



PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE

2013

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS
DE SAÚDE, ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

BRASIL, GRANDES REGIÕES E
UNIDADES DA FEDERAÇÃO



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 do Sacramento de Magalhães

UNIDADE RESPONSÁVEL

Diretoria de Pesquisas
Coordenação de Trabalho e Rendimento
Cimar Azeredo Pereira

Ministério da Saúde
Departamento de Análise de Situação de 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

Acesso e utilização dos serviços de saúde,
acidentes e violências

Brasil, Grandes Regiões e
Unidades da Federação

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

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

ISBN 978-85-240-4346-8 (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

Aline Carneiro Damacena e Leonardo Martins

Gerência de Editoração/Centro de Documentação e

Disseminação de Informações - CDDI

Pesquisa nacional de saúde : 2013 : acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro : IBGE, 2015.
100 p.

Convênio: Ministério da Saúde

Acompanha um CD-ROM, em bolso, sob o título: Pesquisa nacional de saúde : 2013 : acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões, unidades da federação, municípios das capitais e Distrito Federal.

ISBN 978-85-240-4346-8

1. Indicadores de saúde - Brasil. 2. Saúde pública - Avaliação. 3. Saúde pública - Brasil. 4. Serviços de saúde. 5. Saúde. 6. Acidentes de trânsito. 7. Acidentes de trabalho. 8. Violência. 9. Indicadores sociais. 10. Seguro-saúde. 11. Saúde bucal. I. IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento.

Gerência de Biblioteca e Acervos Especiais

RJ/IBGE/2015-07

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

Características dos domicílios

Densidade domiciliar

Água canalizada em pelo menos um cômodo

Esgotamento sanitário por rede geral de esgoto ou pluvial

Serviço de coleta de lixo direta

Serviço de energia elétrica

Presença de animais no domicílio

Equipe de Saúde da Família e agente de combate às endemias

Plano de saúde

Cobertura de plano de saúde médico ou odontológico

Titular do plano de saúde

Assistência odontológica

Pagamento do plano de saúde

Utilização de serviço de saúde

Não realização de atividades habituais por motivo de saúde

Costume de procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde

Consulta a médico

Consulta a dentista

Procura de atendimento de saúde nas duas últimas semanas

Obtenção de atendimento de saúde na primeira vez procurada

Obtenção de todos os medicamentos receitados no atendimento de saúde

Obtenção de pelo menos um medicamento receitado no atendimento de saúde

Medicamentos obtidos no serviço público de saúde

Medicamentos obtidos no Programa Farmácia Popular

Internação em hospitais

Internação em hospitais do Sistema Único de Saúde - SUS

Prática integrativa e complementar

Dengue

Discriminação no serviço de saúde
Acidentes e violência
Saúde bucal
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: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências*, 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 segundo volume de uma série de dados da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013, que serão oportunamente divulgados e publicados 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. Para os Municípios das Capitais e o Distrito Federal, são apresentadas as estimativas totais e por sexo. 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 determinação do padrão de morbi-mortalidade, 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.

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).

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, comparar necessidades de serviços e recursos de saúde por área geográfica, bem como para calcular outros indicadores de morbi-mortalidade, como a esperança de vida saudável.

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 anterior de divulgação da PNS 2013, publicado em 2014, foram apresentados resultados sobre tais doenças, entre outros indicadores¹.

A PNS 2013 incluiu os temas que foram abordados nos Suplementos de Saúde da PNAD 1998, 2003 e 2008. Neste volume, são apresentados temas em continuidade às edições anteriores da PNAD, tais como: acesso e uso de serviços de saúde, cobertura do Programa Saúde da Família, cobertura de plano de saúde, saúde bucal, acidentes de trânsito, uso de cinto de segurança e violência, acrescidos de diversos outros temas e indicadores, como presença de cães e gatos no domicílio, vacinação de animais, dengue, percepção de discriminação nos serviços de saúde, dentre outros.

Outros temas das PNADs já foram apresentados no volume anterior da PNS 2013, publicado em 2014, como morbidade referida; abordagem de fatores de risco e proteção à saúde (inatividade física, tabagismo); e utilização de medicamentos de uso contínuo. Os demais temas serão contemplados no próximo volume de divulgação da PNS 2013, como prevenção de câncer de colo de útero e de mama, e incapacidades funcionais.

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.

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: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em: abr. 2015.

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 Mestra². 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:

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

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

² 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).

Onde:

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

N é o número total de pessoas;

P é a proporção de interesse;

$$Q=1 - P$$

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

n_{AC} é o tamanho 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	62 986	81 767
Norte	1 169	1 161	13 906	17 963
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	1 820	2 340
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 Saúde³. No caso da medida de pressão arterial, a PNS 2013 adotou os procedimentos técnicos para a utilização do aparelho automático de 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.

³ 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/condicaodevida/pof/2008_2009_enca/default.shtm>. Acesso em: abr. 2015.

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.

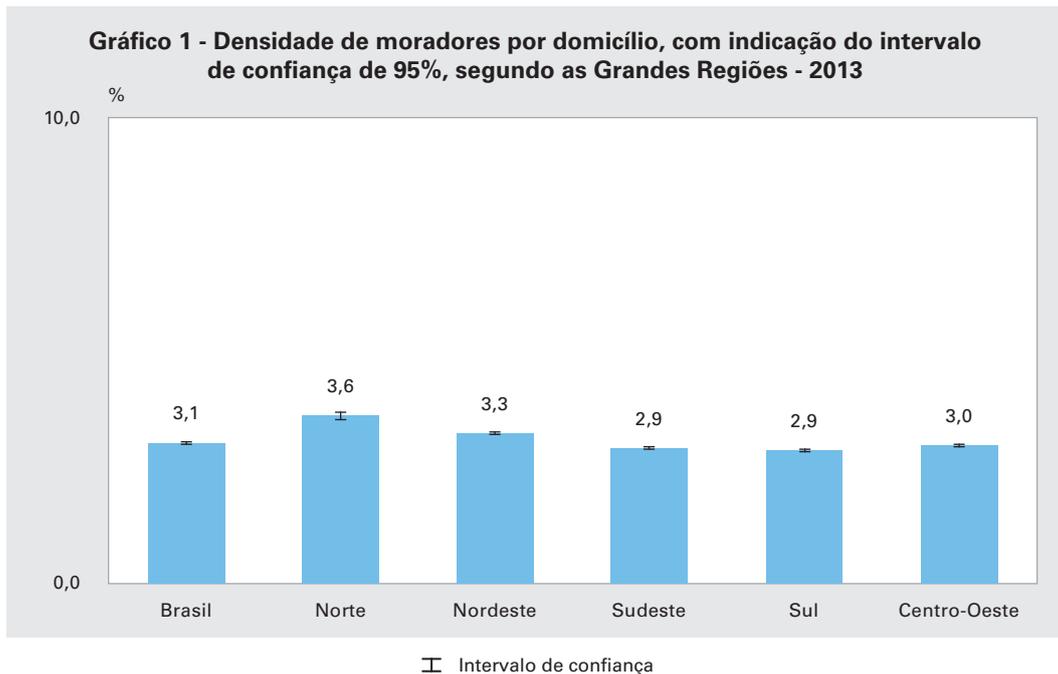
Análise dos resultados

Características dos domicílios

Os determinantes socioambientais e os estilos de vida são fatores que influenciam diretamente as condições de saúde da população. Assim, compreende-se que a saúde é resultado de uma diversidade de aspectos relacionados à qualidade de vida, incluindo padrões apropriados de alimentação, habitação e saneamento, bem como oportunidades de educação ao longo da vida, estilos de vida adotados, acesso à assistência à saúde, entre outros determinantes. Com os resultados sobre as características dos domicílios, a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013 possibilitou analisar as necessidades e o acesso da população aos serviços de saúde em conjunto com os tradicionais determinantes sociodemográficos e os indicadores contextuais de habitação e saneamento.

Densidade domiciliar

A PNS 2013 estimou, no Brasil, 65,1 milhões de domicílios particulares e um total de 200,6 milhões de pessoas. A densidade domiciliar (número médio de moradores por domicílio) foi de 3,1 moradores. A Região Norte apresentou o nível mais elevado deste indicador (3,6), e as Regiões Sudeste e Sul, os menores (2,9 em ambas).



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

Água canalizada em pelo menos um cômodo

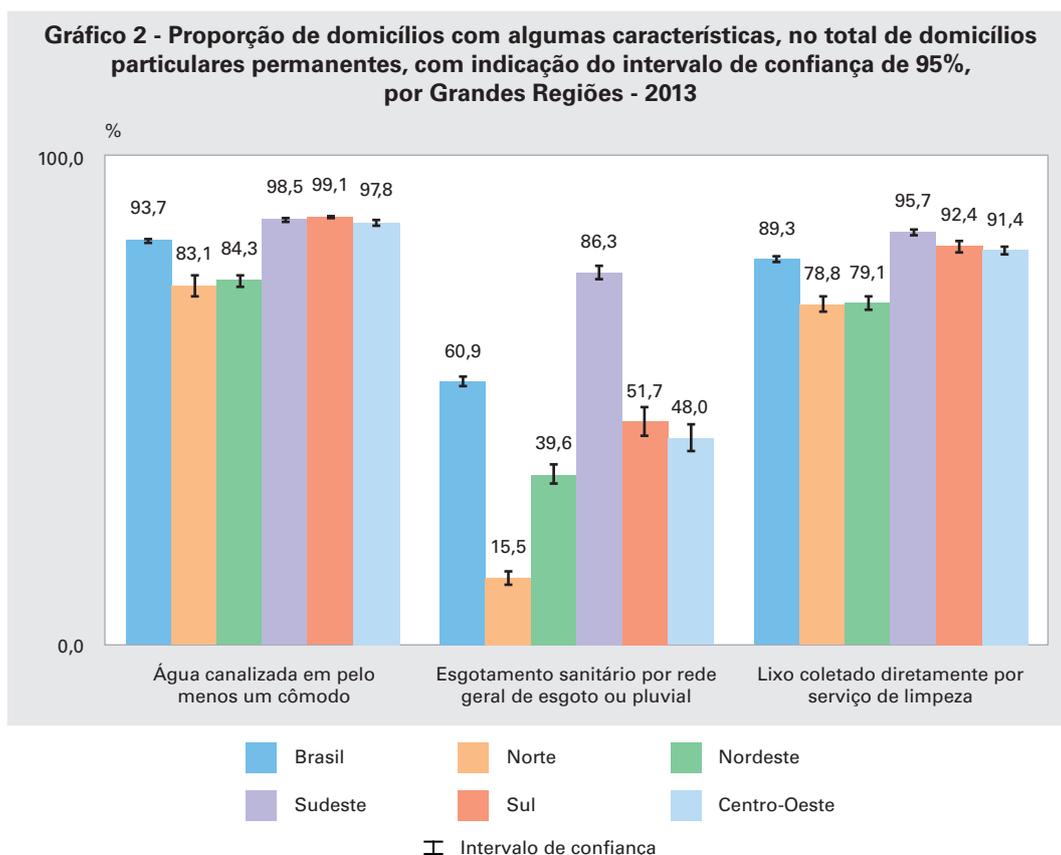
Segundo a pesquisa, 93,7% dos domicílios brasileiros possuíam água canalizada em pelo menos um cômodo, o equivalente a 61,1 milhões de unidades domiciliares. As Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul apresentaram resultados superiores à média nacional, sendo a Região Sul a que registrou a maior proporção de domicílios atendidos (99,1%). Por outro lado, as Regiões Norte e Nordeste apresentaram os menores resultados: 83,1% e 84,3%, respectivamente. Considerando a situação do domicílio, a área urbana apresentou proporção superior à observada na área rural: 97,3% e 71,4%, respectivamente.

Esgotamento sanitário por rede geral de esgoto ou pluvial

Sobre a existência de banheiro ou sanitário e esgotamento sanitário por rede geral de esgoto ou pluvial, 60,9% dos domicílios (39,7 milhões) possuíam essa característica. As Grandes Regiões revelaram situações diferentes em relação a este indicador; enquanto, na Região Sudeste, a proporção foi de 86,3% dos domicílios, na Região Norte, foi de 15,5%. Considerando a situação do domicílio, a área urbana apresentou proporção superior à observada na área rural: 69,8% e 5,6%, respectivamente.

Serviço de coleta de lixo direta

No Brasil, 89,3% dos domicílios foram atendidos por serviço de coleta de lixo direta, o equivalente a 58,2 milhões de unidades domiciliares. As Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram resultados superiores à média nacional, sendo a Região Sudeste a que registrou a maior proporção (95,7%). As Regiões Norte e Nordeste apresentaram resultado inferior à média nacional: 78,8% e 79,1%, respectivamente. Considerando a situação do domicílio, a área urbana apresentou proporção superior à observada na área rural: 98,2% e 33,3%, respectivamente.



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

Serviço de energia elétrica

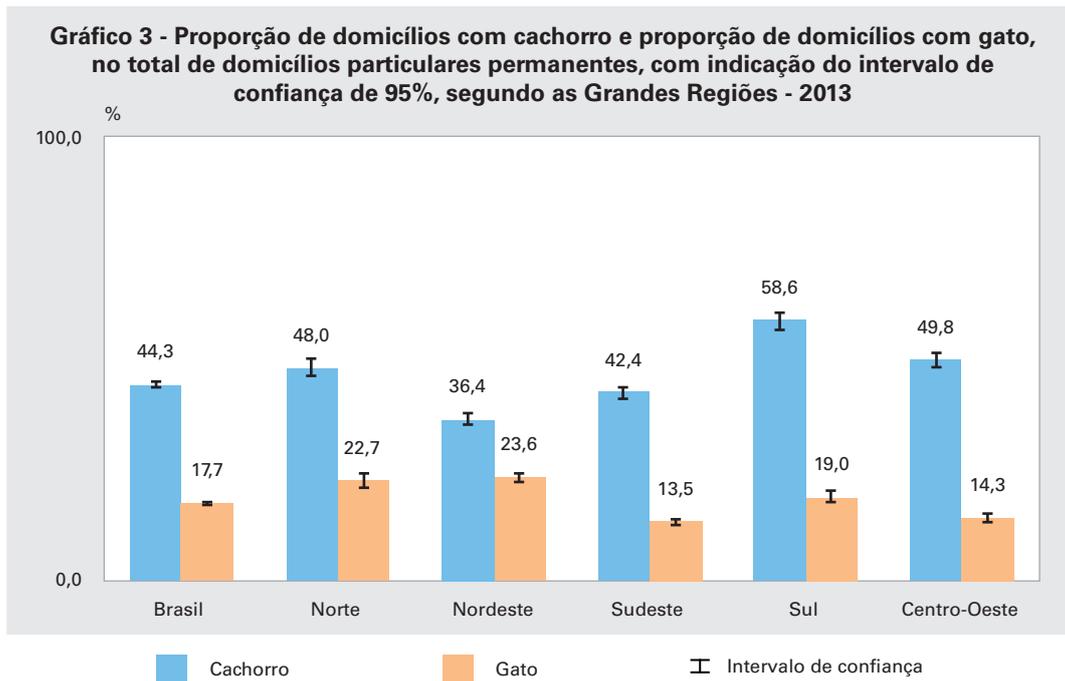
Quase a totalidade dos domicílios (99,6%) possuía energia elétrica, no Brasil, em 2013, correspondendo a 65,0 milhões de unidades domiciliares. Não houve diferença significativa entre as Grandes Regiões.

Presença de animais no domicílio

A PNS 2013 estimou a proporção de domicílios com cachorros ou gatos. Essa informação apoiará o planejamento do Ministério da Saúde, por exemplo, na programação de compras de vacinas contra a raiva.

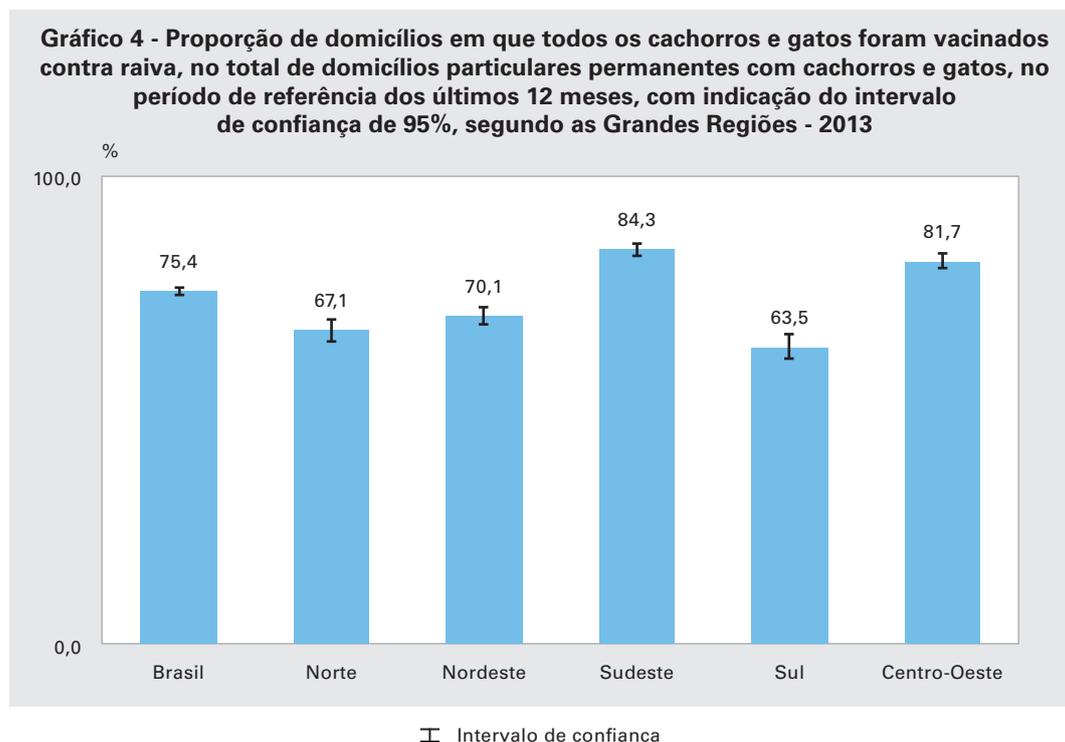
Em 2013, a pesquisa estimou que 44,3% dos domicílios do País possuíam pelo menos um cachorro, o equivalente a 28,9 milhões de unidades domiciliares. A Região Sul apresentou a maior proporção (58,6%), e a Região Nordeste, a menor (36,4%). Na área rural, a proporção de domicílios com algum cachorro (65,0%) era superior à observada na área urbana (41,0%). A população de cachorros em domicílios brasileiros foi estimada em 52,2 milhões, o que indicou uma média de 1,8 cachorro por domicílio com esse animal.

Em relação à presença de gatos, 17,7% dos domicílios do País possuíam pelo menos um, o equivalente a 11,5 milhões de unidades domiciliares. As Regiões Norte e Nordeste apresentaram as maiores proporções (22,7% e 23,6%, respectivamente), ao passo que as Regiões Sudeste e Centro-Oeste, as menores (13,5% e 14,3%, respectivamente). Considerando a situação do domicílio, a área urbana (14,2%) apresentou proporção inferior à observada na área rural (39,4%). A população de gatos em domicílios brasileiros foi estimada em 22,1 milhões, o que representa aproximadamente 1,9 gato por domicílio com esse animal.



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

Dentre os domicílios com algum cachorro ou gato, foi verificado que 75,4% (24,9 milhões) deles tiveram todos os animais vacinados contra raiva nos últimos 12 meses. As Regiões Sudeste e Centro-Oeste (84,3% e 81,7%, respectivamente) apresentaram resultados superiores aos das Regiões Sul, Norte, Nordeste (63,5%, 67,1% e 70,1%, respectivamente). Considerando a situação do domicílio, a área urbana apresentou proporção superior à observada na área rural: 79,7% e 58,2%, respectivamente.

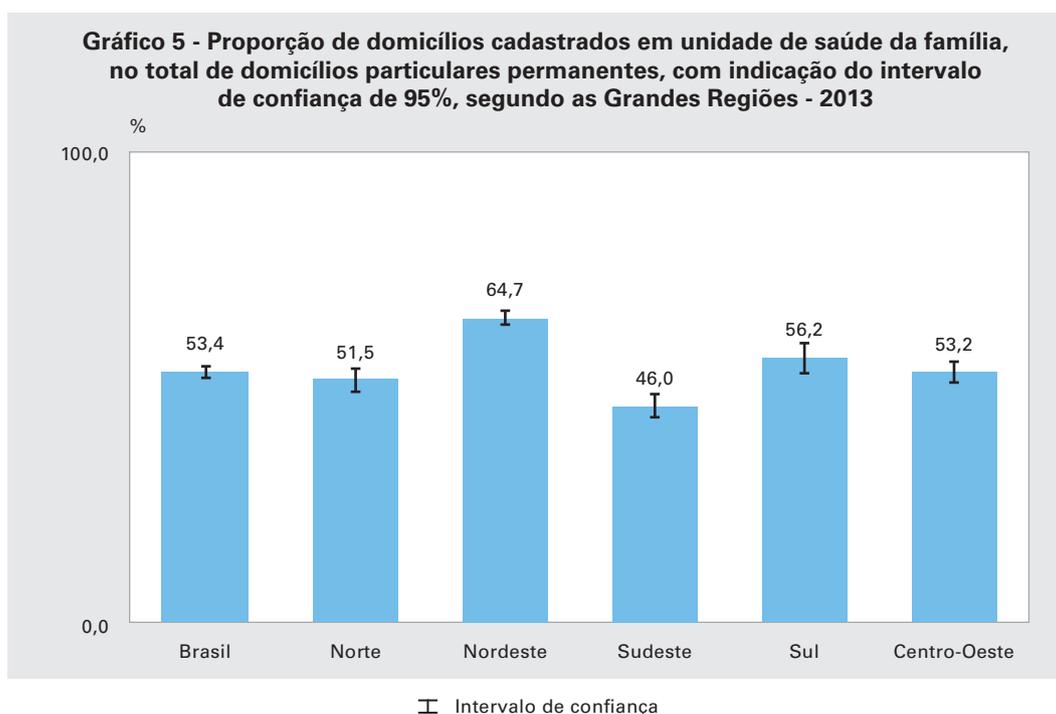


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Equipe de Saúde da Família e agente de combate às endemias

O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família, cuja estratégia prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as Equipes de Saúde da Família. A Unidade de Saúde da Família trabalha com um território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população residente na área.

Segundo a PNS 2013, 53,4% domicílios estavam cadastrados em Unidade de Saúde da Família (34,8 milhões de domicílios). A Região Nordeste apresentou a maior proporção (64,7%), enquanto a Região Sudeste, a menor (46,0%). Considerando a situação do domicílio, a área urbana (50,6%) apresentou proporção inferior à observada na área rural (70,9%). Quanto às pessoas moradoras em domicílios particulares permanentes, a pesquisa estimou que 56,2% das pessoas eram moradoras em domicílios cadastrados em Unidade de Saúde da Família.



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

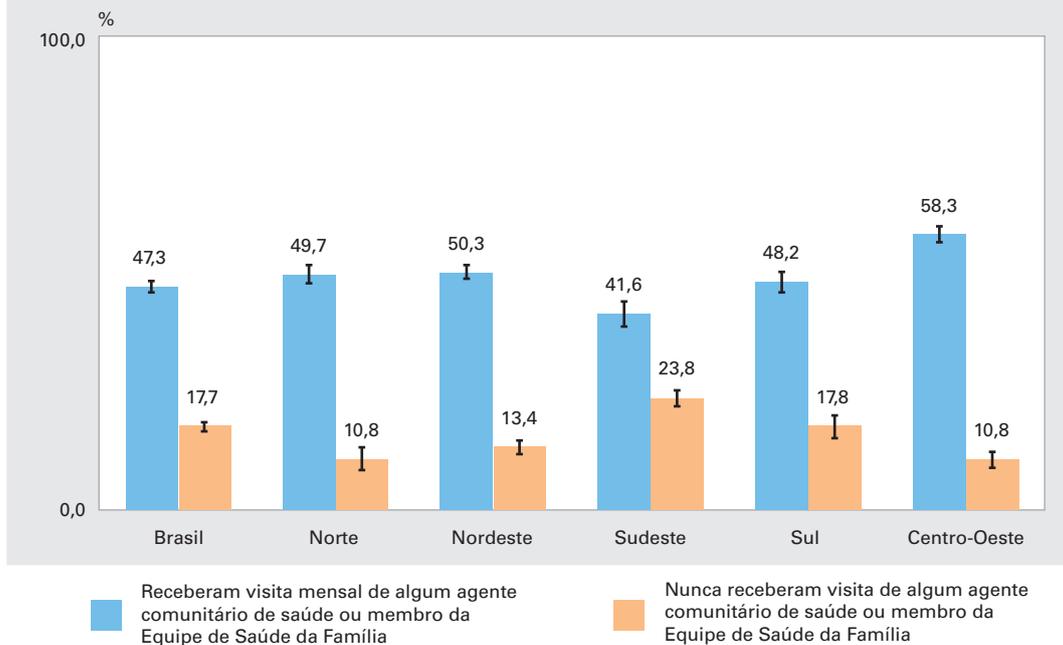
Com o objetivo de estimar se a frequência de visitas estava de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, foi investigada a regularidade das visitas de qualquer integrante da Equipe de Saúde da Família e também de agente de combate às endemias (que desempenham ações de controle da dengue, malária, leishmaniose etc).

Dentre os domicílios cadastrados há um ano ou mais, foi verificado que 47,3% receberam visita mensal de agente comunitário de saúde ou membro da Equipe de Saúde da Família, o equivalente a 14,2 milhões de unidades domiciliares. A Região Centro-Oeste (58,3%) apresentou resultado superior à média nacional, enquanto a Região Sudeste registrou resultado inferior (41,6%). Na área urbana (43,6%), a proporção era menor que na rural (62,7%).

Dentre os domicílios cadastrados há um ano ou mais, foi verificado que 17,7% nunca receberam visita de agente comunitário de saúde ou membro da Equipe de Saúde da Família. Apesar do cadastramento, na Região Sudeste, 23,8% dos domicílios nunca receberam visita, enquanto, nas demais Regiões, o percentual variou de 10,8%, nas Regiões Norte e Centro-Oeste, a 17,8%, na Região Sul. Na área rural, esta proporção foi de 8,6%, enquanto, na urbana, foi de 19,8%.

A pesquisa estimou também que 69,4% dos domicílios receberam pelo menos uma visita de algum agente de combate às endemias nos 12 meses anteriores à data da entrevista, o equivalente a 45,2 milhões de unidades domiciliares. As Regiões Nordeste e Centro-Oeste apresentaram as maiores proporções (78,3% e 76,5%, respectivamente), enquanto a Região Sul registrou a menor (50,3%). Considerando a situação do domicílio, a área urbana apresentou proporção superior à observada na área rural: 73,5% e 43,7%, respectivamente.

Gráfico 6 - Proporção de domicílios que receberam, mensalmente, ou nunca receberam, visita de agente comunitário de saúde ou membro da Equipe de Saúde da Família, no período de referência dos últimos 12 meses, no total de domicílios particulares permanentes cadastrados há um ano ou mais em unidade de saúde da família, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões - 2013



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

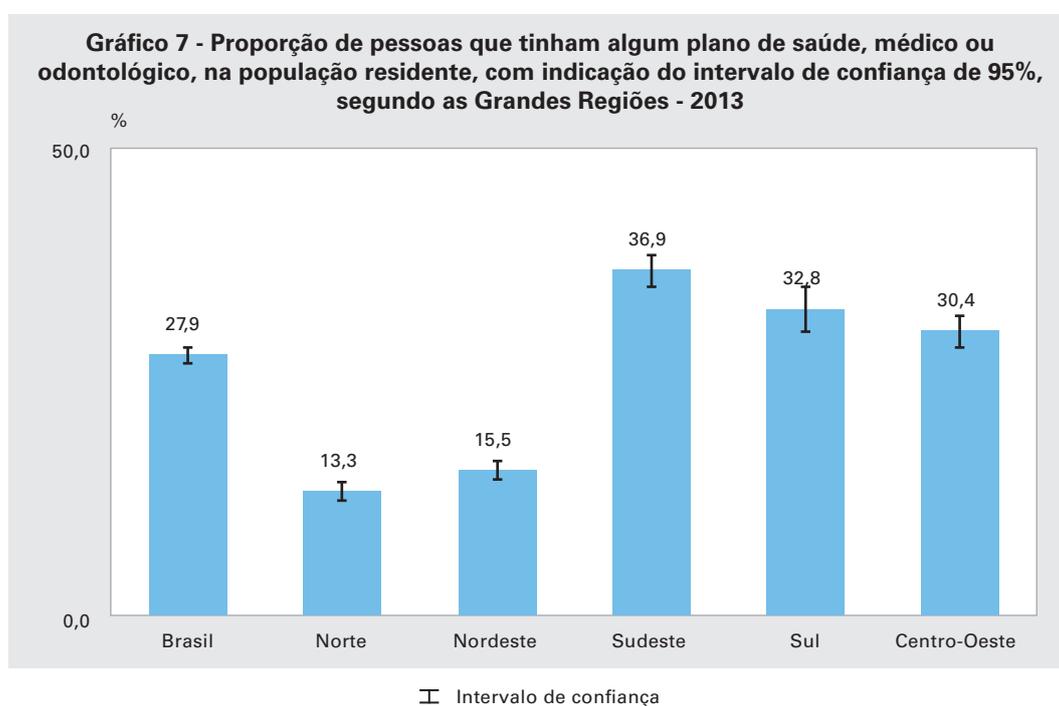
Plano de saúde

As informações sobre plano de saúde e utilização de serviços de saúde foram investigadas para todos os moradores de domicílios particulares permanentes no Brasil. Cabe destacar que os indicadores por nível de instrução consideraram as pessoas de 5 anos ou mais de idade.

