chegando a mais de 70,0% na faixa de 55 a 64 anos. A partir dos 65 anos de idade, observa-se um declínio da prevalência do excesso de peso, tanto no sexo masculino quanto no feminino, sendo mais acentuada nos homens, que na faixa etária de 75 anos e mais corresponde a 45,4% contra 58,3% do sexo feminino.

A obesidade, caracterizada por IMC igual ou superior 30 kg/m², foi diagnosticada para 16,8% dos homens, 24,4% das mulheres. Obesos representam quase um terço do total de homens com excesso de peso e mais de um terço no caso das mulheres com excesso de peso.

O padrão de relação da obesidade com a idade é equivalente ao já descrito para o excesso de peso, chegando a 32,2% nas mulheres com idade de 55 a 64 anos contra 23,0% nos homens.

Para complementar a avaliação do estado nutricional da população adulta da PNS 2013, utilizou-se a circunferência da cintura (cc), medida que avalia a massa de gordura abdominal, que está associada ao risco de doenças cardiometabólicas (KLEIN et al., 2007). A circunferência da cintura é considerada aumentada, segundo a OMS, quando a medida for maior ou igual a 88 cm para as mulheres e maior ou igual a 102 cm para os homens.

As mulheres apresentaram uma prevalência superior de obesidade abdominal quando comparada aos homens. Segundo estimativa da PNS 2013, 52,1% das mulheres foram classificadas no grupo de obesidade abdominal, enquanto que nos homens esta prevalência ficou em 21,8%.

Com relação a distribuição da prevalência da circunferência da cintura aumentada por grupos de idade, observa-se que conforme aumenta a idade ela tende a ficar mais elevada, tanto no sexo feminino quanto no masculino, chegando a 70,0% das mulheres acima de 55 anos de idade e a 35,0% no caso dos homens.

Tabela 6 - Prevalência de pessoas com a circunferência da cintura aumentada no total de pessoas de 18 anos ou mais de idade, por sexo, segundo os grupos de idade - Brasil - 2013

| Grupos de idade | Pessoas com a circunferência da cintura aumentada no total de pessoas de 18 anos ou mais de idade | | | | | |
|-----------------|---|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| | Total | | Sexo | | | |
| | | | Masculino | | Feminino | |
| | Prevalência (%) | Absoluto (1 000 pessoas) | Prevalência (%) | Absoluto (1 000 pessoas) | Prevalência (%) | Absoluto (1 000 pessoas) |
| Total | 37,7 | 54 603 | 21,8 | 15 058 | 52,1 | 39 545 |
| 18 a 24 anos | 14,2 | 3 242 | 6,4 | 733 | 22,2 | 2 509 |
| 25 a 29 anos | 22,4 | 3 242 | 12,1 | 899 | 33,3 | 2 343 |
| 30 a 34 anos | 29,1 | 4 784 | 15,4 | 1 228 | 42,1 | 3 556 |
| 35 a 44 anos | 38,2 | 10 659 | 20,7 | 2 702 | 53,6 | 7 957 |
| 45 a 54 anos | 47,0 | 12 036 | 28,8 | 3 480 | 63,3 | 8 556 |
| 55 a 64 anos | 54,1 | 10 663 | 35,0 | 3 157 | 70,4 | 7 506 |
| 65 a 74 anos | 56,3 | 6 358 | 38,4 | 1 937 | 70,7 | 4 421 |
| 75 anos e mais | 54,1 | 3 619 | 32,4 | 921 | 70,1 | 2 698 |

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Nota: Onde: cc>=102 cm para homens e cc>=88 cm para mulheres.

Evolução do estado nutricional (2002-2013)

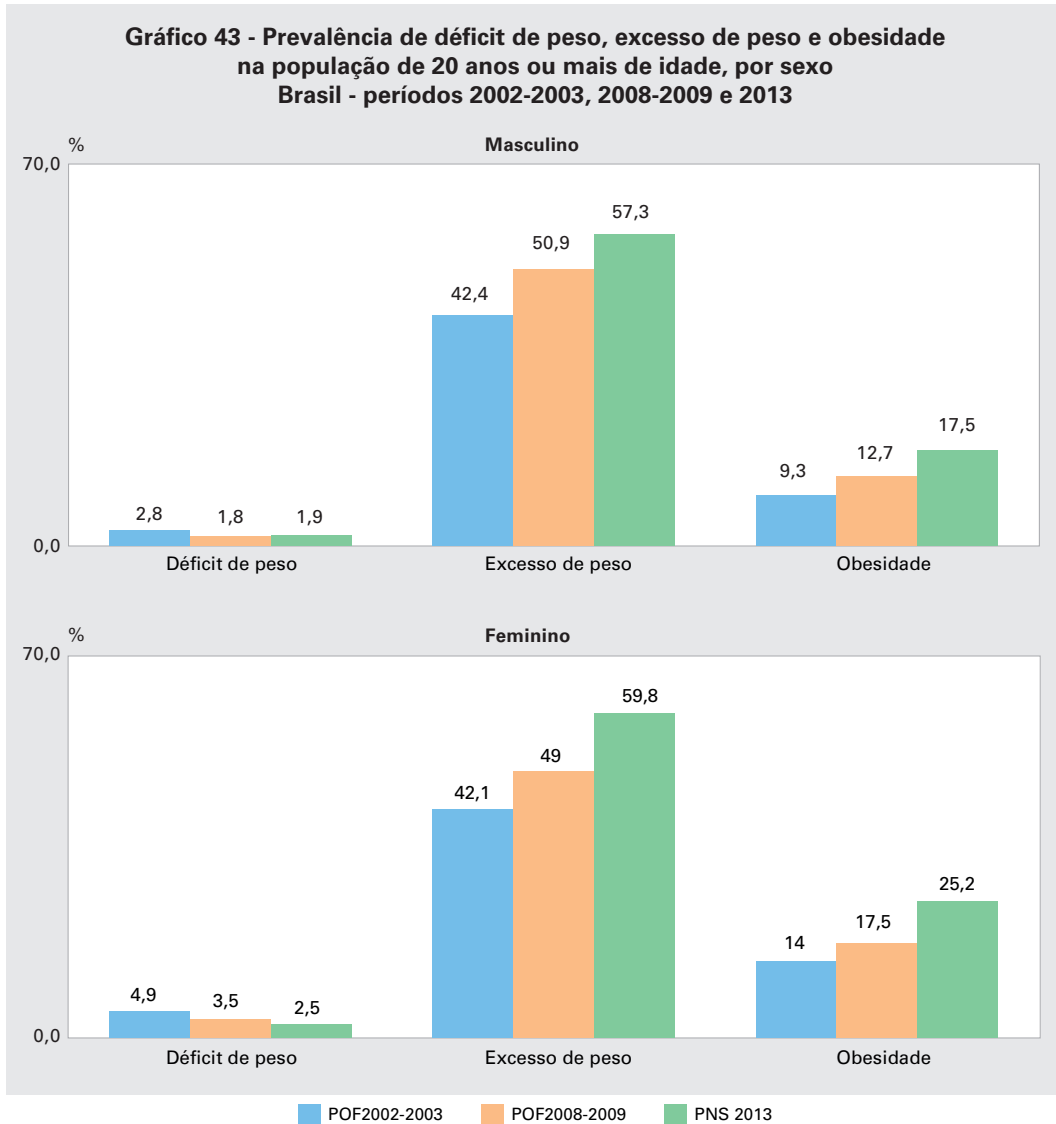
A evolução do perfil antropométrico da população adulta com 20 anos ou mais de idade é apresentada a partir do gráfico das estimativas de prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade, calculadas a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002-2003; da POF 2008-2009 e PNS 2013, ambas do IBGE.

Para levar em conta modificações temporais na estrutura etária da população brasileira e variações na estrutura etária entre estratos populacionais, todas as estimativas calculadas para a POF 2002-2003 e a POF 2008-2009 foram padronizadas para a distribuição etária, em cada sexo, para a população em 2013, empregando-se sempre o método da padronização direta.

A prevalência de déficit de peso estimada para a população com 20 anos ou mais de idade, declina continuamente ao longo das três pesquisas, tanto para homens quanto para mulheres, sendo um pouco mais acentuada para o sexo feminino, que da POF 2002-2003 para a PNS 2013 esta prevalência reduziu quase a metade.

Já o comportamento das prevalências de excesso de peso e de obesidade ao longo das três pesquisas apresentou um comportamento inverso, aumentando continuamente tanto para os homens quanto para as mulheres. Para os homens, a

prevalência de excesso de peso aumenta de 42,4% em 2002-2003 para 57,3% em 2013 e a obesidade de 9,3 % para 17,5%. No caso das mulheres, este aumento foi mais acentuado, passando de 42,1% em 2002-2003 para 59,8% em 2013, ao passo que a obesidade passa de 14,0% para 25,2%.



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

Avaliação da pressão arterial

Seguindo recomendações da OMS, as pessoas foram classificadas com a pressão arterial abaixo do normal, quando a pressão arterial sistólica aferida era menor que 100 mmHg (milímetros de mercúrio) ou a pressão arterial diastólica menor 60 mmHg, e para pressão arterial alta, quando a pressão arterial sistólica aferida era maior ou igual 140 mmHg ou a pressão arterial diastólica maior ou igual 90 mmHg.

Na PNS 2013, a prevalência de pessoas com a pressão arterial abaixo do normal, ou seja, pressão arterial sistólica menor 100 mmHg ou pressão arterial diastólica menor

60 mmHg, no momento da aferição no domicílio, foi de 5,9%. Nas pessoas de sexo feminino a frequência foi de 8,7%, bem mais elevada que a do sexo masculino com 2,8%.

A estratificação da população adulta por grupos de idade, indica que a prevalência de Pressão arterial baixa, tanto para os homens quanto para as mulheres, vai diminuindo conforme aumenta a idade, começando a aumentar novamente nas pessoas com idade a partir de 65 anos.

A análise da pressão arterial alta, ou seja, quando pressão arterial sistólica foi maior ou igual a 140 mmHg ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, no momento da aferição no domicílio, indicou uma prevalência 22,3% de pessoas com a pressão arterial elevada.

Segundo estimativa da PNS 2013, 19,5% das mulheres foram identificadas com a pressão arterial alta, enquanto nos homens esta prevalência ficou em 25,3%. Conforme podemos observar, a frequência de pressão arterial elevada aumenta com a idade, em ambos os sexos, chegando em torno de 46% das pessoas com 75 anos ou mais de idade.

Tabela 7 - Prevalência de pessoas com a pressão arterial abaixo do normal e pressão arterial alta no total de pessoas 18 anos ou mais de idade, por sexo, segundo os grupos de idade - Brasil - 2013

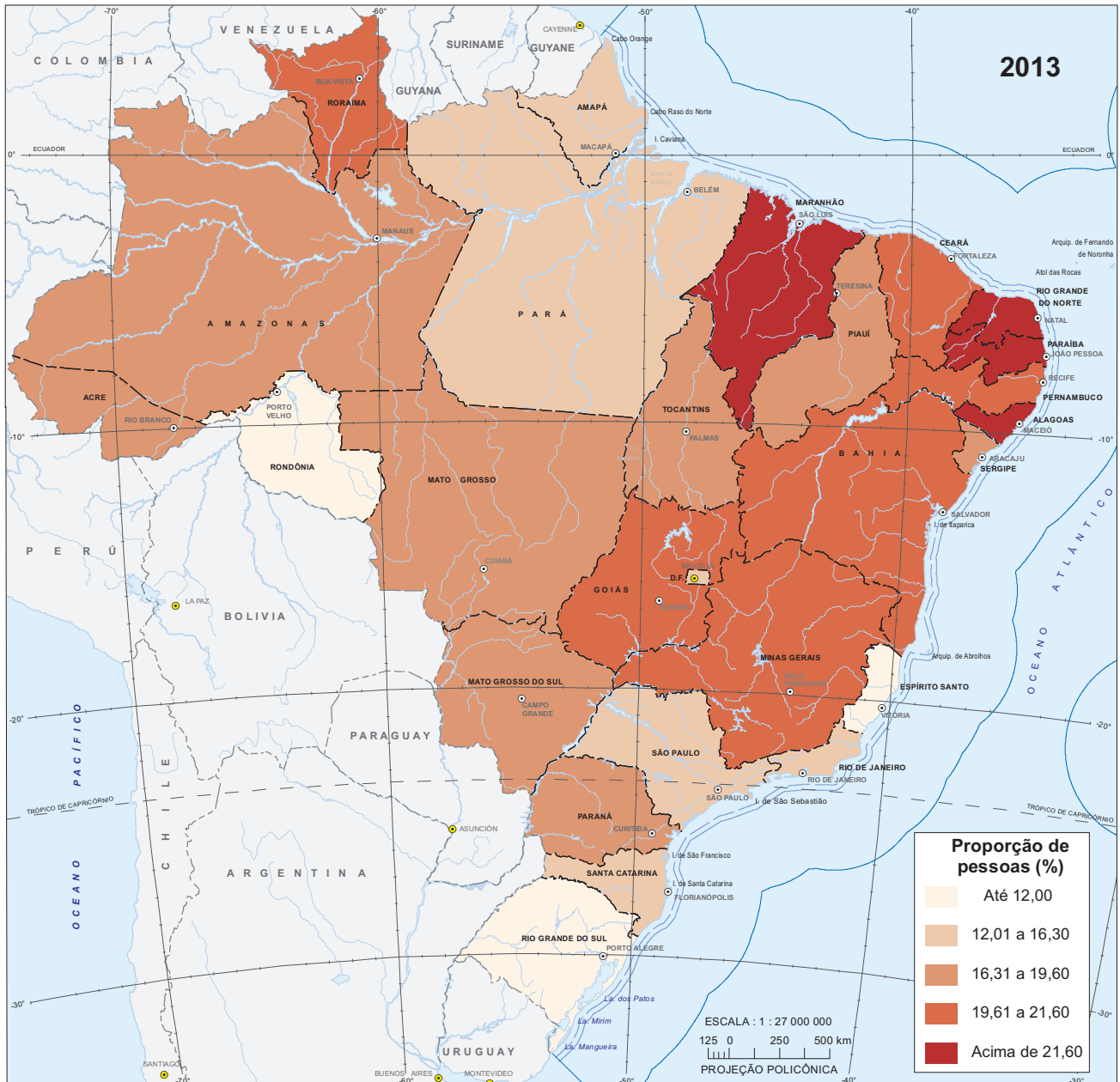
| Grupos de idade | Pessoas com a pressão arterial abaixo do normal e pressão arterial alta no total de pessoas 18 anos ou mais de idade | | | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|---------------|
| | Total | | Sexo | | | |
| | Prevalência (%) | Absoluto (1 000 pessoas) | Masculino | | Feminino | |
| Prevalência (%) | | | Absoluto (1 000 pessoas) | Prevalência (%) | Absoluto (1 000 pessoas) | |
| Pressão Arterial Baixa (1) | | | | | | |
| Total | 5,9 | 8 552 | 2,8 | 1 918 | 8,7 | 6 634 |
| 18 a 24 anos | 11,1 | 2 536 | 6,3 | 719 | 16,1 | 1 817 |
| 25 a 29 anos | 9,0 | 1 306 | 3,4 | 249 | 15,0 | 1 056 |
| 30 a 34 anos | 6,4 | 1 054 | 1,8 | 142 | 10,8 | 912 |
| 35 a 44 anos | 5,1 | 1 419 | 1,6 | 208 | 8,2 | 1 212 |
| 45 a 54 anos | 3,2 | 817 | 1,2 | 139 | 5,0 | 678 |
| 55 a 64 anos | 2,5 | 490 | 1,4 | 130 | 3,4 | 360 |
| 65 a 74 anos | 3,4 | 384 | 2,4 | 121 | 4,2 | 263 |
| 75 anos e mais | 8,2 | 545 | 7,4 | 210 | 8,7 | 335 |
| Pressão Arterial Alta (2) | | | | | | |
| Total | 22,3 | 32 254 | 25,3 | 17 452 | 19,5 | 14 802 |
| 18 a 24 anos | 5,7 | 1 308 | 8,7 | 997 | 2,7 | 310 |
| 25 a 29 anos | 9,9 | 1 431 | 14,0 | 1 036 | 5,6 | 394 |
| 30 a 34 anos | 13,5 | 2 224 | 17,0 | 1 355 | 10,3 | 869 |
| 35 a 44 anos | 18,2 | 5 071 | 22,8 | 2 967 | 14,2 | 2 104 |
| 45 a 54 anos | 28,5 | 7 302 | 33,5 | 4 048 | 24,1 | 3 254 |
| 55 a 64 anos | 35,8 | 7 043 | 39,1 | 3 527 | 33,0 | 3 516 |
| 65 a 74 anos | 42,2 | 4 769 | 43,8 | 2 210 | 40,9 | 2 559 |
| 75 anos e mais | 46,5 | 3 108 | 46,2 | 1 313 | 46,6 | 1 795 |

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

(1) Pressão Arterial Sistólica <100 mmHg ou Pressão Arterial Diastólica <60 mmHg.

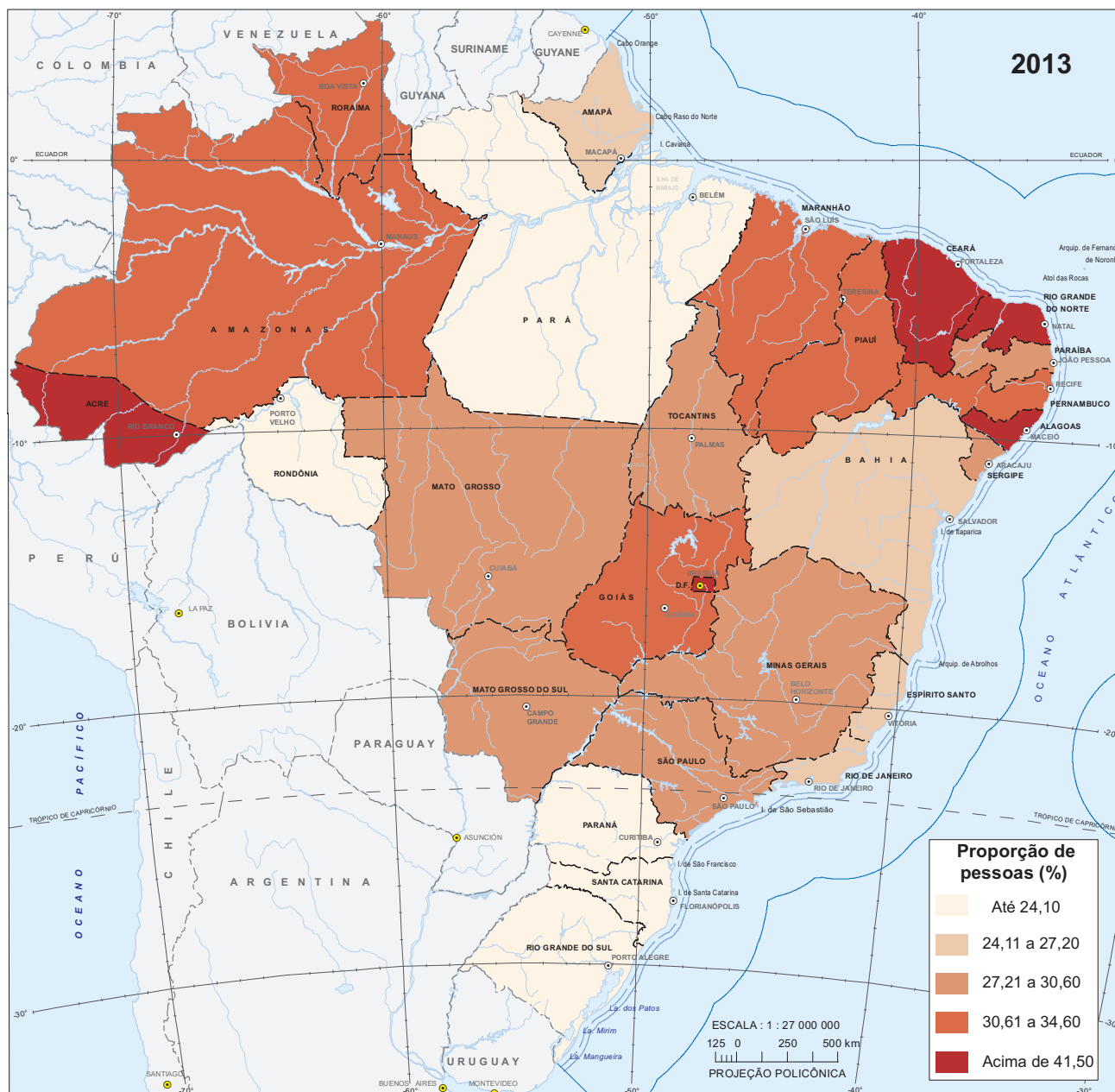
(2) Pressão Arterial Sistólica ≥140 mmHg ou Pressão Arterial Diastólica ≥90 mmHg.

Cartograma 1 - Proporção de pessoas com limitação funcional para realizar atividades instrumentais de vida diária, na população de 60 anos ou mais de idade, segundo as Unidades da Federação - 2013



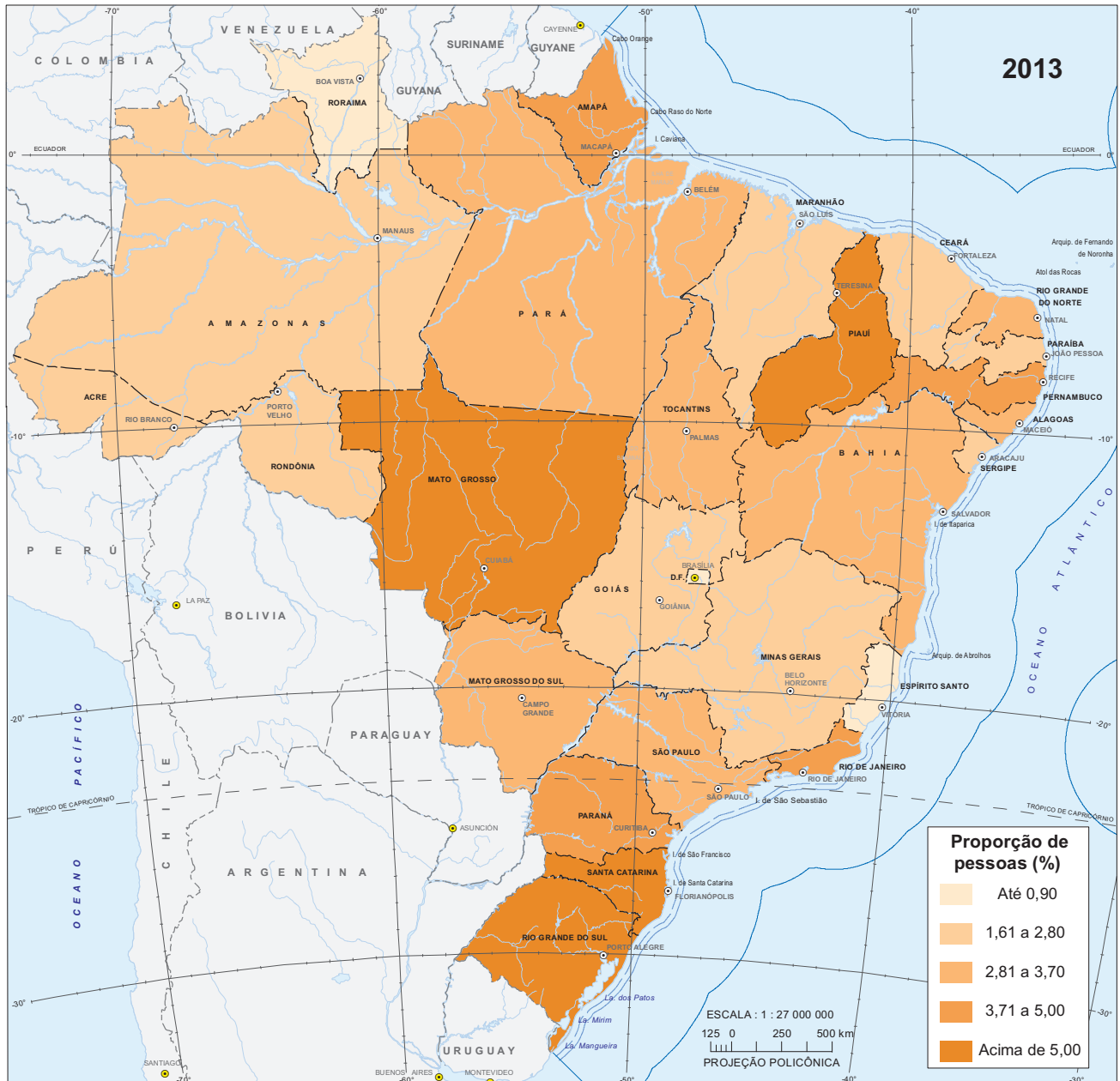
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Cartograma 2 - Proporção de pessoas diagnosticadas com catarata em uma ou ambas as vistas, na população de 60 anos ou mais de idade, segundo as Unidades da Federação - 2013



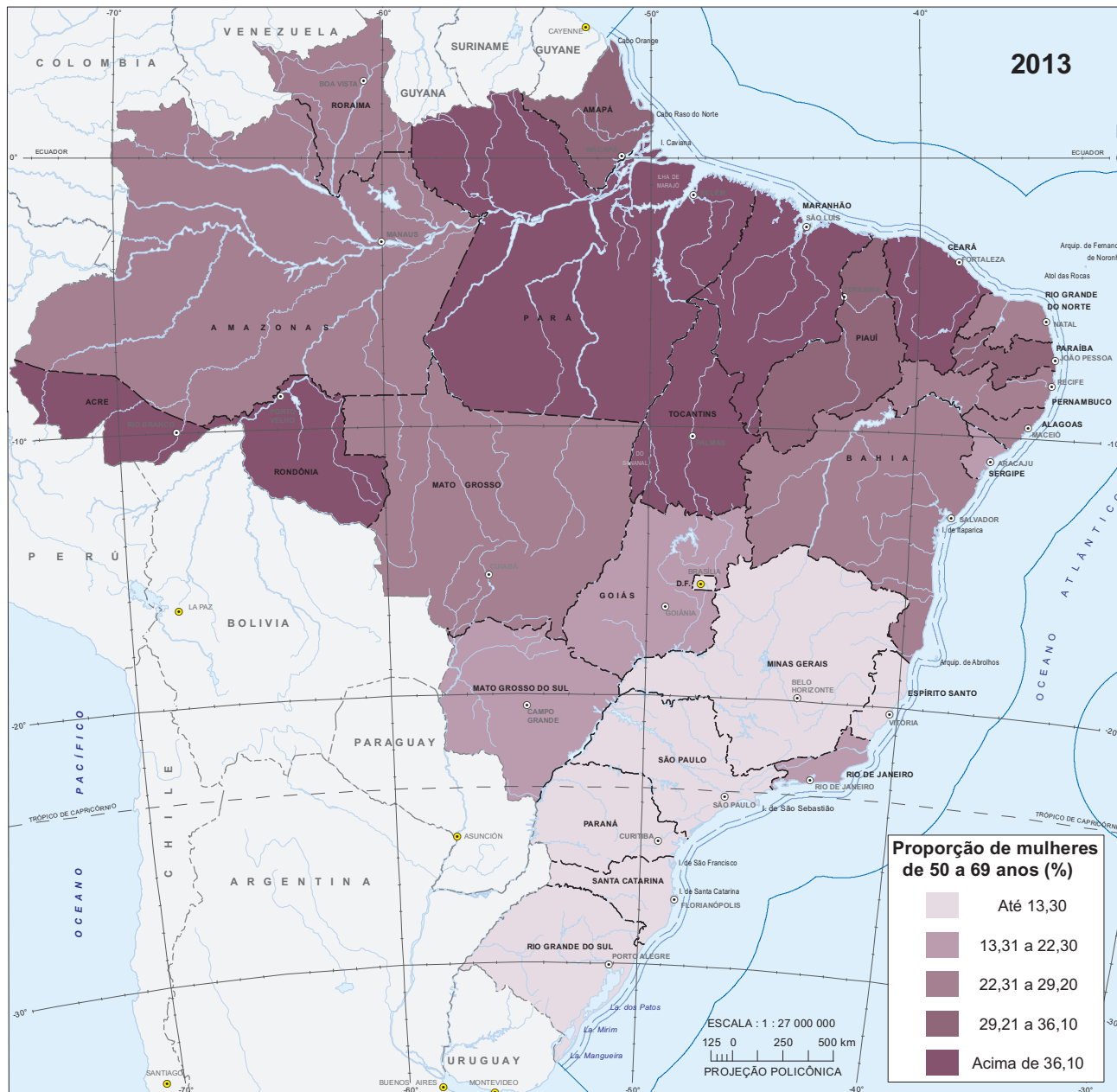
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Cartograma 3 - Proporção de pessoas com deficiência visual, na população total, segundo as Unidades da Federação - 2013



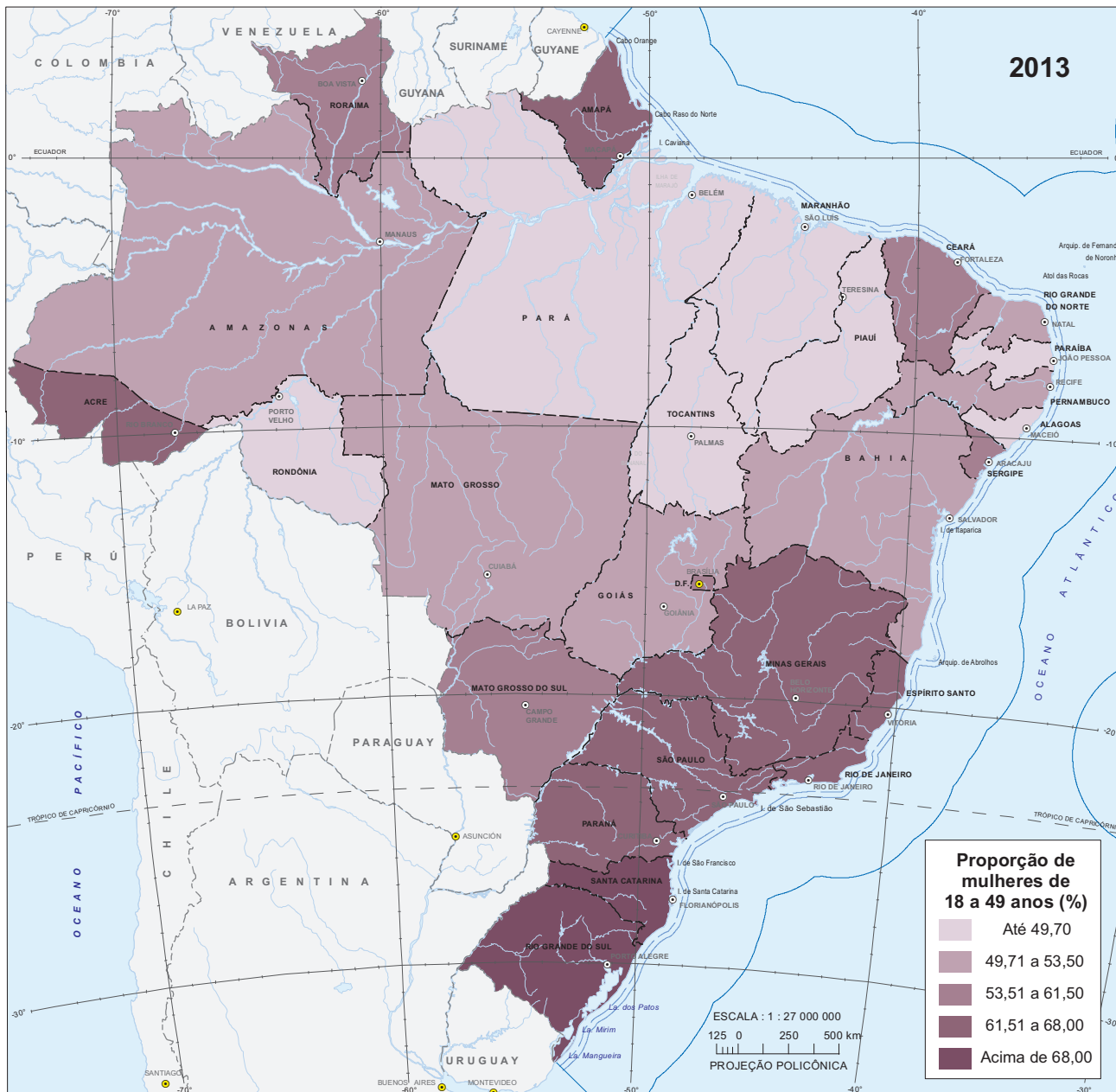
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Cartograma 4 - Proporção de mulheres de 50 a 69 anos de idade que nunca realizaram exame de mamografia, segundo as Unidades da Federação - 2013



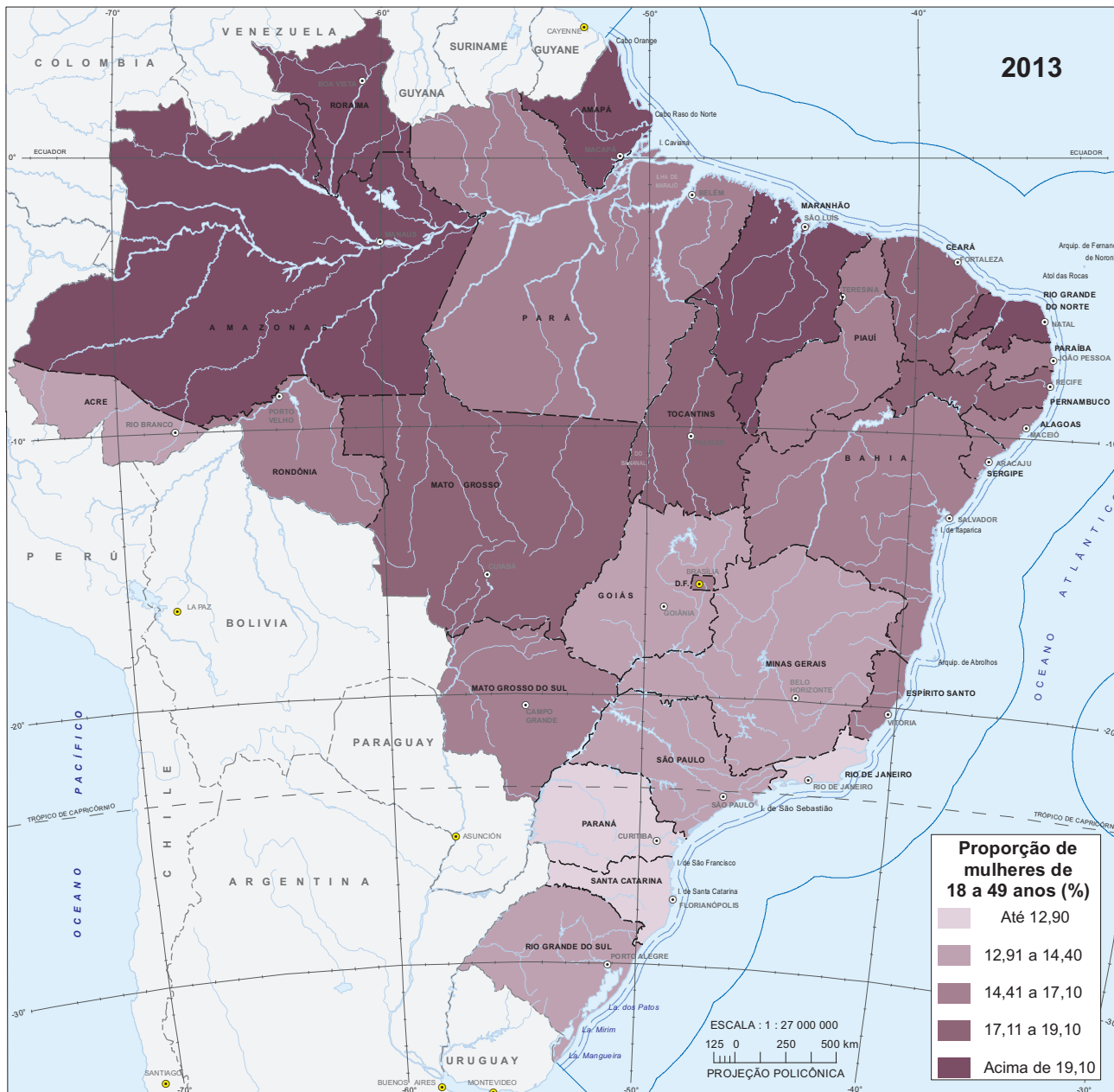
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Cartograma 5 - Proporção de mulheres de 18 a 49 anos de idade que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses, ainda menstruam e fazem uso de métodos para evitar a gravidez, segundo as Unidades da Federação - 2013



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Cartograma 6 - Proporção de mulheres de 18 a 49 anos de idade que já tiveram algum aborto espontâneo, segundo as Unidades da Federação - 2013



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Referências

ALMEIDA, C. et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the world health report 2000. *The Lancet*, London: The Lancet Publications; Oxford: Elsevier, v. 357, n. 9269, p. 1692-1697, May 26, 2001. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/758/2/LANDMANN_TRAVASSOS_VIACAVA_Methodological%20Concerns_2001.pdf>. Acesso em: jul. 2015.

BIRCH, S.; GAFNI, A. Achievements and challenges of medicare in Canada: are we there yet? Are we on course? *International Journal of Health Services*, Amityville: Baywood Publishing, v. 35, n. 3, p. 443-463, July 2005. Disponível em: <<http://joh.sagepub.com/content/35/3/443.full.pdf+html>>. Acesso em: jul. 2015.

BOECKXSTAENS, P. et al. The equity dimension in evaluations of the quality and outcomes framework: a systematic review. *BMC Health Services Research*, London: BioMed Central, v. 11, p. 1-15, Aug. 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-209.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

BRASIL. Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Legislativo, Brasília, DF, ano 143, n. 193, 6 out. 2006. Seção 1, p. 1-2. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao>>. Acesso em: jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde*: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. 76

p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf>. Acesso em: jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Programa de avaliação para a qualificação do sistema único de saúde*. Brasília, DF, 2011b. 26 p. Disponível em: <http://observasaude.fundap.sp.gov.br/saude2/sus/Acervo/SUS_AvQualif_v3.pdf>. Acesso em: jul. 2015.

_____. *Programa nacional de suplementação de ferro: manual de condutas gerais*. Brasília, DF, 2013. 24 p.

BRASIL garante pré-natal a mais gestantes. In: PORTAL Brasil. Brasília, DF, 2014. Notícia de 28 jul. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/brasil-garante-pre-natal-a-mais-gestantes>>. Acesso em: jul. 2015.

CÂNCER. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA, [2015]. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home>>. Acesso em: jul. 2015.

EXWORTHY, M.; BLANE, D.; MARMOT, M. Tackling health inequalities in the United Kingdom: the progress and pitfalls of policy. *Health Services Research*, Hoboken: Wiley; Chicago: Health Research and Educational Trust - HRET, v. 38, n. 6, pt. 2, p. 1905-1921, Dec. 2003. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-6773.2003.00208.x/abstract>>. Acesso em: jul. 2015.

FREITAS, M. P. S. de et al. *Amostra mestra para o sistema integrado de pesquisas domiciliares*. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. 67 p. (Textos para discussão. Diretoria de Pesquisas, n. 23). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/sipd/texto_discussao_23.pdf>. Acesso em: jul. 2015.

GODDARD, M.; SMITH, P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*, Oxford: Elsevier, v. 53, n. 9, p. 1149-1162, Nov. 2001. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953600004159>>. Acesso em: jul. 2015.

GOUVEIA, G. C. et al. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003=Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no Brasil, 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP, v. 21, supl. 1, p. S109-S118, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21s1/12.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

HÄKKINEN, U.; OLLILA, E. (Ed.). *The world health report 2000: what does it tell us about health systems? analyses by finnish experts*. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health - Stakes, 2000.

HOLANDA, L. G. M. et al. Excesso de peso e adiposidade central em adultos de Teresina-PI. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo: Associação Médica Brasileira - AMB, v. 57, n.1, p. 50-55, jan./fev.

2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423011702937#>>. Acesso em: jul. 2015.

JARDIM, R.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Confiabilidade das informações obtidas de informante secundário em inquéritos de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP, v. 26, n. 8, p. 1537-1548, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n8/08.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

KLEIN, S. et al. Waist circumference and cardiometabolic risk. *Diabetes Care*, Alexandria [Estados Unidos]: American Diabetes Association, v. 30, n. 6, p. 1647-1652, jun. 2007. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/30/6/1647.full.pdf+html?sid=ffed5c08-52a5-4f61-92ec-0cdda836f798>>. Acesso em: jul. 2015.

LEAL, M. do C. et al. Healthy lifestyles and access to periodic health exams among Brazilian women=Estilos de vida saudáveis e acesso aos exames periódicos de saúde entre mulheres brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP, v. 21, supl. 1, p. S78-S88, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21s1/09.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research*, Hoboken: Wiley; Chicago: Health Research and Educational Trust - HRET, v. 38, n. 3, p. 831-865, June 2003. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1475-6773.00149/pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

MALTA, D. C. et al. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 11, supl. 1, p. 159-167, maio 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v11s1/16.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

MARMOT, M. G. et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, London: The Lancet Publications; Oxford: Elsevier, v. 337, n. 8754, p. 1387-1393, June 8, 1991. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/014067369193068K/1-s2.0-014067369193068K-main.pdf?_tid=04e16e06-7707-11e4-9e9f-00000aab0f01&acdnat=1417183455_a2c52450239e62aaf3c2160d4c604691>. Acesso em: jul. 2015.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP, v. 26, n. 2, p. 347-357, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/13.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

NAVARRO, V. Assessment of the world health report 2000. *The Lancet*, London: The Lancet Publications; Oxford: Elsevier, v. 356, n. 9241, p. 1598-1601, Nov. 4, 2000. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673600031391>>. Acesso em: jul. 2015.

____. The world health report 2000: can health care systems be compared using a single measures of performance? *American Journal of Public Health*, Washington, DC: American Public Health Association - APHA, v. 92, n. 1, p. 31-34, Jan. 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447381/pdf/0920031.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

OLINTO, M. T. A. et al. Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP, v. 22, n. 6, p. 1207-1215, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: jul. 2015.

