



INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Texto para Discussão n° 82 – 2021
Hábitos alimentares e estilo de vida em
beneficiários de planos de saúde médico-
-hospitalares – principais mudanças entre
2013 e 2019

Autora: Amanda Reis

Superintendente Executivo: José Cechin

SUMÁRIO EXECUTIVO

- O objetivo deste estudo foi descrever as prevalências de hábitos alimentares e estilo de vida de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares no Brasil de acordo com características sociodemográficas a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde, PNS, e comparar os dados de 2019 com os de 2013.
- De acordo com a PNS havia 54,6 milhões de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares em 2019, dos quais:
 - 54,1% eram mulheres, 32,0% tinham ensino superior completo, 55% moravam em capitais ou regiões metropolitanas e 18,5% tinham 60 anos ou mais.

ESTILOS DE VIDA EM 2019 PARA BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE MÉDICO-HOSPITALARES COM 18 ANOS OU MAIS

Hábitos alimentares

- Em 2019, 55% dos beneficiários apresentaram consumo regular de frutas, 68,2% de verduras, 28,8% de carne vermelha, 9,0% de refrigerante e 16,8% de alimentos doces. A seguir são apresentadas as maiores prevalências:
 - **Frutas:** mulheres (66,0%), 60 anos ou mais (74,9%), superior completo (73,2%), residentes na capital (62,8%).
 - **Verduras:** mulheres (71,7%), 60 anos ou mais (74,7%), superior completo (73,2%), residentes no interior (70,3%). Carne vermelha: homens (35,8%), faixa etária de 18 a 20 anos (30,9%), ensino médio incompleto (34,5%), residentes do interior (34,3%).
 - **Refrigerante:** homens (11,7%), ensino superior incompleto (12,6%), residentes nas regiões metropolitanas (9,8%), 18 a 20 anos (13,7%).
 - **Alimentos doces:** mulheres (17,2%), ensino superior completo (17,6%), residentes nas regiões metropolitanas (17,3%), 18 a 20 anos (30%).

Atividade física e sedentarismo

- 29,0% dos beneficiários praticavam exercícios regularmente, 26,9% faziam alguma parte do trajeto do trabalho a pé ou de bicicleta, 21,5% passavam de 2 a 3 horas por dia assistindo televisão e 17,1% passaram de 2 a 3 horas de lazer no celular, tablet ou computador. A seguir são apresentadas as maiores prevalências:
 - **Exercícios físicos:** homens (29,5%), 60 anos ou mais (35,2%), fundamental incompleto (34,8%), residentes na capital (29,9%).
 - **Pedala ou caminha até o local de trabalho:** mulheres (29,5%), 18 a 20 anos (29,6%), fundamental incompleto (41,6%), residentes nas capitais (30,0%).
 - **Assistir televisão de 2 a 3 horas por dia:** mulheres (23,1%), sem instrução (25,8%), com 60 anos ou mais (23,8%), residentes em região metropolitana (22,9%).
 - **Passar de 2 a 3 horas de lazer por dia no celular, tablet ou computador:** mulheres (17,4%), ensino superior incompleto (23,7%), residentes na capital (17,8%), 21 a 59 anos (20,2%).

Consumo de álcool e tabagismo

- 8,8% faziam consumo regular (5 vezes ou mais por semana) de bebidas alcóolicas, 7,5% fumava diariamente.
 - **Álcool:** homens (10,8%), 60 anos ou mais (18,7%), ensino fundamental incompleto (18%), residentes no interior (10,3%).
 - **Fumo:** homens (8,1%), ensino fundamental incompleto (9,8%), residentes em regiões metropolitanas (9,1%), 60 anos ou mais (7,8%).

TENDÊNCIA ENTRE 2013 E 2019:

- Aumentou o consumo regular de frutas (55% para 60%) e caiu de alimentos doces (25,5% versus 16,8%) e de carne vermelha (35,2% versus 28,8%).
- A prevalência do consumo de bebidas alcóolicas aumentou para beneficiários residentes nas capitais (46,3% versus 53,3%), na faixa etária de 19 a 59 (48,8% versus 55%) e com 60 anos ou mais (32% versus 38%). E o consumo regular (5 ou mais dias na semana) aumentou para beneficiários com ensino médio completo (6,6% versus 8,8%).
- Caiu prevalência de pessoas que fazem alguma parte do trajeto para o trabalho a pé ou de bicicleta (32,1% para 26,9%).

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, 52% das pessoas de 18 anos ou mais informaram que receberam diagnóstico de pelo menos uma doença crônica em 2019, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2020). As doenças crônicas tendem a apresentar longa duração e trazem uma série de consequências, como queda na qualidade de vida, incapacidade e morte prematura. Em decorrência disso, essas enfermidades geram elevados custos econômicos para a sociedade e para os sistemas de saúde, inclusive a saúde suplementar.