Cobertura de plano de saúde médico ou odontológico

A PNS 2013 investigou aspectos sobre a cobertura de saúde suplementar, estimando a proporção da população que tem acesso ao serviço de planos de saúde e os gastos dos moradores com a saúde suplementar.

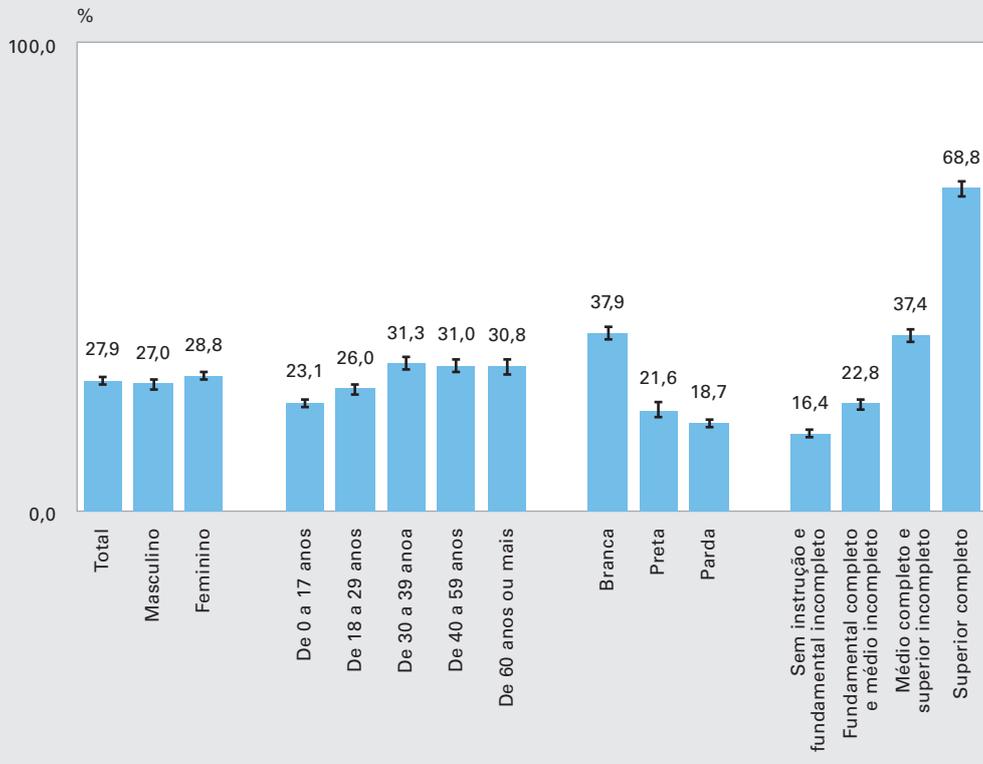
Em 2013, 27,9% da população tinha algum plano de saúde (médico ou odontológico). As Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram as maiores proporções (36,9%, 32,8% e 30,4%, respectivamente) e as Regiões Norte e Nordeste, as menores (13,3% e 15,5%, respectivamente). A Região Sudeste registrou percentual quase três vezes maior que o verificado na Região Norte. Na área urbana (31,7%), o percentual de pessoas cobertas por plano de saúde era cerca de cinco vezes superior ao observado na área rural (6,2%).



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

Levando em consideração o sexo, as coberturas de planos de saúde foram semelhantes estatisticamente. Em relação aos grupos de idade, as pessoas de 0 a 17 anos apresentaram a menor proporção (23,1%), seguidas daquelas de 18 a 29 anos (26,0%). Por outro lado, os grupos de pessoas de 30 anos ou mais de idade apresentaram coberturas estatisticamente semelhantes entre eles; todas superiores a 30,0%. Em relação ao nível de instrução, observou-se que, quanto mais elevado, maior a cobertura do plano de saúde, variando de 16,4% (sem instrução ou com fundamental incompleto) a 68,8% (superior completo). Considerando a cor ou raça, foram verificadas as proporções de 18,7%, 21,6% e 37,9% para pardos, pretos e brancos, respectivamente.

Gráfico 8 - Proporção de pessoas que tinham algum plano de saúde, médico ou odontológico, na população residente, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o nível de instrução - Brasil - 2013



Intervalo de confiança

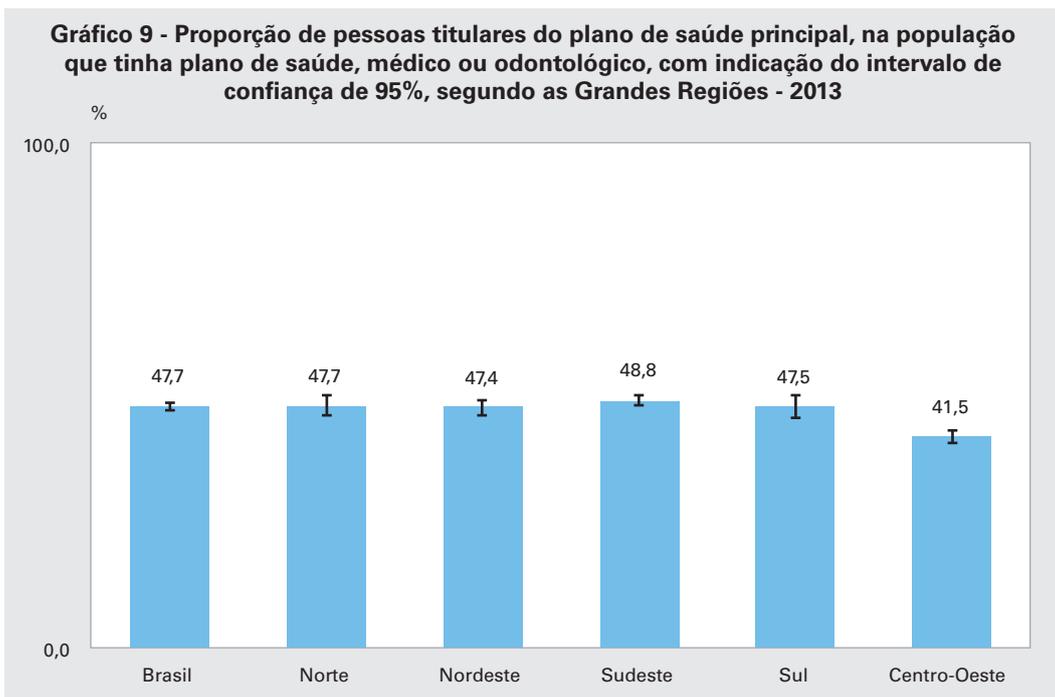
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

A PNS 2013 estimou que 2,7% das pessoas tinham mais de um plano de saúde, o equivalente a um contingente de 5,3 milhões. Entre as pessoas que tinham algum plano de saúde, 72,1% avaliaram o principal plano de saúde como bom ou muito bom.

Titular do plano de saúde

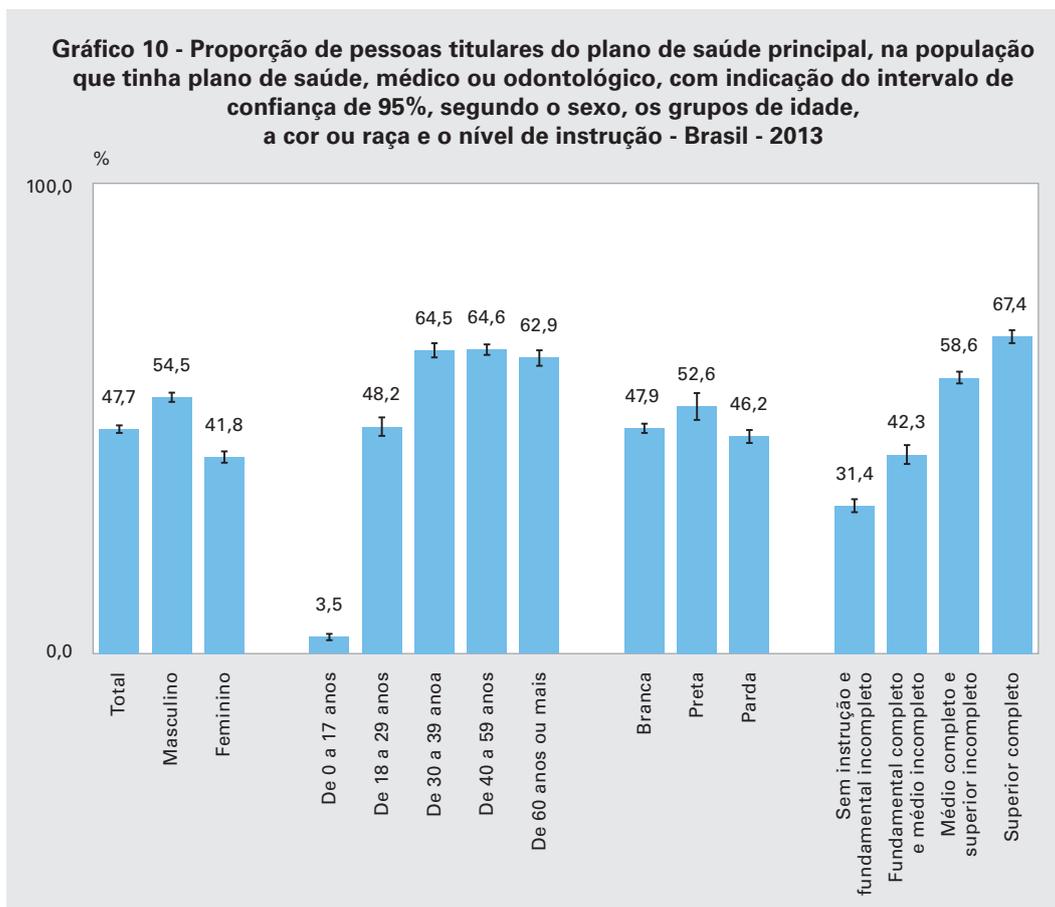
Das pessoas que tinham algum plano de saúde, 47,7% eram titulares deste, variando de 41,5%, na Região Centro-Oeste, a 48,8%, na Região Sudeste.

Havia, proporcionalmente, menos mulheres como titulares de plano de saúde (41,8%) que homens (54,5%). Em relação aos grupos de idade, as pessoas de 0 a 17 anos apresentaram a menor proporção (3,5%), vindo a seguir as pessoas de 18 a 29 anos (48,2%). Nos grupos de pessoas com 30 anos ou mais de idade, as proporções de titulares foram superiores a 60,0%. Segundo o nível de instrução, observou-se que, quanto mais elevado, maior a proporção de titulares, variando de 31,4% (sem instrução ou com fundamental incompleto) a 67,4% (superior completo). Por cor ou raça, a maior proporção de titulares foi observada entre os pretos (52,6%).



Intervalo de confiança

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



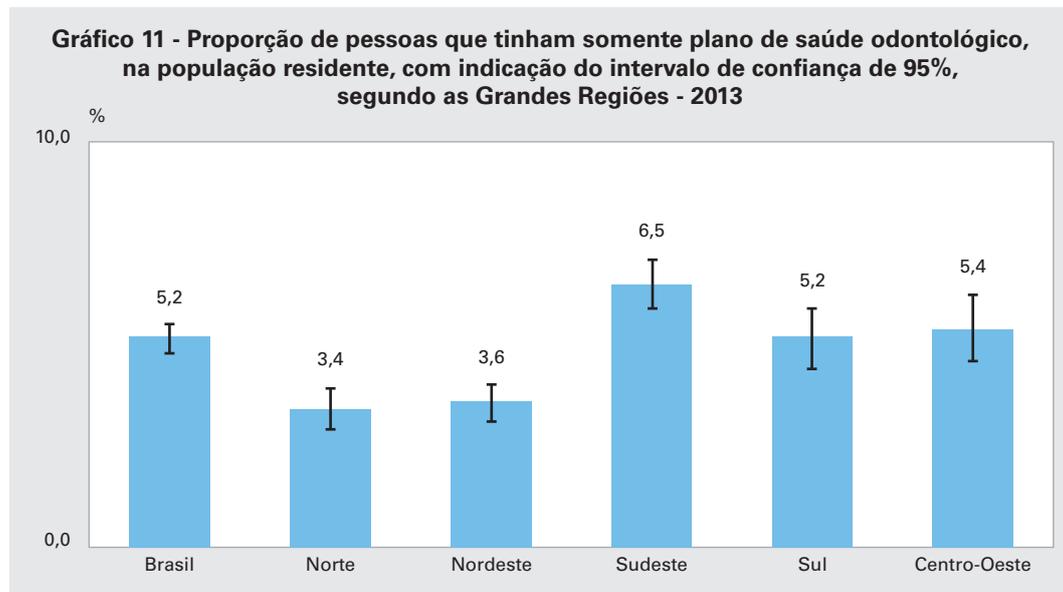
Intervalo de confiança

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

Assistência odontológica

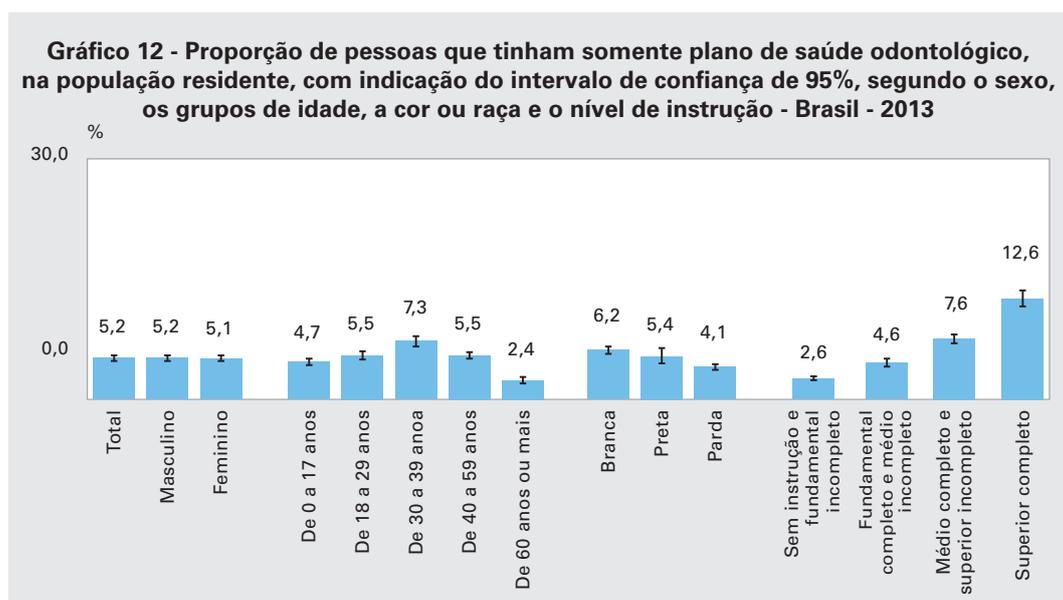
Na população residente, 5,2% tinham algum plano de saúde apenas para assistência odontológica, correspondendo a 10,3 milhões de pessoas. Nas Grandes Regiões, esse percentual variou de 3,4%, na Região Norte, a 6,5%, na Região Sudeste.

Nos resultados analisados segundo os grupos de idade, as pessoas de 30 a 39 anos apresentaram a maior proporção entre aquelas que tinham plano de saúde apenas para assistência odontológica (7,3%), enquanto as pessoas de 60 anos ou mais registraram a menor proporção (2,4%). Observou-se aumento gradual do indicador, quanto mais elevado o nível de instrução.



Intervalo de confiança

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



Intervalo de confiança

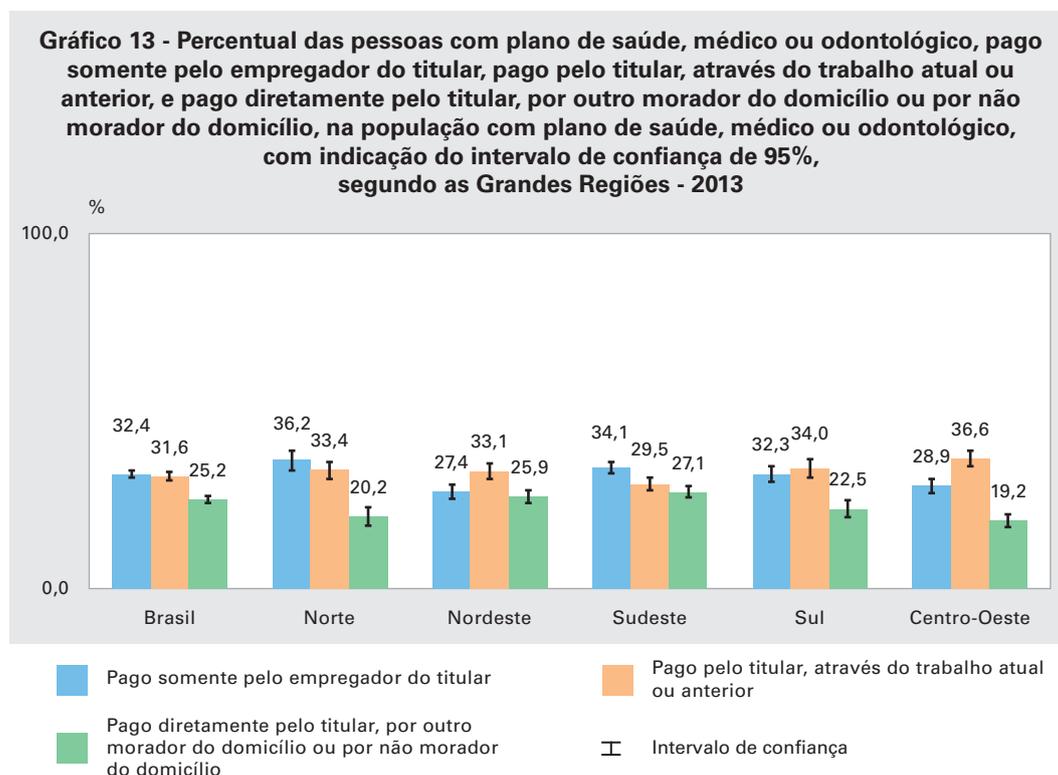
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Pagamento do plano de saúde

De acordo com a pesquisa, na população com plano de saúde, 32,4% dos planos eram pagos exclusivamente pelo empregador do titular. Nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste, observaram-se as menores proporções deste indicador: 27,4% e 28,9%, respectivamente.

Da população que tinha algum plano de saúde, 31,6% dos planos foram pagos pelo titular por meio do seu trabalho atual ou anterior. Na Região Centro-Oeste, essa foi a principal fonte de financiamento para 36,6% da população com algum plano de saúde.

No Brasil, 25,2% das pessoas com plano de saúde tinham plano pago diretamente pelo titular, por outro morador do domicílio ou por pessoa não moradora do domicílio. Foi verificado que havia uma proporção maior de mulheres (27,7%) que de homens (22,5%), que pagavam diretamente o plano de saúde. A proporção também foi maior com o aumento da idade: entre as pessoas de 60 anos ou mais, o percentual foi de 43,5%, e, para aquelas de 0 a 17 anos e de 18 a 29 anos, os percentuais foram da ordem de 18,0% em ambos os grupos.

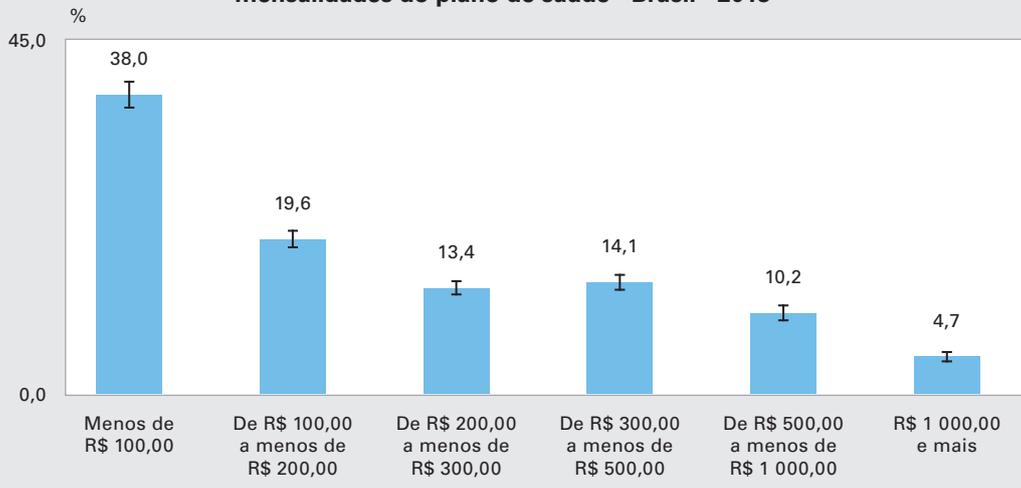


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Das pessoas que tinham algum plano de saúde pago diretamente pelo titular, por outro morador do domicílio, ou por pessoa não moradora, 57,6% pagavam até R\$ 200,00 de mensalidade. Vale destacar que 4,7% das pessoas pagavam mensalidades a partir de R\$ 1 000, em 2013.

Quanto mais elevada a idade do beneficiado, maior o valor pago ao plano de saúde. Entre as pessoas de 0 a 17 anos, 51,0% pagavam menos de R\$ 100,00 de mensalidade. Esse valor foi pago por 60,2% das pessoas de 18 a 29 anos de idade. Entre as pessoas de 60 anos ou mais de idade, 24,2% pagavam menos de R\$ 100,00, enquanto 30,9% pagavam R\$ 500,00 ou mais de mensalidade.

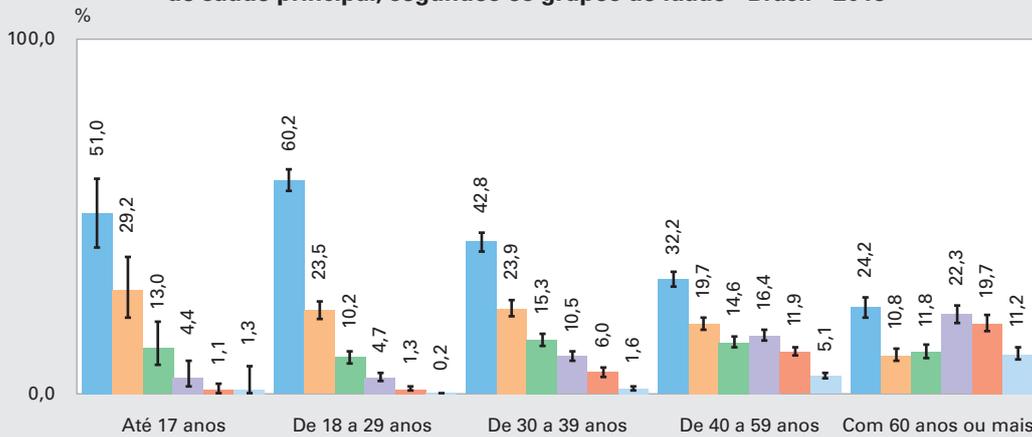
Gráfico 14 - Distribuição percentual das pessoas titulares de plano de saúde principal, com pagamento realizado diretamente pelo titular ou por outro morador do domicílio ou por não morador do domicílio, segundo as classes de valores das mensalidades do plano de saúde - Brasil - 2013



Intervalo de confiança

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

Gráfico 15 - Distribuição percentual das pessoas titulares de plano de saúde principal, com pagamento realizado diretamente pelo titular ou por outro morador do domicílio ou por não morador do domicílio, por classes de valores das mensalidades do plano de saúde principal, segundos os grupos de idade - Brasil - 2013



■ Menos de R\$ 100,00 ■ De R\$ 100 a menos de R\$ 200
■ De R\$ 200 a menos de R\$ 300 ■ De R\$ 300 a menos de R\$ 500
■ De R\$ 500 a menos de R\$ 1 000 ■ R\$ 1 000 e mais

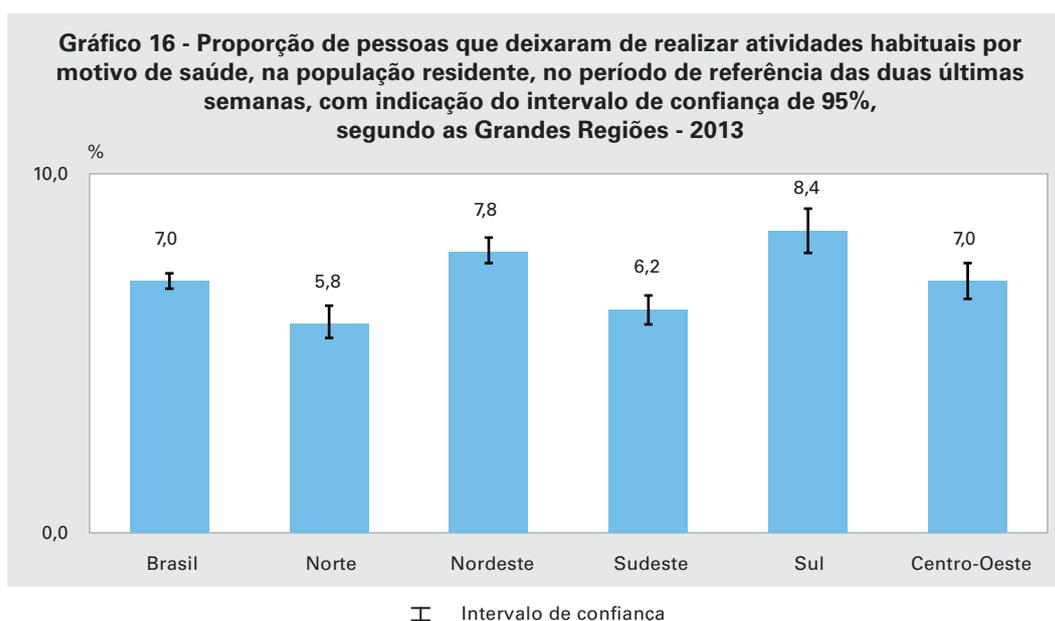
Intervalo de confiança

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

Utilização de serviço de saúde

Não realização de atividades habituais por motivo de saúde

A PNS 2013 estimou que 7,0% da população residente em domicílios particulares permanentes (14,1 milhões de pessoas) deixou de realizar atividades habituais por motivo de saúde nas duas últimas semanas anteriores à pesquisa. As Regiões Sul e Nordeste registraram as maiores proporções (8,4% e 7,8%, respectivamente), e as Regiões Norte e Sudeste, as menores (5,8% e 6,2%, respectivamente).

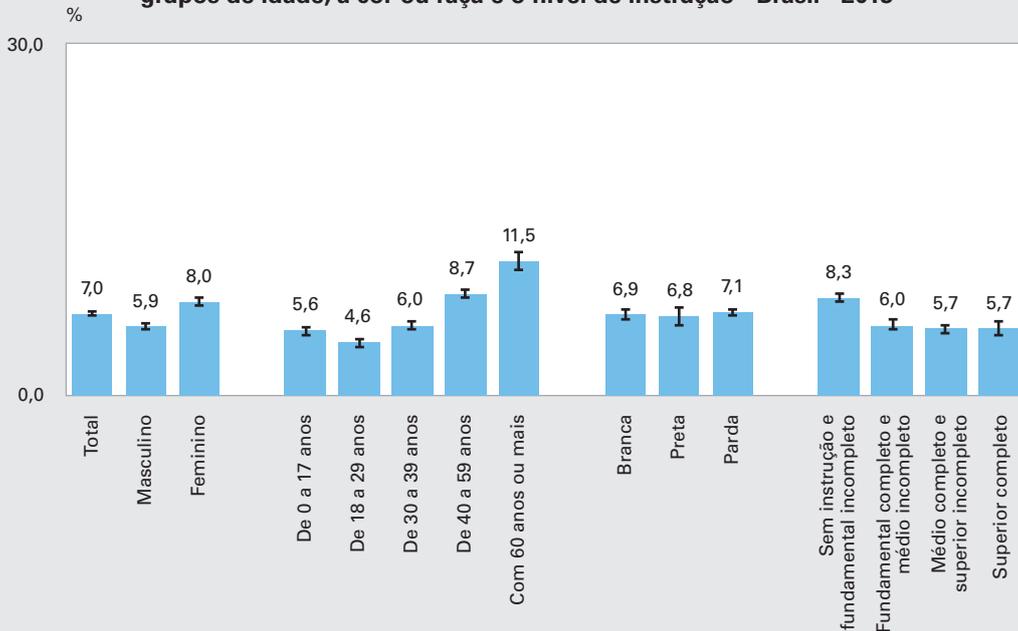


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

A proporção de pessoas que deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde foi maior entre as mulheres (8,0%) que entre os homens (5,9%). As pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto registraram a maior proporção deste indicador por nível de instrução (8,3%). Em relação à idade, observou-se que, quanto mais elevada, maior também a proporção do indicador, atingindo 11,5% entre as pessoas de 60 anos ou mais.

A pesquisa também investigou os motivos de saúde que impediram as pessoas de realizar suas atividades habituais: 17,8% citaram resfriado ou gripe e 10,5% relataram dor nas costas, problema no pescoço ou na nuca. O percentual de resfriado ou gripe foi maior para as pessoas de 0 a 17 anos de idade (39,8%) e diminuiu com o aumento da idade (6,9% das pessoas de 60 anos ou mais). Dor nas costas, problema no pescoço ou na nuca foram proporcionalmente mais registrados pelas pessoas de 40 a 59 anos de idade (16,5%). Motivos, tais como: dor nos braços ou nas mãos; dor de cabeça ou enxaqueca; asma, bronquite ou pneumonia; diarreia, vômito, náusea ou gastrite; e pressão alta ou doença do coração atingiram percentuais que variaram de 4,1% a 5,5% do total da população.

