



INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Texto para Discussão nº 73 - 2018
Hábitos alimentares, estilo de vida, doenças
crônicas não transmissíveis e fatores de risco
entre beneficiários e não beneficiários de
planos de saúde no Brasil: Análise da Pesquisa
Nacional de Saúde, 2013

Autores: Bruno Minami e Elene Nardi

Apoio Acadêmico: Antonio Campino

Superintendente executivo: Luiz Augusto Carneiro

Hábitos alimentares, estilo de vida, doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco entre beneficiários e não beneficiários de planos de saúde no Brasil: Análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

SUMÁRIO EXECUTIVO

- O objetivo do presente estudo foi descrever diferenças entre beneficiários e não beneficiários de planos de saúde no Brasil segundo hábitos alimentares, estilos de vida, Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e fatores de risco.
- A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, pesquisa mais recente disponível e o inquérito de saúde mais amplo do território brasileiro, permitiu concluir que cerca de 56 milhões de brasileiros (ou 27,9% da população) tinham um plano de saúde (médico e/ou odontológico) em 2013. A maior proporção desses beneficiários era do sexo feminino (53,5%), na faixa etária de 20 a 59 anos (60,1%), brancos (62,3%), casados (41,6%) e com o superior incompleto (32,2%). Quanto a região de residência, o Sudeste concentrava 55,7% dos beneficiários em 2013.
- Quanto aos hábitos alimentares, verificou-se que uma maior proporção de beneficiários declarou comer a quantidade recomendada de frutas e vegetais por dia em comparação com não beneficiários e uma menor proporção de pessoas com plano de saúde disseram comer carne ou frango com excesso de gordura em comparação com pessoas sem plano de saúde. Por outro lado, mais beneficiários consumiram doces de forma inadequada e declararam substituir refeições por sanduíches, salgados ou pizzas cinco ou mais vezes por semana em comparação com não beneficiários.
- Na comparação da prática de atividade física segundo posse de plano de saúde, houve uma prevalência maior de prática de atividade física recomendada e de exercício físico ou esporte nos últimos três meses dentre beneficiários do que dentre os não beneficiários. No entanto, destaca-se que mais da metade dos beneficiários e cerca de sete em cada dez pessoas sem plano de saúde disseram não ter praticado exercício físico ou esporte nos últimos três meses da pesquisa.
- A prevalência de fumantes foi maior entre os não beneficiários (16,8%) em comparação com os beneficiários (10,0%).
- Em relação às DCNT, a proporção de pessoas com colesterol alto foi um pouco maior entre os beneficiários de planos de saúde (15,5%) ao comparar com os não beneficiários (11,3%). Não houve diferença na prevalência de hipertensão arterial e diabetes segundo posse de plano de saúde.
- Mais de metade da população, tanto de beneficiários (56,4%) quanto de não beneficiários (52,4%), foi classificada com excesso de peso ou obesidade em 2013. Os indivíduos com plano de saúde estavam com prevalências maiores de sobrepeso. Em relação a obesidade, não houve diferença segundo a posse de plano de saúde.
- A percepção do estado de saúde como muito boa e boa foi proporcionalmente maior entre os beneficiários (77,7%) em comparação com os não beneficiários (61,1%).

Estudo apresentado na ISPOR Latin America Conference, 2017:

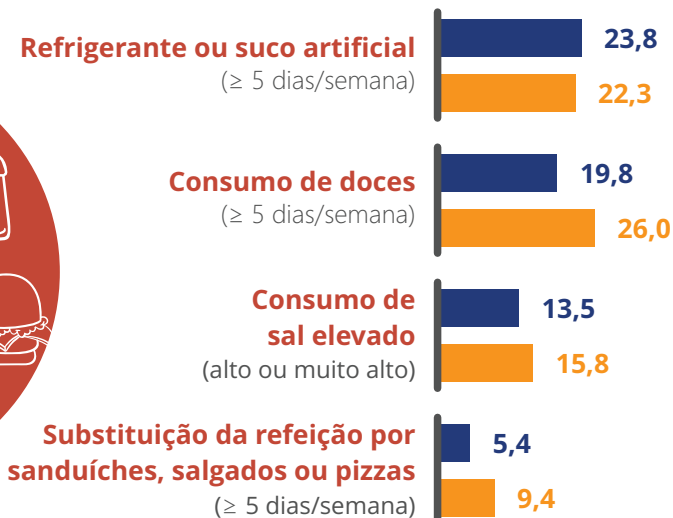
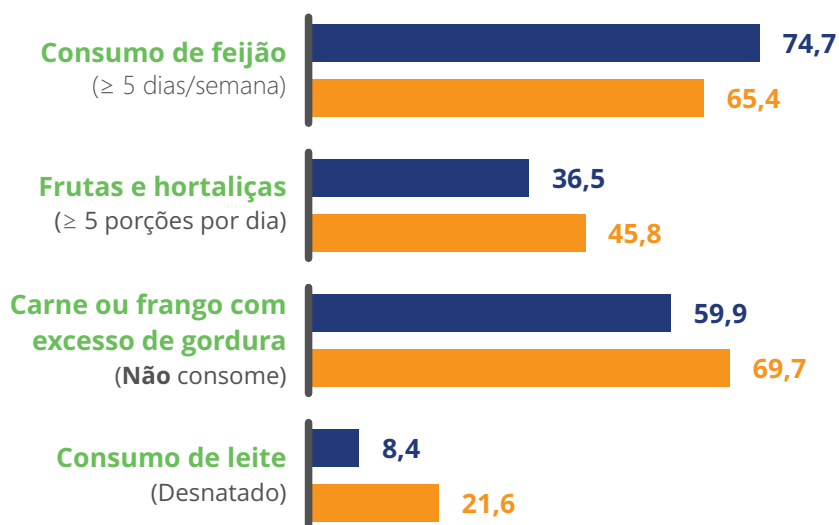
- Eating Habits and Physical Exercise Practices of Beneficiaries and Non-Beneficiaries of Private Health Plans In Brazil. Value in Health, Volume 20, Issue 9, A910. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.08.2810>.
- Chronic Non-Communicable Diseases (NCDS) and Body Mass Index (BMI) of Beneficiaries and Non-Beneficiaries of Private Health Plans In Brazil. Value in Health, Volume 20, Issue 9, A910. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.08.2811>.

Infográfico

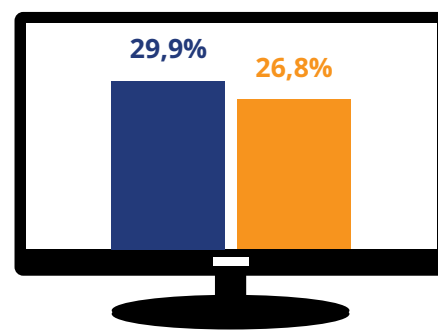
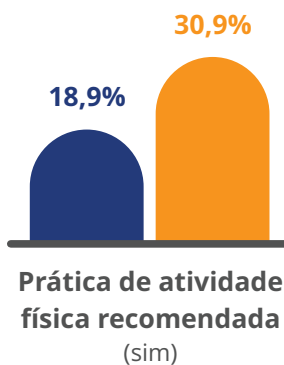
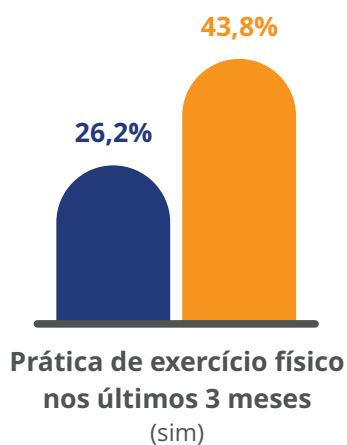
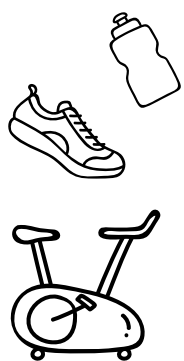
Sem plano de saúde