Muitas dessas doenças podem ser evitadas com prevenção primária, pois alguns dos fatores de risco são modificáveis, como por exemplo os fatores de risco compartilhados pela hipertensão e diabetes, como excesso de peso ou obesidade, sedentarismo, hábitos alimentares ruins (Santos e Moreira, 2012) e alcoolismo (Forman et al., 2009). A Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta que uma dieta não saudável e a falta de atividade física são os principais fatores de risco globais para a saúde (WHO, 2020). Há estudos indicando que de 30 a 50% de todos os cânceres são atribuídos a fatores de risco modificáveis (Rezende et al., 2020). Em alguns casos esses fatores estão ligados a condições de vida e são mais difíceis de se modificar, demandando amplas ações de políticas públicas, mas outros são passíveis de medidas e programas de prevenção. Na Saúde suplementar por exemplo, há operadoras de planos de saúde que criam seus próprios programas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Indicadores que medem a frequência de atividade física, tanto no lazer como no trabalho, e o padrão alimentar são importantes para avaliar o estilo de vida das pessoas (Ferreira et al, 2019). Por isso, o monitoramento da prevalência de hábitos e práticas da população beneficiária de planos de saúde é de grande necessidade para se entender os padrões de risco e os fatores associados a determinados segmentos sociais. Os resultados desse monitoramento podem subsidiar medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças mais

efetivas. Visando gerar insumos para essa discussão na saúde suplementar, o objetivo desse estudo é descrever as prevalências de hábitos alimentares e estilo de vida de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares no Brasil de acordo com características sócio-demográficas, a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde e comparar os dados de 2019 com os de 2013.

2. MÉTODOS

Este é um estudo descritivo com microdados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) para os anos de 2013 e de 2019, referente aos indicadores de hábitos de vida considerados como não saudáveis. A significância estatística entre as categorias das variáveis foi obtida por comparação do Intervalo com 95% de Confiança (IC 95%) para as proporções e considerou-se a ausência de sobreposição do Intervalo de Confiança para a significância estatística da diferença nas categorias de cada variável. Os dados foram analisados no software estatístico R.

A PNS é um inquérito domiciliar realizado entre junho e agosto, nos anos 2013 e 2019, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em convênio com o Ministério da Saúde (Fiocruz). A população-alvo é constituída pelos moradores em domicílios particulares permanentes (IBGE, 2020). Dentro de cada domicílio selecionado, um morador com foi selecionado por amostragem aleatória simples da lista de moradores construída no momento da entrevista para responder ao questionário específico. Na PNS 2013 esse morador deveria ter 18 anos ou mais e na PNS 2019 ele deveria ter 15 anos ou mais. Para efeitos de comparação com a pesquisa de 2013, os dados de hábitos e estilos de vida da pesquisa de 2019 foram considerados apenas para pessoas com 18 anos ou mais. Na PNS 2013 a amostra foi constituída de 81.767 domicílios selecionados. A amostra da PNS 2019 foi determinada com base nos tamanhos de amostras estudados para a PNS 2013 e na precisão das estimativas obtidas com os dados daquela pesquisa e observou-se a necessidade de definir um tamanho maior que o da edição anterior para garantir precisão aceitável

para os diversos domínios de estimação. Dessa forma, a amostra selecionada de 2019 foi de 108.457 domicílios.

Considerou-se a população estimada a partir da aplicação dos pesos amostrais das pesquisas. De forma a garantir a comparabilidade dos resultados das duas edições da pesquisa, o IBGE recalculou os fatores de expansão da PNS 2013 e os disponibilizou junto com os microdados.

O presente estudo utilizou dados provenientes das respostas às questões relacionadas a hábitos de vida não saudável. Com base nessas questões, foram obtidos 12 indicadores:

a) Consumo de verduras e legumes – Prevalência (%) de indivíduos que referiram consumir verduras e legumes regularmente (5 ou mais dias na semana), com base na questão: *“Em quantos dias da semana, o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (sem contar batata, mandioca, cará ou inhame) como alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha?”* Resposta: número de dias (0 a 7).

b) Consumo de frutas – Prevalência (%) de indivíduos que referiram consumir frutas regularmente (5 ou mais dias na semana), com base na questão: *“Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frutas?”* Resposta: número de dias (0 a 7).

c) Consumo de carne vermelha – Prevalência (%) de indivíduos que referiram consumir carne vermelha regularmente (5 ou mais dias na semana), com base na questão: *“Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito, bode, ovelha etc.)?”* Resposta: número de dias (0 a 7).

d) Consumo de refrigerantes – Prevalência (%) de indivíduos que referiram consumir refrigerantes regularmente (5 ou mais dias na semana), com base na questão: *“Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar refrigerante?”* Resposta: número de dias (0 a 7).

e) Consumo de alimentos doces – Prevalência (%) de indivíduos que referiram consumir alimentos doces regularmente (5 ou mais dias na semana), com base na questão:

“Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer alimentos doces como biscoito/bolacha recheado, chocolate, gelatina, balas e outros?” Resposta: número de dias (0 a 7).

f) Consumo de lanches no almoço – Prevalência (%) de indivíduos que referiram consumir lanches regularmente (5 ou mais dias na semana), com base na questão: *“Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma substituir a refeição do almoço por lanches rápidos como sanduíches, salgados, pizza, cachorro quente, etc?”* Resposta: número de dias (0 a 7).

g) Consumo de bebidas alcoólicas – Prevalência (%) de indivíduos que referiram consumir álcool regularmente (5 ou mais dias na semana), com base em duas questões: *“Com que frequência o(a) Sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?”* Resposta: a) Não bebo nunca, b) Menos de uma vez por mês, c) Uma vez ou mais por mês. *“Quantos dias por semana o(a) Sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?”*. Resposta: número de dias (0 a 7).

h) Hábito de fumar – Prevalência (%) de indivíduos que referiram fumar diariamente, com base na questão: *“Atualmente, o(a) Sr(a) fuma algum produto do tabaco?”* Resposta: a) Sim, diariamente; b) Sim, menos que diariamente; c) Não fumo atualmente.

i) Prática de exercício físico – Prevalência (%) de indivíduos que referiram praticar exercícios regularmente (5 ou mais dias na semana), com base na questão: *“Quantos dias por semana o(a) Sr(a) costuma (costumava) praticar exercício físico ou esporte?”*

j) Movimentação no trajeto para o trabalho – Prevalência (%) de indivíduos que referiram ir ou voltar do trabalho a pé ou de bicicleta regularmente (5 ou mais dias na semana), com base em duas questões: *“Para ir ou voltar do trabalho, o(a) Sr(a) faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?”*. Resposta: a) Sim, todo o trajeto; b) Sim, parte do trajeto; c) Não. *“Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz algum trajeto a pé ou bicicleta?”* Resposta: número de dias (0 a 7).

k) Tempo de lazer assistindo televisão – Tempo médio referido assistindo televisão por dia, com base na questão: *“Em média, quantas*

horas por dia o(a) Sr(a) costuma ficar assistindo televisão?”. Resposta: a) Menos de uma hora; b) De uma hora a menos de duas horas; c) De duas horas a menos de três horas; d) De três horas a menos de seis horas; e) Seis horas ou mais; f) Não assiste televisão.

I) Tempo de lazer com celular, tablet ou computador – Tempo médio referido usando celular, computador ou tablet por dia, com base na questão: “Em um dia, quantas horas do seu tempo livre (excluindo o trabalho), o(a) Sr(a) costuma usar computador, tablet ou celular para lazer, tais como: utilizar redes sociais, para ver notícias, vídeos, jogar etc?”. Resposta: a) Menos de uma hora; b) De uma hora a menos de duas horas; c) De duas horas a menos de três horas; d) De três horas a menos de seis horas; e) Seis horas ou mais; f) Não costuma usar computador, tablet ou celular no tempo livre.

3. BREVE PANORAMA SÓCIODEMOGRÁFICO

A tabela 1 mostra que havia 55.727.150 beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares em 2013. Os resultados da edição da PNS de 2019 mostraram uma redução de 2,0% em relação a 2013 e o total estimado foi 54.587.974 beneficiários, dos quais 45,9% eram do sexo masculino e 54,1% eram do sexo feminino. Os dados das duas pesquisas são superiores

pelos reportados pela ANS para os anos considerados: 49.491.826 em dezembro de 2013 e 47.031.425 em dezembro de 2019. A diferença se deve ao fato de a PNS incluir beneficiários de planos de saúde de órgãos da administração pública direta, fundacional e autárquica, que não estão sob a regulamentação da ANS.

A proporção de beneficiários com ensino superior completo passou de 24,3% em 2013 para 32,0% em 2019. Os beneficiários com nível de instrução abaixo de ensino médio incompleto perderam representatividade no total. Na coorte de pessoas sem plano de saúde também foi observada essa tendência (tabela A1 do ANEXO), indicando um aumento da escolaridade da população.

Houve redução significativa de beneficiários de 19 a 59 anos, cuja participação no total passou de 61,6% em 2013 para 59,1% em 2019. Já a faixa de 60 anos ou mais cresceu 4 pontos percentuais (p.p.), passando de 14,5% para 18,5%. Essa tendência é um reflexo da mudança demográfica vigente no país, pois entre as pessoas sem plano de saúde também houve aumento do número de idosos, cuja participação cresceu 3 p.p. Em 2013, 12,6% da população estava na faixa etária de 60 anos ou mais e em 2019, 15,7% da população. Esses números também indicam um maior envelhecimento dos beneficiários em relação à população.

TABELA 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SELECIONADAS DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE, 2013-2019.

VARIÁVEIS	2013			2019		
	N	PROP. %	IC 95%	N	PROP. %	IC 95%
SEXO						
MASCULINO	25.923.161	46,5	(45,9 - 47,1)	25.062.864	45,9	(45,4 - 46,4)
FEMININO	29.803.990	53,5	(52,9 - 54,0)	29.525.109	54,1	(53,6 - 54,6)
TOTAL	55.727.150			54.587.974		
NÍVEL DE INSTRUÇÃO						
SEM INSTRUÇÃO	3.030.102	5,8	(5,4 - 6,2)	2.204.785	4,3	(4,0 - 4,6)
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	11.958.889	22,9	(22,0 - 23,7)	10.215.433	20	(19,4 - 20,6)
FUNDAMENTAL COMPLETO	3.902.132	7,5	(7,0 - 7,9)	2.818.094	5,5	(5,2 - 5,8)

VARIÁVEIS	2013			2019		
	N	PROP. %	IC 95%	N	PROP. %	IC 95%
MÉDIO INCOMPLETO	2.773.034	5,3	(5,0 - 5,7)	2.447.852	4,8	(4,5 - 5,1)
MÉDIO COMPLETO	14.226.727	27,2	(26,4 - 28,0)	13.314.144	26	(25,3 - 26,8)
SUPERIOR INCOMPLETO	3.709.434	7,1	(6,7 - 7,5)	3.786.589	7,4	(7,0 - 7,8)
SUPERIOR COMPLETO	12.680.460	24,3	(23,1 - 25,4)	16.351.058	32	(30,9 - 33,0)
REGIÃO						
CAPITAL	19.131.876	34,3	(33,2 - 35,5)	19.722.706	36,1	(34,9 - 37,3)
REGIÃO METROPOLITANA SEM CAPITAL	10.337.584	18,6	(17,5 - 19,6)	10.315.437	18,9	(17,7 - 20,1)
INTERIOR	26.257.691	47,1	(45,6 - 48,6)	24.549.831	45	(43,5 - 46,4)
IDADE						
0 A 18	13.289.004	23,8	(23,8 - 23,9)	12.248.037	22,4	(21,8 - 23,0)
19 A 59	34.335.874	61,6	(61,6 - 61,6)	32.261.440	59,1	(58,4 - 59,7)
60 OU MAIS	8.102.273	14,5	(14,5 - 14,5)	10.078.497	18,5	(17,7 - 19,1)

Fonte: Microdados da Pesquisa Nacional de Saúde, edição 2019 e edição 2013. Elaboração: IESS.

4. PREVALÊNCIAS DE HÁBITOS ALIMENTARES E ESTILO DE VIDA

Os hábitos alimentares dos beneficiários foram analisados utilizando como parâmetro as questões sobre quantos dias da semana a pessoa consome determinado alimento. As prevalências dizem respeito ao consumo regular, ou seja, 5 dias ou mais na semana, conforme adotado pelo IBGE (IBGE 2014 e IBGE 2020). A prevalência de hábitos e estilos de vida também foram estimadas para a prática em 5 dias ou mais na semana.

a. Beneficiários e não beneficiários

O gráfico 1 mostra os hábitos alimentares de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares em 2013 e em 2019. No anexo, o gráfico A1 dá os mesmos dados para não beneficiários. Duas variáveis foram inseridas apenas na PNS 2019, não tendo, pois, comparação para 2013: consumo de verduras e de refrigerantes.

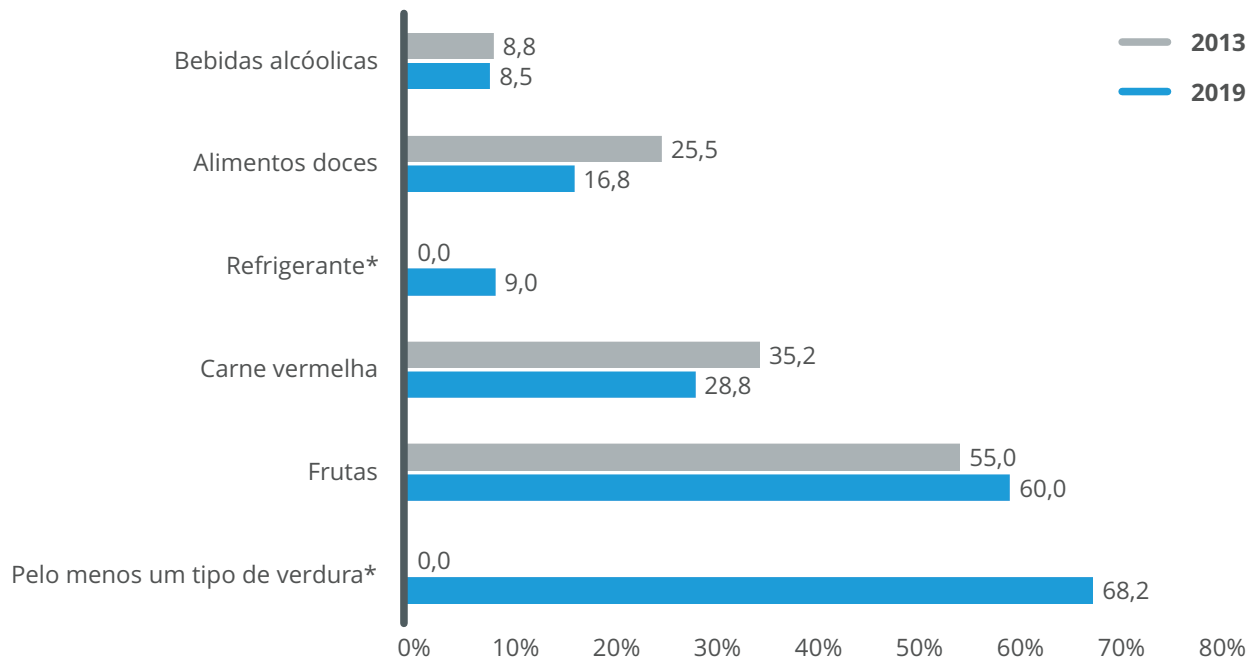
O consumo regular de verduras por beneficiários foi de 68,2% em 2019 e o de frutas foi

60,0%. Houve aumento de 5 p.p. no consumo regular de frutas por beneficiários em relação a 2013 (55%). A OMS preconiza que frutas e verduras devem fazer parte de uma dieta saudável em porções de 400g por dia, ao menos cinco dias por semana¹. A organização ressalta que uma dieta saudável ajuda a proteger a saúde contra as doenças crônicas como diabetes, doenças cardiovasculares e câncer.

Em 2019, o consumo regular de carne vermelha (28,8%) e de alimentos doces (25,5%) caiu em relação em 2013, demonstrando um movimento de alteração nos hábitos alimentares dos beneficiários em linha com o recomendado pela OMS. Mas as proporções ainda são superiores do que na população sem beneficiários, cujos consumos são 27,9% e 13,8% para carne e doces, respectivamente. O consumo regular de bebida alcoólica não sofreu grande alteração na população de beneficiários no período compreendido entre as duas edições da PNS.

¹ <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

GRÁFICO 1: PREVALÊNCIA (%) DO CONSUMO REGULAR (5 DIAS OU MAIS NA SEMANA) EM BENEFICIÁRIOS, 2013 E 2019.

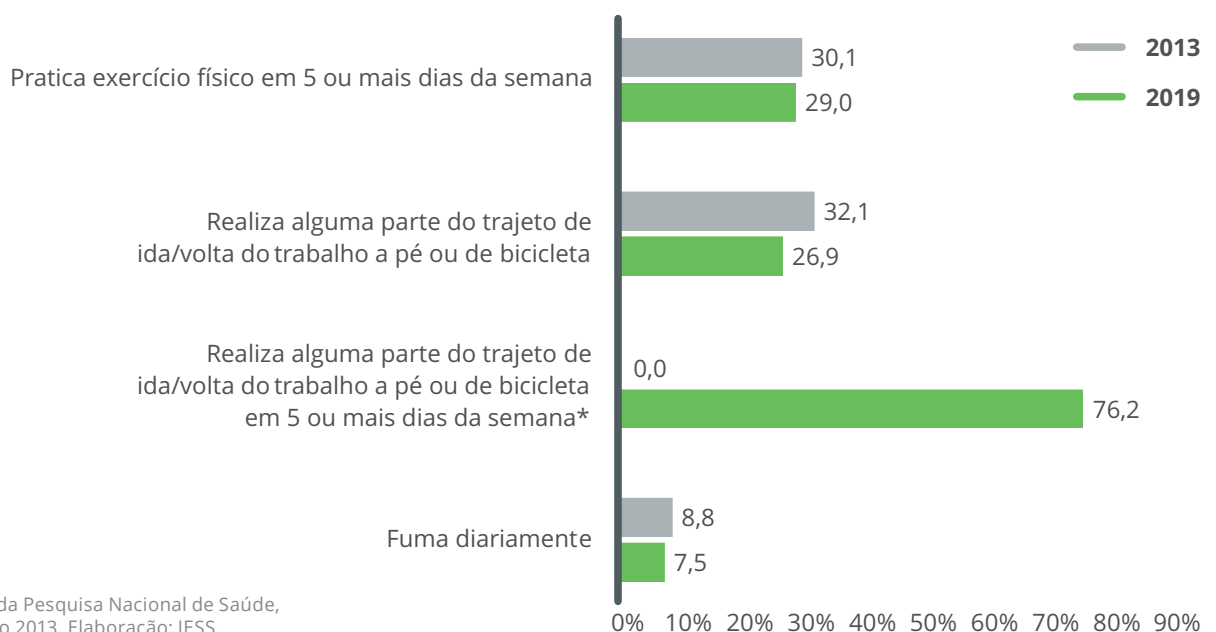


Fonte: Microdados da Pesquisa Nacional de Saúde, edição 2019 e edição 2013. Elaboração: IESS. * Dado não disponível na PNS 2013.

O gráfico 2 apresenta as prevalências de prática regular de hábitos e estilos de vida em beneficiários. 29,0% dos beneficiários praticaram exercício físico de forma regular em 2019. Em 2013 essa proporção era de 30,1%. A proporção de pessoas que fazem alguma parte do trajeto de ida ou volta do trabalho a pé ou de bicicleta passou de 32,1% em 2013 para 26,9% em 2019. Atividade física, seja ela no lazer ou relacionada ao trabalho, é uma prática importante, pois existem evidências da associação entre falta de atividade física e incidência de doenças crônicas (Rezende, 2020). A tendência observada nessas duas variáveis, indício de aumento do sedentarismo entre os beneficiários, é mudança no sentido oposto ao desejado.

A prevalência de pessoas que fumavam diariamente apresentou tendência de queda. Todas essas variáveis estão disponíveis para não beneficiários no gráfico A2 do Anexo.

GRÁFICO 2: PREVALÊNCIA (%) DE HÁBITOS E ESTILO DE VIDA DE BENEFICIÁRIOS, 2013 E 2019.



Fonte: Microdados da Pesquisa Nacional de Saúde, edição 2019 e edição 2013. Elaboração: IESS.

b. Hábitos e estilo de vida segundo características sociodemográficas em beneficiários de planos médico-hospitalares

Os dados apresentados na seção anterior indicam uma melhora nos hábitos alimentares dos beneficiários entre 2013 e 2019, com pequena queda no nível de atividade física. É importante analisar em quais segmentos populacionais houve melhora e em quais ainda há necessidade de maiores mudanças para um estilo de vida mais saudável. A tabela 2 apresenta a prevalência de consumo regular de alimentos para os beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares segundo sexo, faixa etária, nível de instrução e região de residência. Fatores demográficos como esses são considerados determinantes do consumo inadequado de alimentos. No anexo está a tabela referente ao ano de 2013 (Tabela A2). Dentre os alimentos analisados, observou-se que o consumo regular (5 dias ou mais) de:

- **Verdura:** é estatisticamente menor em jovens de 18 a 20 (51,7%) em relação a beneficiários de 21 a 59 anos (66,0%) e a beneficiários com 60 anos ou mais (74,7%), é menor em beneficiários com ensino médio incompleto (54,4%) em relação aos demais níveis de escolaridade e é menor em residentes em regiões metropolitanas (com exceção da capital) (63,2%) relação a residentes do interior (70,3%) e das Capitais (67,9%). Não houve diferença estatística entre homens e mulheres.
- **Frutas:** é estatisticamente menor em homens (52,5%) em relação a mulheres (66,0%), é menor em jovens de 18 a 20 anos (35,2%) em relação a beneficiários de 21 a 59 anos (54,8%) e beneficiários com 60 anos ou mais (74,9%), pessoas com nível de instrução intermediário, como ensino médio incompleto (46,3%) e ensino médio completo (55,6%) em relação a beneficiários com nível superior completo (65,2%); é menor em residentes em regiões metropolitanas (com exceção da capital) (56,5%) em relação a residentes nas capitais (62,8%). Em relação a 2013 (tabela A2 do Anexo), todas as categorias sociodemográficas

tiveram aumento no consumo regular, com exceção de beneficiários com ensino médio incompleto, cuja prevalência passou de 50,0% em 2013 para 46,3% em 2019.

- **Carne vermelha:** é estatisticamente maior em homens (35,8%) do que em mulheres (23,1%), em jovens de 18 a 20 (30,9%) em relação a beneficiários em 60 anos ou mais (24,2%), é maior em pessoas com ensino médio incompleto (34,5%) em relação a pessoas com ensino superior completo (27,2%); é menor em residentes no interior dos estados (34,3%) em relação a moradores de capitais (23,4%) e das regiões metropolitanas (25,5%). O consumo regular de carne vermelha caiu em todas as categorias sociodemográficas em relação a 2013. Essa é uma tendência em linha com o que recomenda o Instituto Nacional de Câncer (INCA), que aconselha limitar o consumo de carne vermelha a 500g por semana (dividido em 3 dias) como forma de se proteger do câncer (INCA, 2019).
- **Refrigerante:** é estatisticamente maior em homens (11,7%) em relação a mulheres (6,9%), pessoas com menos de 60 anos² em relação a pessoas com 60 anos ou mais (5,9%). Não houve diferença estatística no consumo de refrigerante entre os níveis de escolaridade e entre as regiões de residência. Não há comparação com 2013.
- **Alimentos doces:** é significativamente maior em jovens de 18 a 20 anos (30,0%) em relação a beneficiários de 20 a 59 anos (16,9%) e beneficiários com 60 anos ou mais (15,4%). Com relação ao nível de instrução, a única diferença estatística foi a dos beneficiários sem instrução, que apresentaram prevalência de consumo regular de alimentos doces (9,9%) estatisticamente inferior a todos os demais níveis de instrução. Esse resultado está em linha com o encontrado por Claro et. al (2015), que verificou que o consumo regular de alimentos doces tende a diminuir com o aumento da idade e aumentar com a elevação do nível de instrução (Claro et al, 2015). Não houve diferença estatística entre os sexos e as regiões de

² Não houve diferença estatística no consumo de refrigerante entre as faixas de 0 a 18 anos e 19 a 59 anos, pois os intervalos de confiança se sobrepõem.

residência. O consumo regular de alimentos doces caiu em todas as categorias sociodemográficas em relação a 2013. Essa queda entre os beneficiários é benéfica, pois a população brasileira, em média, tem um consumo de açúcar que excede em 50% o recomendado pela OMS (CNS, 2020). Esse hábito populacional impactou o aumento do diabetes entre 2006 e 2019 (5,5% e 7,4%, respectivamente) (CNS, 2020).

- **Substituição de almoço por lanche:** não houve diferença estatística entre as categorias analisadas. A substituição regular de almoço por lanches rápidos caiu em todas as categorias sociodemográficas em relação a 2013 e destaca-se a queda para jovens de 18 a 20 anos que foi de 11,1 p.p. e para pessoas com ensino superior incompleto e completo, que tiveram quedas de 10,6 p.p. e 10,5 p.p., respectivamente.

TABELA 2: PREVALÊNCIA DE CONSUMO REGULAR DE ALIMENTOS ENTRE BENEFICIÁRIOS POR CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, 2019.

VARIÁVEIS	VERDURA		FRUTAS		CARNE VERMELHA		REFRIGERANTE		ALIMENTOS DOCES		SUBSTITUIÇÃO DE ALMOÇO POR LANCHE	
	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)
SEXO												
MASCULINO	63,8	(62,2-85,4)	52,5	(50,8-54,1)	35,8	(34,1-37,3)	11,7	(10,6-12,8)	16,2	(14,8-17,5)	1,9	(1,4-2,4)
FEMININO	71,7	(70,4-73,0)	66	(64,6-67,3)	23,1	(21,9-24,3)	6,9	(6,1-7,7)	17,2	(15,9-18,4)	2,1	(1,7-2,5)
FAIXA ETÁRIA												
18 A 20	51,7	(44,8-58,4)	35,2	(28,7-41,6)	30,9	(24,4-37,2)	13,7	(8,8-18,6)	30	(23,8-36,1)	3,3	(1,5-5,2)
21 A 59	66	(64,7-67,3)	54,8	(53,4-56,1)	30,5	(29,2-31,7)	10,2	(9,3-10,9)	16,9	(15,6-18,1)	2,2	(1,8-2,6)
60 OU MAIS	74,7	(73,0-76,4)	74,9	(73,1-76,5)	24,2	(22,4-25,8)	5,9	(4,9-6,8)	15,4	(13,9-16,8)	1,5	(1,0-2,0)
NÍVEL DE INSTRUÇÃO												
SEM INSTRUÇÃO	62,6	(55,2-64,3)	57,9	(50,6-65,1)	27,6	(20,7-34,4)	7	(3,3-10,6)	9,9	(5,4-14,3)	1,5	(0,0-3,0)
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	67,1	(64,3-69,8)	62,9	(60,2-65,5)	27,3	(24,8-29,7)	7,8	(5,97-9,58)	14,7	(12,5-16,9)	2,1	(1,0-3,2)
FUNDAMENTAL COMPLETO	67,6	(62,9-72,1)	60,7	(56,1-65,1)	31,5	(27,0-35,8)	9,8	(6,7-12,8)	17,5	(13,7-21,1)	2,1	(0,4-3,8)
MÉDIO INCOMPLETO	54,4	(49,2-59,5)	46,3	(41,2-51,3)	34,5	(29,4-39,5)	11,2	(8,10-14,3)	16,3	(12,6-19,8)	2,5	(1,3-3,8)
MÉDIO COMPLETO	65,3	(63,2-67,2)	55,6	(53,4-57,8)	29,5	(27,6-31,4)	9,6	(8,4-10,7)	17,2	(14,9-19,3)	2	(1,5-2,5)

VARIÁVEIS	VERDURA		FRUTAS		CARNE VERMELHA		REFRIGERANTE		ALIMENTOS DOCES		SUBSTITUIÇÃO DE ALMOÇO POR LANCHE	
	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)
SUPERIOR INCOMPLETO	62,6	(58,8-66,3)	50,1	(46,1-53,9)	32	(28,1-35,7)	12,6	(9,9-15,3)	15,2	(12,7-17,6)	3,2	(1,8-4,6)
SUPERIOR COMPLETO	73,2	(71,5-74,9)	65,2	(63,6-66,6)	27,2	(25,6-28,8)	8,2	(7,1-9,2)	17,6	(16,2-18,9)	1,8	(1,4-2,2)
REGIÃO												
CAPITAL	67,9	(66,6-69,0)	62,8	(61,5-64,0)	23,4	(22,2-24,4)	8,6	(7,8-9,4)	16,6	(15,5-17,6)	2,1	(1,7-2,4)
REGIÃO METROPOLITANA SEM CAPITAL	63,2	(60,2-66,2)	56,5	(53,6-59,4)	25,5	(23,4-27,4)	9,8	(8,4-11,1)	17,3	(15,4-19,1)	2,1	(1,5-2,7)
INTERIOR	70,3	(68,5-72,1)	59,1	(57,2-60,8)	34,3	(32,4-36,1)	9,1	(7,8-10,2)	16,7	(14,8-18,4)	2	(1,4-2,5)

Fonte: Microdados da Pesquisa Nacional de Saúde, edição 2019. Elaboração: IESS.

Em relação aos hábitos e estilos de vida, a tabela 3 mostra que:

- **Exercício:** a prevalência de prática regular de exercícios físicos é estatisticamente superior em beneficiários de 60 anos ou mais (35,2%) em relação aos beneficiários de 15 a 18 anos (24,8%) e de 19 a 59 anos (27,3%); em beneficiários com ensino fundamental incompleto (34,8%) em relação a beneficiários com superior completo (27,9%); em beneficiários que moram na capital (29,9%) em relação aos quem moram em região metropolitana excluindo a capital (25,3%). Não houve diferença estatística entre homens e mulheres. Houve queda para todos em relação a 2013. Embora para algumas categorias a queda possa estar na margem de erro por ter sido pequena, ainda assim é uma tendência preocupante, pois há evidências de associação entre queda na frequência da atividade física e aumento do risco de insuficiência cardíaca crônica e acidente vascular cerebral em mulheres e aumento do risco de câncer de pulmão, doença pulmonar crônica e diabetes em homens (Ng, 2020).

- **Trajeto para o trabalho a pé ou de bicicleta:** a prevalência da prática de ir e/ou voltar do trabalho a pé ou de bicicleta é estatisticamente maior para os beneficiários com ensino de fundamental incompleto (41,6%). Dentre esses, 70,5% fazem isso regularmente (5 ou mais dias na semana). Essa prática também é maior em beneficiários que residem em capitais (30,0%) do que em residentes do interior (23,6%). 75,5% dos que têm essa prática nas capitais fazem em 5 dias da semana ou mais. Não houve diferença estatística entre homens e mulheres e entre as faixas etárias.
- **Consumo de cigarros:** o hábito de fumar é estatisticamente maior em homens (10,3%), em beneficiários de 19 a 59 anos (8,9%), em beneficiários com ensino fundamental incompleto (10,5%). Dentre os que fumam, o hábito de fumar diariamente apresenta as seguintes prevalências: 9,0% dos homens, 7,8% dos com 60 anos ou mais, 9,8% dos com ensino fundamental incompleto. Não houve diferenças estatísticas entre as regiões de residência. Houve aumento de fumantes (diariamente e menos que diariamente) nas seguintes

categorias: beneficiários sem instrução, com ensino superior incompleto e completo, moradores de região metropolitana e capital. Conhecendo os segmentos de beneficiários em que a mudança de hábitos é mais premente, o setor de saúde suplementar pode elaborar estratégias mais efetivas para combater o crescimento da prevalência de doenças crônicas. No Canadá, Ng, 2020 encontrou associação entre tabagismo (tanto quem fuma diariamente, quanto quem fuma menos que diariamente) em mulheres e doença pulmonar crônica, diabetes, câncer de pulmão, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (AVC). Em homens o tabagismo foi associado com diabetes, insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e AVC.

■ **Consumo de bebida alcoólica:** a prevalência de consumo de álcool é estatisticamente maior nos beneficiários do sexo masculino (61,2%) em relação ao sexo feminino (40,4%); nos de 19 a 59 anos (55,0%) em relação aos de 15 a 18 anos (25,6%) e aos de 60 anos ou mais (38%); em beneficiários com ensino superior completo (60,2%) em relação aos demais níveis de instrução; nos residentes da capital (53,3%) em relação aos da região metropolitana sem capital (44,9%). Dentre os com maior proporção de consumo,

a prevalência de consumo regular (5 dias na semana ou mais) é a seguinte: 10,8% dos homens, 5,8% dos com 21 a 59 anos, 7,2% dos com ensino superior completo. É interessante notar que, embora uma menor porcentagem de beneficiários com 60 anos ou mais afirme beber álcool (38,0% versus 55% na faixa de 21 a 59 anos), essa faixa detém a maior prevalência dos que consomem regularmente (18,7% versus 5,8% na faixa de 21 a 59 anos). O mesmo ocorre para os beneficiários com ensino fundamental incompleto e fundamental completo, pois apresentam maior prevalência de consumo diário do que os beneficiários com ensino superior completo. No interior também, embora uma porcentagem menor afirme beber álcool, dentre os que bebem uma porcentagem maior bebe regularmente (em relação aos beneficiários que residem na capital). De acordo com o Center for Disease Control and Prevention dos Estados Unidos, é considerado uso excessivo de álcool o consumo de 4 ou mais doses por ocasião para mulheres e de 5 ou mais doses para homens (CDC, 2019). Nesse quesito a situação mais preocupante é a de jovens de 18 a 20 que, em média, afirmaram beber 8,6 doses no dia em que bebem álcool.

TABELA 3: PREVALÊNCIA DE CONSUMO/PRÁTICA REGULAR DE HÁBITOS DE VIDA ENTRE BENEFICIÁRIOS POR CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, 2019.

VARIÁVEIS	EXERCÍCIO		FAZ ALGUMA PARTE DO TRAJETO DE IDA/VOLTA DO TRABALHO A PÉ OU DE BICICLETA		FAZ ALGUMA PARTE DO TRAJETO DE IDA/VOLTA DO TRABALHO A PