


**PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE,
ESTILOS DE VIDA E DOENÇAS CRÔNICAS:
UMA COMPARAÇÃO ENTRE BRASIL E
ESTADO DE SÃO PAULO**



Autores deste número

Irineu Francisco Barreto Junior, pesquisador da Fundação Seade; **Carlos Roberto Almeida França**, chefe da divisão de produção da Fundação Seade

Coordenação e edição

Edney Cielici Dias



SEADE

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

Diretora Executiva

Maria Helena Guimarães de Castro

Diretora-adjunta Administrativa e Financeira

Marcia Jungmann Cardoso Nogueira
(respondendo pelo expediente)

Diretor-adjunto de Análise e Disseminação de Informações

Edney Cielici Dias

Diretora-adjunta de Metodologia e Produção de Dados

Margareth Izumi Watanabe

Corpo editorial

Maria Helena Guimarães de Castro;

Haroldo da Gama Torres;

Margareth Izumi Watanabe;

Edney Cielici Dias e

Oswaldo Guizzardi Filho

Assistente de edição

Cássia Chrispiniano Adduci

Av. Prof. Lineu Prestes, 913 – Cidade Universitária – 05508-000 – São Paulo SP

Fone (11) 3324.7200 Fax (11) 3324.7324

www.seade.gov.br / sicseade@seade.gov.br / ouvidoria@seade.gov.br

APRESENTAÇÃO

PESQUISAS INSERIDAS NO DEBATE PÚBLICO

O Seade é uma instituição que remonta ao século 19, com o surgimento da Repartição da Estatística e do Arquivo do Estado, em 1892. Ao longo de mais de um século, tem contribuído para o conhecimento do Estado por meio de estatísticas, com um conjunto amplo de pesquisas sobre diversos aspectos da sociedade e do território de São Paulo. Levar parte importante desse volume de informação e suas interconexões ao público é, por sua vez, uma tarefa tão relevante quanto desafiadora.

O Projeto Primeira Análise visa divulgar parte do universo de conhecimento da instituição, ao dialogar com temas de interesse social. Os artigos que compõem o projeto procuram sinalizar de forma concisa tendências e apresentar uma análise preliminar do tema tratado. Trata-se de texto autoral, de caráter analítico e científico, com aval de qualidade do Seade.

Os textos são destinados a um público formado por gestores públicos, ao oferecer informação qualificada e de fácil compreensão; ao meio acadêmico e de pesquisa aplicada, por meio de abordagem analítica preliminar de temas de interesse científico; e para a mídia em geral, ao suscitar pautas sobre questões relevantes para a sociedade.

Os artigos do projeto têm periodicidade mensal e estão disponíveis na página do Seade na Internet. Os temas englobam aspectos econômicos, sociais e de interesse geral, abordados em perspectiva de auxiliar na formulação de políticas públicas.

Desta forma, o Seade mais uma vez se reafirma como uma instituição ímpar no fornecimento de informações de importância para o conhecimento do Estado de São Paulo e para a formulação de suas políticas públicas.

Maria Helena Guimarães de Castro

PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE, ESTILOS DE VIDA E DOENÇAS CRÔNICAS: UMA COMPARAÇÃO ENTRE BRASIL E ESTADO DE SÃO PAULO

RESUMO: O texto aborda aspectos da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, realizada pelo IBGE, relacionados aos temas autoavaliação do estado de saúde da população, estilos de vida e diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em perspectiva comparada entre o Brasil e o Estado de São Paulo.

SUMÁRIO EXECUTIVO

- Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), do IBGE, revelam que, no Estado de São Paulo, 71,8% das pessoas com mais de 18 anos autoavaliaram sua condição de saúde como boa ou muito boa. Esse patamar situa a população paulista entre as que registraram as melhores autoavaliações de saúde no Brasil.
- Quanto à prática de atividade física, 48,0% dos adultos de São Paulo foram classificados como insuficientemente ativos. As mulheres registraram percentual maior de inatividade, em comparação com os homens, e essa insuficiência de atividade física eleva-se à medida que aumenta a faixa etária.
- Entre os paulistas considerados fisicamente ativos, a PNS revelou que essa condição decorre de atividades no trabalho (32,6%), deslocamentos para atividades habituais (30,1%), lazer (23,5%) e trabalhos domésticos (17,5%).
- Verificou-se maior proporção de homens fisicamente ativos em virtude de atividades no trabalho e no lazer, enquanto as mulheres registraram maiores índices em decorrência da realização de atividades domésticas.

- *As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) adquirem maior relevância com a transição demográfica e o envelhecimento populacional, sendo significativamente referenciadas pelos paulistas.*
- *No contexto geral da tendência de envelhecimento da população, o aumento do diagnóstico de adoecimento relacionado ao avanço na idade dos entrevistados, especialmente no grupo a partir dos 60 anos, mostra-se ainda mais relevante como indicativo da necessidade de políticas públicas voltadas a esse público.*
- *As mulheres registraram maiores proporções de diagnósticos de hipertensão arterial, colesterol, asma, problemas crônicos de coluna e depressão.*

INTRODUÇÃO

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde, divulgou, no seu primeiro volume (IBGE, 2014), resultados sobre a percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas da população brasileira.¹ De cobertura nacional, os resultados divulgados permitem análises desagregadas por sexo, grupos de idade, nível de instrução e cor/raça, para os seguintes recortes regionais: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação.²

Este número do boletim *1ª Análise* aborda, com base na PNS, temas relacionados à autoavaliação do estado de saúde da população, estilos de vida e diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em perspectiva comparada entre Brasil e Estado de São Paulo. Entre os diversos aspectos da pesquisa, a relevância temática das DCNT é destacada neste estudo da Fundação Seade, que analisa, de forma inédita, os dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 desagregados para o Estado de São Paulo. Novos números do *1ª Análise* estão previstos para discutir as informações provenientes da PNS e seus impactos nas políticas públicas de saúde no âmbito do Estado.

Para descrever aspectos relacionados às condições de saúde da população, o IBGE indagou os entrevistados a respeito da percepção individual

1. A Pesquisa Nacional de Saúde 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 fatores de risco associados.

2. Para as capitais brasileiras e o Distrito Federal, são apresentadas as estimativas totais e por sexo.

nas dimensões autoavaliação de saúde e ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial, cardiovasculares, cânceres, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas). Além de referir a ocorrência das DCNT, a pesquisa investigou o acesso a diagnóstico, tratamento e assistência, com maior detalhamento para hipertensão arterial, diabetes e depressão. Como essas enfermidades são comumente associadas a fatores de risco decorrentes de modos comportamentais, a PNS destinou um módulo temático para o estilo de vida da população, no qual indagou sobre uso do tabaco, consumo de bebidas alcoólicas, prática de atividade física e hábitos de alimentação.

Esse enfoque é de grande relevância, pois, conforme a Organização Panamericana da Saúde, as doenças crônicas não transmissíveis são fatores preponderantes para o adoecimento e a mortalidade em determinadas faixas etárias, uma vez que

a transição demográfica resultou em uma transição epidemiológica, ou seja, uma mudança no perfil de morbimortalidade, com o crescimento da incidência das DCNT, que passaram a determinar a maioria das causas de óbito e incapacidade prematura, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, e a representar uma grande parcela das despesas com assistência hospitalar no SUS e no Setor Suplementar (OPAS/OMS, 2015).³

Também no Brasil, o Ministério da Saúde elegeu o combate às doenças crônicas não transmissíveis como ação prioritária. Conforme assinala documento oficial (BRASIL, 2015), desde 2012, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis vem sendo implementado com o intuito de promover uma redução de 2% ao ano nas mortes prematuras por esse tipo de enfermidade. Segundo o Plano, as DCNT respondem por 72% dos óbitos no país, correspondendo a mais de 742 mil mortes por ano. Nesse sentido, destaca-se que:

Entre as estratégias previstas para a década 2012-2022, prevalecem ações de vigilância, promoção e cuidado integral da saúde. Nesse processo, as medidas de prevenção se farão a partir dos fatores de risco que podem ser modificados e são comuns aos quatro grupos de DCNT que mais matam - doenças cardiovasculares (31,3%), câncer (16,2%), doenças respiratórias crônicas (5,8%) e diabetes mellitus (5,2%). Além de reduzir o tabagismo, o consumo abusivo de álcool, a inatividade física e a alimentação não sau-

3. Ver também: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf> e <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf>.

dável, o plano também visa diminuir os índices de sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2015).

AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

A autoavaliação do estado de saúde é um indicador que pode ser usado para diversas análises sobre morbidade e mortalidade, em especial para alguns grupos populacionais. Segundo Cardoso et al. (2014, p. 36):

A autoavaliação da saúde tem sido utilizada como método confiável para a mensuração e monitoramento do estado de saúde de indivíduos [...]. Trata-se de um indicador de qualidade de vida, de morbidade, declínio funcional e, sobretudo, um preditor sólido de mortalidade, fundamental na avaliação das condições de saúde das pessoas idosas. Essa autotransclassificação geral do estado de saúde engloba vários aspectos da vida do indivíduo como os de natureza física, funcional, cognitivos e emocionais, assim como de bem-estar.

[...]

Além disso, o risco de mortalidade associado à autoavaliação de saúde ruim é mais alto do que o observado em diversas medidas objetivas do estado de saúde, como por exemplo, a avaliação do quadro clínico utilizada pelos profissionais.

Conforme diversos estudos, a autoavaliação do estado de saúde pode ser usada como medida da predisposição de os indivíduos procurarem os serviços de saúde, bem como para auxiliar na compreensão da percepção da qualidade desses serviços. Assim, a comparação do indicador por características da população e área geográfica é um insumo a ser considerado nas decisões relacionadas à implementação de políticas públicas de saúde.

Na PNS, foi entrevistado, em cada domicílio, um morador adulto selecionado aleatoriamente. O dado foi coletado de forma direta, em que o indivíduo classificava sua própria saúde em uma das cinco opções: muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim.

Em São Paulo, 71,8% dos entrevistados declararam ter saúde boa ou muito boa. Esse índice posiciona o Estado entre aqueles com maiores proporções de pessoas que declararam autoavaliação de saúde positiva, sendo que a média nacional foi de 66,1%.

Na bibliografia existente sobre esse tipo de indicador, é comum encontrar níveis altos de correlação com medidas de renda. Assim, seria esperado que unidades da federação que concentram maiores parcelas da população com rendimentos acima da média nacional também registrassem

melhores níveis de autoavaliação de saúde. De fato, além de São Paulo, o Distrito Federal e Minas Gerais aparecem com os maiores índices, enquanto Alagoas, Piauí e Maranhão apresentam os percentuais mais baixos.

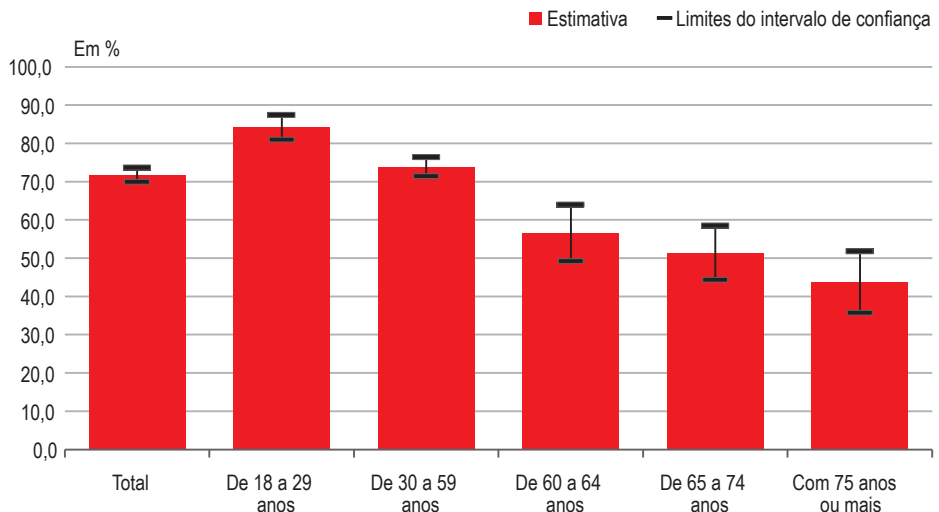
Ainda como aproximação da classificação por renda, é possível verificar, nos dados divulgados da pesquisa, que cresce a frequência de autoavaliação boa ou muito boa à medida que aumenta o nível de instrução, sendo de 52% entre aqueles com, no máximo, o ensino fundamental incompleto e de 88,7% para os que concluíram o ensino superior.