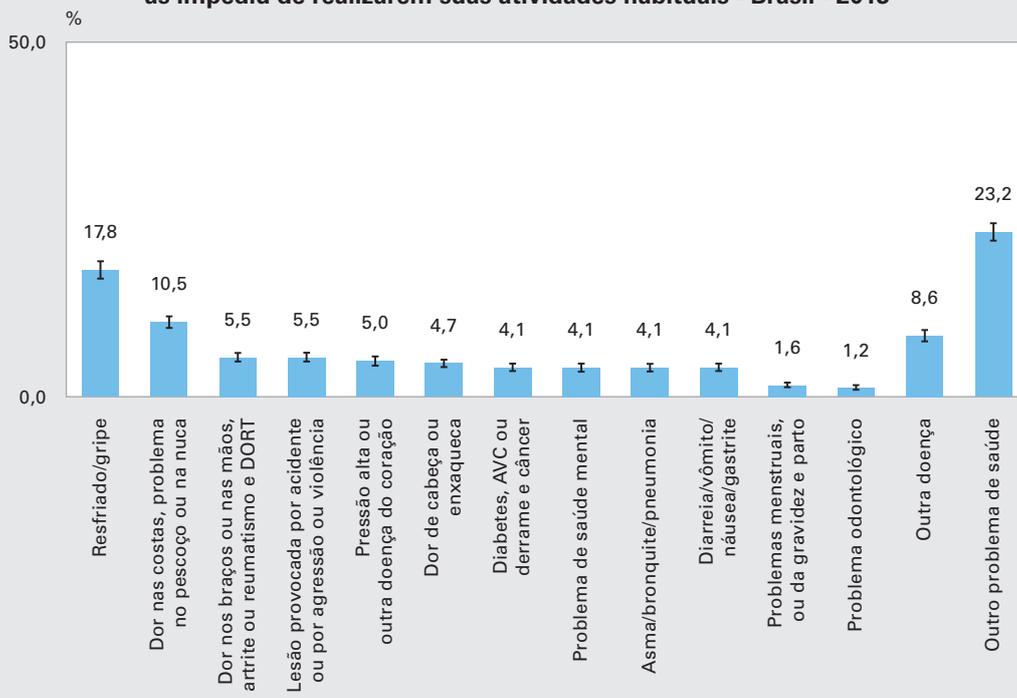
Gráfico 17 - Proporção de pessoas que deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde, na população residente, no período de referência das duas últimas semanas, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o nível de instrução - Brasil - 2013



Intervalo de confiança

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

Gráfico 18 - Distribuição percentual das pessoas que deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde, no período de referência das duas últimas semanas, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o principal motivo de saúde que as impediu de realizarem suas atividades habituais - Brasil - 2013

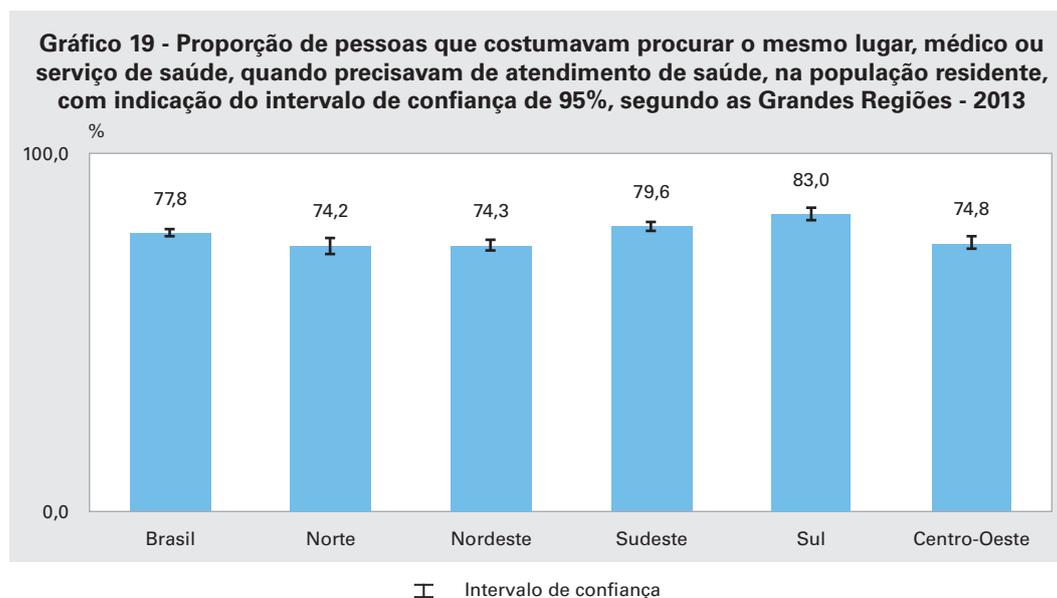


Intervalo de confiança

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

Costume de procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde

No Brasil, 77,8% das pessoas residentes, quando precisavam de atendimento de saúde, costumavam procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde. As Regiões Norte (74,2%), Nordeste (74,3%) e Centro-Oeste (74,8%) apontaram as menores proporções deste indicador, enquanto a Região Sul, a maior (83,0%).

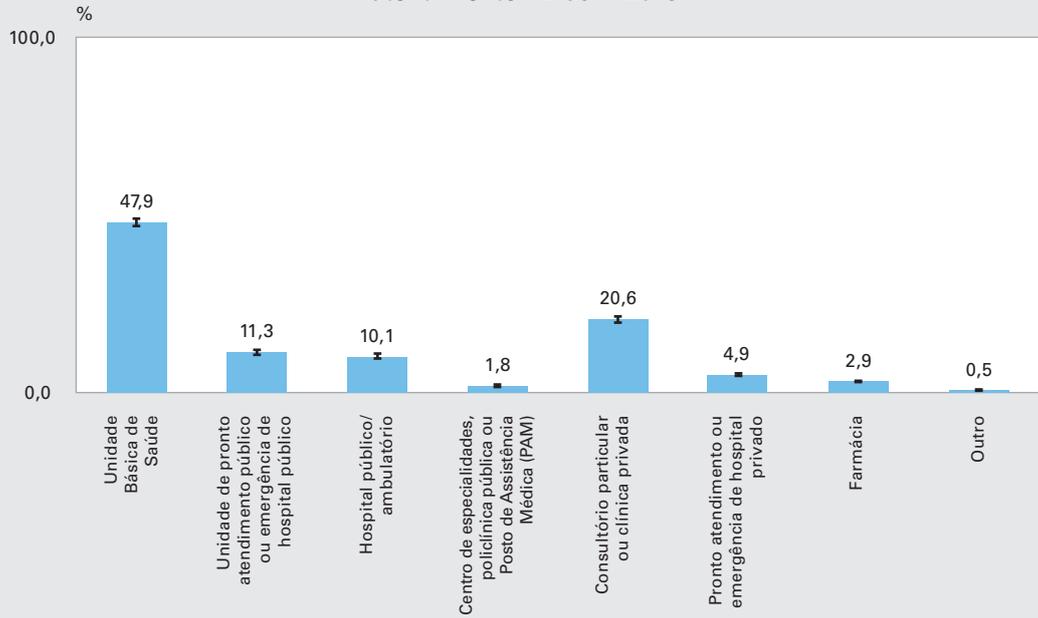


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

O costume de procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde foi mais frequente para as pessoas de 0 a 17 anos de idade (79,9%) ou de 60 anos ou mais de idade (79,3%). Esse comportamento foi encontrado em maior proporção nas pessoas de cor branca (79,1%) que entre as pessoas de cor preta (75,6%) e parda (77,0%).

A maior parcela das pessoas (47,9%) indicou a Unidade Básica de Saúde como o estabelecimento que costumava procurar quando precisava de atendimento de saúde. Consultório particular ou clínica privada foi indicado por 20,6% das pessoas. A unidade de pronto atendimento público ou emergência de hospital público (11,3%) e o hospital público ou ambulatório (10,1%) apresentaram estimativas semelhantes. Os estabelecimentos de pronto atendimento ou emergência de hospital privado foram apontados por 4,9% das pessoas. A farmácia e o centro de especialidades, policlínica pública ou Posto de Assistência Médica (PAM) foram os locais menos citados, com percentuais de 2,9% e 1,8%, respectivamente.

Gráfico 20 - Distribuição percentual das pessoas que costumavam procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde, quando precisavam de atendimento de saúde, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o local de procura de atendimento - Brasil - 2013



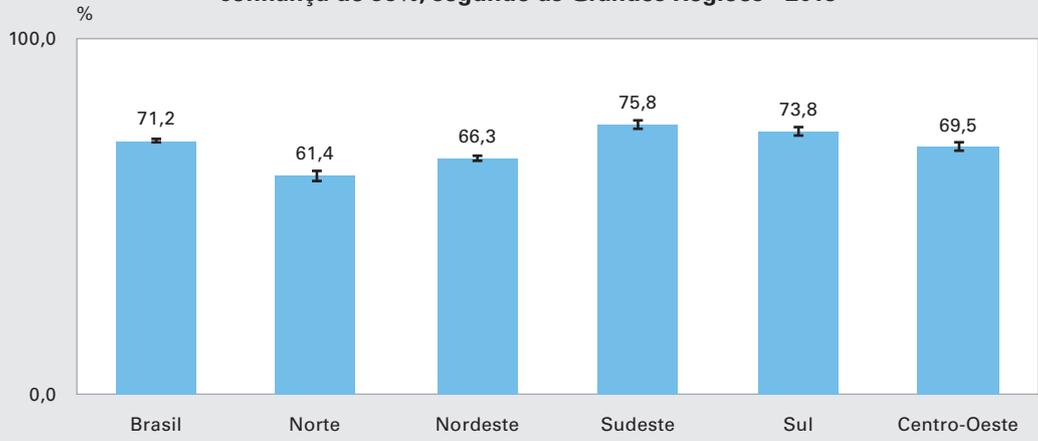
Intervalo de confiança

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

Consulta a médico

A PNS 2013 apontou que, das pessoas residentes no Brasil, 71,2% (142,8 milhões) consultaram médico nos últimos 12 meses anteriores à data de referência da pesquisa. As Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram percentuais menores: 61,4%, 66,3% e 69,5%, respectivamente. As Regiões Sudeste e Sul apresentaram estimativas maiores que a média nacional: 75,8% e 73,8%, respectivamente.

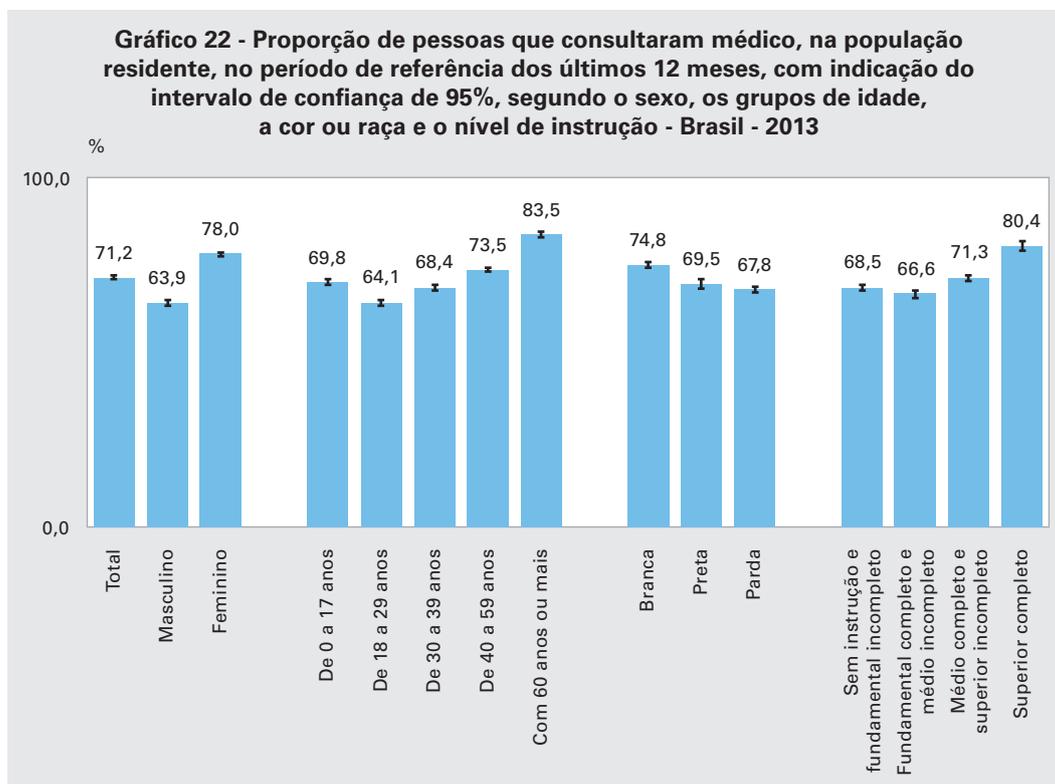
Gráfico 21 - Proporção de pessoas que consultaram médico, na população residente, no período de referência dos últimos 12 meses, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões - 2013



Intervalo de confiança

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

De acordo com a pesquisa, as proporções de pessoas que consultaram médico foram superiores à média nacional para: mulheres (78,0%); pessoas de cor branca (74,8%); nos grupos de idade de 40 a 59 anos (73,5%) e de 60 anos ou mais (83,5%); e entre as pessoas com nível médio completo ou superior incompleto (71,3%) e superior completo (80,4%).



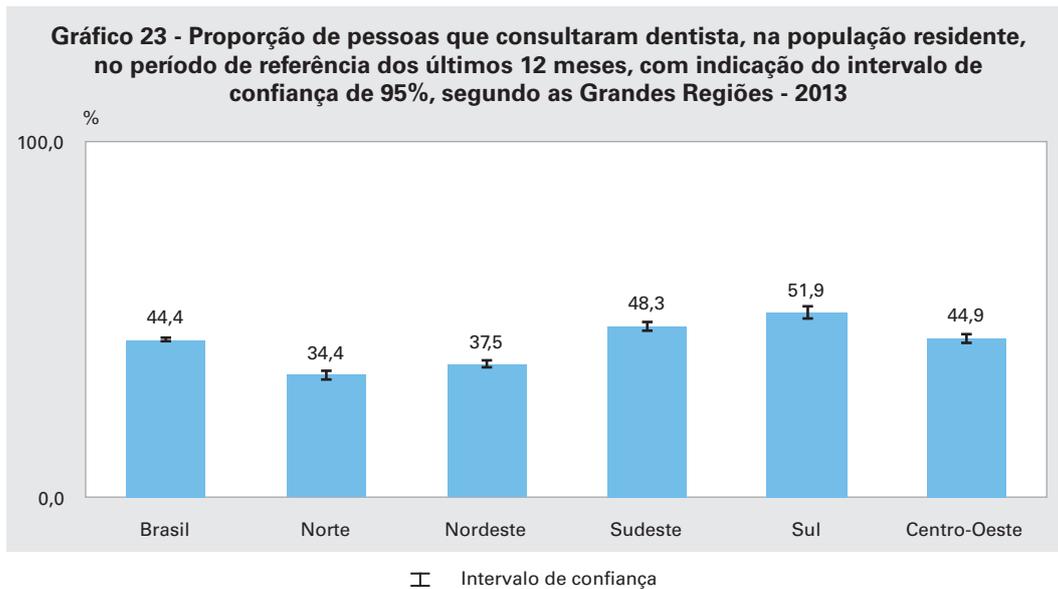
▮ Intervalo de confiança

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

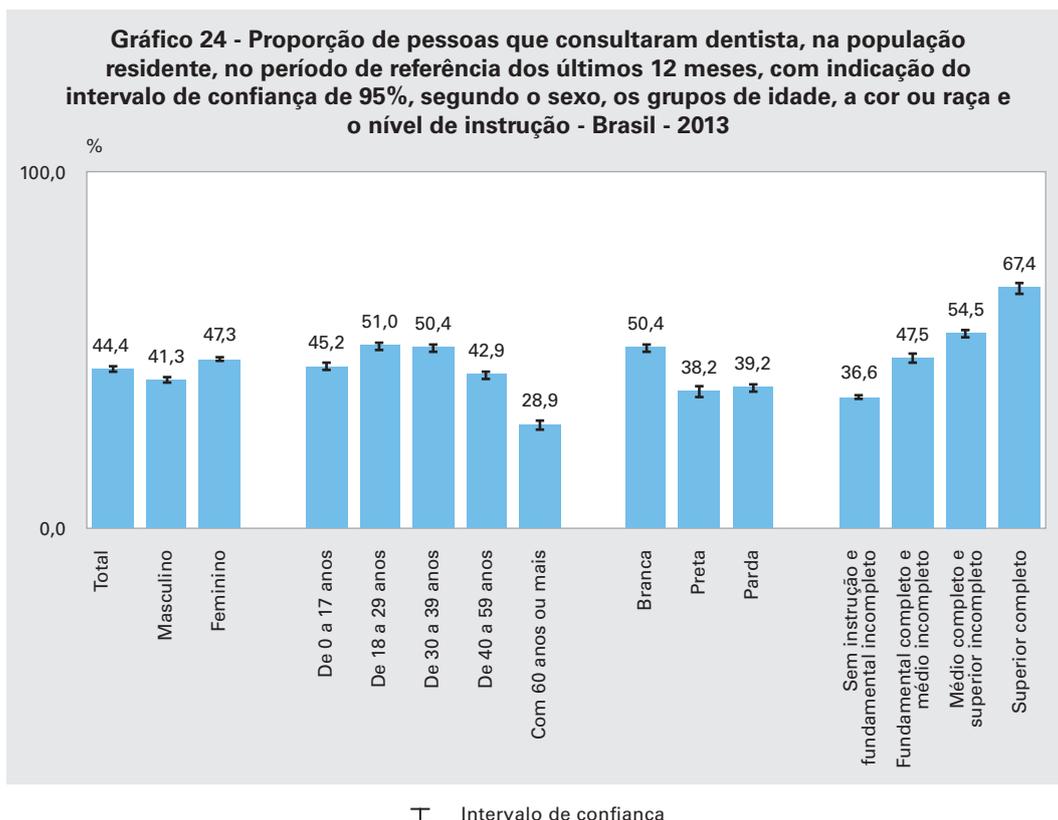
Consulta a dentista

A proporção de pessoas que consultaram dentista nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista foi de 44,4% (89,1 milhões). As Regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores proporções deste indicador (34,4% e 37,5%, respectivamente), enquanto as maiores foram verificadas nas Regiões Sul e Sudeste (51,9% e 48,3%, respectivamente).

As proporções de pessoas que consultaram dentista foram superiores à média nacional para: mulheres (47,3%); pessoas de cor branca (50,4%); e nos grupos de idade de 18 a 29 anos (51,0%) e de 30 a 39 anos (50,4%). As pessoas de 60 anos ou mais de idade registraram o menor percentual (28,9%). Quanto maior o nível de instrução, mais elevada a proporção de consulta a dentista, variando de 36,6% (sem instrução ou com fundamental incompleto) a 67,4% (superior completo).



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

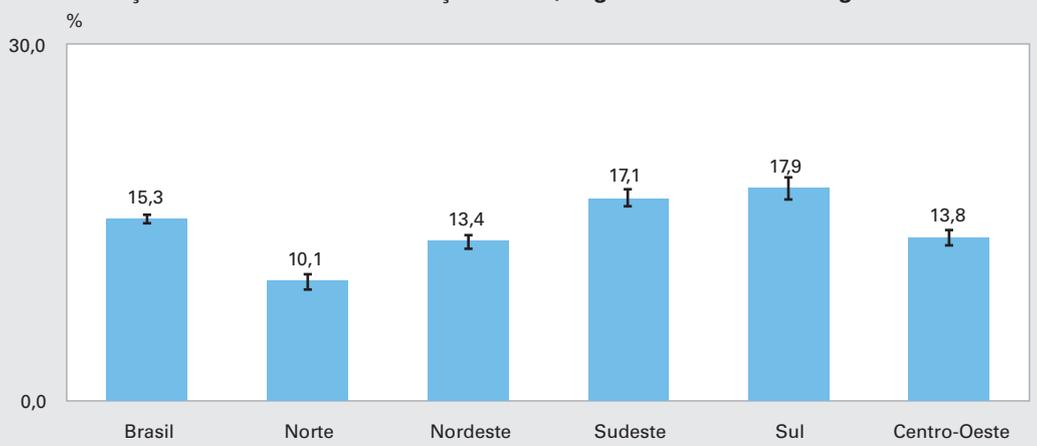


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Procura de atendimento de saúde nas duas últimas semanas

Segundo a PNS 2013, 15,3% (30,7 milhões) das pessoas procuraram atendimento de saúde nas duas últimas semanas anteriores à data de referência da pesquisa. As Regiões Sul e Sudeste registraram as maiores proporções deste indicador (17,9% e 17,1%, respectivamente), enquanto a Região Norte obteve a menor proporção (10,1%).

Gráfico 25 - Proporção de pessoas que procuraram atendimento de saúde, na população residente, no período das duas últimas semanas anteriores à data da entrevista, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões - 2013

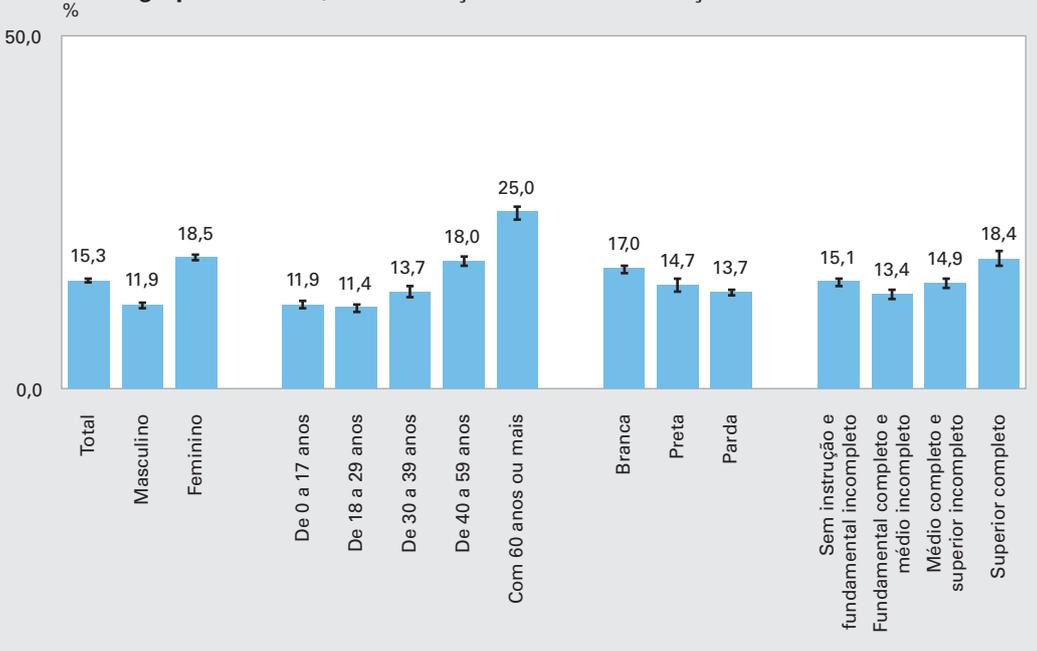


Intervalo de confiança

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

A proporção de procura por atendimento de saúde foi maior para as mulheres (18,5%) que para os homens (11,9%). As proporções por grupos de idade variaram de 11,9%, para as pessoas de 0 a 17 anos, a 25,0%, para as pessoas de 60 anos ou mais. A estimativa foi maior para as pessoas de cor branca (17,0%) que para aquelas de cor preta (14,7%) e parda (13,7%). Por nível de instrução, pessoas com nível superior completo obtiveram a maior proporção (18,4%).

Gráfico 26 - Proporção de pessoas que procuraram atendimento de saúde, na população residente, no período das duas últimas semanas anteriores à data da entrevista, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o nível de instrução - Brasil - 2013



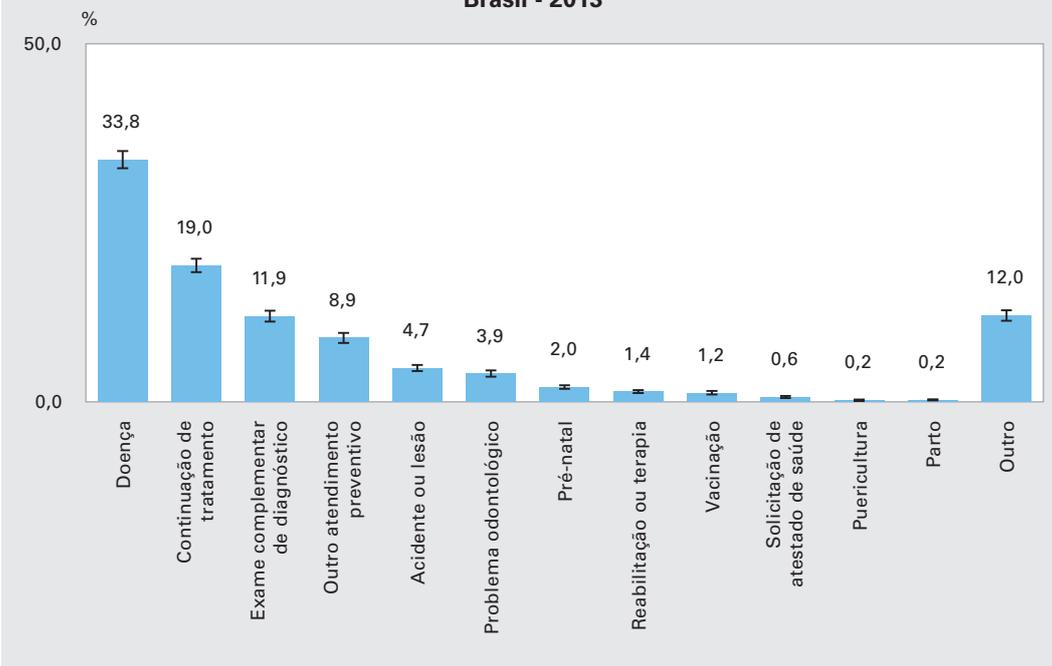
Intervalo de confiança

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

Os motivos mais frequentemente citados para a procura de atendimento de saúde foram: doença (33,8%), continuação de tratamento (19,0%), exame complementar de diagnóstico (11,9%) e outro atendimento preventivo (8,9%).

A pesquisa revelou que o motivo doença foi mais frequentemente citado entre as pessoas de 0 a 17 anos de idade (44,5%). A continuação de tratamento apresentou proporções maiores com o aumento da idade: 23,4% das pessoas de 40 a 59 anos e 28,7% das pessoas de 60 anos ou mais. A procura de atendimento por acidente ou lesão foi maior entre os homens (6,8%) que entre as mulheres (3,5%).

Gráfico 27 - Distribuição percentual das pessoas que procuraram atendimento de saúde, no período de referência das duas últimas semanas, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o motivo principal de procura do atendimento de saúde Brasil - 2013



Intervalo de confiança

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

Obtenção de atendimento de saúde na primeira vez procurada

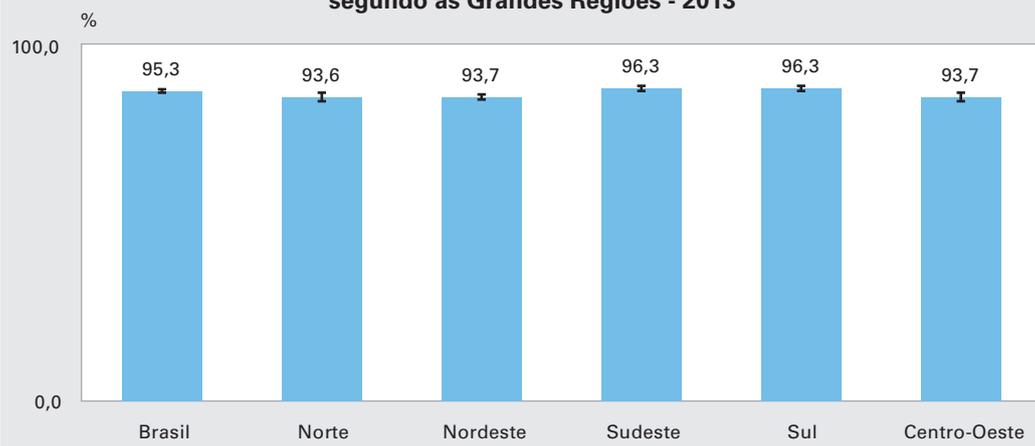
No Brasil, dentre as 30,7 milhões de pessoas que procuraram algum atendimento de saúde nas duas últimas semanas anteriores à data da entrevista, 97,0% afirmaram ter conseguido atendimento, e 95,3% foram atendidos na primeira vez em que procuraram. Nas Grandes Regiões, os percentuais de atendimento na primeira vez de procura oscilaram em torno da média nacional e variaram de 93,6%, na Região Norte, a 96,3%, nas Regiões Sudeste e Sul.

A proporção de pessoas que conseguiram atendimento de saúde na primeira vez em que procuraram foi menor para as de cor parda (94,3%) que as de cor branca (96,3%), e maior para aquelas com nível superior completo (97,9%).

Das pessoas que não conseguiram atendimento de saúde na primeira vez em que procuraram, 38,8% alegaram que não tinha médico atendendo, e 32,7% não conseguiram vaga ou pegar senha. Os demais motivos investigados tiveram percentuais que variaram

de 0,5%, para as pessoas que não podiam pagar pela consulta, a 6,4%, para as pessoas que declararam que não havia serviço ou profissional de saúde especializado para atender. Além disso, 9,7% das pessoas que não conseguiram atendimento de saúde atribuíram isso a um outro motivo não elencado no questionário da pesquisa.