Com plano de saúde

HÁBITOS ALIMENTARES

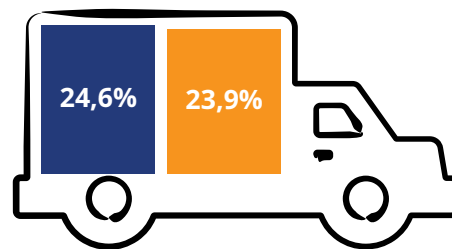
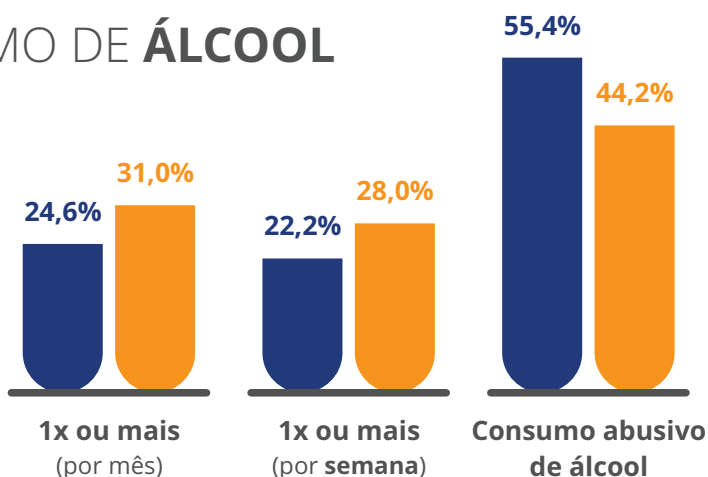


ESTILO DE VIDA

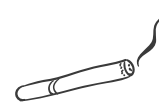


Sem plano de saúde **Com plano de saúde**

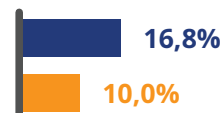
CONSUMO DE **ÁLCOOL**



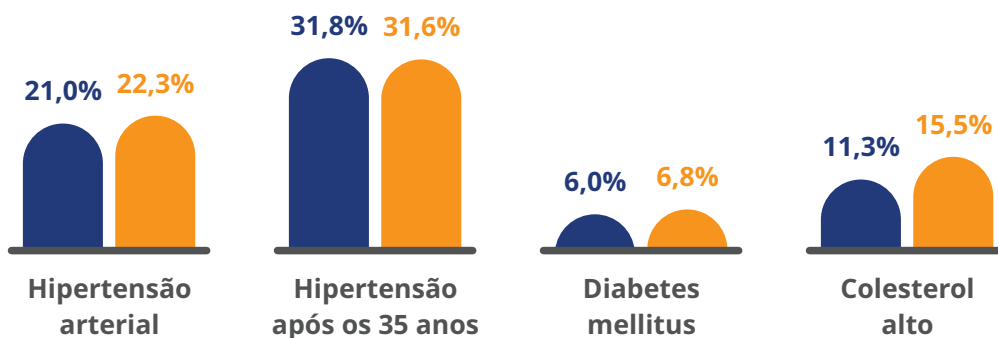
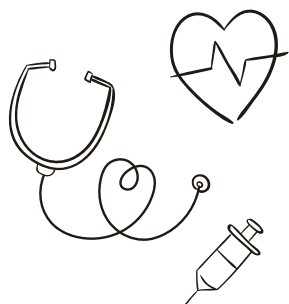
Dirigir após beber



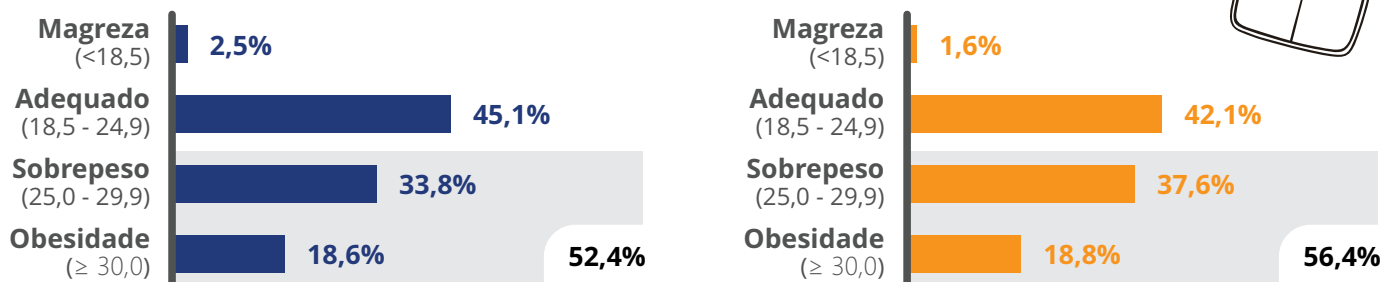
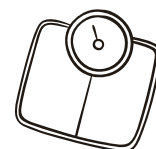
Fumante



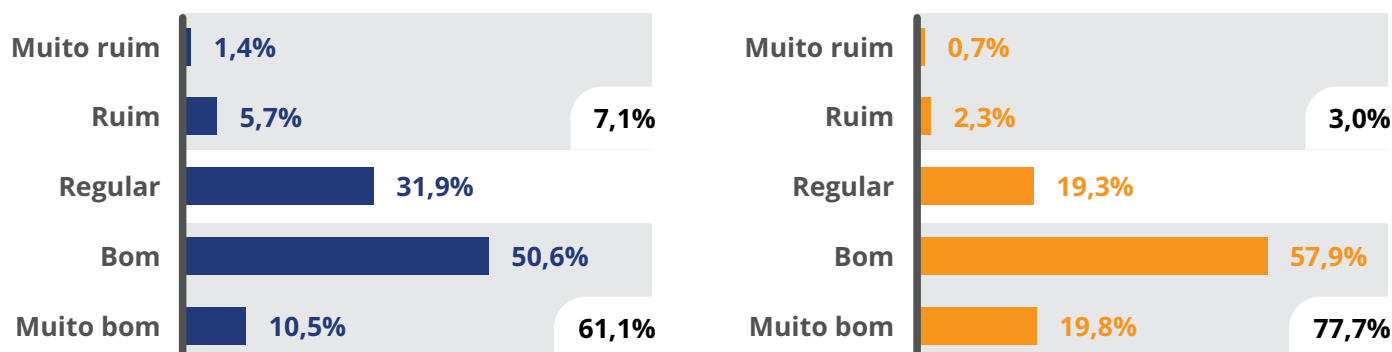
DOENÇAS **CRÔNICAS**



ÍNDICE DE **MASSA CORPORAL**



PERCEPÇÃO DO **ESTADO DE SAÚDE** (autoavaliação)



INTRODUÇÃO

O monitoramento e a produção de dados a nível nacional sobre a situação de saúde, cuidados e estilos de vida da população brasileira permitem orientar políticas de prevenção de doenças e promoção à saúde. No Brasil, esses dados têm permitido nortear programas de estilos de vida mais saudáveis e políticas de promoção e prevenção à saúde, ações que têm potencial para reduzir a ocorrência de doenças, a mortalidade e combate ao aumento da frequência de fatores de risco¹.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), oito fatores de risco (consumo de álcool, uso de tabaco, pressão alta, alto índice de massa corporal, níveis elevados de colesterol, altos níveis de glicemia, baixa ingestão de frutas e vegetais e inatividade física) representam 61% das mortes cardiovasculares. Ao reduzir a exposição a esses fatores de risco, a expectativa de vida global aumentaria por quase 5 anos (OMS, 2009).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)² são a principal causa de morte na maioria dos países do mundo e no Brasil. Em 2013, segundo dados do Ministério da Saúde, cerca de 72,6% de todas as mortes no Brasil eram atribuíveis a doenças não transmissíveis e, dentre esses, 79,4% foram devido à doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus (MS, 2015). Sabe-se que além disso, os indivíduos doentes tendem a procurar mais os serviços de saúde, têm perda da qualidade de vida, limitações no trabalho e reduzem suas atividades de lazer.

O objetivo do presente estudo foi descrever diferenças entre beneficiários e não beneficiários de planos de saúde no Brasil segundo hábitos alimentares, estilos de vida, frequência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e

fatores de risco. Seus resultados devem instigar e nortear prioridades nas políticas de promoção da saúde e prevenção de doenças que sejam custo-efetivas nos sistemas de saúde pública e suplementar.

MÉTODOS

Este estudo utilizou os microdados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) ano 2013³. Foram realizadas análises estatísticas com o Intervalo com 95% de Confiança - IC 95% (Arango H. G, 2009) e para diferenciar o comportamento de beneficiários com o de não beneficiários, considerou-se a observância de ausência de sobreposição do Intervalo de Confiança. Os dados foram analisados no software estatístico SAS.

A PNS é um inquérito domiciliar realizado entre junho e agosto de 2013, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em convênio com o Ministério da Saúde (Fiocruz). As entrevistas dessa pesquisa foram realizadas com pessoas residentes em domicílios particulares permanentes em todo território brasileiro⁴. Dentro de cada domicílio selecionado, um morador com 18 anos ou mais foi selecionado por amostragem aleatória simples da lista de moradores construída no momento da entrevista para responder ao questionário específico. Cada Unidade da Federação continha um tamanho mínimo de amostra definido em 1.800 domicílios, sendo inicialmente selecionados 81.767 domicílios (17.963 no Norte, 24.908 no Nordeste, 18.863 no Sudeste, 9.971 no Sul e 10.062 no Centro-Oeste). Assim, cerca de 205.546 entrevistas foram coletadas. Aplicou-se peso amostral e, esse estudo será analisado com base na população estimada para o Brasil que foi de 200.573.507 pessoas (55.985.271 de pessoas com plano de saúde e 144.588.236 sem plano de saúde) em 2013.

1 Fator de risco, na saúde, é uma condição que aumente a chance de desenvolvimento de doença, agravo ou fenômeno indesejado. Existem fatores de risco que podem ser modificáveis como o tabagismo, consumo abusivo de álcool, colesterol alto, desnutrição, alimentação não saudável, falta de ferro e inatividade física, sobrepeso e obesidade; e fatores de risco não modificáveis como o histórico familiar, etnia, o sexo e idade.

2 Segundo o Ministério da Saúde, "As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração" (MS, 2014). São exemplos: doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, doenças renais, diabetes, câncer e outros.

3 Pesquisa mais recente disponível até o ano desta publicação.

4 Não foram considerados na amostra os domicílios localizados nos setores censitários especiais (quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, embarcações, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, asilos, orfanatos, conventos e hospitais) e os setores censitários com número muito pequeno de domicílios.

O questionário aplicado pelos pesquisadores foi subdividido em três partes: o domiciliar, o relativo a todos os moradores do domicílio e o individual. Do questionário relativo a todos os moradores do domicílio, foram selecionadas, para este trabalho, as questões referentes às características sociodemográficas dos moradores. Do questionário individual, ou seja, aquele destinado ao morador selecionado, foram utilizadas questões referentes a hábitos de saúde, fatores de risco para DCNT e a presença de DCNT.

A seguir estão descritos parâmetros considerados no trabalho:

a) Avaliação do hábito alimentar

Foi verificado o consumo alimentar de beneficiários de planos de saúde e não beneficiários, de forma separada, dos seguintes itens: feijão, hortaliças e frutas, carne vermelha e frango com excesso de gordura, sal, refrigerante e suco artificial, leite, doces e substituição de alguma refeição por sanduíches, salgados ou pizzas. Como parâmetro, considerou-se a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) que sugere o consumo de 400 gramas diárias de frutas e hortaliças, o equivalente a, aproximadamente, 5 porções desses alimentos por dia (OMS, 2003).

b) Prática de exercícios físicos e sedentarismo:

Verificou-se a prática ou não de exercícios físicos como lazer (ou seja, não relacionada ao trabalho). O nível recomendado de atividade física no lazer é de 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou de, pelo menos, 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa.

Foi ainda avaliado quanto tempo, em média, o indivíduo assiste televisão por dia. Considerou-se um hábito inadequado quando o indivíduo passa 3 horas ou mais assistindo televisão por dia.

c) Consumo de bebidas alcoólicas e cigarros

Foi avaliado o consumo habitual de bebidas alcoólicas (ingestão de bebida alcoólica nos

últimos 30 dias, independente da dose) e o consumo abusivo (ingestão de cinco ou mais doses para homens e quatro ou mais doses para mulheres, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias). Além disso, foi avaliada a proporção de respondentes que declararam ter conduzido veículos após fazerem uso de bebidas alcoólicas.

Foi avaliada a prevalência de fumantes (diários e ocasionais) em relação ao total da população.

d) Avaliação da presença de doenças crônicas e Índice de Massa Corporal:

Foi verificada a prevalência de respondentes que possuíam alguma doença crônica. Para isso, o entrevistado era questionado se algum médico já lhe deu o diagnóstico das seguintes condições: hipertensão arterial, diabetes e colesterol alto.

Foram avaliadas as proporções de beneficiários e não beneficiários de planos de saúde que apresentavam excesso de peso e obesidade. A obesidade é determinada pelo Índice de Massa Corporal (IMC), que é calculado dividindo-se o peso, em kg, pelo quadrado da altura, em metros⁵. De acordo com as definições da Organização Mundial da Saúde (OMS), adultos com “sobrepeso” apresentam IMC de 25 a 29,9 kg/m² e com “obesidade” um IMC igual ou superior a 30 kg/m² (OMS). Para a definição do IMC da população, foram excluídos os respondentes que declararam estarem grávidas no momento da entrevista.

e) Percepção do estado de saúde

O entrevistado foi questionado como ele avaliava a sua saúde. As respostas foram divididas em: Muito Boa, Boa, Regular, Ruim e Muito Ruim.

RESULTADOS

Os resultados desta análise estão organizados em seis subitens: (I) cobertura de planos privados de saúde no Brasil; (II) Hábitos

⁵ Embora existam outros critérios que possam avaliar o peso do indivíduo, admite-se o IMC como o cálculo padrão por ser o índice sugerido pela OMS e por torná-lo comparável a outros estudos.

alimentares; (III) Prática de exercícios físicos e hábitos de assistir televisão; (IV) Consumo de álcool e tabaco; (V) Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e Índice de Massa Corporal (IMC); e (VI) Percepção do Estado de Saúde.

I) Cobertura de planos privados de saúde no Brasil

Do total de entrevistados pela PNS 2013, 27,9% (N = 55.985.271⁶) da população brasileira referiram ter um plano de saúde (médico ou odontológico) e 72,1% (N=144.588.236) não tinham plano de saúde.

A tabela 1 descreve as características demográficas e socioeconômicas segundo a posse de plano de saúde no Brasil. Entre os beneficiários de planos de saúde, 53,5% eram do sexo feminino e 46,5% do masculino. Quanto à faixa etária, 25,4% se encontram na faixa de 0 a 19 anos, 60,1% na de 20 a 59 anos e 14,5% na de 60 anos ou mais. Ao observar a autodeclaração de raça/cor, verifica-se que 62,3% se autodeclararam brancos, 29,6% pardos, 6,7% pretos, 1,1% amarelos e 0,3% indígenas. Em relação ao estado civil, 41,6% disseram que eram casados, 36,5% solteiros, 4,9% viúvos, 3,5% divorciados e 1,5% separado ou desquitado judicialmente. Quanto a

região, o Sudeste concentra 55,7% dos beneficiários, seguido do Sul (16,9%), do Nordeste (15,4%), do Centro-Oeste (8,1%) e do Norte (4,0%). No que se refere à escolaridade, 26,9% disseram não ter instrução ou fundamental incompleto, 12,0% com o fundamental completo e médio incompleto, 32,2% com médio completo e superior incompleto e 22,7% com superior completo.