PASSOS, V. M. de A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, v. 15, n. 1, p. 35-45, mar. 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742006000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: jul. 2015.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, London: The Lancet Publications; Oxford: Elsevier, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, May 21, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611600548>>. Acesso em: jul. 2015.

PESQUISA de orçamentos familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/xml/pof_2002_2003.shtm>. Acesso em: jul. 2015.

PESQUISA de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 130 p. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/default.shtm>. Acesso em: jul. 2015.

PESQUISA nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 180 p. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm>>. Acesso em: jul. 2015.

PESSOA, D. G. C.; SILVA, P. L. do N. Análise de dados amostrais complexos. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE PROBABILIDADE E

ESTATÍSTICA, 13., 1998, Caxambu. *Anais...* São Paulo: Associação Brasileira de Estatística - ABE, 1998.

PESSOTO, U. C. et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na região metropolitana de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 12, n. 2, p. 351-362, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63012208.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

PHYSICAL status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO expert committee. Geneva: World Health Organization - WHO, 1995. (WHO Technical report series, 854). Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf>. Acesso em: jul. 2015.

PORTO, S. M.; SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 11, n. 4, p. 895-910, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32328.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

ROSÉN, M. Can the WHO health report improve the performance of health systems? *Scandinavian Journal of Public Health*, London: SAGE Publications, v. 29, n. 1, p. 76-77, 2001. Disponível em: <<http://sjp.sagepub.com/content/29/1/76.full.pdf+html>>. Acesso em: jul. 2015.

SAÚDE da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 111 p. (Série A. Normas e manuais técnicos) (Cadernos de atenção básica, n. 23). Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2123.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

SILVA, P. L. do N. *Crítica e imputação de dados quantitativos utilizando o SAS*. 1989. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Matemática Pura e Aplicada - IMPA, Rio de Janeiro, 1989.

SISTEMA de indicadores de percepção social - SIPS: saúde. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, 2011. 20 p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf>. Acesso em: jul. 2015.

SISTEMA integrado de pesquisas domiciliares - SIPD. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. 80 p. (Textos para discussão. Diretoria de Pesquisas, n. 24). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/sipd/texto_discussao_24.pdf>. Acesso em: jul. 2015.

SKOLARUS, L. E. et al. Validity of proxies and correction for proxy use when evaluating social determinants of health in stroke patients. *Stroke*, Dallas: American Heart Association - AHA, v. 41, n. 3, p. 510-515, Mar. 2010. Disponível em: <<http://stroke.ahajournals.org/content/41/3/510.full.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

SOUSA, M. H. de; SILVA, N. N. da. Estimativas obtidas de um levantamento complexo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo: Universidade de São Paulo - USP, Faculdade de Saúde Pública, v. 37,

n. 5, p. 662-670, out. 2003. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/nilza/Estimativas.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. *International Journal of Health Services*, Amityville: Baywood Publishing, v. 31, n. 3, p. 545-566, July 2001. Disponível em: <<http://joh.sagepub.com/content/31/3/545.full.pdf+html>>. Acesso em: jul. 2015.

STINEMAN, M. G. et al. Estimating health-related quality of life in populations through cross-sectional surveys. *Medical Care*, Philadelphia: LippincottWilliams &Wilkins, v. 42, n. 6, p. 569-578, June 2004.

SZWARCWALD, C. L. On the World Health Organization's measurement of health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, London: BMJ Publishing Group, v. 56, n. 3, p. 177-182, Mar. 2002. Disponível em: <<http://jech.bmj.com/content/56/3/177.full.pdf+html>>. Acesso em: jul. 2015.

SZWARCWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 11, supl. 1, p. 38-45, maio 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v11s1/03.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

SZWARCWALD, C. L.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B.; DAMACENA, G. N. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the world health survey. *BMC Health Services Research*, London: BioMed Central, v. 10, n. 217, p. 1-7, July 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-10-217.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

SZWARCWALD, C. L.; VIACAVA, F. Pesquisa mundial de saúde no Brasil, 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP, v. 21, supl. 1, p. S4-S5, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21s1/01.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

TESTE da orelhinha. Brasília, DF: Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa, [2011]. 2 p. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/folder_orelhinha_grafica.pdf>. Acesso em: jul. 2015.

TESTE do olho. São Paulo: Conselho Brasileiro de Oftalmologia - CBO, [2015]. Disponível em: <http://www.cbo.com.br/novo/publico_geral/criancas/teste_do_olho>. Acesso em: jul. 2015.

TESTE do olho pode evitar 80% dos casos de cegueira. In: PORTAL Brasil. Brasília, DF, 2014. Notícia de 28 jul. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/08/teste-do-olho-pode-evitar-80-dos-casos-de-cegueira>>. Acesso em: jul. 2015.

THEME-FILHA, M. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. de. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-

rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003=Características sócio-demográficas, cobertura de tratamento e auto-avaliação da saúde dos indivíduos que referiram seis doenças crônicas no Brasil, 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP, v. 21, supl. 1, p. S43-S53, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21s1/06.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

TODOROV, A.; KIRCHNER, C. Bias in proxies' reports of disability: data from the National Health Interview Survey on Disability. *American Journal of Public Health*, Washington, DC: American Public Health Association - APHA, v. 90, n. 8, p. 1248-1253, Aug. 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446336/pdf/10937005.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

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

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F. Utilização e financiamento de serviços de saúde: dez anos de informação das PNAD. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 16, n. 9, p. 3646, set. 2011. Editorial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a01v16n9.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F.; LAGUARDIA, J. Os suplementos saúde na pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD) no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 11, supl. 1, p. 98-112, maio 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11s1/09.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

UGÁ, A. D. et al. Considerations on methodology used in the World Health Organization 2000 report=Considerações metodológicas sobre o relatório 2000 da Organização Mundial de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP, v. 17, n. 3, p. 705-712, maio/jun. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n3/4653.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

VASCONCELLOS, M. T. L. de; SILVA, P. L. do N.; SZWACWALD, C. L. Sampling design for the world health survey in Brazil=Aspectos da amostragem da pesquisa mundial de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP, v. 21, supl. 1, p. S89-S99, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21s1/10.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

VIACAVAL, F. Dez anos de informação sobre acesso e uso de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo

Cruz - Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP, v. 26, n. 12, p. 2210-2211, dez. 2010. Editorial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/01.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 9, n. 3, p. 711-724, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a16v09n3>>. Acesso em: jul. 2015.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*, London: The Lancet Publications; Oxford: Elsevier, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, May 28, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611601384#>>. Acesso em: jul. 2015.

WOLFSON, M.; ALVAREZ, R. Towards integrated and coherent health information systems for performance monitoring: the Canadian experience. In: MEASURING up: improving health system performance in OECD countries. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD, 2002. p. 133-155. Disponível em: <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/measuring-up_9789264195950-en>. Acesso em: jul. 2015.

THE WORLD health report 2000: health systems: improving performance. 205 p. Geneva: World Health Organization - WHO, 2000. 212 p. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1>. Acesso em: jul. 2015.

Glossário

aleitamento materno Amamentação da criança com leite materno (direto da mama ou ordenhado) independentemente da oferta ou não de outros alimentos. A Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO) recomenda o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade. Após esse período, a criança deve começar a receber alimentos complementares, como sopas e papinhas, e manter o aleitamento materno até os 2 anos de idade.

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

alojamento conjunto Sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, em um mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a sua saúde e a da criança.

ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato Local, mantido por empresa ou sindicato, que atende consultas de saúde. *Ver também* local que costuma procurar quando está doente ou precisando de atendimento de saúde.

assistência ao parto Ato de assistir à mulher no momento do parto, visando à saúde da mãe e da criança. Engloba as seguintes ações: dar apoio à mulher, ao seu parceiro e à sua família durante o trabalho de parto, no momento do nascimento e no pós-parto; observar a mulher,

monitorar o estado fetal e posteriormente o do recém-nascido; e avaliar fatores de risco e detectar problemas precocemente a fim de realizar as intervenções necessárias ou encaminhar a uma assistência de nível mais complexo, se necessário.

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

atendimento médico Atendimento prestado por médico, alopata ou homeopata, de qualquer especialidade, inclusive para tratamento por acupuntura, independentemente do lugar de atendimento (hospital, clínica, consultório, posto de saúde, domicílio, entre outros).

atividades de vida diária Tarefas que a pessoa realiza para cuidar de si, como comer, tomar banho, ir ao banheiro, vestir-se, andar em casa, deitar ou levantar da cama, sentar ou levantar a cadeira, entre outras.

atividades habituais Hábitos diários, como ir à escola, brincar, trabalhar, entre outras.

atividades instrumentais da vida diária Habilidades que a pessoa desenvolve para administrar o ambiente que vive e aspectos relacionados à gerência de sua vida, que também se relacionam com a sua integração na comunidade, como fazer compras, administrar finanças, tomar remédios, ir ao médico, sair de casa sozinho(a), utilizar meios de transporte, entre outras.

atividades sociais organizadas Atividades com o intuito de inserir o indivíduo na sociedade, como participação em centros de convivência, universidades abertas à população de 60 anos ou mais de idade, encontros de grupos comunitários e/ou religiosos, clubes, entre outras, de modo a ampliar as redes de apoio familiar e social do indivíduo.

avaliação do atendimento de saúde recebido Avaliação do atendimento que a pessoa recebeu, no período de referência (atendimento de saúde em serviço de saúde, atendimento de emergência no domicílio ou atendimento no período de internação), classificada em uma escala de cinco graus: muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim.

baixa visão ou visão subnormal Comprometimento do funcionamento visual dos olhos, mesmo após tratamento ou correção. As pessoas com baixa visão podem ler textos impressos ampliados ou com uso de recursos óticos especiais.

banheiro Cômodo destinado ao banho, que também dispõe de vaso sanitário ou buraco para dejeções.

berçário Unidade destinada a alojar recém-nascidos. Área necessária para prestar assistência aos recém-nascidos que apresentam riscos na sua adaptação à vida extrauterina, aos que tenham condições patológicas e àqueles cujas mães não lhes possam prestar cuidados.

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

câncer ginecológico Câncer que atinge o colo e o corpo do útero; a vulva e a vagina; o ovário; ou o endométrio.

casa de parto Também chamada de centro de parto normal. Estabelecimento que pratica o atendimento humanizado ao parto normal e que se caracteriza pelos seguintes aspectos: presença de familiares no momento do nascimento; corte do cordão umbilical pelo pai ou outra pessoa escolhida pela mãe; e não utilização generalizada de substâncias para acelerar o parto, como é o caso da ocitocina. A equipe que acompanha o trabalho de parto é chefiada por uma enfermeira obstetra ou obstetriz. A casa de parto pode estar localizada junto a uma unidade de referência ou não; neste último caso, uma ambulância com motorista deve estar à disposição para os casos eventuais de risco ou intercorrências do parto.

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

cegueira Perda total da visão ou pouquíssima capacidade de enxergar.

centro de especialidades, policlínica pública ou Posto de Assistência Médica (PAM) Local que presta atendimento de saúde em especialidades, como ginecologia, nefrologia, neurologia, gastrologia, ortopedia etc.

cesariana *Ver* parto cesáreo

cômodo Todo compartimento, coberto por um teto e limitado por paredes, que é parte integrante do domicílio particular permanente, com exceção de corredor, alpendre, varanda aberta, garagem, depósito e outros compartimentos utilizados para fins não residenciais.

consulta médica Atendimento prestado por médico, alopata ou homeopata, de qualquer especialidade, independentemente do lugar do atendimento (hospital, consultório, clínica, posto de saúde da rede pública, domicílio etc.).

consultório particular ou clínica privada Local para consultas e atendimentos pagos diretamente pelo usuário ou cobertos pelo plano da saúde (quando o usuário o tiver). *Ver também* local que costuma procurar quando está doente ou precisando de atendimento de saúde.

cor ou raça Característica declarada pela pessoa com base nas seguintes opções: branca, preta, amarela (pessoa que se declarou de

raça amarela), parda (pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça) ou indígena (pessoa que se declarou indígena ou índia).

cuidados de familiares Cuidados realizados por familiares que residem ou não no domicílio da pessoa de 60 anos ou mais de idade e prestam ajuda na realização de suas atividades de vida diária ou de suas atividades instrumentais de vida diária, com ou sem remuneração.

cuidados de outras pessoas Cuidados realizados por pessoas que não são familiares da pessoa de 60 anos ou mais de idade (amigos(as), conhecidos(as), vizinhos(as) etc.) e não residem no domicílio desta, mas prestam ajuda na realização de suas atividades de vida diária ou de suas atividades instrumentais de vida diária, sem remuneração.

cuidados remunerados Cuidados realizados por pessoas remuneradas para auxiliar a pessoa de 60 anos ou mais de idade (familiares que residem ou não no domicílio, cuidadores(as) contratados(as), empregados(as) domésticos(as) etc.) a realizar suas atividades de vida diária ou suas atividades instrumentais de vida diária.

data de referência Data fixada para o cálculo da idade e para a investigação de características de trabalho. Corresponde ao último dia da semana de referência que, para a pesquisa realizada em 2013, foi o dia 27 de julho de 2013.

deficiência auditiva Deficiência na audição, que pode se manifestar das seguintes formas: surdez nos dois ouvidos; surdez em um ouvido e audição reduzida no outro; ou audição reduzida em ambos os ouvidos.

deficiência física Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento das funções física, neurológica e/ou sensorial. Considera-se deficiência física: deformidade congênita ou adquirida; deficiência motora em decorrência de poliomielite ou paralisia infantil; ostomia; nanismo; paralisia permanente de um dos lados do corpo; paralisia permanente das pernas e/ou dos braços; amputação ou ausência da perna, braço, mão e/ou pé, entre outras alterações.

deficiência intelectual/cognitiva Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho. A deficiência pode dificultar aprendizagem, comunicação, desenvolvimento da linguagem oral e escrita e sociabilidade.

deficiência visual Deficiência na visão, que pode se manifestar das seguintes formas: cegueira, em que a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; baixa visão, em que a acuidade visual situa-se entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; casos em que a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos é igual ou menor que 60°; ou ocorrência

simultânea de quaisquer das condições anteriores não passíveis de melhora na visão com terapêutica clínica ou cirúrgica.

domicílio Local de moradia estruturalmente separado e independente, constituído por um ou mais cômodos. A separação fica caracterizada quando o local de moradia é limitado por paredes, muros, cercas etc., coberto por um teto, permitindo que os moradores se isolem, arcando com parte ou todas as suas despesas de alimentação ou moradia. A independência fica caracterizada quando o local de moradia tem acesso direto, permitindo que os moradores possam entrar e sair sem passar por local de moradia de outras pessoas. Os domicílios classificam-se em: domicílio particular e domicílio coletivo.

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

domicílio particular Domicílio destinado à habitação de uma pessoa ou de um grupo de pessoas cujo relacionamento é ditado por laços de parentesco, dependência doméstica ou, ainda, normas de convivência.

domicílio particular improvisado Domicílio particular localizado em unidade que não tem dependência destinada exclusivamente à moradia (loja, sala comercial etc.) ou em prédio em construção, embarcação, carroça, vagão, tenda, barraca, gruta etc., que esteja servindo de moradia.

domicílio particular permanente Domicílio particular localizado em casa, apartamento ou cômodo e destinado à moradia.

endometriose Afecção inflamatória, provocada por células do endométrio que, em vez de serem expelidas, migram no sentido oposto e caem nos ovários ou na cavidade abdominal, onde voltam a multiplicar-se e a sangrar. O endométrio é uma mucosa que reveste a parede interna do útero, sensível às alterações do ciclo menstrual e onde o óvulo, depois de fertilizado, se implanta. Se não houve fecundação, boa parte do endométrio é eliminada durante a menstruação. O que sobra volta a crescer e o processo se repete a cada ciclo.

Equipe de Saúde da Família Equipe composta por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 000 a 4 500 pessoas ou de 1 000 famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas Unidades Básicas de Saúde, nas residências e na mobilização da comunidade.

estabelecimento de saúde onde foi realizado o parto Nome genérico dado a qualquer estabelecimento de saúde destinado à prestação de assistência sanitária à população em regime de internação e/ou não internação, qualquer que seja o seu nível de complexidade.

Estratégia Saúde da Família Programa criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de acompanhar um número definido de famílias, em uma área geográfica delimitada, atuando tanto com ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, quanto com ações de manutenção da saúde, sendo o atendimento prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio por profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as Equipes de Saúde da Família.

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

exame das mamas Exame por meio do qual é possível detectar situações que poderão exigir maior assistência à mulher logo após o nascimento do bebê, como, por exemplo, presença de mamilos muito planos ou invertidos e cicatriz de cirurgia de redução de mamas.

exame preventivo para o câncer do colo do útero Exame, denominado papanicolau, destinado à detecção precoce do câncer do colo do útero. É realizado por meio da coleta de material do útero e da vagina para posterior diagnóstico. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde para rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil, a faixa etária de cobertura do exame é de 25 a 64 anos, sendo recomendada sua realização a cada 3 anos, ou conforme recomendação médica.

gestação única Aquela em que a gestante carrega um único feto.

grau de limitação das atividades habituais Grau em que a deficiência limita as atividades habituais, classificado em: não limita – a pessoa consegue realizar suas atividades sem esforço; um pouco – a pessoa normalmente só consegue realizar algumas atividades à custa de algum esforço, sendo que, em pelo menos uma delas, tem pequena dificuldade; moderadamente – a pessoa normalmente só consegue realizar algumas atividades à custa de um esforço mediano; intensamente – a pessoa normalmente, por problema de saúde, só consegue realizar algumas atividades à custa de muito esforço; muito intensamente – a pessoa, normalmente, por problema de saúde, não consegue ou tem muita dificuldade para realizar suas atividades habituais.

HIV Sigla, em Inglês, do vírus da imunodeficiência humana. Vírus causador da AIDS, ele ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+. Ter o HIV não é a mesma coisa que ter a AIDS. Há muitos soropositivos, isto é, que têm o HIV, que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença.

hospital público/ambulatório Estabelecimento que tem como finalidade prestar assistência médica completa, com atendimento médico permanente em regime de 24 horas, aceitando internações. Pode ser da rede pública, ou seja, de propriedade da União (Ministério da Saúde, Universidades Federais, Forças Armadas), de estado ou de município, ou da rede particular. *Ver também* local que costuma procurar quando está doente ou precisando de atendimento de saúde.

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

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

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

laqueadura de trompas Ver ligadura de trompas

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

limitação funcional Alteração em uma ou mais funções que a pessoa desempenha (comer, tomar banho, vestir-se, tomar remédios sozinho(a), fazer compras, administrar finanças, entre outras), tendo pequena ou grande dificuldade em realizá-las. As limitações funcionais são consideradas como processos que antecedem a condição de incapacidade.

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

mamografia Exame radiológico que permite visualizar imagens de caroços, nódulos, calcificações ou tumores nas mamas. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde para rastreamento do câncer

de mama no Brasil, a faixa etária de cobertura do exame é de 50 a 69 anos, sendo recomendada sua realização a cada 3 anos, ou conforme recomendação médica.

maternidade Estabelecimento hospitalar onde se fazem partos.

menarca Primeiro ciclo menstrual.

menopausa Último período menstrual. A cessação permanente da menstruação geralmente é definida após 6 a 12 doze meses da amenorreia em uma mulher acima de 45 anos de idade. Nos Estados Unidos, a menopausa geralmente ocorre em mulheres na faixa etária de 48 a 55 anos.

menstruação Eliminação periódica do endométrio associada com o sangramento no ciclo menstrual.

mês de referência Mês fixado para a investigação dos rendimentos. Para a pesquisa realizada em 2013, foi o mês de julho de 2013.

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

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

mobilidade física Capacidade que uma pessoa tem de desempenhar atividades cotidianas relacionadas ao movimento, tais como andar, mover-se ou sentar. Os seis tipos de mobilidade física selecionados foram agrupados em: alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro sem ajuda; correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalhos pesados; empurrar mesa ou realizar consertos domésticos; subir ladeira ou escada; abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se; ou andar mais de um quilômetro.

motivo da procura de atendimento de saúde Motivo, único ou que a pessoa considerou como principal, pelo qual procurou serviço de saúde, no período de referência das duas últimas semanas, classificado da seguinte forma: acidente ou lesão – quando a pessoa procurou atendimento de saúde por ter sofrido ferimento acidental (autoinfligido ou provocado por terceiros), envenenamento, intoxicação, queimadura, picada de inseto ou mordida de animal; doença – quando a pessoa procurou atendimento em decorrência de algum sintoma de doença (dor, mal-estar, febre, diarreia, gripe etc.); problema odontológico – quando a pessoa procurou atendimento para realização de tratamento dentário (obturação, extração, prótese, correção, aplicação de flúor etc.); reabilitação ou terapia - quando a pessoa procurou atendimento para recuperação física, mental ou social (fisioterapia, fonoaudiologia, psicomotricidade, terapia ocupacional ou familiar); continuação de

tratamento – quando a pessoa procurou atendimento para continuação de tratamento; pré-natal – quando a pessoa procurou atendimento para acompanhamento da gravidez, exclusive o atendimento procurado por mulher grávida por motivo não relacionado com a gestação; puericultura – quando a pessoa procurou atendimento da criança para controle do peso, crescimento e acompanhamento do seu desenvolvimento; parto – quando a pessoa procurou atendimento para realização de parto normal ou cesáreo; exame complementar de diagnóstico – quando a pessoa procurou atendimento para realização de exame de laboratório, radiografia, exame de imagem ou outros; vacinação – quando a pessoa procurou atendimento para vacinação contra doenças: tríplice (difteria, tétano e coqueluche), MMR (sarampo, rubéola e caxumba), BCG (tuberculose), febre amarela, gripe etc.; outro atendimento preventivo – quando a pessoa procurou atendimento de caráter preventivo, como exame para câncer de mama e do colo do útero (no caso da mulher), para câncer de próstata (no caso do homem), para osteoporose, ou para outras doenças, inclusive exames de *check up* e vacinas de alergia; solicitação de atestado de saúde – quando a pessoa procurou atendimento para obtenção de atestado para fins trabalhista, escolar, previdenciário ou similar; ou outro – quando a pessoa procurou atendimento de médico ou serviço de saúde por outro motivo que não se enquadra nos itens anteriores.

nascimento Ver parto

nível de instrução Classificação estabelecida em função da série ou ano, nível ou grau que a pessoa frequenta ou havia frequentado e da sua conclusão, compatibilizando os sistemas de ensino anteriores com o vigente, em sete níveis: sem instrução; ensino fundamental incompleto ou equivalente; ensino fundamental completo ou equivalente; ensino médio incompleto ou equivalente; ensino médio completo ou equivalente; superior incompleto ou equivalente; ou superior completo ou equivalente.

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

nível ensino fundamental incompleto ou equivalente Para a pessoa que: a) frequenta: da 2ª a 8ª série do ensino fundamental regular de

duração de 8 anos ou da educação de jovens e adultos do ensino fundamental; do 3º ao 9º ano do ensino fundamental regular de duração de 9 anos; ou b) não frequenta, mas já frequentou: o elementar e concluiu, com aprovação, pelo menos a 1ª série deste curso; o médio 1º ciclo, mas não concluiu este curso; o 1º grau, o ensino fundamental regular de duração de 8 anos ou a educação de jovens e adultos ou supletivo do ensino fundamental e concluiu, com aprovação, pelo menos a 1ª série e, no máximo, a 7ª série destes cursos; ou o ensino fundamental regular de duração de 9 anos e concluiu, com aprovação, pelo menos a 2ª série e, no máximo, a 8ª série deste curso.

nível ensino médio completo ou equivalente Para a pessoa que: a) frequenta: o 1º ano de curso superior de graduação e não concluiu outro curso superior de graduação; ou b) não frequenta, mas já frequentou: o médio 2º ciclo, o 2º grau, o ensino médio regular ou a educação de jovens e adultos ou supletivo do ensino médio e concluiu, com aprovação, estes cursos; ou o curso superior de graduação, mas não concluiu o 1º ano deste curso.

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

nível recomendado de atividade física Pelo menos 150 minutos em atividades físicas leves ou moderadas, ou pelo menos 75 minutos em atividades físicas vigorosas no lazer, por semana.

nível sem instrução Para a pessoa que: a) nunca frequentou escola; b) frequenta: a pré-escola; a alfabetização de jovens e adultos; a 1ª série do ensino fundamental regular de duração de 8 anos ou da educação de jovens e adultos do ensino fundamental; o 1º ou o 2º ano do ensino fundamental regular de duração de 9 anos; o ensino fundamental regular não seriado; ou a educação de jovens e adultos do ensino fundamental não seriado; ou c) não frequenta, mas já frequentou: a classe de alfabetização; a alfabetização de jovens e adultos; o elementar, o 1º grau, o ensino fundamental regular de duração de 8 anos ou a educação de jovens e adultos ou supletivo do ensino fundamental, mas não concluiu, com aprovação, a 1ª série destes cursos; o ensino fundamental regular de duração de 9 anos, mas, no máximo, concluiu, com aprovação, a 1º ano deste curso; ou o ensino fundamental regular não seriado ou a educação de jovens e adultos ou supletivo do ensino fundamental não seriado, mas não concluiu estes cursos.

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

mas já frequentou: mestrado ou doutorado; ou c) não frequente, mas já frequentou e concluiu, com aprovação, curso superior de graduação.

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

normas de convivência Regras estabelecidas para o convívio de pessoas que moram juntas sem estarem ligadas por laços de parentesco ou dependência doméstica.

ostomia Intervenção cirúrgica que cria um ostoma (abertura, óstio) na parede abdominal para adaptação de bolsa de fezes e/ou urina; ou processo cirúrgico que visa à construção de um caminho alternativo e novo na eliminação de fezes e/ou urina para o exterior do corpo humano. A colostomia corresponde ao ostoma intestinal; a urostomia, ao desvio urinário.

parto Saída do feto do útero materno.

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

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

período de coleta Primeiro dia útil de agosto ao último dia útil de novembro de 2013.

período de referência das últimas duas semanas Período que abrange os últimos 14 dias que antecedem a entrevista.

período de referência dos últimos 12 meses Período que abrange os últimos 12 meses que antecedem a entrevista.

pessoa com mobilidade reduzida Pessoa que, não se enquadrando no conceito de portadora de deficiência, tem, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.

pessoa de referência do domicílio *Ver em* condição na unidade domiciliar

plano de saúde (médico ou odontológico) Contrato adquirido individualmente ou por meio de empregador (público ou privado), visando o atendimento de saúde, médico ou odontológico, a ser prestado por profissionais e/ou empresas de saúde (clínicas, hospitais, laboratórios etc.). O usufruto do plano de saúde é feito mediante de pagamento de mensalidade diretamente pela pessoa ou por terceiro, por seu empregador ou por meio de desconto mensal em folha de pagamento. Esse contrato pode ser estabelecido com diversos tipos

de instituição: cooperativa médica, empresa de medicina de grupo, seguradora, empresa que funciona de forma mista como seguradora e provedora de serviços de saúde ou, ainda, com qualquer clínica, hospital, laboratório etc.

plano de saúde de instituição de assistência de servidor público Plano de saúde destinado a atender a servidor público civil (da administração pública direta, autarquia ou fundação pública federal, estadual ou municipal) e a seus dependentes, ou a servidor público militar e a seus dependentes, por meio dos hospitais centrais do Exército, Marinha ou Aeronáutica.

plano de saúde principal Plano de saúde que a pessoa considera como principal, dentre aqueles a que tem direito, independentemente de sua qualificação nele.

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

população rural *Ver em situação do domicílio*

população urbana *Ver em situação do domicílio*

pré-natal Acompanhamento médico realizado com as gestantes durante toda a gravidez para manter a saúde da mãe e do bebê. Nesse período, são solicitados e realizados exames e orientações sobre hábitos saudáveis, importantes para detectar e tratar problemas de saúde a tempo.

prolapso uterino Condição em que o útero, devido ao enfraquecimento dos músculos, ligamentos e membranas que o sustentam, desce da cavidade pélvica para o canal vaginal.

pronto-atendimento ou emergência de hospital privado Ambulatório de estabelecimento privado (rede particular) que tem como finalidade prestar assistência médica a doentes com ou sem risco de vida, com atendimento médico permanente em regime de 24 horas, aceitando internações. *Ver também* local que costuma procurar quando está doente ou precisando de atendimento de saúde.

pronto-socorro ou emergência de hospital público Local que presta atendimento de saúde de urgência. *Ver também* local que costuma procurar quando está doente ou precisando de atendimento de saúde.

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

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

recurso auxiliar para locomoção Recurso utilizado como auxílio para locomoção, como bengala articulada, cão-guia, entre outros.

restrição das atividades habituais por motivo de saúde Ocorrência, por causa de problema temporário de saúde, inclusive parto e aborto, de uma das seguintes condições, em pelo menos um dia do período de referência das duas últimas semanas: para a pessoa que trabalha – impossibilidade temporária de executar as tarefas ligadas à sua ocupação ou ausência em parte da jornada diária normal de trabalho; para a pessoa que frequenta escola – impossibilidade temporária de ir à escola ou ausência em parte de um período diário, ou, para aquela que estuda em regime de tempo integral, ausência em, no mínimo, metade do período diário; para a criança de pouca idade – mudança temporária no seu modo usual de ser, brincar, comer etc.; para a pessoa que só cuida dos afazeres domésticos – impossibilidade temporária de executar as tarefas domésticas; para a pessoa idosa – impossibilidade temporária de realizar determinadas atividades a que estava acostumada; ou de um modo geral - impossibilidade temporária de a pessoa realizar atividades a que estava acostumada a fazer normalmente, como, por exemplo, caminhar diariamente, ir à igreja, fazer visitas regulares a amigo ou parente.

sanitário Cômodo ou local limitado por paredes de qualquer material, coberto, ou não, por um teto, que disponha de vaso sanitário ou buraco para dejeções.

semana de referência Semana fixada para a investigação de características de trabalho. Para a pesquisa realizada em 2013, foi a semana de 21 a 27 de julho de 2013.

serviço de reabilitação Serviço de reabilitação clínico-funcional da pessoa portadora de deficiência física, intelectual/cognitiva ou visual, que contribui para a melhoria de suas condições de vida, sua integração social e ampliação de suas potencialidades laborais e independência nas atividades da vida diária.

sífilis Doença infecciosa, geralmente transmitida por contato sexual, e mais raramente por contaminação da mãe para o feto, ou por transfusão de sangue, causada pela bactéria *Treponema pallidum* e caracterizada por lesões da pele e mucosas.

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

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

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

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

sulfato ferroso Suplementação medicamentosa de ferro para crianças de 6 a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o terceiro mês pós-parto. Faz parte do conjunto de estratégias voltadas para o controle e a redução da anemia por deficiência de ferro.

SUS Ver Sistema Único de Saúde

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

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

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

transporte por ambulância para um serviço de saúde após atendimento de emergência no domicílio Transporte acionado por meio de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, ambulância de serviço público de saúde, outra ambulância que não seja o SAMU, ambulância

de serviço de saúde privado/plano de saúde, Corpo de Bombeiros, ou outro.

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

Unidade Básica de Saúde Estabelecimento (ambulatório, centro, núcleo, posto, subposto ou unidade municipal de saúde, assistência à gestante, médico-comunitária, vigilância epidemiológica, medicação, higiene ou puericultura, ou posto mantido por instituição filantrópica ou comunitária) destinado a prestar assistência ambulatorial, utilizando técnicas apropriadas, esquemas padronizados de atendimento e profissionais de saúde de nível superior (médicos, dentistas etc.) e/ou de nível médio, e que não aceita internação. Além do atendimento ambulatorial, pode, ainda, desenvolver atividade de vacinação, programas e orientações sobre a saúde, coleta de material para exame, programas de saúde da mulher, distribuição de medicamentos etc. *Ver também* Estratégia Saúde da Família. *Ver também* local que costuma procurar quando está doente ou precisando de atendimento de saúde.

unidade de pronto-atendimento público ou emergência de hospital público Ambulatório de estabelecimento que tem como finalidade prestar assistência médica a doentes com ou sem risco de vida, com atendimento médico permanente em regime de 24 horas, aceitando internações. Na rede pública, pode ser propriedade da União (Ministério da Saúde, Universidades Federais, Forças Armadas), de estado ou de município. Essa unidade funciona somente para atendimento de emergência. *Ver também* local que costuma procurar quando está doente ou precisando de atendimento de saúde.

Unidade de Saúde da Família *Ver* Equipe de Saúde da Família

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

vacina tetravalente (DTP+Hib) Vacina para evitar difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pela bactéria *Haemophilus influenzae* tipo b. O esquema de vacinação é feito 2, 4 e 6 meses de idade e mais dois reforços: o primeiro aos 15 meses e o segundo aos 4 anos de idade.

vacinação contra a gripe Vacinação recomendada anualmente, no período do outono, para todas as pessoas com 60 anos ou mais de idade, de acordo com as recomendações do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde.

Equipe técnica

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

Diretoria de Pesquisas

Coordenação de Trabalho e Rendimento

Cimar Azeredo Pereira

Gerência da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD

Maria Lucia França Pontes Vieira

Planejamento

Cimar Azeredo Pereira

Maria Lucia França Pontes Vieira

Marcia Barbosa de Almeida Vargas

Robson da Silva Pereira

Controle e acompanhamento da coleta

Genilda da Silva Rodrigues

Luiz Claudio da Silva Malvino

Marcia Barbosa de Almeida Vargas

Maria da Gloria Dias Freitas

Maria do Socorro Bento

Maria Lucia Pereira do Nascimento

Maria Teresa Cristina Dalla Riva da Nobrega Bastos

Marcus Marcello Gullo

Michelle Menegardo de Souza

Rosangela Lago de Souza Barbosa

Robson da Silva Pereira

Crítica centralizada

Antony Teixeira Firmino

Luiz Alberto Matzenbacher

Rosangela Antunes Almeida

Maria Lucia França Pontes Vieira

Seleção e expansão da amostra

Giuseppe de Abreu Antonaci
Luna Hidalgo Carneiro
Marcos Paulo Soares de Freitas

Tabulação dos resultados

Daniel Luiz Fonseca Aguilar
Nayara Lopes Gomes
Rosangela Antunes Almeida (Consultora)

Revisão do plano tabular

Antony Teixeira Firmino
Nayara Lopes Gomes

Elaboração de textos e análises

Flavia Vinhaes Santos
Helena Oliveira da Cruz Monteiro

Revisão do texto

Flavia Vinhaes Santos
Helena Oliveira da Cruz Monteiro
Jully Nascimento Ponte
Maria Lucia França Pontes Vieira

Preparo de originais

Flavia Vinhaes Santos
Maria Lucia França Pontes Vieira

Ministério da Saúde - MS**Secretário de Vigilância em Saúde**

Antonio Carlos Figueiredo Nardi

**Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e
Promoção da Saúde**

Deborah Carvalho Malta

Coordenação Geral de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT)

Marta Maria Alves da Silva

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Paulo Gadelha

Coordenação FIOCRUZ

Célia Landmann Szwarcwald

Equipe Técnica do Ministério da Saúde

Sheila Rizzato Stopa
Taís Porto Oliveira
Celeste de Souza Rodrigues
Patricia Constante Jaime
Eduardo Augusto Fernandes Nilson
Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann
Vera Lúcia Ferreira Mendes
Paula Carvalho de Freitas
Maryane Oliveira Campos
Elaine Machado

Lenildo de Moura
Andreza Madeira Macário

Equipe técnica Fiocruz

Paulo Roberto Borges de Souza Júnior
Luiz Otávio Azevedo
Mariza Miranda Theme Filha
Dália Elena Romero
Giseli Nogueira Damacena
Wanessa da Silva de Almeida
Rodrigo Moreira
Liliane Albuquerque
Armando Pires Esteves

Consultores e especialistas de Universidades

Carlos Augusto Monteiro (USP)
Wolney Lisboa Conde (USP)
Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa (Fiocruz)
Paulo Germano Frias (IMIP-PE)
Maria do Carmo Leal (Fiocruz)
Marilisa Berti de Azevedo Barros (UNICAMP)
Karla Cristina Giacomini (UFMG)

Antropometria

Carlos Augusto Monteiro
Wolney Lisboa Conde
Giulia Marcelino Mainardi
Enatiara Damásio
Regismeire Viana Lima
Liliane Silva Albuquerque
Evellin Muller
Débora Rocha
Natália Altoé
Fabiana Dias Bellão

Colaboradores IBGE

Diretoria de Pesquisas

Coordenação de População e Indicadores Sociais

Claudio Dutra Crespo

Gerência de Estudos e Análise da Dinâmica Demográfica

Leila Regina Ervatti
Antônio de Ponde Jardim
Izabel Magalhães Marri
João Raposo Belchior
Jorge da Silva
Marcio Mtsuo Minamiguchi

Gerência de Estatísticas Vitais Estimativas Populacionais

Gabriel Mendes Borges
Luciano Gonçalves Castro e Silva
Leandro Okamoto Silva

Coordenação de Métodos e Qualidade

Sonia Albieri

Gerência de Desenvolvimento e Pesquisa

Giuseppe de Abreu Antonaci
Marcos Paulo Soares de Freitas

Diretoria de Geociências**Coordenação de Geografia**

Claudio Stenner

Gerência de Atlas

Adma Hamam de Figueiredo

Elaboração de mapas

Daiane Batista de Souza
José Carlos Louzada Morelli

Diretoria de Informática**Coordenação de Informatização de Processos**

Claudio Mariano Fernandes

Gerência de Desenvolvimento e Suporte a Projetos Especiais e Produtos Especialistas

Luigino Italo Palermo
Carlos Brandão Fernandes da Silva
Eduardo da Costa Romero
Dulce Maria Rocha Barbosa
Ronaldo Rodrigues Raposo Junior
Said Jorge Miguel Passos Filho

Gerência de Desenvolvimento de Sistema de Censos

Ataide José de Oliveira Venâncio
Carlos Emilio de Mattos Strauch
Davi Faria Rocha
Marcos Rodrigues Pinto

Gerência de Suporte e Desenvolvimento de Sistemas de Microdados

Bianca Fernandes Sotelo
Marcello Willians Messina Ribeiro
Magali Ribeiro Chaves

Gerência de Suporte e Desenvolvimento de Sistemas de Dados Agregados

Luiz Antonio Gauziski de Araujo Figueredo
Anderson Almeida França
José Masello

Gerência de Sistemas Populacionais e Sociais

Solange Ferreira Pinto
Vania da Silva Boquimpani
André Bruno de Oliveira
Humberto Lopes Chapouto

Coordenação de Operações e Serviços de Informática

Bruno Gonçalves Santos

Gerência de Implantação e Administração dos Serviços em Produção

Geórgia de Souza Assumpção - Gerente de área
Paulo Lincoln Ribeiro de Oliveira - Analista de Produção
Rozani Souza Gomes de Carvalho - Técnica em Informática

Unidades Estaduais

Supervisores Estaduais

RO – Antony dos Santos Souza
AC – Evandro Cavalcante de Araújo
AM – Fernando José Herkrath
RR – Guilherme Ferreira Cornely
PA – Marco Aurélio Arbage Lobo
AP – Francisco Tomé Teles de Menezes
TO – João Francisco Severo Santos
MA – Patrícia de Oliveira Borges e Souza
PI – Eurípedes Ferreira Sobrinho
CE – Ney Facundo Onofre
RN – Damiano Ernani de Souza
PB – Claudio Vinicius Santos de Araújo
PE – Margareth Carneiro de Lima
AL – Marcos Maranhão Lima
SE – Ewerton Fernando Santana Coelho
BA – Artur Constantino Figueiredo Machado
MG – Maria das Graças Oliveira Souza
ES – Carlos Magno Rocha Leitão
RJ – Geraldo Louza da Veiga
SP – Vando da Paz Nascimento
PR – Laura Castegnaro
SC – Valmir José Leal
RS – André Luis Pacheco Rocha
MS – Wilson Douglas de Queiroz Blini
MT – Nivaldo de Souza Lima
GO – Rosemeiry de Queiroz Chaves
DF – Michella Paula Cechinel Reis

Coordenadores de Informática das Unidades Estaduais

RO – Carlos Souza Menandro
AC – Raphael Lopes Dias
AM – Darlan Viana Cavalcante
RR – José Carlos Ramires
PA – Sílvio Costa de Souza
AP – Fabrício Alves Reis
TO – Manuela Almeida Bittencourt
MA – Wellington Luís Mineiro Franca
PI – João José de Sousa Santos
CE – Manuel Ozanan Rodrigues Filho
RN – Edson Moreira de Aguiar
PB – Haroldo Paulino de Medeiros
PE – Gliner Dias Alencar
AL – Plínio José Medeiros C. de Araújo
SE – Carlos Alberto Lavy
BA – André Luiz Ferreira Uripia
MG – Diva de Souza e Silva Rodrigues
ES – Eric Alves Buhr
RJ – Carlos Eduardo Portela
SP – Wlamir Almeida Pinheiro
PR – Luciano Lopes Martins
SC – Luis Augusto de Souza Bevacqua
RS – Octavio Jose Dedavid Filho
MS – Ronaldo Mendes Lamare
MT – Fabricio Eustaquio Vargas

GO – Rogerio Arantes Gaioso
DF – Jose Magno de Ávila Junior

Projeto Editorial

Centro de Documentação e Disseminação de Informações

Coordenação de Produção

Marise Maria Ferreira

Gerência de Editoração

Estruturação textual, tabular e de gráficos

Beth Fontoura
Katia Vaz Cavalcanti
Marisa Sigolo

Diagramação tabular e de gráficos

Beth Fontoura
Marisa Sigolo
Simone Mello

Diagramação textual

Marisa Sigolo
Simone Mello

Programação visual da publicação

Luiz Carlos Chagas Teixeira

Produção de multimídia

LGonzaga
Márcia do Rosário Brauns
Mônica Pimentel Cinelli Ribeiro
Roberto Cavararo

Gerência de Documentação

Pesquisa e normalização bibliográfica

Ana Raquel Gomes da Silva
Edgard de Albuquerque Sant'anna (Estagiário)
Elizabeth de Carvalho Faria
Lioara Mandoju
Maria Socorro da Silva Araújo
Nádia Bernuci dos Santos
Solange de Oliveira Santos
Vera Lúcia Punzi Barcelos Capone

Padronização de glossários

Ana Raquel Gomes da Silva

Elaboração de quartas capas

Ana Raquel Gomes da Silva

Gerência de Gráfica

Impressão e acabamento

Maria Alice da Silva Neves Nabuco

Gráfica Digital

Impressão

Ednalva Maia do Monte