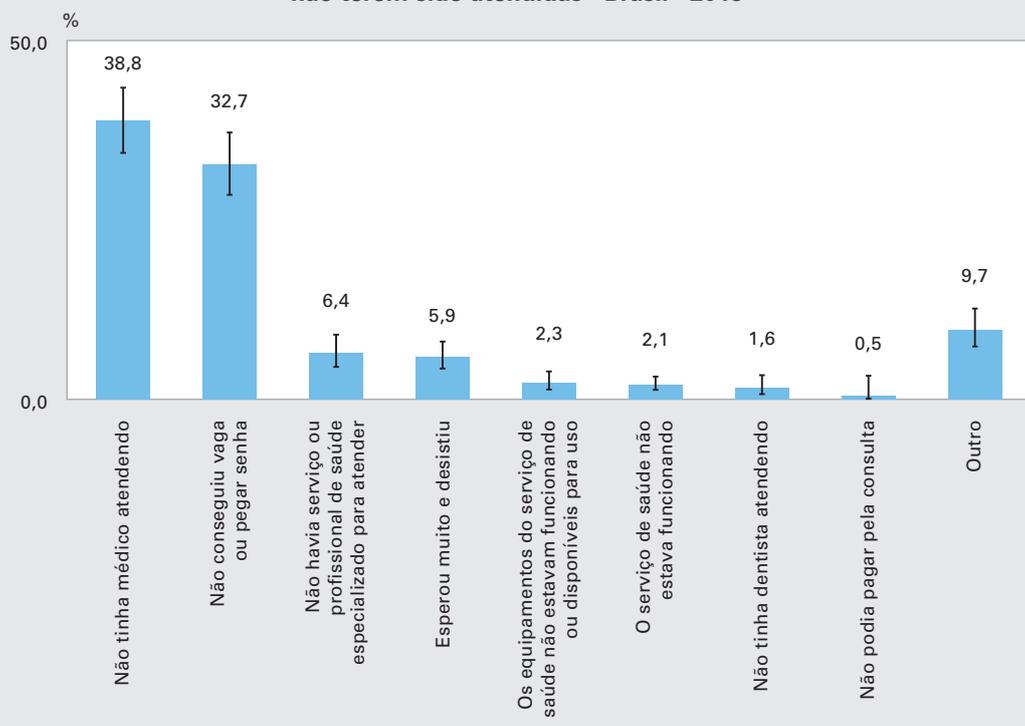
Gráfico 28 - Proporção de pessoas que conseguiram atendimento de saúde na primeira vez em que procuraram, na população que procurou atendimento de saúde, no período de referência das duas últimas semanas, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões - 2013



Intervalo de confiança

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

Gráfico 29 - Distribuição percentual das pessoas que não conseguiram atendimento na primeira vez em que procuraram, no período de referência das duas últimas semanas, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o motivo de não terem sido atendidas - Brasil - 2013

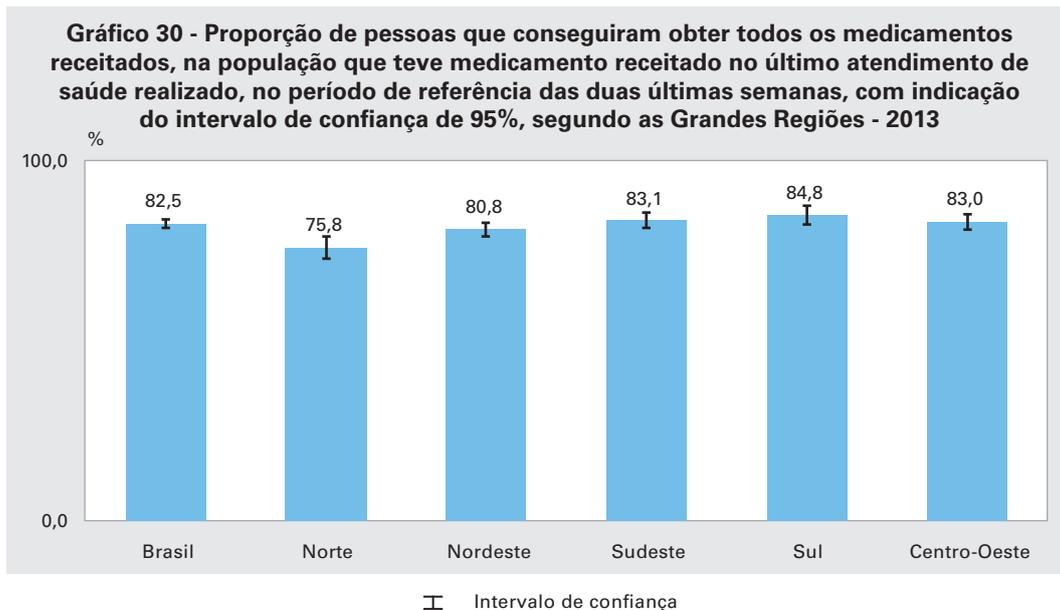


Intervalo de confiança

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

Obtenção de todos os medicamentos receitados no atendimento de saúde

Das pessoas que conseguiram atendimento de saúde (exceto o serviço de marcação de consulta), 64,8% tiveram algum medicamento receitado, e 82,5% conseguiram obter todos os medicamentos prescritos. Apenas a Região Norte apresentou percentual inferior à média nacional na obtenção de todos os medicamentos receitados (75,8%).

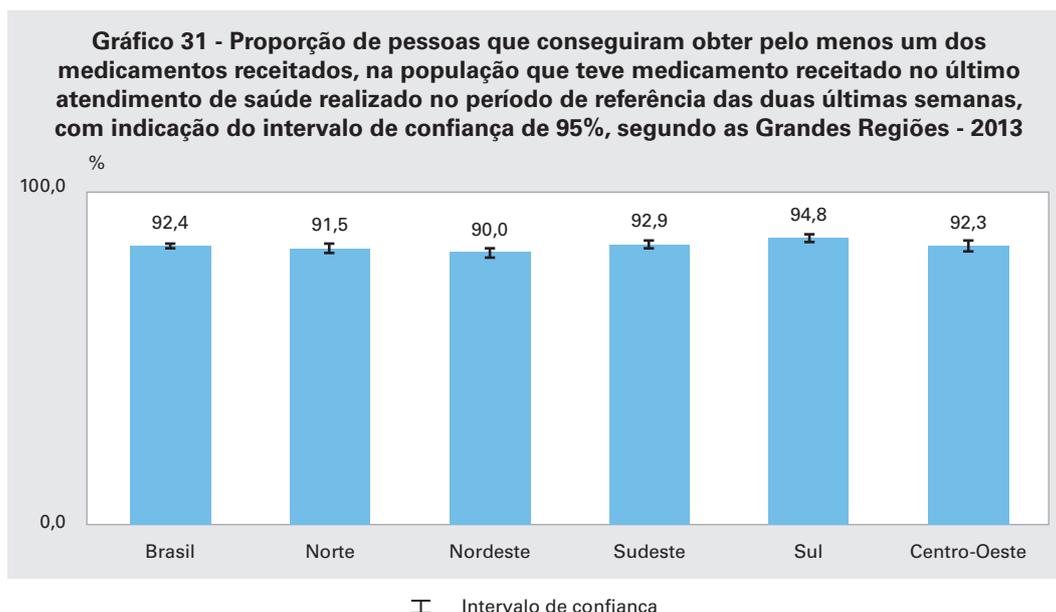


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

A proporção de pessoas de cor branca que obtiveram todos os medicamentos foi maior (84,2%) que a observada entre as pessoas de cor parda (80,4%). A proporção também foi maior para as pessoas com nível superior completo (88,8%) que para aquelas sem instrução ou com fundamental incompleto (79,9%).

Obtenção de pelo menos um medicamento receitado no atendimento de saúde

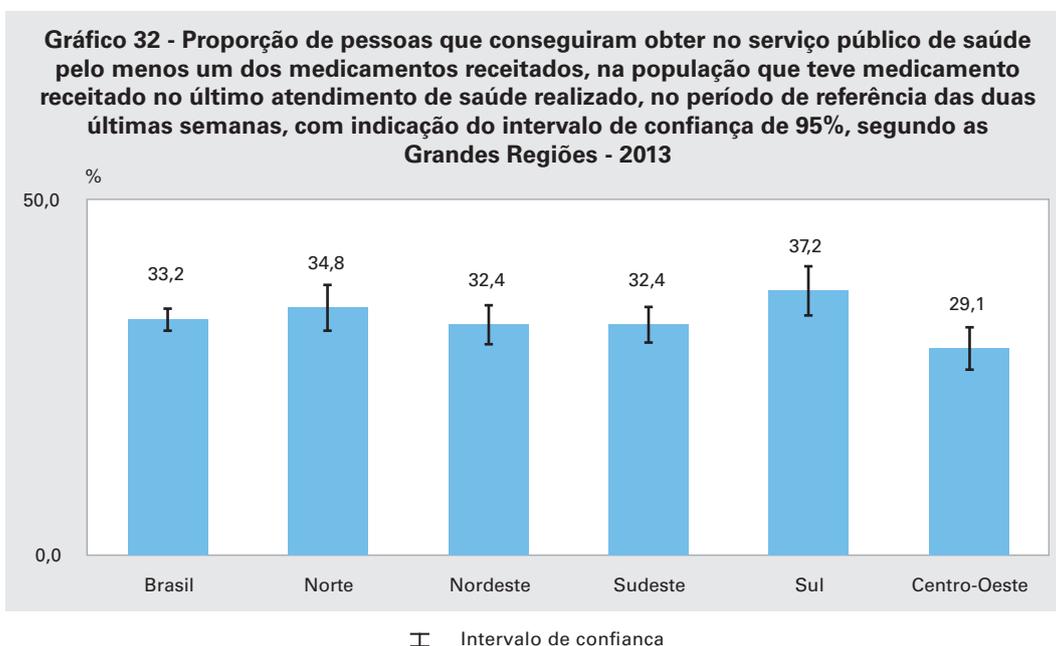
Das pessoas que tiveram algum medicamento receitado no último atendimento de saúde, 92,4% conseguiram obter pelo menos um deles. Essa estimativa foi cerca de 10,0 pontos percentuais superior à proporção de pessoas que conseguiram obter todos os medicamentos receitados. A maior proporção foi observada na Região Sul (94,8%), e a menor, na Região Nordeste (90,0%).



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

Medicamentos obtidos no serviço público de saúde

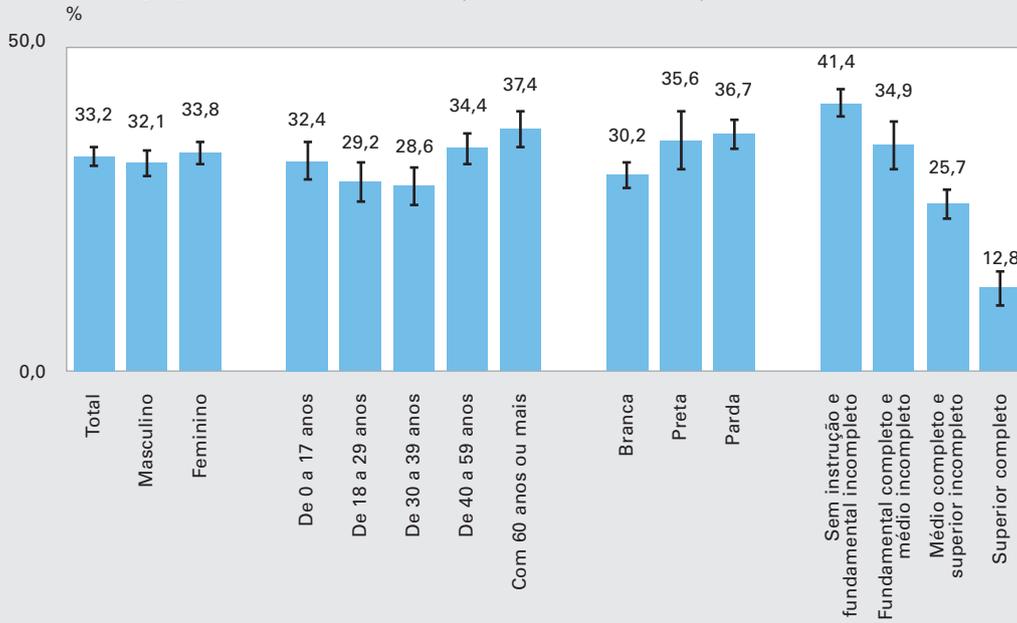
A proporção de pessoas que conseguiram obter pelo menos um dos medicamentos receitados no serviço público de saúde foi de 33,2% (6,4 milhões de pessoas), e não houve diferenças significativas nas estimativas por Grandes Regiões do País.



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

A proporção de pessoas de cor parda que conseguiram obter pelo menos um dos medicamentos receitados no serviço público de saúde (36,7%) foi maior que a observada para as pessoas de cor branca (30,2%). Essa proporção foi maior nos menores níveis de instrução, variando de 41,4% (sem instrução ou com fundamental incompleto) a 12,8% (superior completo). As proporções deste indicador por sexo e grupos de idade não apresentaram diferenças significativas.

Gráfico 33 - Proporção de pessoas que conseguiram obter no serviço público de saúde pelo menos um dos medicamentos receitados, na população que teve medicamento receitado no último atendimento de saúde realizado, no período de referência das duas últimas semanas, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o nível de instrução - Brasil - 2013



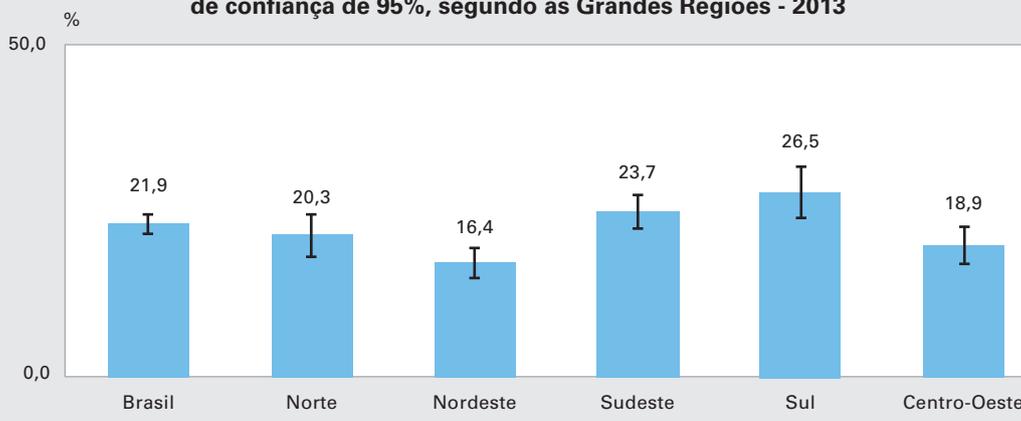
Intervalo de confiança

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

Medicamentos obtidos no Programa Farmácia Popular

Do total estimado de 19,3 milhões de pessoas que tiveram medicamento receitado no último atendimento de saúde, 21,9% (4,2 milhões) responderam que conseguiram obter pelo menos um deles no Programa Farmácia Popular. A Região Nordeste apresentou a menor proporção (16,4%).

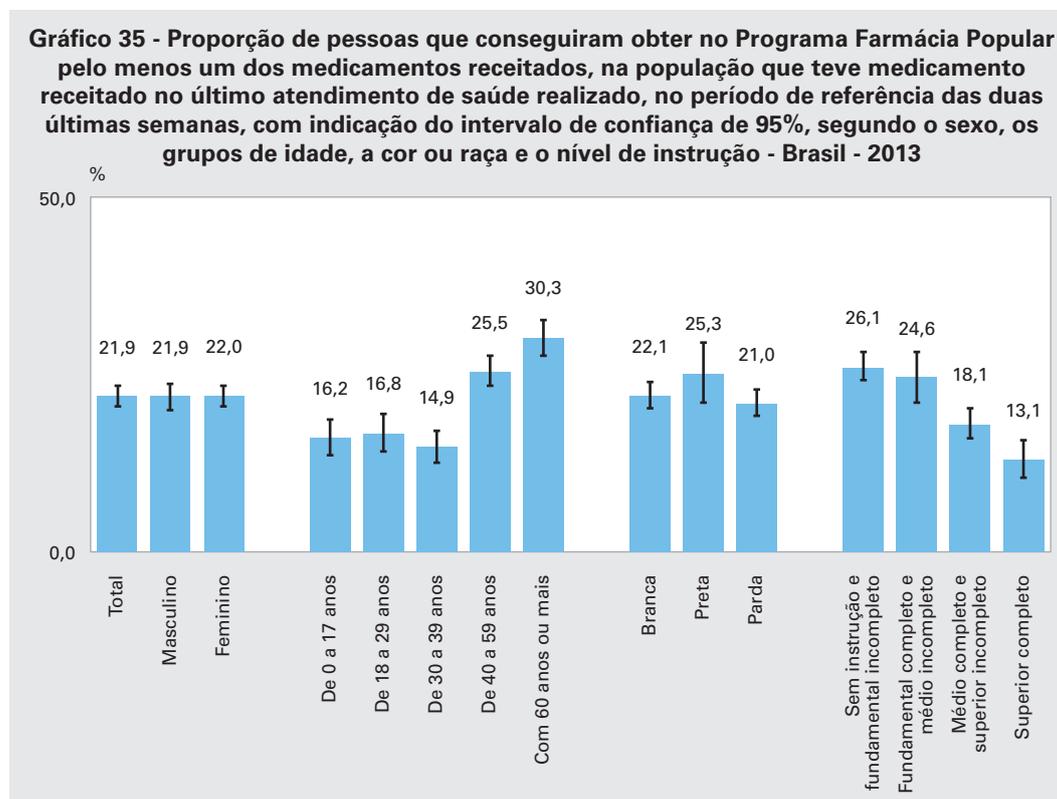
Gráfico 34 - Proporção de pessoas que conseguiram obter no Programa Farmácia Popular pelo menos um dos medicamentos receitados, na população que teve medicamento receitado no último atendimento de saúde realizado, no período de referência das duas últimas semanas, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões - 2013



Intervalo de confiança

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

As maiores proporções de pessoas que conseguiram obter pelo menos um dos medicamentos receitados no Programa Farmácia Popular foram encontradas nos grupos de idade de 40 a 59 anos (25,5%) e de 60 anos ou mais (30,3%). As proporções foram menores entre as pessoas com nível de instrução mais elevado: médio completo ou superior incompleto (18,1%) e superior completo (13,1%).



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

Internação em hospitais

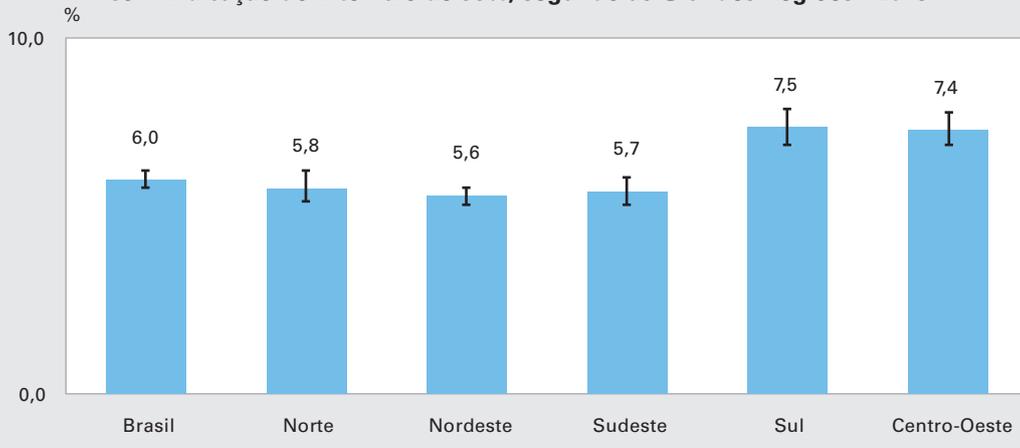
De acordo com a PNS 2013, das 200,6 milhões de pessoas residentes no Brasil, 6,0% (12,1 milhões) ficaram internadas em hospitais por 24 horas ou mais, nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista. As Regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram proporções superiores à média nacional: 7,5% e 7,4% respectivamente.

As proporções de internação em hospitais por 24 horas ou mais foram superiores à média nacional para as mulheres (7,1%) e as pessoas de 60 anos ou mais de idade (10,2%). Não houve diferenças significativas nas estimativas das proporções deste indicador, segundo a cor ou raça e o nível de instrução.

Tratamento clínico e cirurgia foram os dois tipos de atendimento mais frequentes nos casos de internação. Em estabelecimentos de saúde públicos, as proporções foram de 42,4% e 24,2%, respectivamente. Em estabelecimentos de saúde privados, os percentuais foram de 29,8% e 41,7%, respectivamente.

Em estabelecimentos de saúde públicos, o parto normal apresentou maior participação das internações (7,2%) que o parto cesáreo (5,9%). Em estabelecimentos de saúde privados, ocorreu o inverso: o parto cesáreo (9,7%) superou a proporção do parto normal (2,1%).

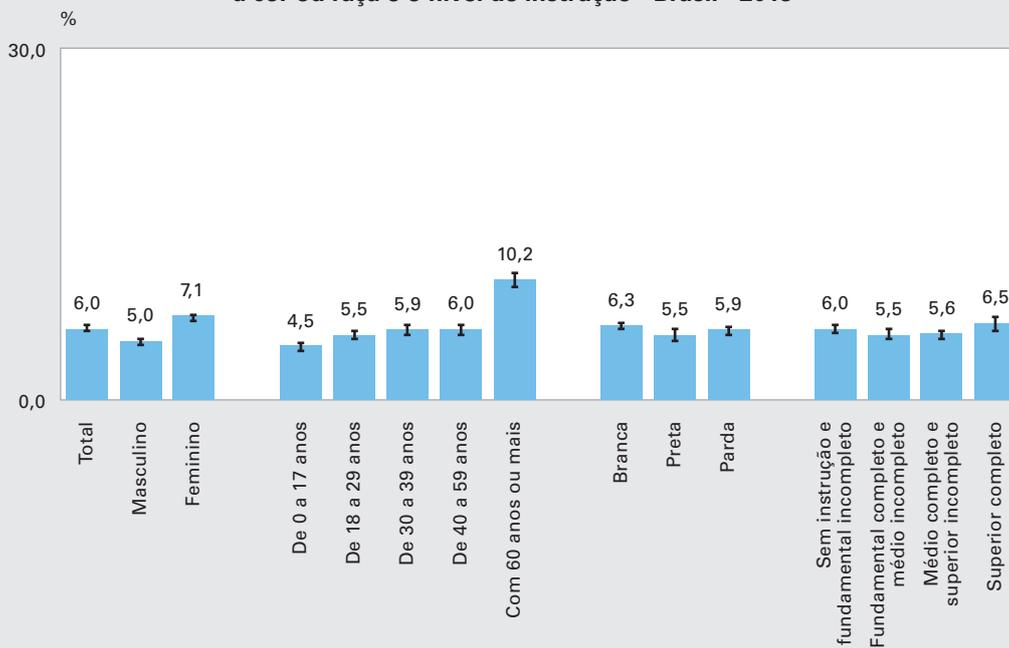
Gráfico 36 - Proporção de pessoas que ficaram internadas em hospitais por 24 horas ou mais, na população residente, no período de referência dos últimos doze meses, com indicação do intervalo de 95%, segundo as Grandes Regiões - 2013



Intervalo de confiança

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

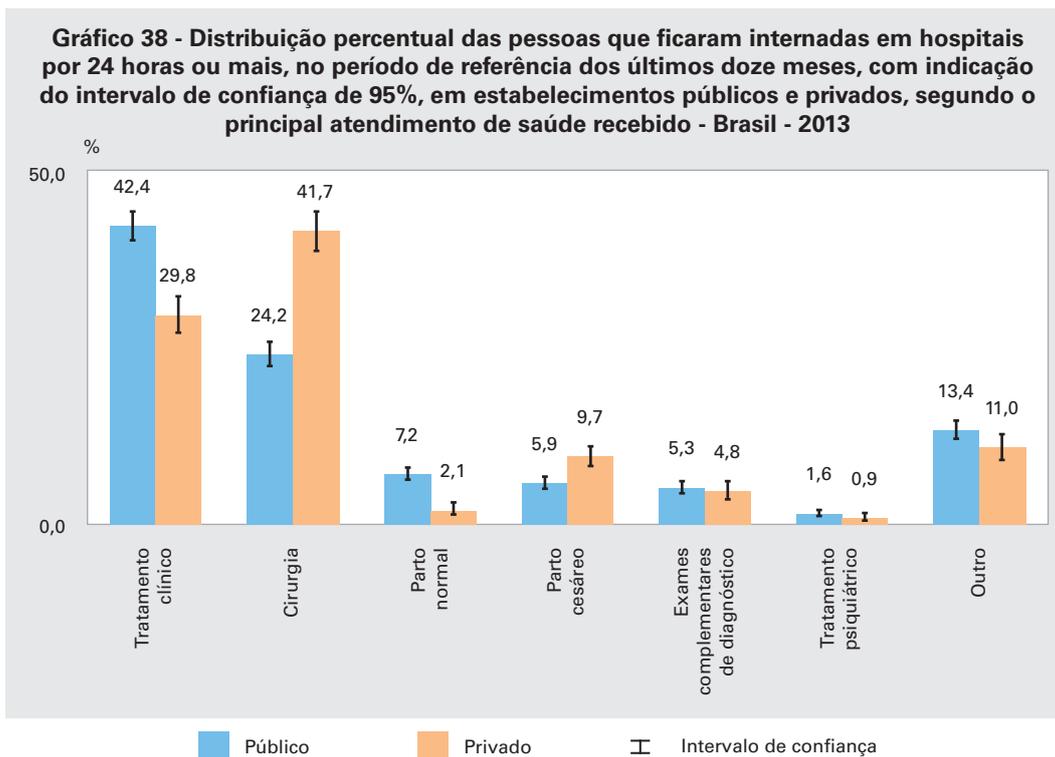
Gráfico 37 - Proporção de pessoas que ficaram internadas em hospitais por 24 horas ou mais, na população residente, no período de referência dos últimos doze meses, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o nível de instrução - Brasil - 2013



Intervalo de confiança

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

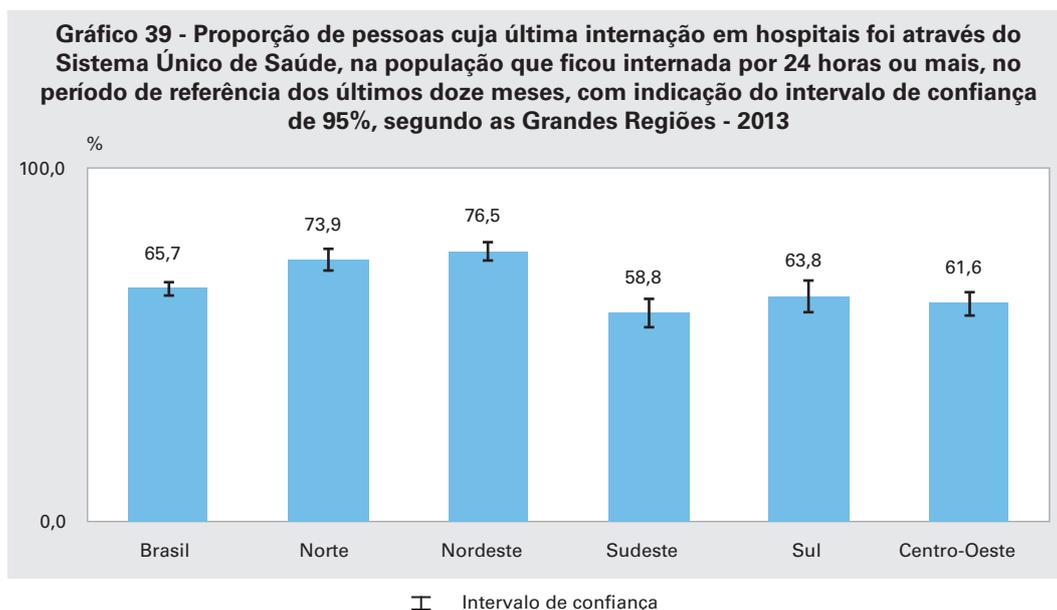
Os demais tipos de atendimento de internação, como tratamento psiquiátrico, exames complementares de diagnóstico e outro, registraram percentuais semelhantes em ambos os tipos de estabelecimento de saúde.



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

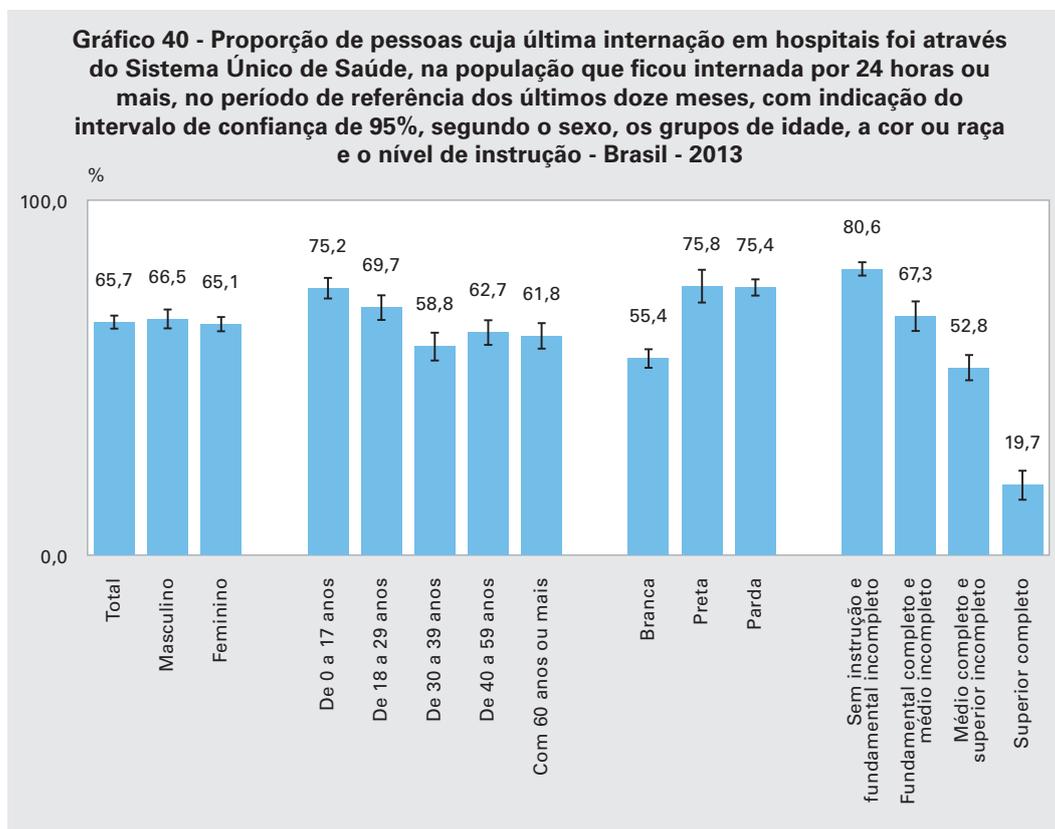
Internação em hospitais do Sistema Único de Saúde - SUS

Das pessoas que ficaram internadas em hospitais por 24 horas ou mais, 65,7% (8,0 milhões) tiveram esse atendimento por meio do Sistema Único de Saúde - SUS. As Regiões Nordeste e Norte registraram as maiores proporções: 76,5% e 73,9%, respectivamente.



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

As proporções de internação em hospitais do SUS foram superiores à média nacional entre as pessoas de 0 a 17 anos de idade (75,2%) e as pessoas que se declararam de cor preta (75,8%) e parda (75,4%), e não apresentaram diferenças por sexo. Essa proporção também foi maior quanto menor o nível de instrução, variando de 80,6% (sem instrução ou com fundamental incompleto) a 19,7% (superior completo).



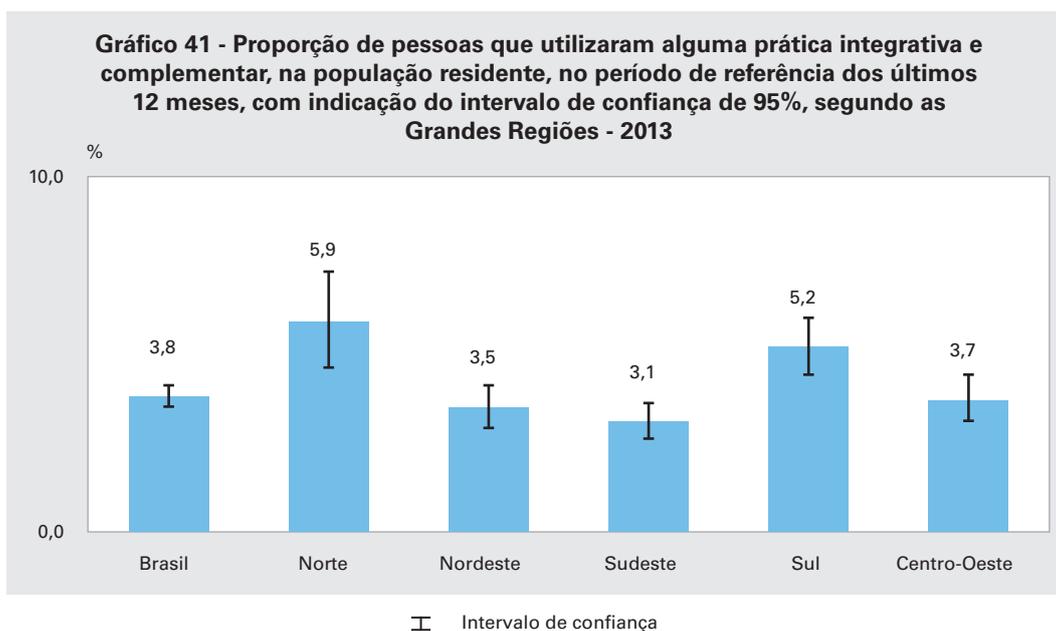
┆ Intervalo de confiança

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

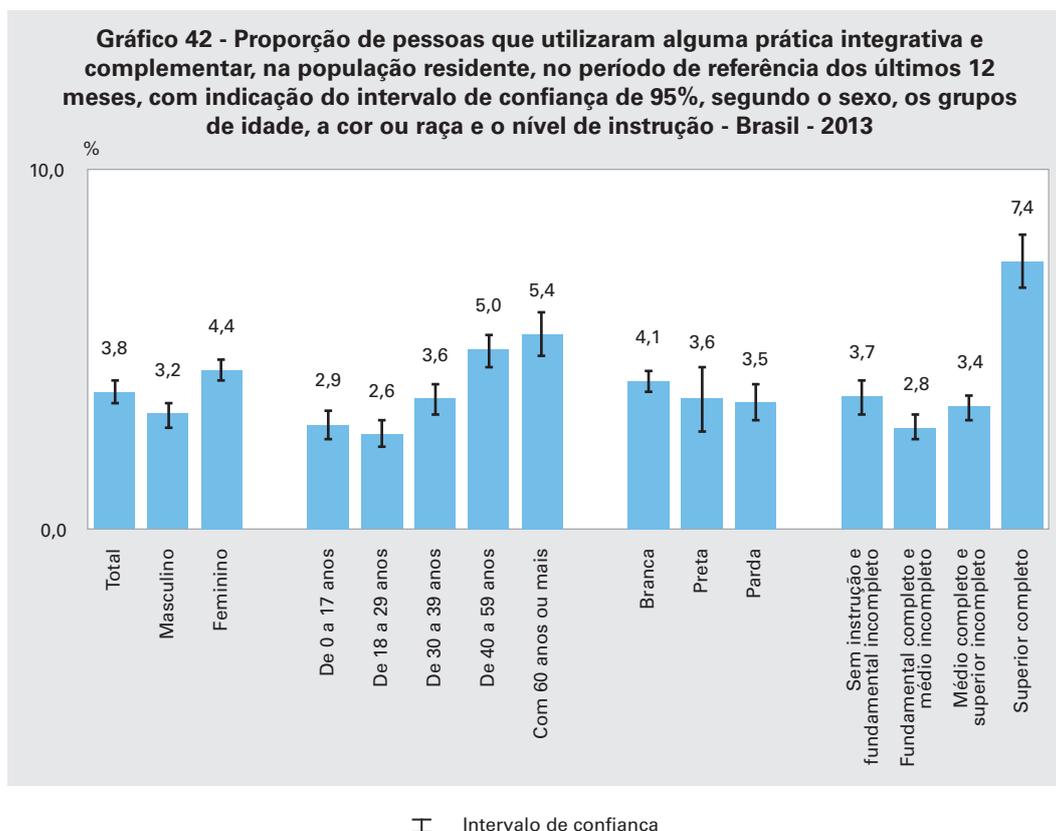
Prática integrativa e complementar

Segundo estimativa da PNS 2013, das 200,6 milhões de pessoas residentes no País, 3,8% (7,6 milhões) utilizaram alguma prática integrativa e complementar, que consiste em tratamentos como acupuntura, homeopatia, uso de plantas medicinais e fitoterapia, dentre outros. Esta prática foi identificada em proporções maiores nas Regiões Norte (5,9%) e Sul (5,2%) e oscilou em torno da média nacional nas demais Grandes Regiões.

Os grupos de pessoas de 40 a 59 anos e de 60 anos ou mais de idade apresentaram maiores proporções na prática integrativa e complementar: 5,0% e de 5,4%, respectivamente. A proporção de pessoas com nível superior completo, que fizeram uso desta prática (7,4%), foi maior que a registrada nos demais níveis de instrução.



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



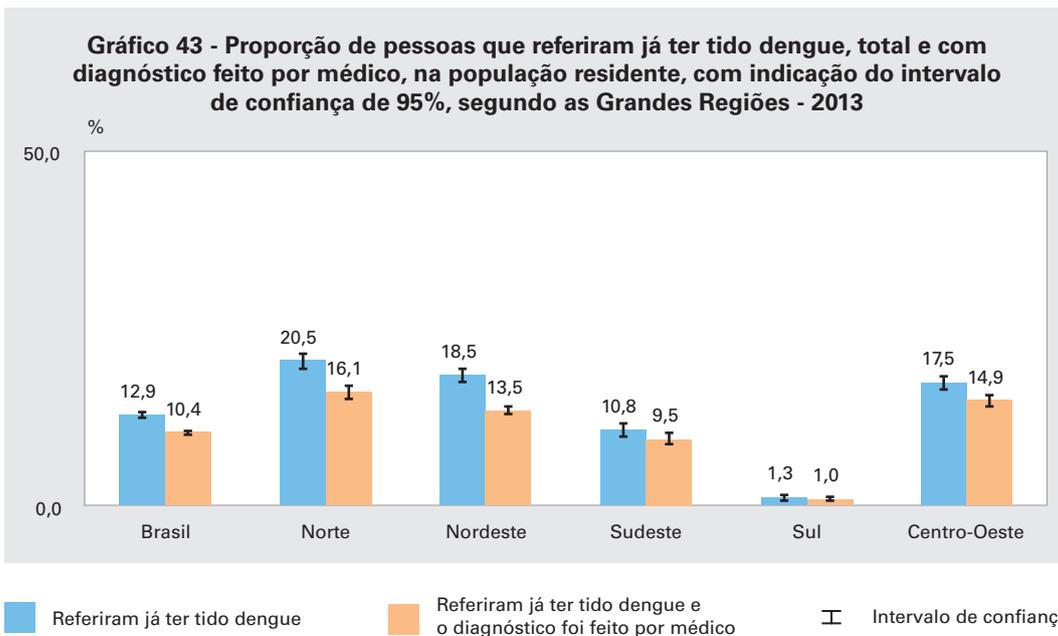
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Dengue

A dengue é uma doença febril aguda transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*. Sua disseminação é comum em países tropicais, como o Brasil, onde o meio ambiente favorece o desenvolvimento do mosquito transmissor do vírus. Por se espalhar rapidamente, a dengue constitui-se em importante problema de saúde pública.

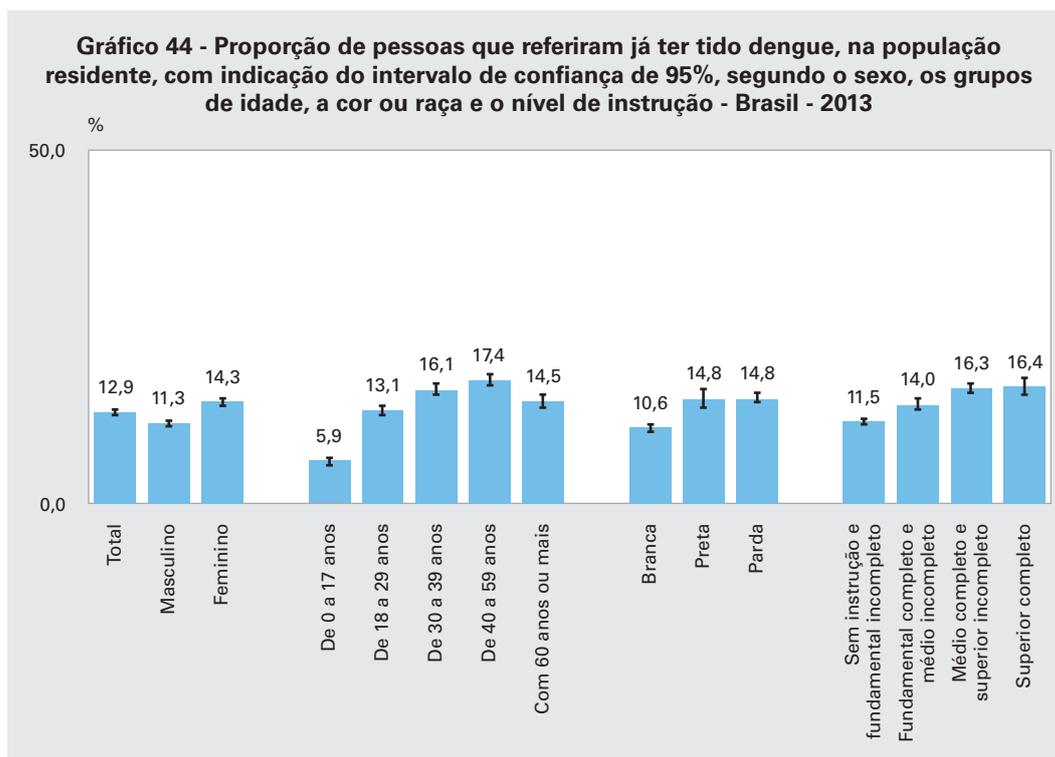
A PNS investigou, além da visita de agentes de combate às endemias nos últimos 12 meses no domicílio entrevistado, se algum morador já havia tido dengue. Em 2013, 12,9% da população (25,8 milhões) referiram já ter tido dengue alguma vez na vida. As proporções foram maiores que a média nacional nas Regiões Norte (20,5%), Nordeste (18,5%) e Centro-Oeste (17,5%). Na Região Sudeste, 10,8% das pessoas referiram já ter tido a doença. Na Região Sul, foi encontrada a menor proporção (1,3%). Por situação no domicílio, as proporções foram de 13,8% das pessoas residentes na área urbana e 7,7% na área rural do País.

Considerando o diagnóstico feito por médico, o percentual da população que referiu já ter tido dengue, no Brasil, reduziu para 10,4% (20,8 milhões de pessoas).



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

As proporções de pessoas que referiram já ter tido dengue foram superiores à média nacional para: mulheres (14,3%); pessoas de 40 a 59 anos de idade (17,4%); pessoas de cor preta e parda (14,8% em ambos os casos); e entre as pessoas com nível médio completo ou superior incompleto (14,0%) e superior completo (16,4%). A menor proporção encontrada foi entre as pessoas de 0 a 17 anos de idade (5,9%).



Intervalo de confiança

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

Discriminação no serviço de saúde

A investigação sobre discriminação no atendimento de saúde, acidentes e violência, bem como sobre saúde bucal, foi realizada com base em uma amostra de moradores de 18 anos ou mais de idade, selecionados aleatoriamente, um em cada domicílio.

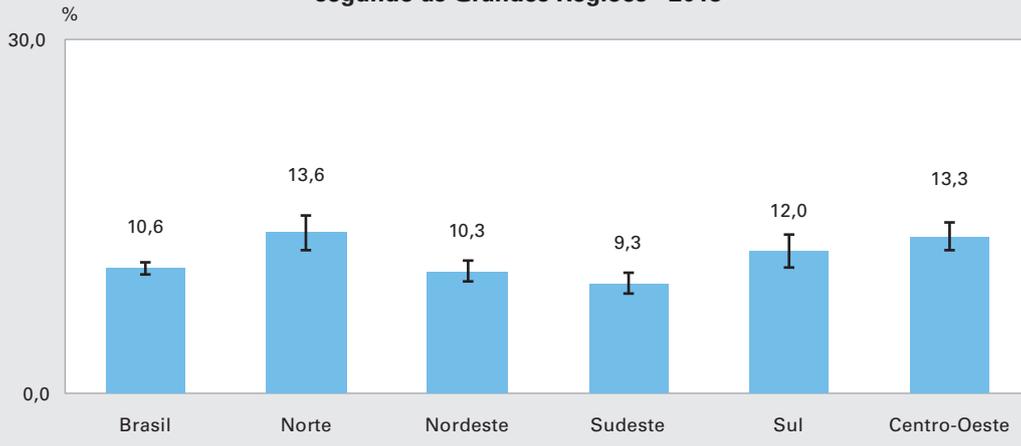
De acordo com a PNS, em 2013, havia 146,3 milhões de pessoas de 18 anos ou mais de idade no Brasil, e, destas, 10,6% (15,5 milhões) afirmaram que já se sentiram discriminadas ou tratadas de maneira pior que as outras pessoas no serviço de saúde, por médico ou outro profissional de saúde. Os percentuais foram significativamente maiores nas Regiões Norte e Centro-Oeste: 13,6% e 13,3%, respectivamente.

Das pessoas que já se sentiram discriminadas no serviço de saúde, por médico ou outro profissional de saúde no Brasil, destacaram-se: as mulheres (11,6%); as pessoas de 30 a 39 anos (11,9%) e de 40 a 59 anos de idade (12,0%); as pessoas de cor preta (11,9%) e parda (11,4%); e as pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto (11,8%).

A pesquisa também investigou os motivos percebidos pelas pessoas que se sentiram discriminadas no serviço de saúde. As pessoas podiam indicar mais de um quesito. Mais da metade da população de 18 anos ou mais de idade que já se sentiu discriminada no serviço de saúde respondeu, como motivos, a falta de dinheiro (53,9%) e a classe social (52,5%). A discriminação por falta de dinheiro foi significativamente mais percebida entre os homens (57,8%) do que entre as mulheres (51,1%).

Os motivos como cor ou raça, tipo de ocupação e tipo de doença obtiveram percentuais de respostas que variaram de 13,6% a 15,6% da população que já se sentiu discriminada no serviço de saúde. A idade foi motivo de discriminação sentida por 12,0% das pessoas; religião/crença, por 8,1%; sexo, por 3,7%; e preferência sexual, por 1,7%.

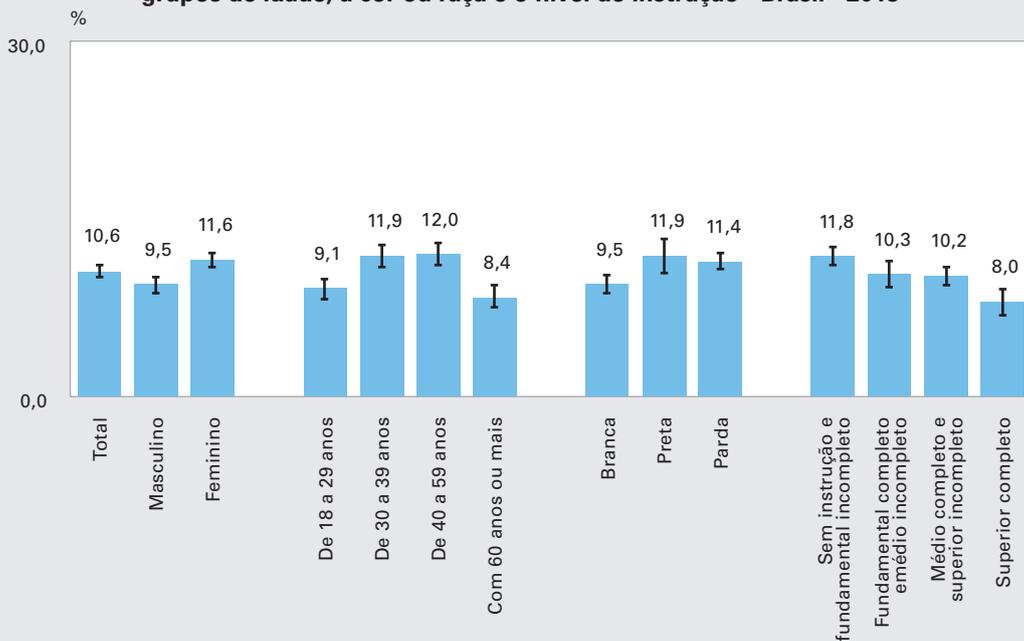
Gráfico 45 - Proporção de pessoas que já se sentiram discriminadas no serviço de saúde, na população de 18 anos ou mais de idade, por médico ou outro profissional de saúde, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões - 2013



Intervalo de confiança

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

Gráfico 46 - Proporção de pessoas que já se sentiram discriminadas no serviço de saúde, na população de 18 anos ou mais de idade, por médico ou outro profissional de saúde, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o nível de instrução - Brasil - 2013



Intervalo de confiança

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

Gráfico 47 - Proporção de pessoas que já se sentiram discriminadas no serviço de saúde, por médico ou outro profissional de saúde, na população de 18 anos ou mais de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo os motivos para a discriminação - Brasil - 2013



Intervalo de confiança

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

Acidentes e violência

Os acidentes de trânsito constituem um importante problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de óbito no mundo, além das lesões que podem causar sequelas graves e incapacitação. Na maioria dos casos, alguns cuidados são suficientes para prevenir ou minimizar este tipo de agravo, conforme alerta a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia - SBOT (CARTILHA..., 2007).

No Brasil, 79,4% das pessoas de 18 anos ou mais de idade sempre usavam cinto de segurança no banco da frente quando andavam de automóvel, *van* ou táxi. Homens e mulheres apresentaram percentuais semelhantes, que aumentam à medida que se eleva o nível de instrução, variando de 75,3% (sem instrução ou com fundamental incompleto) a 89,7% (superior completo). Na área rural, esse hábito foi menos frequente, com percentual de 59,1%, enquanto, na área urbana, foi de 82,5%.

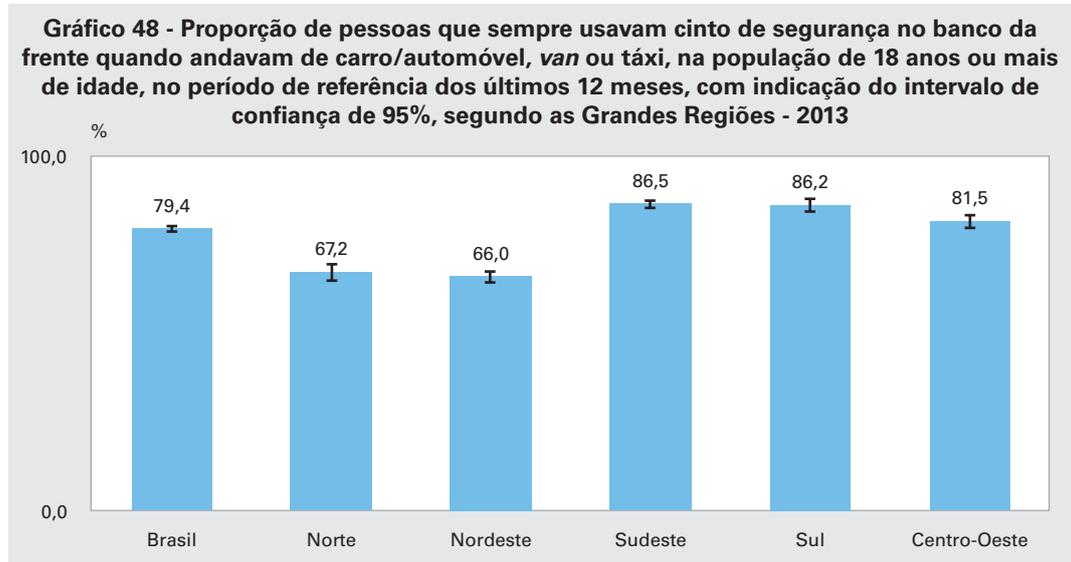
Regionalmente, as estimativas variaram de 66,0%, na Região Nordeste, a 86,5%, na Região Sudeste.

Os dados indicam que o uso do cinto de segurança tornou-se um hábito de muitos motoristas e passageiros que viajam no banco da frente do carro. Entretanto, esse cuidado deve ser extensivo aos passageiros que utilizam o banco traseiro do veículo, por oferecer, igualmente, proteção em caso de ocorrência de colisão.

No Brasil, a proporção de pessoas que sempre usavam cinto de segurança no banco de trás quando andavam de carro, *van* ou táxi, foi de 50,2%. Esse percentual aumentou com o avanço da idade e foi mais representativo na área urbana (51,1%) que na área rural (44,8%).

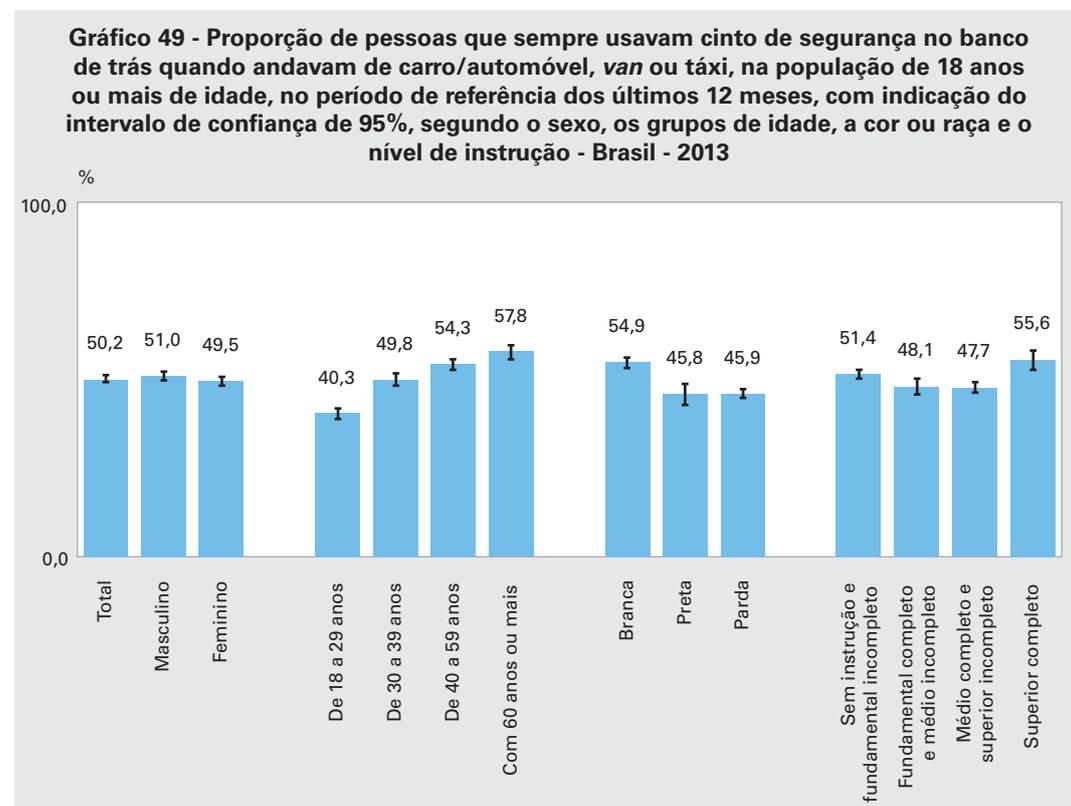
O capacete é um item fundamental e obrigatório por lei, no Brasil, para todos os motociclistas e garupas. É o equipamento para condutores e passageiros de motocicletas e similares que, quando utilizado corretamente, minimiza os efeitos causados por impacto contra a cabeça do usuário em um eventual acidente.

Dentre as Grandes Regiões do Brasil, a Centro-Oeste (94,5%), a Sul (93,9%) e a Sudeste (90,4%) destacaram-se pelos maiores percentuais de pessoas que sempre usavam capacete quando dirigiam motocicleta. As Regiões Norte (70,6%) e Nordeste (72,9%) registraram as menores proporções. Observou-se também diferença importante no hábito de utilização desse equipamento entre as pessoas residentes na área urbana (87,1%) e na rural (68,3%).



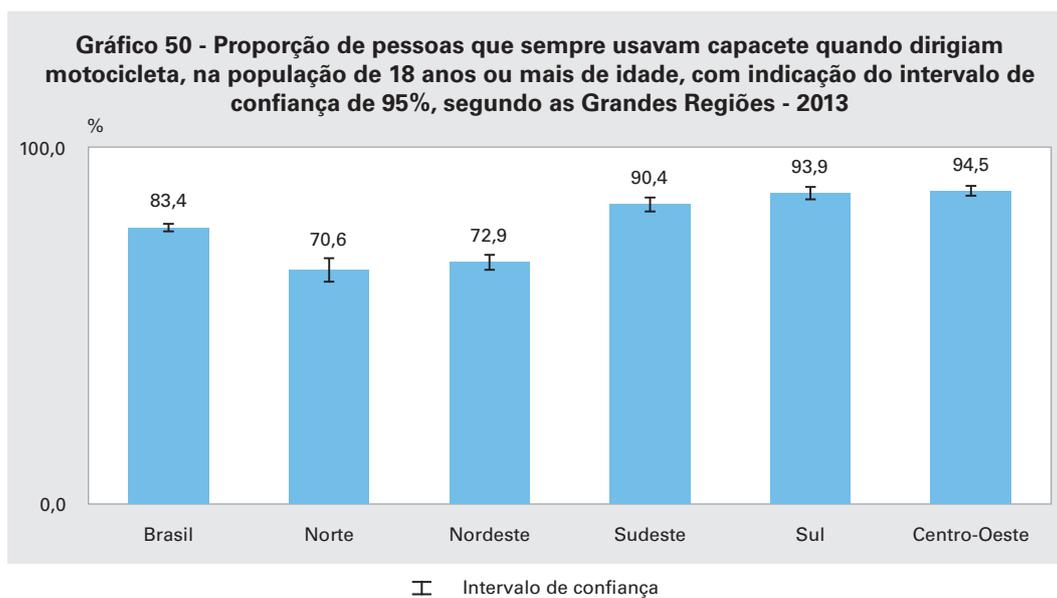
Intervalo de confiança

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



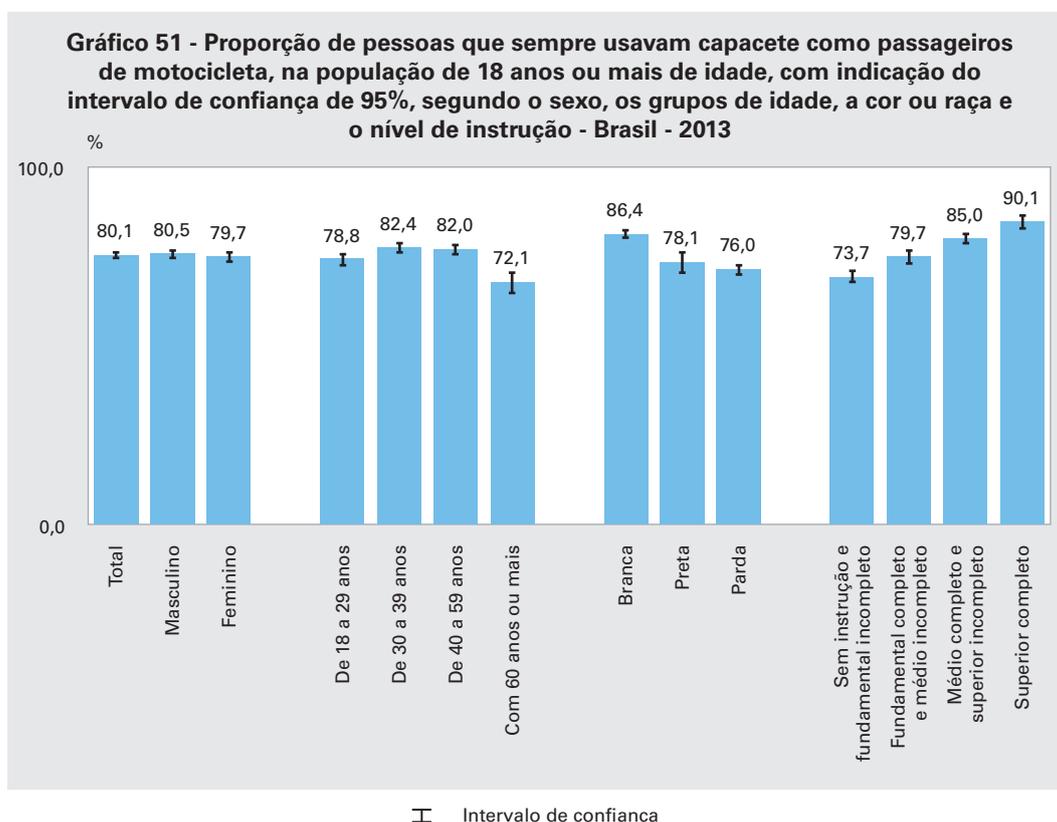
Intervalo de confiança

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



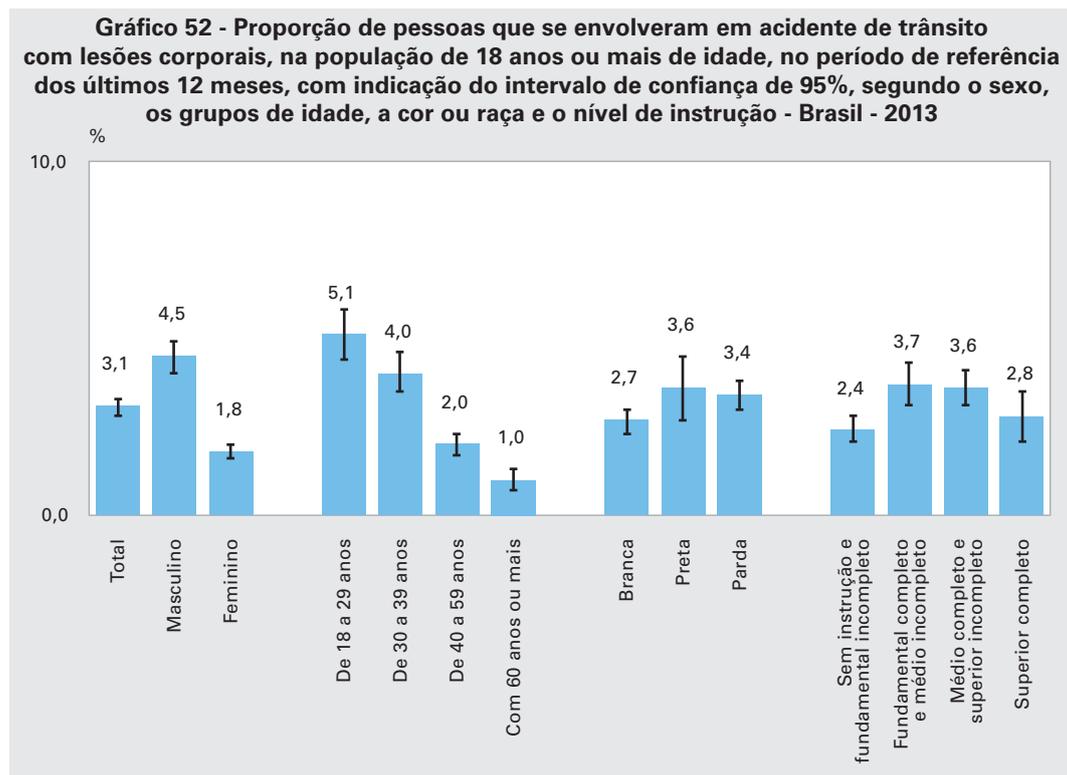
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

A proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que usavam capacete como passageiros de motocicleta, no Brasil, foi de 80,1%. Por situação do domicílio, 85,5% das pessoas residentes na área urbana possuíam esse hábito, enquanto o percentual foi significativamente menor na área rural (59,0%). As pessoas com maior nível de instrução apresentaram os maiores percentuais deste indicador.



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

A proporção de pessoas que se envolveram em acidente de trânsito com lesões corporais nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, no Brasil, foi de 3,1%. Esse percentual foi maior entre os homens, registrando 4,5%, enquanto entre as mulheres foi de 1,8%. Os grupos de idade mais jovens apresentaram maiores percentuais, enquanto, para os mais velhos, a proporção foi menor. Das pessoas que se envolveram em acidente de trânsito, 47,2% deixaram de realizar atividades habituais, e 15,2% tiveram sequelas ou incapacidades.



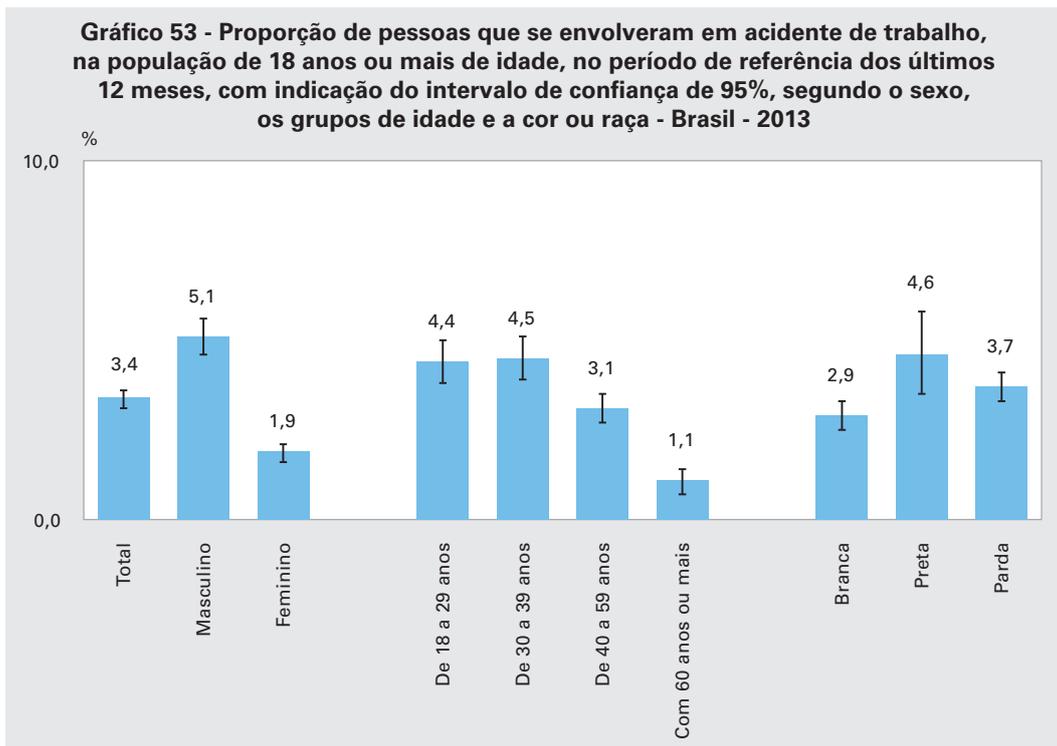
Intervalo de confiança

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

Os acidentes de trabalho ocorreram preponderantemente entre os homens, com proporção de 5,1%, enquanto, entre as mulheres, essa proporção foi de 1,9%. Esse percentual foi de 4,4% no grupo de idade de 18 a 39 anos.

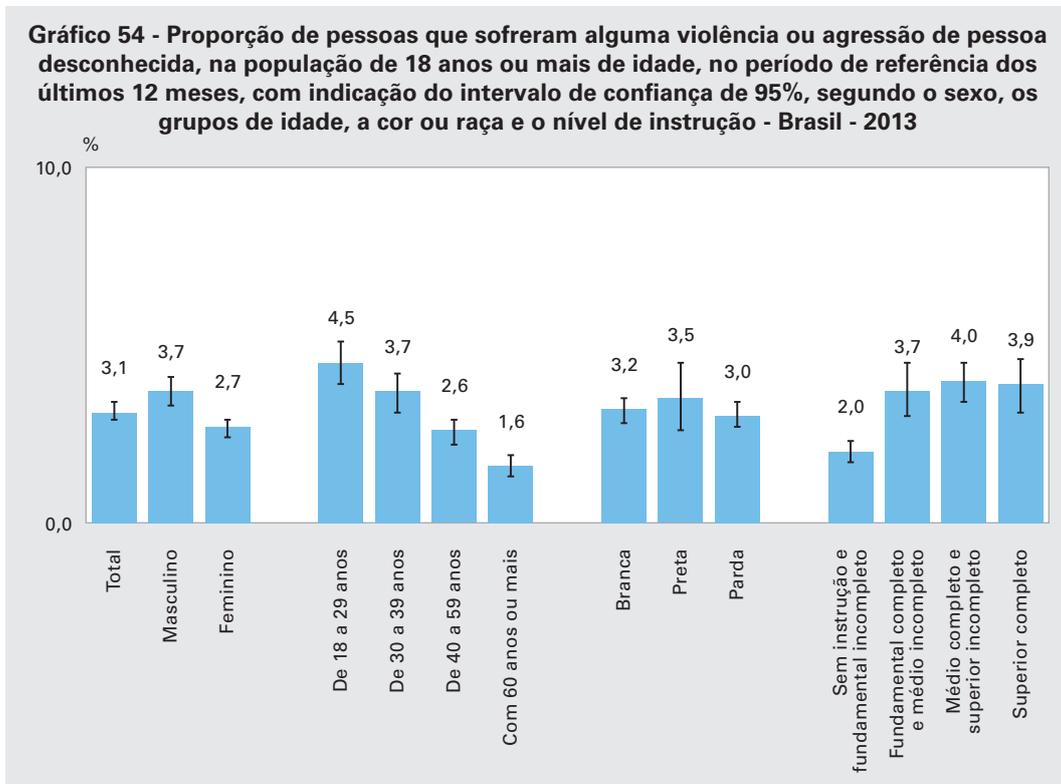
A violência, em seus mais variados contornos, pode ser identificada tanto no espaço público quanto no privado. Uma das formas de prevenir e combater a violência é monitorar, dar visibilidade e disseminar informações sobre o problema, de modo a orientar os esforços das autoridades públicas e da sociedade civil.

No Brasil, 3,1% das pessoas de 18 anos ou mais de idade sofreram alguma violência ou agressão de pessoa desconhecida nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista. Essa proporção foi maior entre os homens (3,7%) que entre as mulheres (2,7%) e diminuiu à medida que a idade se eleva. Das pessoas que sofreram violência ou agressão de pessoa desconhecida, aquelas sem instrução ou com fundamental incompleto apresentaram o menor percentual (2,0%).



Intervalo de confiança

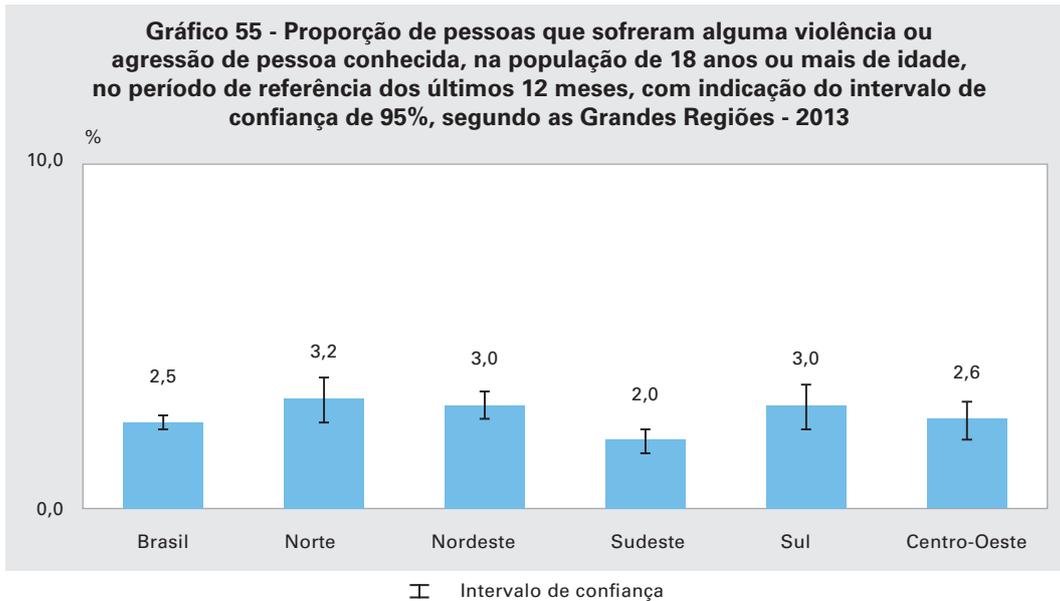
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.



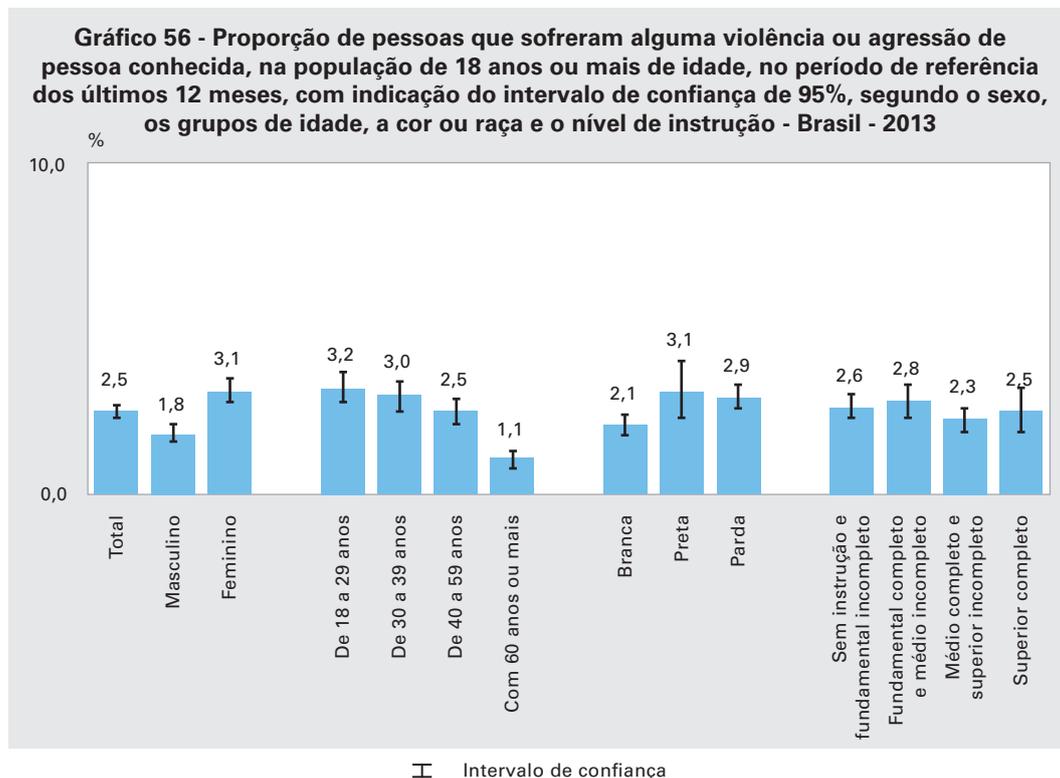
Intervalo de confiança

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

A proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que sofreram alguma violência ou agressão de pessoa conhecida nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista foi de 2,5% no Brasil. Regionalmente, foi possível observar variações de 2,0%, na Região Sudeste, a 3,2%, na Região Norte. Essa forma de violência ocorreu majoritariamente entre as mulheres (3,1%), enquanto, entre os homens, a proporção foi de 1,8%. As pessoas nos grupos de idade mais jovens estiveram mais sujeitas à violência ou agressão de pessoa conhecida que aquelas de 60 anos ou mais de idade (1,1%). Diferenças por nível de instrução não foram relevantes.



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



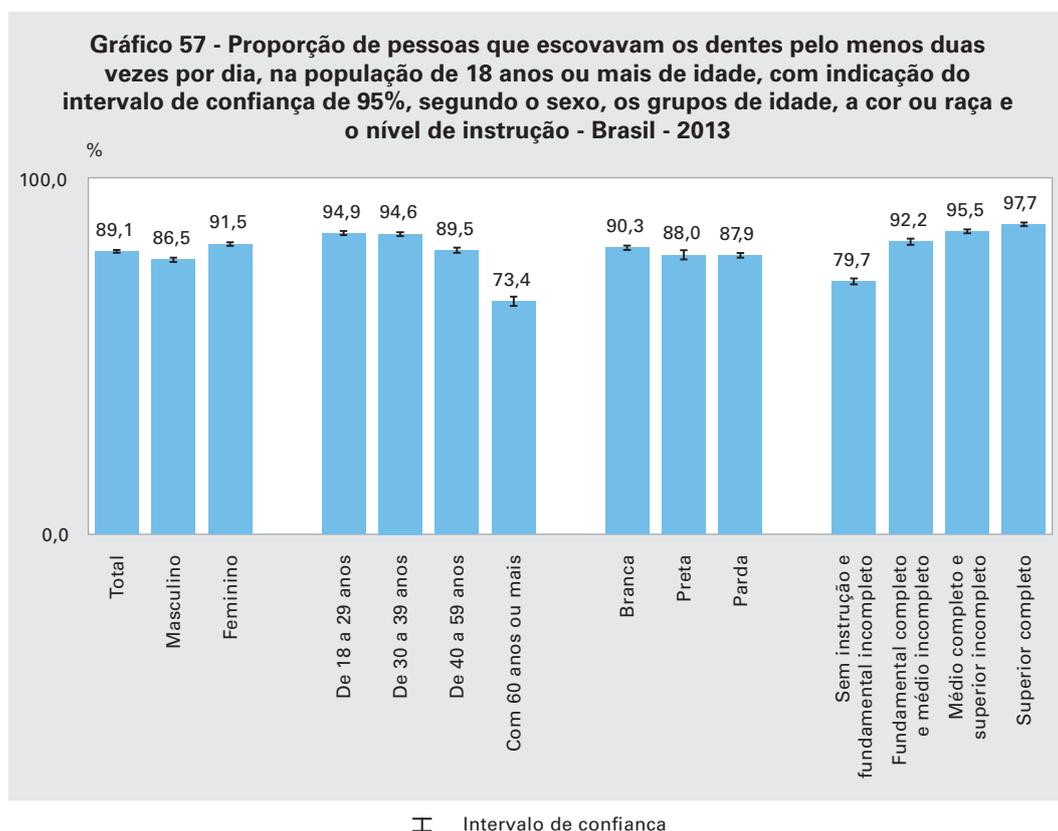
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Saúde bucal

A saúde bucal da população tem reflexo na saúde integral e na qualidade de vida de toda a sociedade. A melhoria da situação da saúde bucal se dá por meio da prevenção, especialmente de bons hábitos de escovação e visitas regulares ao consultório odontológico. A investigação do tema é um importante instrumento para proporcionar informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento.

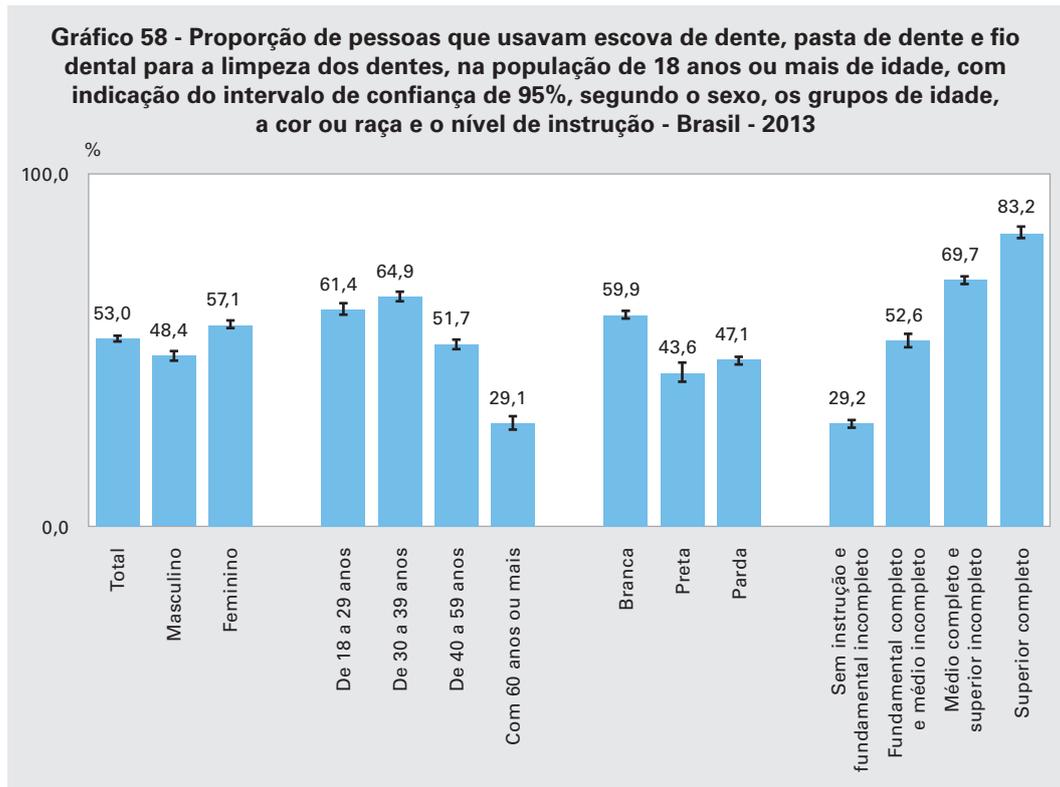
Para se conhecer a situação da saúde bucal (dentes e gengivas) da população brasileira, foram entrevistadas pessoas de 18 anos ou mais de idade.

No Brasil, 89,1% das pessoas de 18 anos ou mais de idade escovam os dentes pelo menos duas vezes por dia. Esse percentual foi menor na área rural (79,0%) que na área urbana (90,7%). As mulheres foram mais representativas (91,5%) que os homens (86,5%) na manutenção desse hábito. Observaram-se decréscimos dos percentuais com o aumento da idade.



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

Em relação aos indivíduos que usavam escova de dente, pasta de dente e fio dental para a limpeza dos dentes, o percentual entre os homens foi de 48,4% e, entre as mulheres, 57,1%. A proporção diminuiu com o aumento da idade. O percentual foi mais expressivo quanto maior o nível de instrução: 29,2% das pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto tinham esses hábitos, enquanto, entre as pessoas com nível superior completo, esse percentual foi de 83,2%.



Intervalo de confiança

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

Das pessoas de 18 anos ou mais de idade, 46,8% trocavam a escova de dente por uma nova com menos de três meses de uso. Entre os mais jovens, esse hábito foi mais frequente que entre os mais velhos, assim como entre as pessoas com maior nível de instrução.

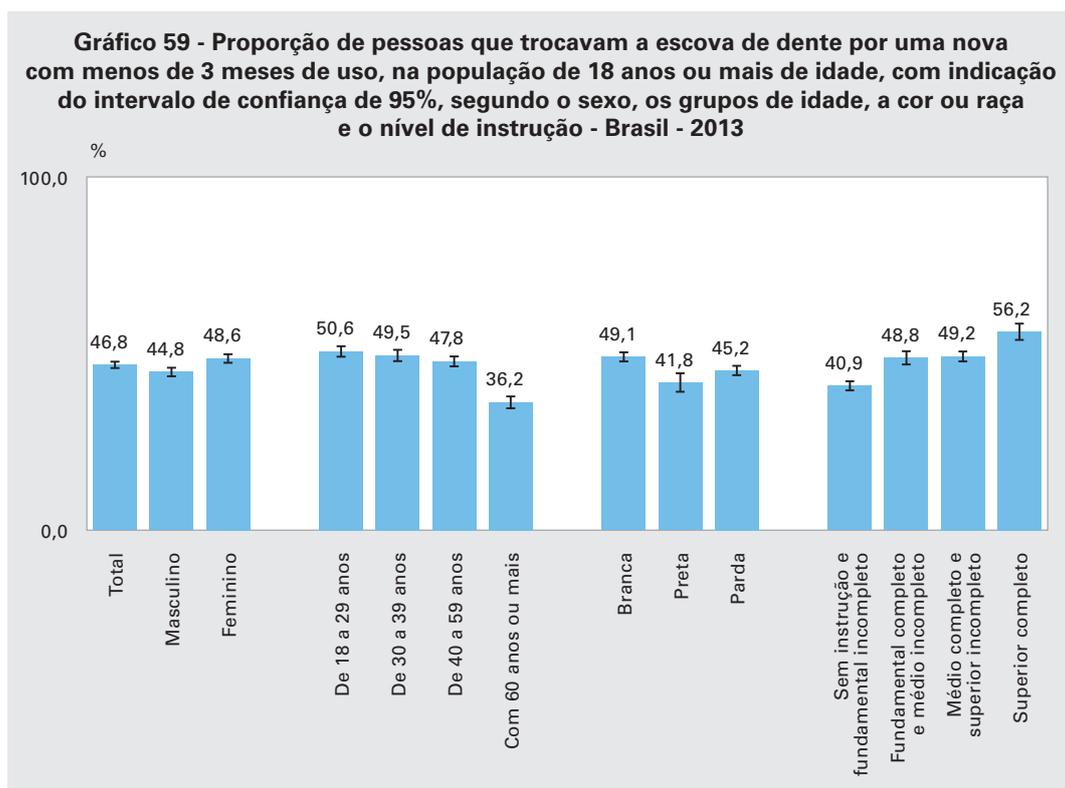
Em 2013, 67,4% das pessoas de 18 anos ou mais de idade avaliaram a sua saúde bucal como boa ou muito boa. As estimativas variaram de 58,8%, na Região Nordeste, a 72,2%, nas Regiões Sul e Sudeste.

No Brasil, 1,4% dos homens e 1,7% das mulheres tinham grau intenso ou muito intenso de dificuldade para se alimentar por problemas nos dentes ou dentadura. Essa dificuldade foi mais presente nos grupos de pessoas de 40 a 59 anos e de 60 anos ou mais de idade, bem como naquelas sem instrução ou com fundamental incompleto.

O atendimento odontológico no Brasil, em 2013, ocorreu preponderantemente em consultório particular ou clínica privada, totalizando 74,3% dos atendimentos. As unidades básicas de saúde foram responsáveis por 19,6% dos atendimentos.

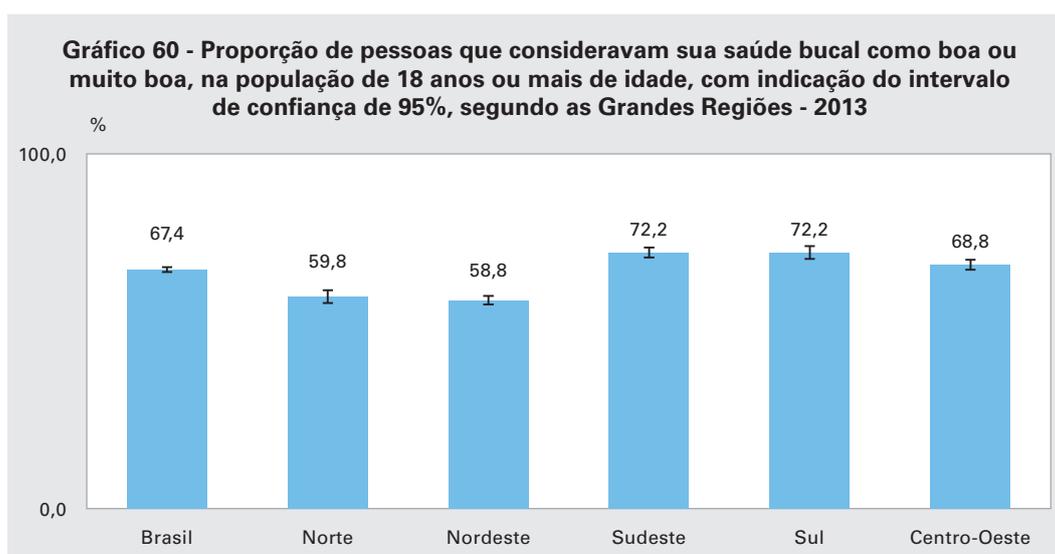
A pesquisa estimou que, das pessoas de 18 anos ou mais de idade, 11,0% perderam todos os dentes, o que corresponde a um contingente de 16,0 milhões, sendo maior a proporção entre as mulheres (13,3%) que entre homens (8,4%). Aproximadamente 41,5% das pessoas de 60 anos ou mais de idade perderam todos os dentes, tendo ocorrido o mesmo com 22,8% das pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto.

Da população masculina de 18 anos ou mais de idade, 8,4% perderam todos os dentes, 19,3% perderam 13 ou mais dentes, e 28,3% usavam algum tipo de prótese. Apesar de as mulheres terem revelado melhor prevenção à saúde bucal, foram elas as que mais perderam dentes e as que mais usavam prótese dentária, em 2013.



▮ Intervalo de confiança

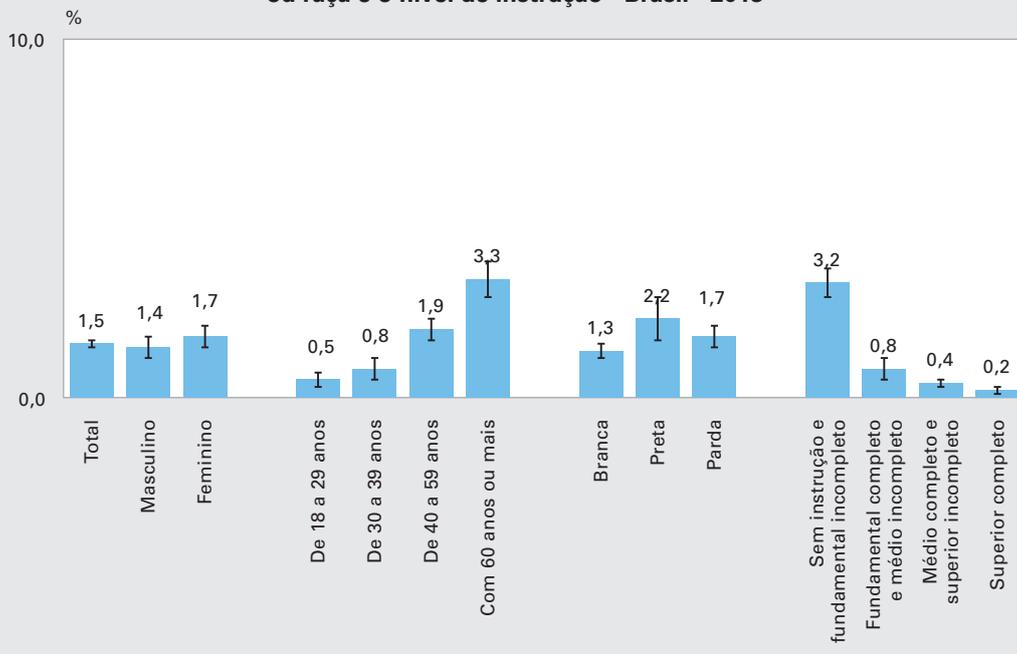
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.



▮ Intervalo de confiança

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

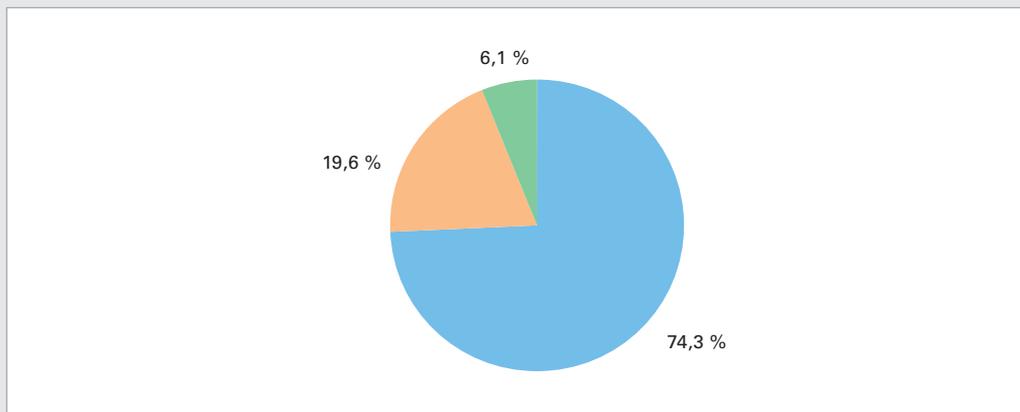
Gráfico 61 - Proporção de pessoas que tinham grau intenso ou muito intenso de dificuldade para se alimentar por problemas nos dentes ou dentadura, na população de 18 anos ou mais de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o nível de instrução - Brasil - 2013



Intervalo de confiança

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

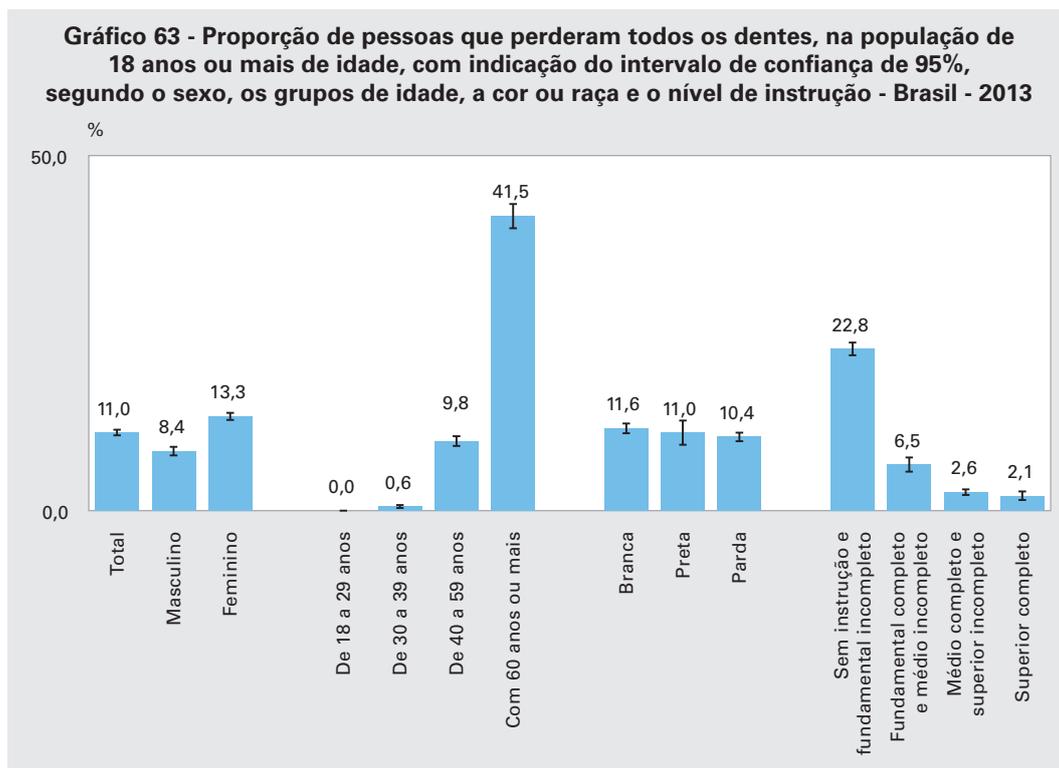
Gráfico 62 - Distribuição percentual das pessoas que procuraram atendimento odontológico, no período de referência dos últimos 12 meses, por local de atendimento - Brasil - 2013



Consultório particular ou clínica privada Unidade Básica de Saúde Outros (1)

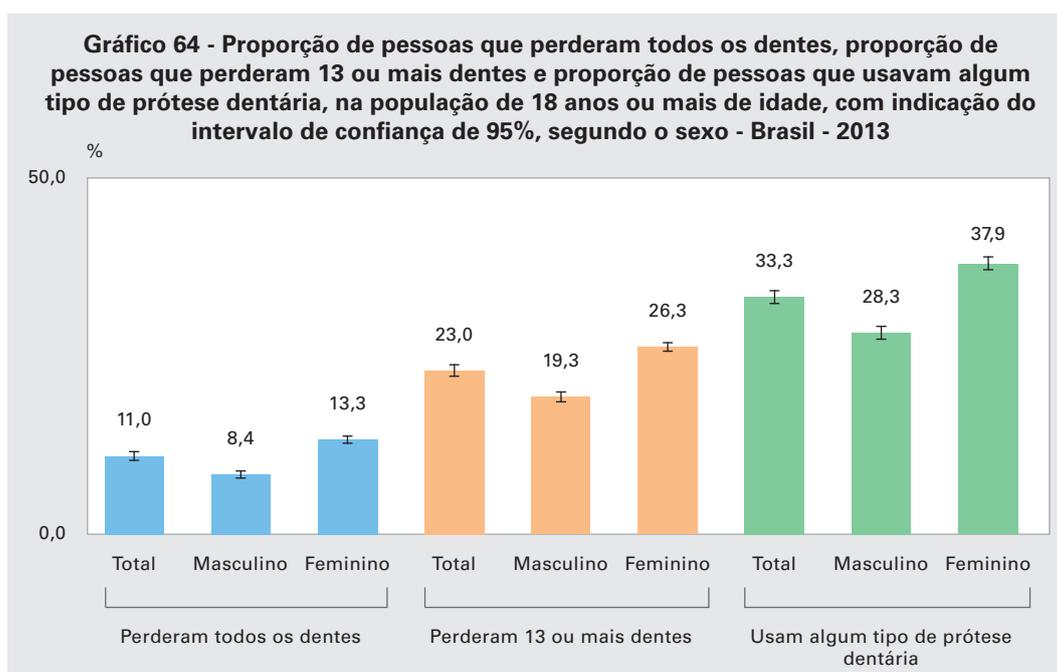
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

(1) Inclui centro de especialidades, policlínica pública ou Posto de Assistência Médica (PAM), unidade de pronto atendimento público ou emergência de hospital público, centro de especialidades odontológicas, hospital público/ambatório, e pronto atendimento ou emergência de hospital privado.



Intervalo de confiança

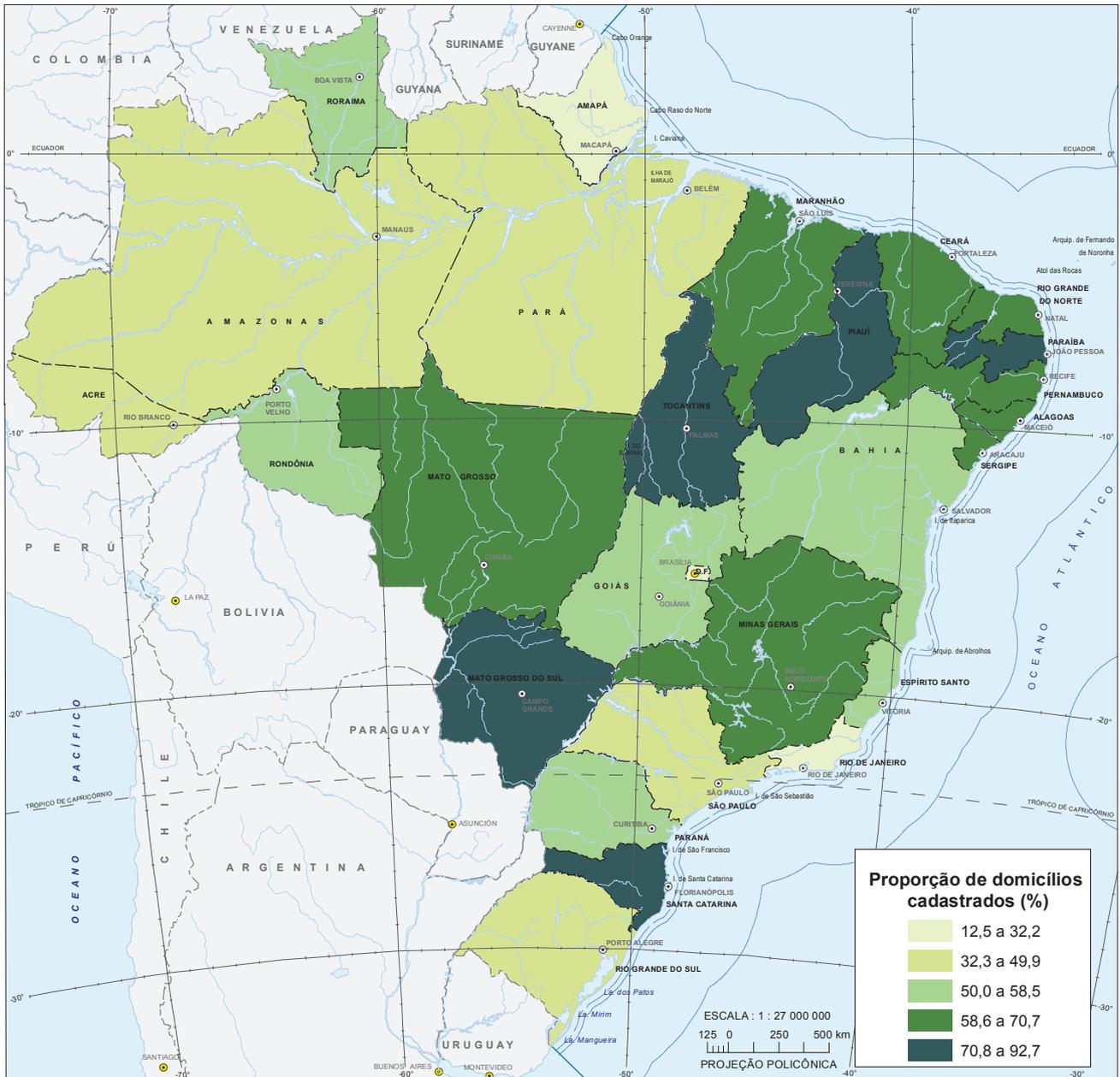
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.



Intervalo de confiança

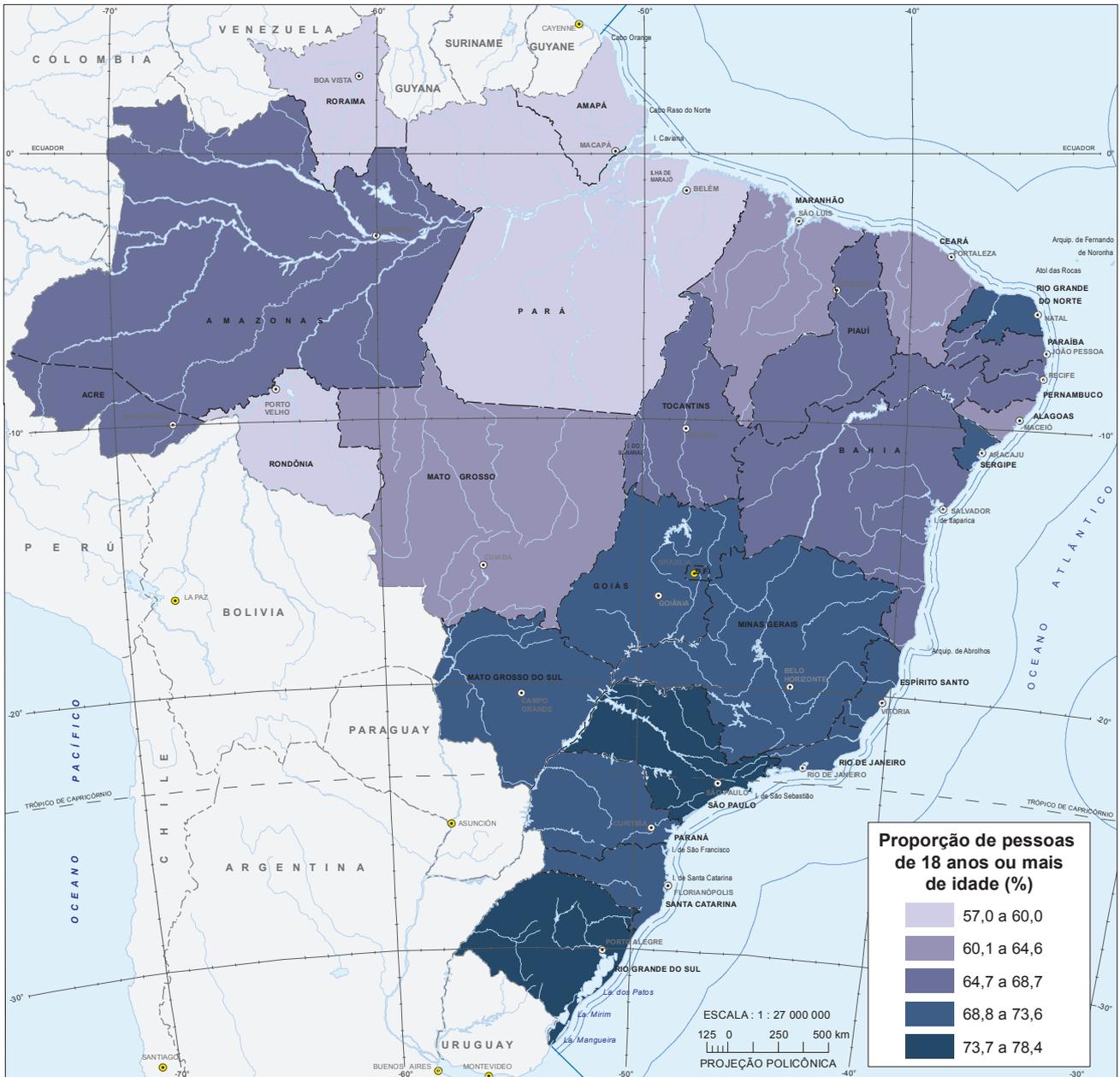
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Cartograma 1 - Proporção de domicílios cadastrados em unidade de saúde da família, no total de domicílios particulares permanentes, segundo as Unidades da Federação - 2013



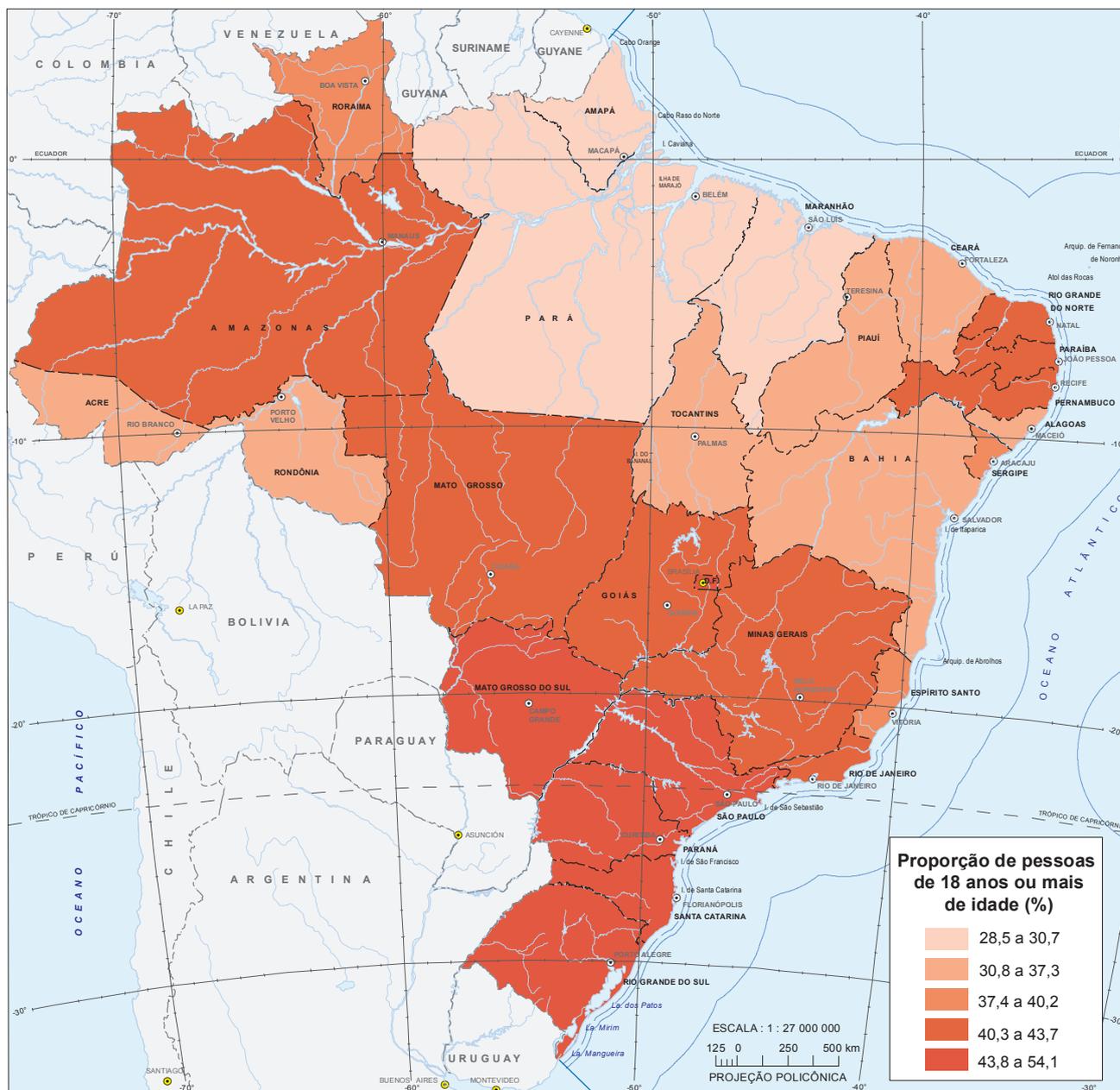
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Cartograma 3 - Proporção de pessoas que consultaram médico, na população residente, no período de referência dos últimos 12 meses, segundo as Unidades da Federação - 2013



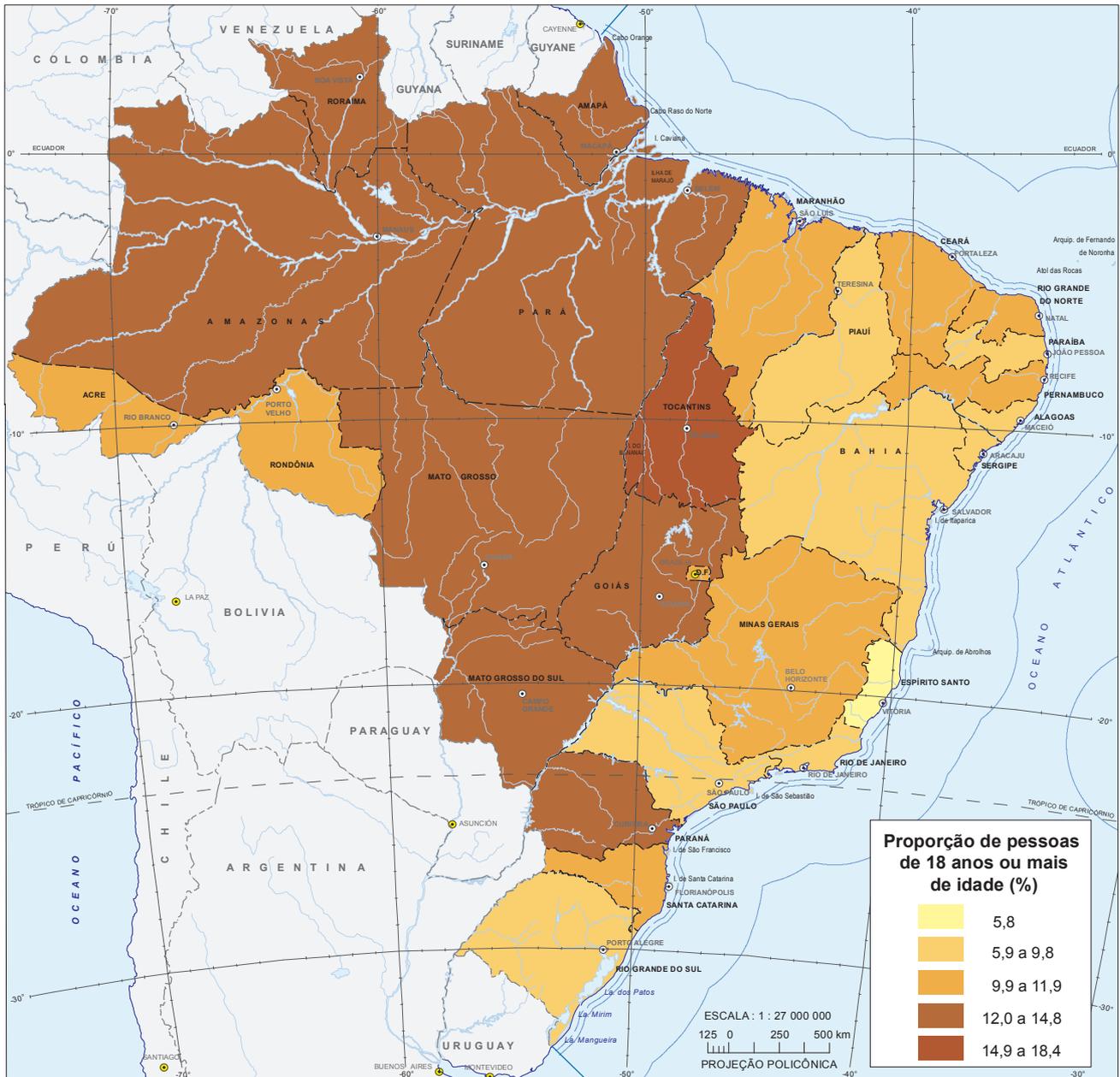
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Cartograma 4 - Proporção de pessoas que consultaram dentista, na população residente, no período de referência dos últimos 12 meses, segundo as Unidades da Federação - 2013



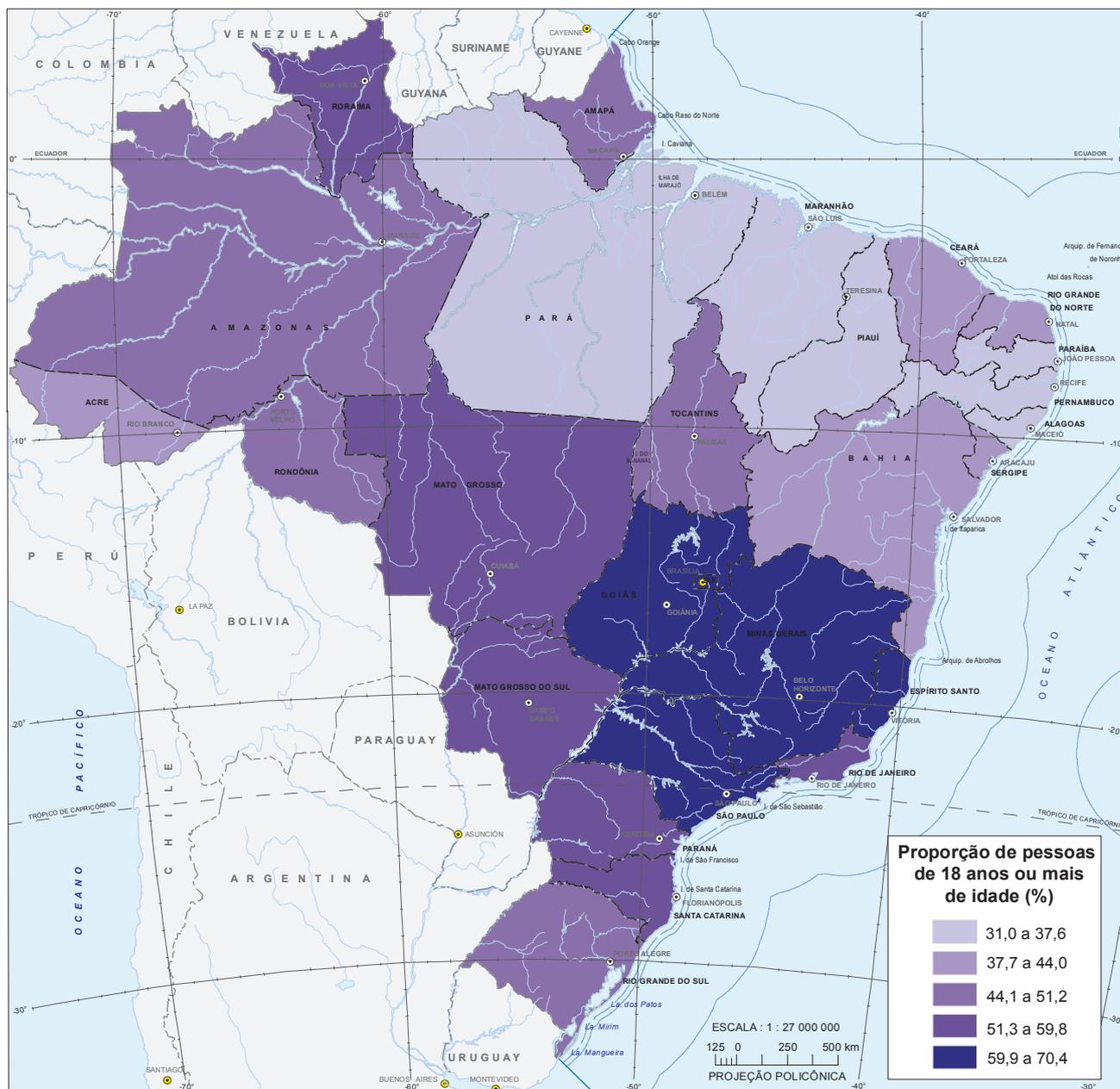
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Cartograma 5 - Proporção de pessoas que já se sentiram discriminadas no serviço de saúde, por médico ou outro profissional de saúde, na população de 18 anos ou mais de idade, segundo as Unidades da Federação - 2013



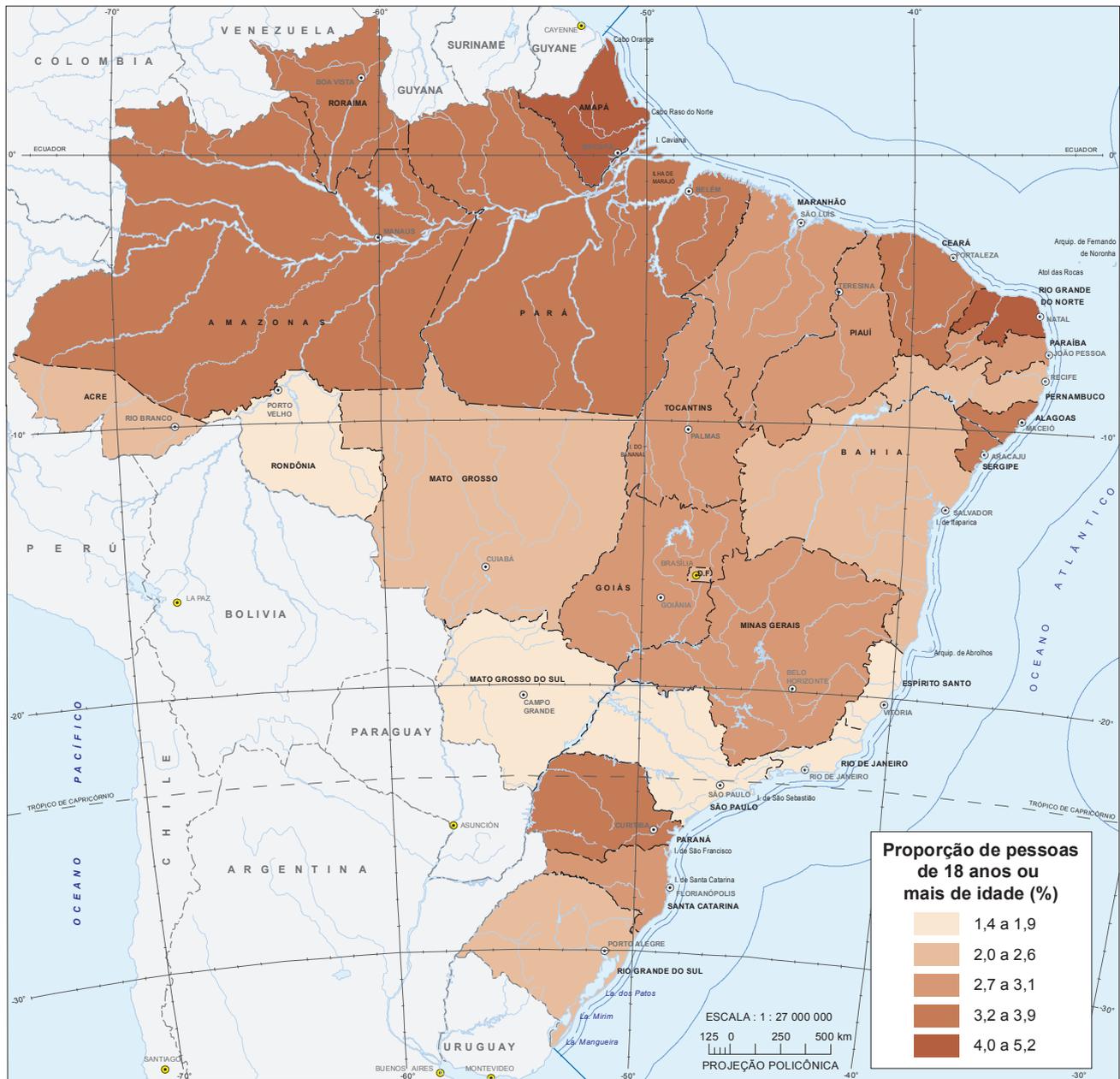
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Cartograma 6 - Proporção de pessoas que usavam escova de dente, pasta de dente e fio dental para a limpeza dos dentes, na população de 18 anos ou mais de idade, segundo as Unidades da Federação - Brasil - 2013



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

Cartograma 7 - Proporção de pessoas que sofreram alguma violência ou agressão de pessoa conhecida, na população de 18 anos ou mais de idade, no período de referência dos últimos 12 meses, 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/iciict/758/2/LANDMANN_TRAVASSOS_VIACAVA_Methodological%20Concerns_2001.pdf>. Acesso em: abr. 2015.

BARROS, M. B. de A. et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 16, n. 9, p. 3755-3768, set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a12v16n9.pdf>>. Acesso em: abr. 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: abr. 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: abr. 2015.

BOTTLE, A. et al. Association between quality of primary care and hospitalization for coronary heart disease in England: national cross-sectional study. *Journal of General Internal Medicine*, New York: Springer, v. 23, n. 2, p. 135-141, Feb. 2008. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s11606-007-0390-2>>. Acesso em: abr. 2015.

BRASIL. Lei nº 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 nº 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: abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Agente comunitário de saúde*. Brasília, DF, [2015]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=agente_comunitario_saude>. Acesso em: abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, DF, 2011a. 154 p. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Programa agentes comunitários de saúde - PACS*. Brasília, DF, 2001. 40 p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>>. Acesso em: abr. 2015.

_____. *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: abr. 2015.

CARTILHA de trânsito: dicas para você viver mais e melhor! São Paulo: Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia - SBOT, [2007]. 16 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_transito.pdf>. Acesso em: abr. 2015.

DIXON, J. et al. The health equity dimensions of urban food systems. *Journal of Urban Health*, New York: Springer, v. 84, suppl. 1, p. 118-129, May 2007. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s11524-007-9176-4>>. Acesso em: abr. 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: abr. 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: abr. 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: abr. 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: abr. 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.

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: abr. 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: abr. 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: abr. 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: abr. 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-00000aabb0f01&acdnat=1417183455_a2c52450239e62aaf3c2160d4c604691>. Acesso em: abr. 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: abr. 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: abr. 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: abr. 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: abr. 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/condicaoodevida/pof/2008_2009_encaa/default.shtm>. Acesso em: abr. 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: abr. 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: abr. 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: abr. 2015.

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: abr. 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: abr. 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: abr. 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: abr. 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: abr. 2015.

STINEMAN, M. G. et al. Estimating health-related quality of life in populations through cross-sectional surveys. *Medical Care*, Philadelphia: Lippincott Williams & 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: abr. 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: abr. 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: abr. 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: abr. 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: abr. 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: abr. 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: abr. 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: abr. 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: abr. 2015.

VASCONCELLOS, M. T. L. de; SILVA, P. L. do N.; SZWARCOWALD, 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: abr. 2015.

VIACAVA, 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: abr. 2015.

VIACAVA, F.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. de; SZWARCOWALD, C. L. Coverage of the Brazilian population 18 years and older by private health plans: an analysis of data from the world health survey=Cobertura da população brasileira com 18 anos ou mais por plano de saúde privado: uma análise dos dados da pesquisa mundial de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP, v. 21, supl. 1, p. S119-S128, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21s1/13.pdf>>. Acesso em: abr. 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: abr. 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: abr. 2015.

VIVA: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 301 p. (Série G. Estatística e informação em saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencias_acidentes.pdf>. Acesso em: abr. 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: abr. 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: abr. 2015.

Glossário

agente comunitário de saúde Pessoa que tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal. São consideradas atividades do agente comunitário de saúde, na sua área de atuação: a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. *Ver também* Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

agente de combate às endemias Pessoa que tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado. O agente de combate às endemias trabalha em contato direto com a população, realizando a vistoria de residências, depósitos, terrenos baldios e estabelecimentos comerciais em busca de focos endêmicos. Entre as atividades realizadas, destacam-se: a inspeção cuidadosa de caixas d'água, calhas e telhados; a aplicação de larvicidas e inseticidas; a orientação da população quanto à prevenção

e ao tratamento de doenças infecciosas; além do recenseamento de animais. Essas atividades são fundamentais para prevenir e controlar doenças, como dengue, chagas, leishmaniose e malária.

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.

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).

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

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

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.

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

cadastramento em Unidade de Saúde da Família Classificação do domicílio particular permanente, quanto à condição de estar registrado na Unidade de Saúde da Estratégia Saúde da Família, em: cadastrado ou não cadastrado.

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

especiais. *Ver também* local que costuma procurar quando está doente ou precisando de atendimento de saúde.

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.

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.

condição de atividade Classificação da pessoa em idade de trabalhar em: pessoa na força de trabalho e pessoa fora da força de trabalho na semana de referência da pesquisa.

condição em relação à força de trabalho Classificação da pessoa na força de trabalho em: ocupada ou desocupada na semana de referência da pesquisa.

condição na unidade domiciliar Classificação dos componentes da unidade domiciliar quanto à relação de parentesco ou de convivência existente entre cada membro e a pessoa de referência da unidade domiciliar ou com o seu cônjuge, em: pessoa de referência - pessoa responsável pela unidade domiciliar ou assim considerada pelos demais membros; cônjuge - pessoa que vive conjugalmente com a pessoa de referência da unidade domiciliar, existindo ou não vínculo matrimonial; filho - pessoa que é filho, enteado, filho adotivo ou de criação da pessoa de referência da unidade domiciliar ou do seu cônjuge; outro parente - pessoa que tem qualquer grau de parentesco com a pessoa de referência da unidade domiciliar ou com o seu cônjuge, exclusive os relacionados anteriormente; agregado - pessoa que não é parente da pessoa de referência da unidade domiciliar ou do seu cônjuge e não paga por hospedagem nem alimentação na unidade domiciliar; pensionista - pessoa que não é parente da pessoa de referência da unidade domiciliar ou do seu cônjuge e paga pela sua hospedagem ou alimentação na unidade domiciliar; empregado doméstico - pessoa que presta serviços domésticos remunerados, em dinheiro ou somente em benefícios, a membro(s) da unidade domiciliar; ou parente do empregado doméstico - pessoa que é parente do empregado doméstico e não presta serviços domésticos remunerados a membro(s) da unidade domiciliar.

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

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.

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

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).

costume de procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde Hábito que a pessoa tem de procurar o mesmo lugar, profissional ou serviço quando precisa de atendimento de saúde (hospital, posto ou centro de saúde, ambulatório, clínica, farmácia, médico alopata ou homeopata, profissional de saúde, inclusive de acupuntura, *shiatsu* etc.)

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.

dengue Doença viral transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, cujos principais sintomas são a febre alta (39°C a 40°C) de início abrupto que, geralmente, dura de 2 a 7 dias, acompanhada de cefaleia, mialgia, artralgia, prostração, astenia, dor retroorbital, exantema ou prurido cutâneo. A confirmação dos casos é feita laboratorialmente (sorologia IgM, NS1 teste rápido ou ELISA, isolamento viral, PCR, imunohistoquímica). Existem quatro tipos diferentes de vírus da dengue: DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4.

densidade domiciliar Relação entre o número de pessoas moradoras nos domicílios particulares permanentes visitados e o número de domicílios particulares visitados.

dependência doméstica Relação estabelecida entre a pessoa de referência e os empregados domésticos e agregados da unidade domiciliar.

destino do lixo Classificação do destino dado ao lixo do domicílio particular permanente, em: coletado diretamente - quando o lixo é coletado diretamente por serviço ou empresa de limpeza, pública ou privada, que atende ao logradouro em que se situa o domicílio; coletado indiretamente - quando o lixo é depositado em caçamba, tanque ou depósito de serviço ou empresa de limpeza, pública ou privada, que posteriormente o recolhe; ou outro - quando o lixo domiciliar é: queimado ou enterrado no terreno ou na propriedade em que se situa o domicílio; jogado, queimado ou enterrado em terreno baldio ou

logradouro; jogado nas águas ou nas margens de rio, lago ou mar; ou tem destino diferente dos enumerados anteriormente.

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

discriminação Atitude adversa em relação a uma pessoa em virtude de suas características específicas (raça, gênero, orientação sexual, nacionalidade, religião, situação social etc.). Uma atitude discriminatória resulta na destruição ou no comprometimento dos direitos fundamentais do indivíduo, prejudicando-o no seu contexto social, cultural, político ou econômico. *Ver também* motivo da discriminação no serviço de saúde.

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.

educação de jovens e adultos Modalidade da educação oferecida às pessoas de 15 anos ou mais de idade que não tiveram acesso ou continuidade de estudo, na idade apropriada, no ensino fundamental ou no ensino médio. No passado, a educação de jovens e adultos teve as seguintes denominações: artigo 99 e supletivo.

empreendimento Empresa, instituição, entidade, firma, negócio etc., ou, ainda, o trabalho sem estabelecimento, desenvolvido individualmente ou com ajuda de outras pessoas (empregados, sócios ou trabalhadores não remunerados). Por convenção, o trabalho no serviço doméstico remunerado foi considerado como se fosse um empreendimento, independentemente do número de unidades domiciliares em que a pessoa prestava este serviço.

empregado Pessoa que trabalha para um empregador (pessoa física ou jurídica), geralmente obrigando-se ao cumprimento de uma jornada de trabalho e recebendo em contrapartida remuneração em dinheiro, mercadorias, produtos ou benefícios (moradia, comida, roupas etc.), inclusive a pessoa que presta o serviço militar obrigatório e, também, o sacerdote, ministro de igreja, pastor, rabino, frade, freira e outros clérigos.

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

energia elétrica Classificação da existência de energia elétrica no domicílio particular permanente, de acordo com a origem do abastecimento, em: rede geral - quando o domicílio possui iluminação elétrica proveniente de rede geral (com ou sem medidor ou relógio que registre o consumo do domicílio), gerador, conversor de energia solar etc.; outra origem (gerador, placa solar, eólica etc.) - quando a forma de iluminação do domicílio não se enquadra na categoria anteriormente descrita, ou quando o domicílio não possui qualquer forma de iluminação.

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.

esgotamento sanitário Escoadouro do banheiro ou sanitário de uso dos moradores do domicílio particular permanente classificado, quanto ao tipo, em: rede coletora (de esgoto ou pluvial) - quando a canalização das águas servidas e dos dejetos está ligada a um sistema de coleta que os conduz a um desaguadouro geral da área, região ou município, mesmo que o sistema não disponha de estação de tratamento da matéria esgotada; fossa séptica - quando as águas servidas e os dejetos são esgotados para uma fossa séptica, onde passam por um processo de tratamento ou decantação, sendo a parte líquida absorvida no próprio terreno ou canalizada para um desaguadouro geral da área, região ou município; ou outro - quando os dejetos são esgotados para uma fossa rudimentar (fossa negra, poço, buraco etc.) ou diretamente para uma vala a céu aberto, rio, lago ou mar, ou quando o escoadouro não se enquadra em quaisquer dos tipos descritos anteriormente.

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.

forma de acesso ao plano de saúde Classificação da forma de acesso do titular ao seu plano de saúde, único ou principal, em: através do trabalho - quando a despesa de mensalidade do plano de saúde é integralmente ou parcialmente paga pelo empregador do titular ou parcialmente paga pelo anterior empregador do titular; diretamente ao plano - quando o titular é o único responsável pela despesa de mensalidade do seu plano de saúde; ou outro - quando a despesa de mensalidade do plano de saúde da pessoa é integralmente paga por outro morador da unidade domiciliar ou por pessoa não moradora da unidade domiciliar ou de forma distinta das descritas anteriormente, como, por exemplo, pagamento dividido entre moradores e não moradores, entre titular e dependente etc.

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

hábito de procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde Hábito que a pessoa tem de procurar o mesmo lugar, profissional ou serviço quando precisa de atendimento de saúde, independentemente de ser um serviço formal (farmácia, hospital, posto ou centro de saúde, ambulatório, clínica ou médico, alopata ou homeopata, profissional de saúde, inclusive de acupuntura, *shiatsu* etc.) ou informal (centro espírita, curandeiro etc.).

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.

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.

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

local de atendimento por dentista Ver centro de especialidades odontológicas

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

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

motivo da discriminação no serviço de saúde Motivo pelo qual a pessoa se sentiu discriminada ou tratada pior do que outras pessoas no serviço de saúde, por algum médico ou outro profissional de saúde, classificado da seguinte forma: falta de dinheiro - quando a pessoa sofreu uma atitude discriminatória relacionada à sua situação financeira; classe social - quando a pessoa sofreu uma atitude discriminatória relacionada à sua classe social; raça/cor - quando a pessoa sofreu uma atitude discriminatória relacionada à sua raça/cor; tipo de ocupação - quando a pessoa sofreu uma atitude discriminatória relacionada ao seu tipo de ocupação; tipo de doença - quando a pessoa sofreu uma atitude discriminatória relacionada ao seu tipo de doença; preferência sexual - quando a pessoa sofreu uma atitude discriminatória relacionada à sua preferência sexual, por ser heterossexual ou homossexual, por exemplo; religião/crença - quando a pessoa sofreu uma atitude discriminatória relacionada à sua religião/crença; sexo - quando a pessoa sofreu uma atitude discriminatória relacionada ao seu sexo, seja por ser homem, seja por ser mulher; idade - quando a pessoa sofreu uma atitude discriminatória relacionada à sua idade, seja por ser jovem, seja por ser idosa; ou outro motivo - quando a pessoa sofreu uma atitude discriminatória relacionada a algum outro motivo não descrito.

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.); reabilita o ou terapia - quando a pessoa procurou atendimento para recuperação física, mental ou social (fisioterapia, fonoaudiologia, psicomotricidade, terapia ocupacional ou familiar); continua o de tratamento - quando a pessoa procurou atendimento para continua o 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 gesta o; 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 realiza o de parto normal ou cesáreo; exame complementar de diagnóstico - quando a pessoa procurou atendimento para realiza o de exame de laboratório, radiografia, exame de imagem ou outros; vacina o - quando a pessoa procurou atendimento para vacina o 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 de colo do útero (no caso de mulher), para câncer de próstata (no caso de homem), para osteoporose, ou para outras doenças, inclusive exames de *check up* e vacinas de alergias; solicita o de atestado de saúde - quando a pessoa procurou atendimento para obten o 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.

motivo de não ter sido atendido na primeira vez em que procurou atendimento de saúde Motivo,  nico ou que a pessoa considerou como principal, pelo qual não foi atendida na primeira vez em que procurou atendimento de saúde, no período de referência das duas últimas semanas, classificado da seguinte forma: não conseguiu vaga ou pegar senha - para a pessoa que não conseguiu ser atendida na primeira vez que procurou atendimento de saúde porque não conseguiu vaga ou já tinha terminado a distribui o de senhas (números); não tinha médico atendendo - para a pessoa que não conseguiu ser atendida na primeira vez que procurou atendimento de saúde porque não tinha médico atendendo devido a folga, falta, licença ou férias do profissional, exclusive a ausência de médico por motivo de greve;

não tinha dentista atendendo - para a pessoa que não conseguiu ser atendida na primeira vez que procurou atendimento de saúde porque não tinha dentista atendendo devido a folga, falta, licença ou férias do profissional, exclusive a ausência de dentista por motivo de greve; não havia serviço ou profissional de saúde especializado para atender - para a pessoa que não conseguiu ser atendida na primeira vez que procurou atendimento de saúde porque não tinha serviço ou profissional de saúde especializado para atender às suas necessidades; esperou muito e desistiu - para a pessoa que não conseguiu ser atendida na primeira vez que procurou atendimento de saúde porque esperou muito para ser atendida e desistiu do atendimento; o serviço de saúde não estava funcionando - para a pessoa que não conseguiu ser atendida na primeira vez que procurou atendimento de saúde porque o serviço de saúde não estava funcionando por motivo de greve, falta de material, quebra do equipamento, falta de energia elétrica etc.; os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso - para a pessoa que não conseguiu ser atendida na primeira vez que procurou atendimento de saúde porque os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou estavam indisponíveis para uso; não podia pagar pela consulta - para a pessoa que não conseguiu ser atendida na primeira vez que procurou atendimento de saúde porque não dispunha de dinheiro suficiente para efetuar o pagamento do atendimento; ou outro - para a pessoa que não conseguiu ser atendida na primeira vez que procurou atendimento de saúde por motivo que não se enquadra nos itens anteriores.

motivo de saúde que impediu a realização de atividades habituais Principal motivo (doença ou problema de saúde, inclusive dentário, lesão ou ferimento) diagnosticado por médico ou percebido pela própria pessoa ou, no caso de criança, pelo seu responsável, que impediu a pessoa de realizar suas atividades habituais no período de referência das duas últimas semanas, classificado da seguinte forma: dor nas costas, problema no pescoço ou na nuca; dor nos braços ou nas mãos; artrite ou reumatismo; doença osteomuscular relacionada ao trabalho (DORT), anteriormente denominada LER; dor de cabeça ou enxaqueca; problemas menstruais; problemas da gravidez (náuseas e vômitos em excesso, sangramentos, contrações e dores relacionadas à gravidez); parto; problema odontológico; resfriado/gripe; asma/bronquite/pneumonia, incluindo outras doenças de pulmão (enfisema, edema pulmonar etc.); diarreia ou vômito/náusea/gastrite; dengue; pressão alta ou outra doença do coração (infarto, angina, insuficiência cardíaca); diabetes, AVC ou derrame; câncer; depressão; outro problema de saúde mental (esquizofrenia, transtorno bipolar, etc.); outra doença; lesão provocada por acidente de trânsito (entendendo-se como tal o acidente com veículo ocorrido em via pública, isto é, originando-se, terminando ou envolvendo um veículo parcialmente situado em via pública); lesão provocada por outro tipo de acidente (queda com fratura ou distensão, distensão muscular por exercício físico, envenenamento acidental etc.); lesão provocada por agressão ou outra violência (uso

intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação; a violência pode ser de natureza física, psicológica, sexual, ou em virtude de negligência ou abandono); e outro problema de saúde.

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 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 frequenta, 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 frequenta, mas já frequentou: curso superior de graduação e concluiu, com aprovação, pelo menos o 1º ano, mas não concluiu o curso.

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.

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

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

obtenção de medicamentos receitados no último atendimento de saúde Obtenção, de todos ou parte, dos medicamentos receitados no último atendimento de saúde. Considera-se a obtenção por meio de cobertura do plano de saúde, do Programa Farmácia Popular, de algum serviço público de saúde, ou ainda pelo pagamento direto efetuado pelo próprio indivíduo.

outro trabalhador não remunerado Pessoa que trabalha sem remuneração, durante pelo menos uma hora na semana, como aprendiz ou estagiário ou em ajuda a instituição religiosa, beneficente ou de cooperativismo.

perda de dentes Dentes extraídos por qualquer razão.

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 doze meses Período que abrange os últimos 12 meses que antecedem a entrevista.

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

pessoa desocupada Pessoa sem trabalho, mas que toma alguma providência efetiva de procura de trabalho na semana de referência da pesquisa.

pessoa em idade de trabalhar Pessoa de 14 anos ou mais de idade.

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

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

pessoa não ocupada Pessoa que não é classificada como ocupada na semana de referência da pesquisa.

pessoa ocupada Pessoa que tem trabalho durante toda ou parte da semana de referência da pesquisa, inclusive a pessoa que não exerceu o trabalho remunerado que tem nessa semana por motivo de férias, licença, greve etc.

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*

práticas integrativas e complementares tratamentos como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais, fitoterapia etc.

procura de trabalho Tomada de alguma providência efetiva para conseguir trabalho: contato estabelecido com empregadores; prestação de concurso; inscrição em concurso; consulta a agência de emprego, sindicato ou órgão similar; resposta a anúncio de emprego; solicitação de trabalho a parente, amigo, colega ou por meio de anúncio; tomada de medida para iniciar negócio etc.

Programa de Agentes Comunitários de Saúde Programa iniciado em fins da década de 1980, como uma iniciativa de algumas áreas da Região Nordeste, além do Distrito Federal e de São Paulo, visando buscar alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades. Constituído por uma nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades, atualmente, o Programa é considerado parte da Estratégia Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o Programa, este pode ser considerado uma transição para a Estratégia Saúde da Família. No Programa, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma Unidade Básica de Saúde. Os agentes comunitários de saúde podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do Sistema Único de Saúde - SUS: a) ligados a uma Unidade Básica de Saúde ainda não organizada na lógica da Estratégia Saúde da Família; ou b) ligados a uma Unidade de Saúde da Família, como membro da equipe multiprofissional.

Programa Farmácia Popular Programa de iniciativa do Governo Federal que tem por objetivo ampliar o acesso aos medicamentos de acordo com uma das principais diretrizes da Política Nacional de Assistência

Farmacêutica, aprovada pela Resolução nº 338, de 06.05.2004, do Conselho Nacional de Saúde. O Programa foi implantado por meio da Lei nº 10.858, de 13.04.2004, que autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento, e regulamentado pelo Decreto nº 5.090, de 20.05.2004.

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.

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

qualificação no plano de saúde Qualificação da pessoa no seu plano de saúde, único ou principal, como: titular, dependente ou agregado.

responsável pelo pagamento do plano de saúde Identificação do responsável pelo pagamento da mensalidade do plano de saúde, único ou principal, do titular, da seguinte forma: somente empregador - quando a despesa de mensalidade do plano de saúde do titular é integralmente paga pelo seu empregador; titular, através do trabalho - quando parte da despesa de mensalidade do plano de saúde do titular é coberta pelo empregador do trabalho que tinha ou anterior; titular, diretamente ao plano - quando o titular é a única pessoa responsável pela despesa de mensalidade do seu plano de saúde; ou outro - quando a despesa de mensalidade do plano de saúde do titular é integralmente paga por outro morador ou por pessoa não moradora da unidade domiciliar, ou de forma que não se enquadra nos itens anteriores, como, por exemplo, pagamento dividido entre moradores e não moradores, entre titular e dependente etc.

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.

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

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.

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

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

SUS Ver Sistema Único de Saúde

tempo decorrido desde o cadastramento do domicílio na Unidade de Saúde da Família Tempo contado desde o cadastramento do domicílio particular permanente na Unidade de Saúde da Família até a data da entrevista, classificado em: menos de 12 meses; ou 12 meses ou mais.

trabalho Exercício de: a) ocupação remunerada em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios (moradia, alimentação, roupas etc.) na produção de bens e serviços; b) ocupação remunerada em dinheiro ou benefícios (moradia, alimentação, roupas etc.) no serviço doméstico; c) ocupação sem remuneração na produção de bens e serviços, desenvolvida durante pelo menos uma hora na semana: em ajuda a membro da unidade domiciliar que tem trabalho como empregado na produção de bens primários (atividades da agricultura, silvicultura, pecuária, extração vegetal ou mineral, caça, pesca e piscicultura), conta

própria ou empregador; em ajuda a instituição religiosa, beneficente ou de cooperativismo; ou como aprendiz ou estagiário; d) ocupação desenvolvida, durante pelo menos uma hora na semana na produção de bens, do ramo que compreende as atividades da agricultura, silvicultura, pecuária, extração vegetal, pesca e piscicultura, destinados à própria alimentação de pelo menos um membro da unidade domiciliar; ou na construção de edificações, estradas privadas, poços e outras benfeitorias, exceto as obras destinadas unicamente à reforma, para o próprio uso de pelo menos um membro da unidade domiciliar.

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.

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.

utilização de prática integrativa e complementar Utilização de qualquer tratamento em outros sistemas médicos complexos, como: medicina tradicional chinesa - medicina originada há milhares de anos na China, que se fundamenta nas teorias do Yin-Yang e dos cinco elementos (madeira, fogo, terra, metal e água). Utiliza para diagnóstico a anamnese, a palpação do pulso, e a observação da face e da língua,

e possui como abordagens terapêuticas a fitoterapia chinesa, a dietoterapia, práticas corporais e mentais, a acupuntura, a moxaterapia e a ventosaterapia; homeopatia - sistema médico complexo, de caráter holístico, desenvolvido por Samuel Hahnemann no Século XVIII, que se baseia no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes, ou seja, o tratamento se dá a partir da diluição e dinamização da mesma substância que produz o sintoma num indivíduo saudável. Para a homeopatia, a doença é uma perturbação da energia vital, e o medicamento homeopático promove o restabelecimento do equilíbrio vital; medicina antroposófica - medicina com abordagem de base vitalista, fundamentada no entendimento da antroposofia sobre o ser humano, saúde e adoecimento. Entre os recursos utilizados, destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da medicina antroposófica, ou a utilização de algum dos seguintes recursos terapêuticos: plantas medicinais - terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas (planta medicinal *in natura*, planta medicinal seca, fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado), sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal; termalismo/crenoterapia - abordagem reconhecida de indicação e uso de águas minerais e termais de maneira complementar aos demais tratamentos de 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

Alessandra Scalioni Brito
Bruno Alves de Carvalho
Daniel Luiz Fonseca Aguilar
Flavia Vinhaes Santos
Helena Oliveira da Cruz Monteiro
Jully Nascimento Ponte
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
Jully Nascimento Ponte

Revisão do texto

Alessandra Scalioni Brito
Bruno Alves de Carvalho
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 Análise de Situação de 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

Maria Aline Siqueira Santos (SVS)
Max Moura de Oliveira (SVS)
Sheila Rizzato Stopa (SVS)
Silvânia Suely Caribé de Araújo Andrade (SVS)
Taís Porto Oliveira (SVS)
Celeste de Souza Rodrigues (SAS)
Patricia Chueiri Sampaio (SAS)

Heide Gauche (SAS)
Patricia Constante Jaime (SAS)
Eduardo Augusto Fernandes Nilson (SAS)
Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann (SAS)
Vera Lúcia Ferreira Mendes (SAS)
José Eduardo Fogolin Passos (SAS)
Karen Sarmento Costa (SCTIE)
Marco Aurélio Pereira (SCTIE)
Lenildo de Moura (SVS)
Andressa Macario Barroso (SVS)
Liz Maria de Almeida (INCA)
André Salem Szklo (INCA)
Cláudio Pompeiano Noronha (INCA)
Roberto Tykanori Kinoshita (SAS)
Cinthia Lociks de Araújo (SAS)

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

Gulnar Azevedo e Silva (UERJ)
Carlos Augusto Monteiro (USP)
Wolney Lisboa Conde (USP)
Cláudia de Souza Lopes (UERJ)
José Geraldo Mill (UFES)
Bruce Bartholou Duncan (UFRGS)
Maria Inês Schmidt (UFRGS)
Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa (Fiocruz)
Paulo Germano Frias (IMIP-PE)
Maria do Carmo Leal (Fiocruz)
Paulo Rossi Menezes (USP)
Ana Maria Baptista Menezes (UFPEL)
Bernardo Horta (UFPEL)
Marilisa Berti de Azevedo Barros (UNICAMP)

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

Jorge Kleber Teixeira Silva
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 – Damião Ernani de Souza

PB – Cláudio 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 – Dîva 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
Fernanda Maciel Jardim
Katia Vaz Cavalcanti
Marisa Sigolo

Diagramação tabular e de gráficos

Beth Fontoura
LGonzaga
Luiz Arbex

Copidesque e revisão

Anna Maria dos Santos
Cristina R. C. de Carvalho
Kátia Domingos Vieira

Diagramação textual

Carlos Amaro Feliciano da Silva

Programação visual da publicação

Luiz Carlos Chagas Teixeira

Tratamento de arquivos e mapas

Evilmerodac Domingos da Silva

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
Elizabeth de Carvalho Faria
Lioara Mandoju
Maria Socorro da Silva Araújo
Nádia Bernuci dos Santos
Solange 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