Entre os que não possuem plano de saúde, 51,2% eram do sexo feminino e 48,8% do masculino. A proporção na faixa etária de 0 a 19 anos foi de 32,6%, na de 20 a 59 anos, 54,8%, e na de 60 anos ou mais, 12,6%. Quanto à raça/cor, 49,9% se autodeclararam pardos, 39,5% brancos, 9,4% pretos, 0,7% amarelos e 0,5% indígenas. Em relação ao estado civil, 48,9% disseram que eram solteiros, 27,8% casados, 4,8% viúvos, 2,7% divorciados e 1,8% separado ou desquitado judicialmente. No que se diz respeito à escolaridade, 53,0% disseram não ter instrução ou com fundamental incompleto, 15,7% com fundamental completo e médio incompleto, 20,9% com médio completo e superior incompleto e apenas 4,0% com superior completo. Quanto a região, 36,9% estavam no Sudeste, 32,5% no Nordeste, 13,4% no Sul, 10,0% no Norte e 7,2% no Centro-Oeste.

TABELA 1. NÚMERO E PROPORÇÃO DE PESSOAS COM E SEM PLANO DE SAÚDE SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS E POR GRANDES REGIÕES DO BRASIL. PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. BRASIL, 2013.

VARIÁVEIS	COM PLANO DE SAÚDE		SEM PLANO DE SAÚDE		POPULAÇÃO	
	N	%	N	%	N	%
TOTAL	55.985.271	100,00	144.588.236	100,00	200.573.507	100,00
SEXO						
MASCULINO	26.045.111	46,5	70.519.980	48,8	96.565.091	48,1
FEMININO	29.940.160	53,5	74.068.256	51,2	104.008.416	51,9
FAIXA ETÁRIA (ANOS)						
0-19	14.200.309	25,4	47.137.131	32,6	61.337.440	30,6
20-59	33.646.875	60,1	79.181.361	54,8	112.828.236	56,3
≥ 60	8.138.086	14,5	18.269.744	12,6	26.407.830	13,2

⁶ Número de pessoas estimadas (peso amostral) com plano de saúde pela PNS 2013 – ver capítulo de métodos. A título de comparação, com base nos dados oficiais da Agência Nacional de Saúde Suplementar, haviam 49.500.411 vínculos a planos médico-hospitalares em dezembro de 2013 (Fonte: SIB/ANS/MS - 08/2018).

CONTINUAÇÃO: TABELA 1

VARIÁVEIS	COM PLANO DE SAÚDE		SEM PLANO DE SAÚDE		POPULAÇÃO	
	N	%	N	%	N	%
RAÇA/COR (AUTODECLARADO)						
BRANCA	34.855.795	62,3	57.173.930	39,5	92.029.725	45,9
PRETA	3.743.359	6,7	13.601.541	9,4	17.344.899	8,6
AMARELA	635.083	1,1	980.102	0,7	1.615.185	0,8
PARDA	16.591.937	29,6	72.178.039	49,9	88.769.976	44,3
INDÍGENA	155.892	0,3	654.219	0,5	810.111	0,4
IGNORADO	3.204	0,0	406	0,0	3.611	0,0
ESTADO CIVIL						
CASADO(A)	23.275.212	41,6	40.257.938	27,8	63.533.151	31,7
SEPARADO(A) OU DESQUITADO(A) JUDICIALMENTE	832.435	1,5	2.557.720	1,8	3.390.154	1,7
DIVORCIADO(A)	1.933.804	3,5	3.905.137	2,7	5.838.941	2,9
VIÚVO(A)	2.736.852	4,9	6.911.591	4,8	9.648.443	4,8
SOLTEIRO(A)	20.422.455	36,5	70.772.274	48,9	91.194.729	45,5
NÃO APLICÁVEL	6.784.513	12,1	20.183.576	14,0	26.968.089	13,4
REGIÃO						
NORTE	2.224.942	4,0	14.495.778	10,0	16.720.720	8,3
NORDESTE	8.639.411	15,4	47.033.777	32,5	55.673.188	27,8
SUDESTE	31.163.212	55,7	53.348.696	36,9	84.511.908	42,1
SUL	9.436.763	16,9	19.339.934	13,4	28.776.697	14,3
CENTRO-OESTE	4.520.942	8,1	10.370.052	7,2	14.890.994	7,4
ESCOLARIDADE						
SEM INSTRUÇÃO E FUNDAMENTAL INCOMPLETO	15.065.273	26,9	76.633.523	53,0	91.698.796	45,7
FUNDAMENTAL COMPLETO E MÉDIO INCOMPLETO	6.703.963	12,0	22.719.182	15,7	29.423.144	14,7
MÉDIO COMPLETO E SUPERIOR INCOMPLETO	18.020.377	32,2	30.172.270	20,9	48.192.648	24,0
SUPERIOR COMPLETO	12.733.441	22,7	5.771.956	4,0	18.505.397	9,2
NÃO APLICÁVEL	3.462.215	6,2	9.291.306	6,4	12.753.521	6,4

No anexo 1, tabela 7, pode-se observar outras características relativas a taxa de cobertura da população segundo características socio-demográficas. Em 2013, 27,0% dos homens e 28,8% das mulheres brasileiras declararam ter um plano de saúde (médico ou odontológico). A taxa de cobertura foi, segundo faixa etária, de 30,8% entre os indivíduos com 60 anos ou mais, de 29,8% entre os de 20 a 59 anos e de 23,2% entre os de 0 a 19 anos. Segundo raça/cor, 39,3% dos indivíduos que se autodeclararam amarelos, 37,9% dos brancos, 21,6% dos pretos, 19,2% dos indígenas e 18,7% dos pardos tinham plano de saúde. Segundo estado civil, a taxa de cobertura foi maior entre os casados (36,6%), seguido dos divorciados (33,1%), dos viúvos (28,4%), dos separados ou desquitados judicialmente (24,6%) e dos solteiros (22,4%). Segundo região, a taxa de cobertura por planos de saúde concentrou-se nas regiões Sudeste (36,9%), Sul (32,8%) e Centro-Oeste (30,4%). Segundo escolaridade, destaca-se que 68,8% das pessoas que disseram ter o ensino superior completo tinham plano de saúde. A taxa de cobertura entre os que possuem médio completo e superior incompleto foi de 37,4%, dos que possuem fundamental completo e médio incompleto foi de 22,8% e dos que não possuem instrução e fundamental incompleto foi de 16,4%.

II) Hábitos alimentares entre beneficiários e não beneficiários de planos privados de saúde no Brasil:

A tabela 2 apresenta os hábitos alimentares segundo a posse de plano de saúde no Brasil em 2013.

A prevalência de consumo adequado de feijão (cinco ou mais dias da semana) foi maior entre os não beneficiários (74,7%) em relação

aos beneficiários (65,4%). Já a proporção do consumo adequado de frutas e hortaliças foi maior entre os beneficiários de planos de saúde (45,8%) do que entre os não beneficiários (36,5%). Porém, observa-se que cerca de metade dos beneficiários (54,2%) e mais da metade dos não beneficiários (63,5%) ainda não consomem adequadamente frutas e hortaliças.

Dentre os que têm o hábito de consumir carne ou frango com excesso de gordura, a prevalência foi maior entre os não beneficiários (40,1%) ao comparar com os beneficiários (30,3%). A prevalência do consumo de leite inadequado (ou seja, o integral) também foi maior entre os sem plano de saúde (63,0%) em relação aos com plano de saúde (55,1%).

A proporção de respondentes que disseram substituir uma refeição por sanduíches, salgados ou pizzas de maneira inadequada (≥ 5 dias/semana) foi maior entre os beneficiários de planos de saúde (9,4%). Entre os não beneficiários, essa substituição de forma inadequada foi de 5,4%.

A percepção do consumo de sal de forma adequada, baixa ou muito baixa foi maior entre não beneficiários de planos de saúde (86,5%) em relação aos beneficiários (84,2%). A proporção de pessoas que consumiam sal a um nível elevado foi de 15,8% entre beneficiários e de 13,5% entre os não beneficiários.

O consumo de refrigerante ou suco artificial em cinco ou mais dias da semana, não apresentou diferença estatisticamente significativa segundo a posse de plano de saúde. Destaca-se que 22,3% dos beneficiários e 23,8% dos não beneficiários consomem esse tipo de bebida inadequadamente (ou seja, consumo ≥ 5 dias/semana).

TABELA 2. NÚMERO E PROPORÇÃO DE PESSOAS COM E SEM PLANO DE SAÚDE SEGUNDO HÁBITOS ALIMENTARES. PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. BRASIL, 2013.

	COM PLANO DE SAÚDE		IC 95%*	SEM PLANO DE SAÚDE		IC 95%*
	N	%		N	%	
CONSUMO DE FEIJÃO						
ADEQUADO (≥ 5 DIAS/SEMANA)	28.942.944	65,4	64,1 - 66,6	76.237.277	74,7	74,0 - 75,4W
NÃO ADEQUADO (< 5 DIAS/SEMANA)	15.329.992	34,6	33,4 - 35,9	25.798.245	25,3	24,6 - 26,0

CONTINUAÇÃO: TABELA 2

	COM PLANO DE SAÚDE		IC 95%*	SEM PLANO DE SAÚDE		IC 95%*
	N	%		N	%	
CONSUMO DE FRUTAS E HORTALIÇAS						
ADEQUADO (≥ 5 PORÇÕES POR DIA)	20.286.030	45,8	44,5 - 47,2	37.271.036	36,5	35,7 - 37,3
NÃO ADEQUADO (< 5 PORÇÕES POR DIA)	23.986.906	54,2	52,8 - 55,5	64.764.486	63,5	62,7 - 64,3
CONSUMO DE CARNE OU FRANGO COM EXCESSO DE GORDURA						
ADEQUADO (NÃO CONSOME)	30.865.244	69,7	68,5 - 71,0	61.076.300	59,9	59,0 - 60,7
NÃO ADEQUADO (CONSUME)	13.407.692	30,3	29,1 - 31,5	40.959.223	40,1	39,3 - 41,0
CONSUMO DE LEITE						
INADEQUADO (INTEGRAL)	24.400.224	55,1	53,8 - 56,5	64.275.557	63,0	62,2 - 63,8
ADEQUADO (DESNATADO)	9.544.878	21,6	20,5 - 22,7	8.616.110	8,4	8,0 - 8,9
NÃO APLICÁVEL	10.327.834	23,3	22,2 - 24,5	29.143.855	28,6	27,8 - 29,3
CONSUMO DE REFRIGERANTE OU SUCO ARTIFICIAL						
ADEQUADO (<5 DIAS/SEMANA)	34.393.126	77,7	76,5 - 78,8	77.730.071	76,2	75,4 - 76,9
NÃO ADEQUADO (≥ 5 DIAS/SEMANA)	9.879.810	22,3	21,2 - 23,5	24.305.451	23,8	23,1 - 24,6
CONSUMO DE DOCES						
ADEQUADO (<5 DIAS/SEMANA)	32.783.262	74,1	72,8 - 75,3	81.808.627	80,2	79,5 - 80,9
NÃO ADEQUADO (≥ 5 DIAS/SEMANA)	11.489.674	26,0	24,8 - 27,2	20.226.895	19,8	19,1 - 20,5
SUBSTITUIÇÃO DA REFEIÇÃO POR SANDUÍCHES, SALGADOS OU PIZZAS						
ADEQUADO (<5 DIAS/SEMANA)	40.104.645	90,6	89,8 - 91,4	96.547.953	94,6	94,2 - 95
NÃO ADEQUADO (≥ 5 DIAS/SEMANA)	4.168.291	9,4	8,6 - 10,2	5.487.569	5,4	5 - 5,8
CONSUMO DE SAL						
ADEQUADO (ADEQUADO, BAIXO, MUITO BAIXO)	37.269.994	84,2	83,2 - 85,2	88.293.349	86,5	86,0 - 87,1
ELEVADO (ALTO OU MUITO ALTO)	7.002.942	15,8	14,9 - 16,8	13.742.173	13,5	12,9 - 14,0
AVALIAÇÃO CONJUNTA DO HÁBITO ALIMENTAR						
HÁBITO ALIMENTAR SAUDÁVEL	2.519.208	5,7	5,1 - 6,3	2.092.994	2,1	1,8 - 2,3
HÁBITO ALIMENTAR NÃO SAUDÁVEL	41.753.728	94,3	93,7 - 94,9	99.942.528	98,0	97,7 - 98,2

*Intervalo com 95% de confiança (IC 95%) para a proporção.

III) Prática de exercícios físicos e hábitos de assistir televisão:

A tabela 3 apresenta os resultados de hábitos de vida segundo a posse de plano de saúde no Brasil.

A prática de exercício físico ou esporte nos últimos 3 meses anteriores à pesquisa foi maior entre os beneficiários de planos de saúde (43,8%) em relação aos não beneficiários (26,2%). Destaca-se que, ainda, cerca de metade das pessoas que possuem plano de saúde (56,2%) e cerca de três quartos das que não possuem plano (73,8%) responderam que não praticaram exercícios físicos ou esporte nos três últimos meses anteriores à pesquisa.

Avaliou-se também a prevalência da prática de exercício físico recomendado entre os respondentes. O percentual de pessoas que disseram praticar exercício físico no tempo livre foi maior entre os beneficiários (30,9%) em relação aos não beneficiários (18,9%). Observa-se que na análise oposta, cerca de quatro a cada cinco pessoas sem planos de saúde (81,1%) não praticam atividade física recomendada. Essa prevalência entre os beneficiários de planos de saúde foi menor, de 69,2%.

Quanto ao hábito de assistir televisão (TV)⁷ por maior de três horas por dia, observa-se que a prevalência foi maior entre as pessoas sem plano de saúde (29,9%) em relação aos com plano de saúde (26,8%).

TABELA 3. NÚMERO E PROPORÇÃO DE PESSOAS COM E SEM PLANO DE SAÚDE SEGUNDO ESTILO DE VIDA. PÉSSQUISA NACIONAL DE SAÚDE. BRASIL, 2013.

	COM PLANO DE SAÚDE			SEM PLANO DE SAÚDE		
	N	%	IC 95%*	N	%	IC 95%*
PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO OU ESPORTE NOS ÚLTIMOS 3 MESES						
SIM	19.389.679	43,8	42,5 - 45,1	26.764.007	26,2	25,5 - 27,0
NÃO	24.883.257	56,2	54,9 - 57,5	75.271.515	73,8	73,0 - 74,5
PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA RECOMENDADA						
SIM	13.658.239	30,9	29,6 - 32,1	19.259.966	18,9	18,2 - 19,6
NÃO	30.614.698	69,2	67,9 - 70,4	82.775.556	81,1	80,4 - 81,8
HÁBITO DE ASSISTIR TV						
MENOS DE 3 HORAS	32.427.359	73,2	72,1 - 74,4	71.580.654	70,2	69,4 - 70,9
3 HORAS OU MAIS	11.845.577	26,8	25,6 - 27,9	30.454.868	29,9	29,1 - 30,6

*Intervalo com 95% de confiança (IC 95%) para a proporção.

IV) Consumo de álcool e tabaco:

A tabela 4 demonstra os resultados do consumo de álcool e tabaco segundo posse de plano de saúde no Brasil.

Ao avaliar o consumo mensal de bebida alcoólica, 75,4% dos que não possuem plano de saúde e 69,0% dos que possuem, responderam que nunca beberam ou bebem menos de uma vez por mês. Na análise oposta, verifica-se que a prevalência dos que consomem bebida alcoólica uma vez ou mais por mês é maior entre os beneficiários de planos de saúde (31,0%) e menor entre não beneficiários (24,6%).

⁷ A título de curiosidade: outros inquiridos de saúde mais recentes, o *Vigitel* por exemplo, inseriram além da televisão, outros dispositivos como computador, tablet e celular.

Analisou-se também o consumo semanal de bebida alcoólica. Dos respondentes, 28,0% dos beneficiários e 22,2% dos não beneficiários disseram que consomem bebida alcoólica uma vez ou mais por semana.

Questionou-se também sobre a condução de veículo motorizado, carro ou motocicleta, após o consumo de bebidas alcoólicas (independentemente da quantidade e da periodicidade consumida). Considerados apenas os respondentes, 23,9% tinham plano de saúde e 24,6% não tinham plano. Ou seja, cerca de uma a cada quatro pessoas que responderam à pergunta, disseram ter conduzido um veículo após consumirem bebida alcoólica. Não

houve diferença estatisticamente significativa segundo a posse de plano de saúde para essa questão. Observa-se que ao considerar o total da população de cada segmento, 4,6% das pessoas com plano e 2,7% dos que não possuem plano afirmaram conduzir um veículo motorizado após consumirem bebida alcoólica.

A prevalência de consumo abusivo de álcool foi maior entre as pessoas que não possuem plano de saúde (55,4%) em relação aos que possuem (44,2%).

A proporção de fumantes foi maior entre os não beneficiários (16,8%) ao comparar com os beneficiários (10,0%).

TABELA 4. NÚMERO E PROPORÇÃO DE PESSOAS COM E SEM PLANO DE SAÚDE SEGUNDO USO DE TABACO E ÁLCOOL. PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. BRASIL, 2013.

	COM PLANO DE SAÚDE		IC 95%*	SEM PLANO DE SAÚDE		IC 95%*
	N	%		N	%	
CONSUMO MENSAL DE BEBIDA ALCOÓLICA						
NUNCA OU MENOS DE UMA VEZ POR MÊS	30.534.114	69,0	67,7 - 70,2	76.962.943	75,4	74,7 - 76,2
UMA VEZ OU MAIS POR MÊS	13.738.822	31,0	29,8 - 32,3	25.072.579	24,6	23,8 - 25,3
CONSUMO SEMANAL DE BEBIDA ALCOÓLICA						
NÃO CONSUME / MENOS DE 1 VEZ POR SEMANA	1.362.950	3,1	2,6 - 3,6	2.389.977	2,3	2,1 - 2,6
UMA VEZ OU MAIS	12.375.872	28,0	26,7 - 29,2	22.682.602	22,2	21,5 - 22,9
NÃO SE APLICA	30.534.114	69,0	67,7 - 70,2	76.962.943	75,4	74,7 - 76,2
CONDUÇÃO DE VEÍCULO APÓS CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA						
SIM	2.578.345	23,9	21,6 - 26,2	3.859.652	24,6	22,7 - 26,5
NÃO	8.222.331	76,1	73,8 - 78,4	11.804.848	75,4	73,5 - 77,3
NÃO APLICÁVEL	33.472.260	-	-	86.371.023	-	-
CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL						
SIM	6.076.037	44,2	41,8 - 46,7	13.896.598	55,4	53,7 - 57,2
NÃO	7.662.785	55,8	53,3 - 58,2	11.175.981	44,6	42,8 - 46,3
NÃO APLICÁVEL	30.534.114	-	-	76.962.943	-	-
FUMANTE						
SIM (DIÁRIO E OCASIONAL)	4.430.617	10,0	9,2 - 10,9	17.088.758	16,8	16,1 - 17,4
NÃO	39.842.319	90,0	89,1 - 90,9	84.946.764	83,3	82,6 - 83,9

*Intervalo com 95% de confiança (IC 95%) para a proporção.

V) Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e Índice de Massa Corporal (IMC):

Na tabela 5 estão representados os resultados da prevalência de Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) e do Índice de Massa Corporal (IMC) no Brasil segundo a posse de plano de saúde, para o ano de 2013.

A prevalência de hipertensão arterial foi de 22,3% entre os beneficiários de planos de saúde e de 21,0% entre os não beneficiários. Ao considerar a população com idade igual ou superior a 35 anos e com hipertensão arterial, verifica-se que houve aumento na prevalência, sendo de 31,6% entre os beneficiários e de 31,8% entre os não beneficiários de planos de saúde.

Quanto a prevalência de diabetes, verificou-se que a prevalência na população era de 6,8% entre os beneficiários e de 6,0% entre os não beneficiários.

Nessas três últimas análises, da prevalência de hipertensão arterial, hipertensão arterial (após os 35 anos) e diabetes, verifica-se que não houve diferença estatisticamente significativa

segundo a posse de plano de saúde.

Ao analisar a prevalência de colesterol alto, percebe-se que há diferença estatisticamente significativa segundo a posse de plano de saúde. A proporção de pessoas com colesterol alto foi maior entre os beneficiários de planos de saúde (15,5%) ao comparar com os não beneficiários (11,3%).

Na tabela 5, observa-se também que a proporção de pessoas consideradas magras foi maior entre os não beneficiários de planos de saúde (2,5%) em comparação com os beneficiários (1,6%). No entanto, as pessoas sem plano de saúde apresentaram maior proporção de pessoas com o IMC adequado (45,1%) em relação aos com plano de saúde (42,1%). Destaca-se que o sobrepeso foi maior entre os beneficiários de planos de saúde (37,6%) ao comparar com os não beneficiários (33,8%). Em relação a obesidade, não houve diferença estatisticamente significativa. Entre os beneficiários, a proporção de pessoas que estavam com o IMC maior ou igual a 30,0 foi de 18,8% e entre os não beneficiários, essa proporção foi de 18,6%.

TABELA 5. NÚMERO E PROPORÇÃO DE PESSOAS COM E SEM PLANO DE SAÚDE SEGUNDO PRESENÇA DE DCNT E DADOS SOBRE IMC. PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. BRASIL, 2013.

IMC E PRESENÇA DE DCNT	COM PLANO DE SAÚDE		IC 95%*	SEM PLANO DE SAÚDE		IC 95%*
	N	%		N	%	
HIPERTENSÃO ARTERIAL						
SIM	9.855.710	22,3	21,1 - 23,4	21.459.630	21,0	20,4 - 21,7
NÃO	33.497.576	75,7	74,5 - 76,8	75.384.349	73,9	73,2 - 74,6
NÃO APLICÁVEL**	919.650	2,1	-	5.191.544	5,1	-
HIPERTENSÃO ARTERIAL (APÓS OS 35 ANOS)						
SIM	9.199.925	31,6	30,0 - 33,2	19.807.477	31,8	30,9 - 32,8
NÃO	19.508.642	67,0	65,4 - 68,6	40.784.257	65,5	64,5 - 66,5
NÃO APLICÁVEL**	411.842	1,4	-	1.650.394	2,7	-
DIABETES						
SIM	2.988.038	6,8	6,1 - 7,5	6.133.593	6,0	5,6 - 6,4
NÃO	39.229.600	88,6	87,7 - 89,5	80.715.321	79,1	78,4 - 79,8
NÃO APLICÁVEL**	2.055.297	4,6	-	15.186.609	14,9	-

CONTINUAÇÃO: TABELA 5

IMC E PRESENÇA DE DCNT	COM PLANO DE SAÚDE		IC 95%*	SEM PLANO DE SAÚDE		IC 95%*
	N	%		N	%	
COLESTEROL ALTO						
SIM	6.873.306	15,5	14,6 - 16,5	11.478.475	11,3	10,7 - 11,8
NÃO	35.022.455	79,1	78 - 80,2	72.068.303	70,6	69,9 - 71,4
NÃO APLICÁVEL	2.377.175	5,4	4,8 - 6	18.488.744	18,1	17,5 - 18,8
IMC						
MAGREZA (< 18,5)	583.548	1,6	1,2 - 2,0	1.644.815	2,5	2,2 - 2,9
ADEQUADO (18,5 - 24,9)	15.523.406	42,1	40,6 - 43,5	29.196.162	45,1	44,0 - 46,1
SOBREPESO(25,0 - 29,9)	13.868.482	37,6	36,1 - 39,0	21.893.043	33,8	32,8 - 34,8
OBESIDADE (≥ 30,0)	6.935.817	18,8	17,6 - 20,0	12.050.307	18,6	17,8 - 19,5

*Intervalo com 95% de confiança (IC 95%) para a proporção.

** Não respondentes e presença da doença apenas na gravidez.

VI) Percepção do Estado de Saúde:

Observou-se uma diferença estatisticamente significativa ao analisar a percepção do estado de saúde segundo posse de plano de saúde (tabela 6). Entre as pessoas com plano de saúde, 19,8% avaliou sua saúde como muito boa, 57,9% como boa, 19,3% como regular, 2,3% como ruim e 0,7% como muito ruim. Já entre as pessoas que não possuem plano de saúde, 10,5% avaliou sua saúde como muito boa, 50,6% como boa, 31,9% como regular, 5,7% como ruim e 1,4% como muito ruim.

TABELA 6. NÚMERO E PROPORÇÃO DE PESSOAS COM E SEM PLANO DE SAÚDE SEGUNDO PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE. PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. BRASIL, 2013.

PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE (AUTOAVALIAÇÃO)	COM PLANO DE SAÚDE		IC 95%*	SEM PLANO DE SAÚDE		IC 95%*
	N	%		N	%	
MUITO BOA	8.747.503	19,8	18,7 - 20,8	10.714.907	10,5	10,0 - 11,0
BOA	25.643.920	57,9	56,6 - 59,2	51.642.448	50,6	49,8 - 51,4
REGULAR	8.536.182	19,3	18,2 - 20,3	32.503.055	31,9	31,1 - 32,6
RUIM	1.025.366	2,3	1,9 - 2,7	5.800.270	5,7	5,3 - 6,0
MUITO RUIM	319.965	0,7	0,5 - 1,0	1.374.842	1,4	1,2 - 1,5

*Intervalo com 95% de confiança (IC 95%) para a proporção.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostram que existem diferenças estatisticamente significativas nos parâmetros analisados de adultos com e sem plano de saúde privado no Brasil.

No geral, a PNS permitiu concluir que cerca de 56 milhões de brasileiros (ou 27,9% da população) tinham um plano de saúde (médico e/ou odontológico) em 2013. Em síntese, ao analisar por características sociodemográficas, a maior proporção desses beneficiários era do sexo feminino (53,5%), na faixa de 20 a 59 anos (60,1%), brancos (62,3%), casados (41,6%) e com o ensino médio completo e superior incompleto (32,2%). Quanto a região de residência, o Sudeste concentrava 55,7% dos beneficiários em 2013.

Ao observar a taxa de cobertura como forma de complementar o estudo, verifica-se que as regiões que possuem maior concentração de empregos, renda e riqueza no Brasil (Sudeste, Sul e Centro-Oeste) possuíam maior percentual de pessoas com plano de saúde. Corroborando-se a essa afirmação, o dado de que há forte associação entre o nível de riqueza dos Estados e a taxa de cobertura de beneficiários (Silva A., 2014). Além disso, segundo dados da ANS e da Pnad Contínua Trimestral, sabe-se que em dezembro de 2013, 66% dos beneficiários médico-hospitalares estavam vinculados a planos coletivos empresariais (planos fornecidos pelas empresas para seus empregados) e de que a renda, o nível e a taxa de ocupação são maiores nessas mesmas três regiões.

Quanto aos hábitos alimentares, verificou-se que uma maior proporção de beneficiários declarou comer a quantidade recomendada de frutas e vegetais por dia em comparação com não beneficiários e uma menor proporção de pessoas com plano de saúde disseram comer carne ou frango com excesso de gordura em comparação com pessoas sem plano de saúde. Por outro lado, mais beneficiários consumiram doces de forma inadequada e declararam substituir refeições por sanduíches, salgados ou pizzas cinco ou mais vezes por semana em comparação com não beneficiários. Acrescenta-se também que a prevalência do consumo de

feijão e sal de forma adequada foi maior em pessoas que não possuem plano de saúde em comparação com os que possuem. Nesse caso, discute-se o tema do custo da oportunidade e o custo do tempo dessas pessoas. Por exemplo, Um artigo de Schlindwein e Kassouf (2008) insere um debate que no Brasil, mudanças na renda, na composição das famílias e na participação das mulheres no mercado de trabalho estão andando em paralelo com a tendência do aumento do consumo de alimentos prontos, da alimentação fora de casa e a tendência a substituir o consumo de alimentos tradicionais tempo-invasivos pelos alimentos de fácil e rápido preparo.

Em relação às atividades físicas, ao comparar segundo posse de plano de saúde, houve uma prevalência maior de beneficiários que praticam atividade física recomendada e que disseram ter praticado exercício físico ou esporte nos últimos três meses. No entanto, destaca-se que mais da metade dos beneficiários e cerca de sete em cada dez pessoas sem plano de saúde disseram não ter praticado exercício físico ou esporte nos últimos três meses. Verificou-se também que cerca de oito a cada dez pessoas sem plano de saúde não praticam atividade física de forma recomendada e, o cenário dos beneficiários não foi muito diferente, cerca de sete a cada dez pessoas com plano se enquadraram nessa mesma categoria. Incluiu-se a discussão que cerca de uma a cada quatro pessoas assistia televisão por um período de tempo maior ou igual a três horas, sendo a prevalência um pouco maior em não beneficiários de planos de saúde.

O cenário do consumo de bebidas alcoólicas de forma abusiva foi maior entre não beneficiários de planos de saúde. Na prática, o consumo do álcool está associado a mortalidade (representou 5,9% de todas as mortes em 2012), a transtornos mentais e comportamentais, a agravos não transmissíveis e diversas doenças, além de causar perdas sociais e econômicas tanto a nível individual, quanto coletivo (OMS, 2014).

Dado que chamou atenção foi que uma parcela dos respondentes disse ter conduzido um

veículo motorizado, carro ou motocicleta, após o consumo de bebidas alcoólicas. Em termos percentuais o valor pode se apresentar pequeno, entretanto, ao ponderar para números absolutos, cerca de 6,4 milhões de pessoas responderam ter realizado o ato. Embora a questão não considere a quantidade e a periodicidade dessa prática, atenta-se que a condução de um veículo sob a influência do álcool é fator de risco para ocorrência de acidentes de trânsito e existe penalidade para quem realiza o ato (Lei n° 11.705/08). Observa-se também que, ao considerar a população de cada segmento, houve maior frequência de beneficiários que responderam ter esse comportamento. Acredita-se que a frequência seja maior em beneficiários pelo fato desses terem maior chance de estarem vinculados com a posse de um veículo automotor, carro ou motocicleta, já que há correlação entre posse de plano de saúde e renda. No entanto, não foi encontrado estudos que comprovem essa correlação.

A prevalência de fumantes (diários e ocasionais) no Brasil foi superior em não beneficiários de planos de saúde em relação aos beneficiários. Salienta-se que sobre esse tema, em 2015, o Brasil foi apontado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como referência mundial no combate ao tabagismo. No ano de 1989 a prevalência de fumantes era de 34,8% (Monteiro et al., 2007) e os resultados dessa análise reforçam que o país tem apresentado declínio nessa prevalência, independentemente da posse de plano de saúde.

No contexto geral, a percepção do estado de saúde como muito boa e boa foi observada com maior frequência entre os beneficiários em comparação com os não beneficiários. A resposta para essa pergunta é subjetiva e engloba percepções além da doença, como por exemplo consequências sociais. Além disso, é um importante indicador pois é preditor de morbidade e mortalidade (Kaplan et al., 1996), permitindo comparar a necessidade de serviços de saúde.

As DCNT e o excesso de peso estão se tornando alguns dos principais problemas de saúde pública e suplementar no Brasil e as políticas para sua prevenção e controle devem ser

implementadas. Elas são as principais fontes de carga de doenças no Brasil. Em 2007, cerca de 72% de todas as mortes no país eram atribuíveis a doenças não transmissíveis (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras, incluindo doenças renais). Observou-se diferença estatisticamente significativa ao analisar presença de colesterol alto e nos IMC segundo posse de plano de saúde. Se analisado somente a proporção, maior foi o percentual de beneficiários com DCNT quando comparada com não beneficiários – isso pode decorrer do fato de que a pessoa quando se sente doente tende a fazer um plano de saúde. Houve diferenças de 4,3 pontos percentuais (p.p.) na presença de colesterol alto entre os dois grupos, 1,2 p. p. para hipertensão arterial e 0,74 p.p. para diabetes. Ao considerar a população com 35 anos ou mais, a proporção de beneficiários e não beneficiários com hipertensão arterial aumentou para 31,6% e 31,8%, respectivamente. Na época da pesquisa, indivíduos com plano de saúde estavam com prevalências maiores de sobrepeso e obesidade, no entanto, mais de metade da população brasileira apresentou excesso de peso ou obesidade em 2013.