Na comparação segundo raça/cor, embora as diferenças não sejam estatisticamente significantes, os valores estimados mostram tendência para uma maior parcela dos que percebem seu estado de saúde como bom ou muito bom entre os brancos (73,7%), na comparação com os pretos (70,1%) e pardos (67,0%).

Os homens tendem a perceber seu estado de saúde de forma mais positiva que as mulheres, com 76,0% avaliando como bom ou muito bom, contra 68,1% para elas.

O mesmo acontece com os mais jovens em relação aos mais idosos, visto que o indicador chegou a 84,2% entre os que têm de 18 a 29 anos e

Pessoas de 18 anos ou mais que autoavaliaram seu estado de saúde como bom ou muito bom Estado de São Paulo – 2013



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

Nota: O intervalo de confiança indica a precisão dos dados e é determinado pelo erro amostral da pesquisa. Significa que, estatisticamente, a proporção estimada pode variar entre o limite inferior e o superior.

variou de 43,8% a 56,6% (dentro dos limites do erro amostral, portanto, sem diferença estatística) para os grupos com 60 anos de idade e mais.

Ainda com o intuito de mensurar a satisfação das pessoas com seu estado de saúde, perguntou-se acerca de dificuldades de locomoção. Embora a parcela dos que afirmaram ter esse tipo de limitação, mesmo com uso de recurso auxiliar, como bengalas ou muletas, tenha sido inferior a 2,5%, é relevante lembrar que esse percentual corresponde a mais de 800 mil pessoas no Estado.

Considerando-se que as doenças cardíacas estão entre as principais causas de uso dos recursos de saúde em situações de emergência, foram fornecidos, como complemento dos resultados da primeira divulgação da PNS feita pelo IBGE, dados sobre a prevalência de angina. Na pesquisa, angina é conceituada como a sensação de dor ou desconforto na região do peito, causada por esforço relativamente leve, tais como subir um lance de escadas ou caminhar rápido.

Entre os entrevistados, 6,6% referiram sensação compatível com angina de grau 1 e 3,4% com a de grau 2,⁴ sendo essa última mais frequente entre as mulheres (4,2% contra 2,4% para os homens) e em pessoas acima de 29 anos.

Estudos mais abrangentes, possíveis a partir da disponibilidade dos microdados da PNS, permitirão o cruzamento de dados de autoavaliação e de estilos de vida, o que poderá apontar, por exemplo, a existência ou não de correlação entre hábitos não saudáveis – como tabagismo, sedentarismo e outros – e a autoavaliação ruim, no sentido de quantificar efeitos de ações de educação para mudanças comportamentais voltadas à melhoria da eficiência no uso dos serviços de saúde.

ESTILOS DE VIDA

Um dos quesitos avaliados pela Pesquisa Nacional de Saúde (como componente da condição geral de saúde da população) foi a realização de atividade física. Para o IBGE (2015, p. 28), “a prática regular de exercícios físicos ou esportes é considerada como fator de saúde da população”. Como a atividade física pode ser realizada de maneira sistemática, com a prática

4. Conforme descrito no manual metodológico da pesquisa, angina é caracterizada pela sensação de dor ou desconforto no peito, sendo classificada em: angina grau 1 – referida ao subir ladeira ou um lance de escadas, ou ao caminhar rápido no plano e não presente ao andar no plano em velocidade normal ou em repouso; e angina grau 2 – dor ou desconforto no peito ao caminhar em lugar plano, em velocidade normal.

regular de exercícios/atividade física, ou esparsa, em ações cotidianas, profissionais ou caminhadas, a PNS indagou sobre hábitos no trabalho, lazer, deslocamentos para atividades habituais e trabalhos domésticos.

Na pesquisa, foram classificadas com *nível recomendado de atividade física* as pessoas com 18 anos ou mais que realizaram atividades físicas de intensidade leve ou moderada durante pelo menos 150 minutos por semana, ou atividades físicas de intensidade vigorosa, durante pelo menos 75 minutos por semana. O IBGE (2015, p. 28) exemplificou essa classificação:

Alguns exemplos de atividades físicas de intensidade leve ou moderada são: a caminhada, musculação, hidroginástica, dança e ginástica em geral. Como exemplos de atividades físicas de intensidade vigorosa há a corrida, os esportes coletivos no geral, ginástica aeróbica, entre outras atividades que aumentem a frequência cardíaca muito além dos níveis de repouso.

No Estado de São Paulo, as incidências de *indivíduos fisicamente ativos* (Tabela 1) foram registradas em decorrência de atividades no trabalho (32,6%), deslocamentos para atividades habituais (30,1%), lazer (23,5%) e atividades domésticas (16,8%). Não há diferenças estatisticamente significativas entre os índices paulistas e as taxas do Brasil e da Região Sudeste. O que se verificou, nas três abrangências, foi uma maior proporção de homens considerados fisicamente ativos em decorrência de atividade física no trabalho e no lazer, enquanto as mulheres registraram maior índice de adequada atividade física advinda da realização de atividades domésticas.

Conforme a metodologia divulgada pelo IBGE (2015, p. 30), na categoria *insuficientemente ativos* foram incluídas as pessoas que não praticavam atividades físicas ou praticavam durante menos de 150 minutos por semana, considerando os domínios definidos na pesquisa: lazer, trabalho, atividades domésticas e deslocamentos. No Brasil, em 2013, 46,0% das pessoas com mais de 18 anos eram insuficientemente ativas. Não há diferenças estatisticamente significativas nesse índice, quando comparado aos patamares da Região Sudeste (46,5%) e do Estado de São Paulo (48,0%).

As mulheres paulistas registraram percentual maior de inatividade (52,6%) na comparação com os homens (42,9%). Essa situação também foi verificada, em patamares semelhantes, no Brasil e no Sudeste, podendo ser compreendida, conforme mostrado anteriormente, pelos dados referentes às diferenças entre atividade física masculina (preponderante no trabalho e no lazer) e feminina (preponderante nas atividades domésticas).

Quanto aos grupos de idade, observou-se que a insuficiência de atividade física entre os paulistas eleva-se à medida que aumenta a faixa etária.

Pessoas de 18 anos ou mais de idade fisicamente ativas, por sexo, segundo tipos de atividade praticada

Brasil, Região Sudeste e Estado de São Paulo – 2013

Em porcentagem

Tipos de atividade praticada	Total	Homens	Mulheres
Fisicamente ativos no trabalho			
Brasil	33,5	44,3	23,8
Sudeste	32,1	42,6	22,9
Estado de São Paulo	32,6	41,6	24,7
Fisicamente ativos no lazer			
Brasil	22,5	27,1	18,4
Sudeste	22,7	26,8	19,1
Estado de São Paulo	23,5	28,2	19,3
Fisicamente ativos nos deslocamentos para atividades habituais			
Brasil	31,9	31,0	32,6
Sudeste	31,6	30,0	33,0
Estado de São Paulo	30,1	28,7	31,3
Fisicamente ativos na realização de atividades domésticas			
Brasil	16,8	9,2	23,6
Sudeste	17,3	9,2	24,4
Estado de São Paulo	17,5	8,7	25,2

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

Entre os mais jovens, de 18 a 24 anos, a proporção de inatividade é de 35,9%, elevando-se gradativamente para os segmentos de 25 a 39 anos (44,4%), 40 a 59 anos (46,5%)⁵ e de 60 anos e mais (65,2%). Esse comportamento era previsível, se considerados os estilos de vida característicos das diferentes faixas etárias.

Em relação ao nível de instrução, a pesquisa identificou uma proporção mais elevada de insuficiência de atividade física na população paulista sem instrução e com ensino fundamental incompleto (54,2%), em comparação àquela com nível superior completo (44,5%). Para compreensão desse fenômeno, a Tabela 2 apresenta as proporções de pessoas fisicamente ativas, segundo nível de instrução e tipo de atividade praticada.

5. A diferença das taxas para pessoas de 25 a 39 anos e 40 a 59 anos não apresenta diferença estatística significativa.

No Estado de São Paulo, as variações mais significativas foram verificadas entre os indivíduos que mencionaram ser fisicamente ativos no lazer, que saltam de 11,2%, no grupo sem instrução e fundamental completo, para 38,0%, entre aqueles com superior completo. Esses dados sugerem que a possibilidade de realizar atividades físicas motivadas por lazer, cujos pressupostos podem estar relacionados aos fatores de renda e tempo livre, é associada à maior escolaridade e pode exercer influência na qualidade de vida e condições de saúde, de forma que as intervenções públicas no sentido de diminuir o sedentarismo devem considerar essas especificidades.

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas quando mensurada a relação entre proporção de indivíduos *insuficientemente ativos* e atributos de raça/cor.

**T
A
B
E
L
A
2** **Pessoas de 18 anos ou mais de idade fisicamente ativas, por nível de instrução, segundo tipos de atividades praticadas**
Brasil, Região Sudeste e Estado de São Paulo – 2013

Em porcentagem

Tipos de atividades praticadas	Total	Sem instrução e fundamental incompleto	Fundamental completo e médio incompleto	Médio completo e superior incompleto	Superior completo
No trabalho					
Brasil	33,5	32,3	38,0	35,1	27,6
Sudeste	32,1	30,1	37,2	34,4	26,0
Estado de São Paulo	32,6	28,6	36,0	37,3	26,5
No lazer					
Brasil	22,5	11,7	23,6	28,8	37,6
Sudeste	22,7	10,9	20,9	27,9	38,0
Estado de São Paulo	23,5	11,2	17,6	28,3	38,0
Nos deslocamentos habituais					
Brasil	31,9	33,9	34,5	31,0	24,8
Sudeste	31,6	32,6	34,2	31,6	26,8
Estado de São Paulo	30,1	31,9	30,1	31,1	24,8
Em atividades domésticas					
Brasil	16,8	15,5	17,8	18,6	14,9
Sudeste	17,3	16,6	18,5	18,5	15,2
Estado de São Paulo	17,5	16,9	18,3	18,9	14,7

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

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

Conforme a Pesquisa Nacional de Saúde, “o Brasil atravessa um período de transição epidemiológica, com profunda alteração dos padrões de saúde e doença”, com destaque para o crescimento significativo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (SZWARCOWALD; SOUZA-JR.; DAMACENA apud IBGE, 2015, p. 10). Assim, diante da possibilidade de expansão da PNS, o Ministério da Saúde e o IBGE reservaram parcela do questionário da pesquisa para dimensionar o diagnóstico autorreferido de doenças como a hipertensão arterial, diabetes e depressão na população com idade superior a 18 anos.

Entre os paulistas com mais de 18 anos, 23,0% mencionaram diagnóstico crônico de hipertensão arterial, sendo que a parcela de mulheres (24,8%) foi superior à dos homens (20,8%). A maior referência feminina ao adoecimento ocorreu para a quase totalidade das doenças coligidas pela PNS: além da hipertensão arterial, tal resultado foi observado para os diagnósticos médicos de colesterol, asma, problemas crônicos de coluna e depressão (Tabela 3). Referenciada por 8,4% dos paulistas, a depressão, por exemplo, apresentou índices de 4,7% para os homens e 11,7% para as mulheres. Da mesma forma, quanto aos problemas crônicos de coluna, diagnosticados em 18,3% dos paulistas acima de 18 anos, a diferença entre homens e mulheres é acentuada: 14,5% e 21,6%, respectivamente. Nos demais agravos à saúde pesquisados – diabetes, doenças do coração, AVCs e cânceres –, a diferença estatística, por gênero, foi pouco significativa.

Os dados analisados não revelam diferenças estatisticamente relevantes entre a população do Brasil, Sudeste e Estado de São Paulo, conforme mostra a Tabela 3.

O fato do adoecimento ser mais frequentemente referenciado pela população feminina pode estar, ao menos parcialmente, relacionado com o envelhecimento populacional e a maior esperança de vida verificada entre as mulheres. Segundo dados da Fundação Seade, em 2012, a esperança de vida no Estado de São Paulo correspondia a 75,25 anos, sendo que a feminina (78,73 anos) era sete anos superior à masculina (71,72 anos).

Associado ao envelhecimento populacional, os dados sobre adoecimento da população (Tabela 4) evidenciam que, entre as doenças crônicas não transmissíveis tratadas na PNS, houve tendência geral de elevação do diagnóstico de adoecimento, à medida que se avançavam os grupos de idade dos entrevistados.⁶ Nota-se uma curva de inflexão crescente no regis-

6. Exceto a asma, única doença com registro de diagnóstico homogêneo entre as diferentes faixas etárias.

Pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de DCNT, por sexo, segundo tipos de doença
Brasil, Região Sudeste e Estado de São Paulo – 2013

Em porcentagem

Tipos de doença	Total	Homens	Mulheres
Hipertensão arterial			
Brasil	21,4	18,3	24,2
Sudeste	23,3	20,4	25,9
Estado de São Paulo	23,0	20,8	24,8
Diabetes			
Brasil	6,2	5,4	7,0
Sudeste	7,1	6,5	7,6
Estado de São Paulo	7,7	7,6	7,9
Colesterol alto			
Brasil	12,5	9,7	15,1
Sudeste	13,3	10,9	15,3
Estado de São Paulo	13,3	11,2	15,2
Doença do coração			
Brasil	4,2	3,9	4,4
Sudeste	5,0	4,9	5,0
Estado de São Paulo	5,0	5,3	4,8
AVC			
Brasil	1,5	1,6	1,4
Sudeste	1,4	1,7	1,2
Estado de São Paulo	1,5	1,7	1,2
Asma			
Brasil	4,4	3,6	5,1
Sudeste	4,8	4,0	5,5
Estado de São Paulo	4,9	4,1	5,6
Problema crônico de coluna			
Brasil	18,5	15,5	21,1
Sudeste	16,9	13,7	19,8
Estado de São Paulo	18,3	14,5	21,6
Depressão			
Brasil	7,6	3,9	10,9
Sudeste	8,4	4,8	11,6
Estado de São Paulo	8,4	4,7	11,7
Câncer			
Brasil	1,8	1,6	2,0
Sudeste	2,1	2,0	2,3
Estado de São Paulo	2,6	2,4	2,7

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

Pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de DCNT, por faixa etária, segundo tipos de doença

Brasil, Região Sudeste e Estado de São Paulo – 2013

Em porcentagem

Tipos de doenças	Total	18 a 29 anos	30 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 74 anos	75 anos ou mais
Hipertensão arterial						
Brasil	21,4	2,8	20,6	44,4	52,7	55,0
Sudeste	23,3	3,1	21,4	46,9	53,6	59,8
Estado de São Paulo	23,0	3,1	20,7	45,8	53,2	61,9
Diabetes						
Brasil	6,2	0,6	5,0	14,5	19,9	19,6
Sudeste	7,1	0,6	5,5	14,6	22,1	21,4
Estado de São Paulo	7,7	0,9	6,2	16,2	22,0	21,8
Colesterol alto						
Brasil	12,5	2,8	13,3	25,9	25,5	20,3
Sudeste	13,3	3,0	13,4	26,4	27,5	20,7
Estado de São Paulo	13,3	3,0	13,7	28,6	24,4	19,1
Doença do coração						
Brasil	4,2	0,9	3,4	9,0	11,9	13,7
Sudeste	5,0	1,0	3,9	10,4	13,3	14,7
Estado de São Paulo	5,0	0,7	4,2	11,0	11,8	15,9
AVC						
Brasil	1,5	0,1	1,1	2,9	5,1	7,3
Sudeste	1,4	0,2	0,8	2,1	6,0	6,6
Estado de São Paulo	1,5	0,3	0,8	2,0	4,9	8,0
Asma						
Brasil	4,4	4,8	4,1	4,3	5,7	3,8
Sudeste	4,8	5,2	4,4	4,8	6,7	4,8
Estado de São Paulo	4,9	4,9	4,9	3,7	5,9	5,2
Problema crônico de coluna						
Brasil	18,5	8,7	19,9	26,6	28,9	28,5
Sudeste	16,9	6,5	18,1	24,2	28,2	25,8
Estado de São Paulo	18,3	6,8	19,3	26,6	32,7	25,0
Depressão						
Brasil	7,6	3,9	8,8	11,1	9,9	6,9
Sudeste	8,4	4,1	9,4	12,0	12,2	7,3
Estado de São Paulo	8,4	4,1	9,4	11,9	12,3	6,4
Câncer						
Brasil	1,8	0,3	1,3	3,7	5,7	7,7
Sudeste	2,1	0,5	1,4	3,1	6,8	8,5
Estado de São Paulo	2,6	0,6	1,6	4,6	8,5	9,9

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

tro das DCNTs, tornando-se mais aguda a partir dos 60 anos de idade. O diagnóstico de hipertensão arterial, por exemplo, foi declarado por 20,7% dos paulistas com 30 a 59 anos e por 61,9% daqueles com 75 anos e mais.

A pesquisa informa, ainda, que altos níveis de colesterol e problemas crônicos de coluna passaram a afligir mais de um quarto dos paulistas com 60 anos e mais e que aproximadamente um, em cada dez moradores do Estado desse segmento etário, referenciou diagnóstico médico por depressão, mesma proporção medida para doenças do coração.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o IBGE, as doenças crônicas não transmissíveis constituem relevante problema de saúde e respondem por mais de 70% das causas de mortes no Brasil. A PNS reporta estudos que têm mostrado a forte associação entre as DCNTs e fatores de risco prevalentes relacionados a estilos de vida, tais como sedentarismo, padrões alimentares inadequados, tabagismo e consumo excessivo de álcool.

Os dados e indicadores apresentados apontam para a favorável avaliação que os paulistas formulam acerca da sua própria condição de saúde. O confronto desse padrão de resposta com o elevado índice de pessoas com exercício insuficiente de atividades físicas e ainda com a representativa prevalência de diagnósticos de doenças crônicas não transmissíveis sugere uma contradição entre a autoavaliação de saúde e a real condição da população paulista.

Em todo caso, os dados alertam para os desafios provocados pelo envelhecimento populacional, a transição demográfica e o estilo de vida da população, podendo ser utilizados como insumos na orientação de políticas públicas e incentivo à implementação de ações preventivas que aumentem a probabilidade de evitar o adoecimento crônico, bem como no desenvolvimento de campanhas de estímulo para a adoção da prática de atividades físicas, com o intuito de melhoria das condições de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de ação busca reduzir mortes prematuras*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/1262-plano-de-acao-busca-br-reduzir-mortes-prematuras>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

CARDOSO, J.D.C. et al. Autoavaliação de saúde ruim e fatores associados em idosos residentes em zona urbana. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 35, n. 4, p. 35-41,

2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/46916/32391>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013*: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

_____. *Pesquisa nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências – Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

OPAS/OMS – Organização Pan-Americana da Saúde. *Vigilância em DCNT e fatores de risco*. Brasília: OPAS/OMS, 2015. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=572:vigilancia-dcnt-fatores-risco&Itemid=539>. Acesso em: 18 set. 2015.

NOTA AOS COLABORADORES

Os artigos publicados pelo *Primeira Análise* devem ser relacionados a pesquisas da Fundação Seade. As colaborações podem ser tanto de integrantes da Fundação como de analistas externos.

A publicação não remunera os autores por trabalhos publicados. A remessa dos originais para apreciação implica autorização para publicação pela revista, embora não haja obrigação de publicação.

A editoria do boletim poderá contatar o autor para eventuais dúvidas e/ou alterações nos originais, visando manter a homogeneidade e a qualidade da publicação, bem como adequar o texto original ao formato dos artigos do *Primeira Análise* – e para isso podem ser realizadas reuniões de ajuste de conteúdo editorial com os autores.

É permitida sua reprodução total ou parcial, desde que seja citada a fonte.

E-mail de contato: edneydias@seade.gov.br

NORMAS EDITORIAIS

O artigo deverá ser digitado em Word (fonte TIMES NEW ROMAN, corpo 12), contendo no mínimo 15 e no máximo 30 páginas, em espaço duplo.