Um estudo realizado nos Estados Unidos verificou que os padrões comportamentais do indivíduo foram responsáveis por 40% das mortes prematuras daquele país, mais do que a predisposição genética (30%) e as circunstâncias sociais (15%) por exemplo. O estudo destaca também que mesmo que toda a população dos Estados Unidos tenha acesso a um excelente atendimento médico, apenas uma pequena fração das mortes poderia ser evitada, pois o foco precisa ser na mudança do estilo de vida (não saudável) desses indivíduos, e no combate as principais causas comportamentais de morte prematura – inatividade física, obesidade e no tabagismo (Schroeder, 2007).

CONCLUSÃO

A Pesquisa Nacional de Saúde traz informações de base populacional e permite monitorar o cenário das doenças crônicas, seus fatores de risco e proteção nos sistemas público e privado

de saúde. Esses dados permitem orientar políticas e programas de promoção e prevenção a saúde que combaterão o aumento da frequência de fatores de risco e doenças crônicas e podem gerar programas de incentivo da população a práticas de atividades de promoção da saúde e estilos de vida mais saudáveis.

Os resultados desse estudo apontaram que, no geral, as pessoas vinculadas a um plano de saúde possuem hábitos alimentares mais saudáveis e tendem a auto avaliar melhor sua saúde ao comparar com os não beneficiários. No entanto, mais da metade da população dos dois grupos analisados apresentaram alta prevalência de consumo de carne ou frango com excesso de gordura, de leite integral, de doces e de sal e menos da metade da população pratica atividade física de forma recomendada. Essa combinação, de maus hábitos alimentares e a falta de exercício físico, estão relacionados a frequências mais altas de doenças crônicas na população – resultados observados na

proporção de pessoas com sobrepeso e obesidade por exemplo.

Sendo assim, observa-se que o sistema de saúde brasileiro, tanto o público quanto o privado, ainda direcionam suas políticas ao tratamento de pessoas já doentes, ofertando intervenções, tecnologias e ambientes que, em alguns casos, são caros, desnecessários ou evitáveis. Para contornar esse cenário voltado à atenção secundária, acredita-se novos investimentos devam focar também na atenção primária - com equipes de saúde multidisciplinares e uma ampla cobertura de unidades de atenção básica – e, além disso, criar ambientes que auxiliem os indivíduos a praticarem atividade física de forma recomendada e tenham hábitos de vida mais saudáveis. Todas essas ações devem fortalecer e melhorar o sistema de prestação de assistência à saúde como um todo, em todas as suas dimensões, permitindo assim, uma melhor qualidade de vida e desempenho dos brasileiros.

ANEXO 1

TABELA 7. TAXA DE COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS E POR GRANDES REGIÕES DO BRASIL. PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. BRASIL, 2013.

VARIÁVEIS	COM PLANO DE SAÚDE		SEM PLANO DE SAÚDE		POPULAÇÃO	
	N	%	N	%	N	%
TOTAL	55.985.271	27,9	144.588.236	72,1	200.573.507	100,00
SEXO						
MASCULINO	26.045.111	27,0	70.519.980	73,0	96.565.091	100,0
FEMININO	29.940.160	28,8	74.068.256	71,2	104.008.416	100,0
FAIXA ETÁRIA (ANOS)						
0-19	14.200.309	23,2	47.137.131	76,8	61.337.440	100,0
20-59	33.646.875	29,8	79.181.361	70,2	112.828.236	100,0
≥ 60	8.138.086	30,8	18.269.744	69,2	26.407.830	100,0
RAÇA/COR (AUTODECLARADO)						
BRANCA	34.855.795	37,9	57.173.930	62,1	92.029.725	100,0
PRETA	3.743.359	21,6	13.601.541	78,4	17.344.899	100,0
AMARELA	635.083	39,3	980.102	60,7	1.615.185	100,0
PARDA	16.591.937	18,7	72.178.039	81,3	88.769.976	100,0
INDÍGENA	155.892	19,2	654.219	80,8	810.111	100,0
IGNORADO	3.204	88,7	406	11,2	3.611	100,0
ESTADO CIVIL						
CASADO(A)	23.275.212	36,6	40.257.938	63,4	63.533.151	100,0
SEPARADO(A) OU DESQUITADO(A) JUDICIALMENTE	832.435	24,6	2.557.720	75,4	3.390.154	100,0
DIVORCIADO(A)	1.933.804	33,1	3.905.137	66,9	5.838.941	100,0
VIÚVO(A)	2.736.852	28,4	6.911.591	71,6	9.648.443	100,0
SOLTEIRO(A)	20.422.455	22,4	70.772.274	77,6	91.194.729	100,0
NÃO APLICÁVEL	6.784.513	25,2	20.183.576	74,8	26.968.089	100,0

CONTINUAÇÃO: TABELA 7

VARIÁVEIS	COM PLANO DE SAÚDE		SEM PLANO DE SAÚDE		POPULAÇÃO	
	N	%	N	%	N	%
REGIÃO						
NORTE	2.224.942	13,3	14.495.778	86,7	16.720.720	100,0
NORDESTE	8.639.411	15,5	47.033.777	84,5	55.673.188	100,0
SUDESTE	31.163.212	36,9	53.348.696	63,1	84.511.908	100,0
SUL	9.436.763	32,8	19.339.934	67,2	28.776.697	100,0
CENTRO-OESTE	4.520.942	30,4	10.370.052	69,6	14.890.994	100,0
ESCOLARIDADE						
SEM INSTRUÇÃO E FUNDAMENTAL INCOMPLETO	15.065.273	16,4	76.633.523	83,6	91.698.796	100,0
FUNDAMENTAL COMPLETO E MÉDIO INCOMPLETO	6.703.963	22,8	22.719.182	77,2	29.423.144	100,0
MÉDIO COMPLETO E SUPERIOR INCOMPLETO	18.020.377	37,4	30.172.270	62,6	48.192.648	100,0
SUPERIOR COMPLETO	12.733.441	68,8	5.771.956	31,2	18.505.397	100,0
NÃO APLICÁVEL	3.462.215	27,1	9.291.306	72,9	12.753.521	100,0

REFERÊNCIAS

- Arango, H. G. Bioestatística Teórica e Computacional. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, 438p.
- Fiocruz. Objetivos da Pesquisa Nacional de saúde. [Internet] <https://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=objetivos>
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 2013 [Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas* [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileira de Geografia e Estatística; 2014.
- Kaplan, George & E GOLDBERG, DEBBIE & Everson-Rose, Susan & D Cohen, Richard & Salonen, Riitta & Tuomilehto, Jaakko & Salonen, Jukka. (1996). Perceived Health Status and Morbidity and Mortality: Evidence from the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study. *International Journal of Epidemiology*. 25. . 10.1093/ije/25.2.259.
- Malta DC, Bernal RT, Oliveira M. Trends in risk factors chronic diseases, according of health insurance, Brazil, 2008-2013. *Cien Saude Colet*. 2015;20(4):1005-16
- Ministério da Saúde. Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. [Internet] <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>
- Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Health Organ* 2007; 85(7): 527-34.
- OMS - Organização Mundial de Saúde. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation WHO Technical Report Series, No. 916. 2003.
- OMS - Organização Mundial de Saúde. Global status report on alcohol and health. 2014 ed.
- OMS - Organização Mundial de Saúde. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009 [Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
- Sch lindwein MM e Kassouf, AL. Influência do custo de oportunidade do tempo da mulher sobre o padrão de consumo alimentar no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Pesquisa e Planejamento Econômico (PPE) – Artigos. 2008.
- Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61
- Silva, A. R. A. PIB estadual e Saúde: riqueza regional relacionada à disponibilidade de equipamentos e serviços de saúde para o setor de saúde suplementar. Textos para Discussão. IESS, 2014.
- Schroeder, S. A. We Can Do Better — Improving the Health of the American People. Special article. *N Engl J Med* 2007;357:1221-8.

IESS

**INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

IESS
Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42
CEP 04534 004, Itaim, São Paulo, SP
Tel (11) 3706.9747
contato@iess.org.br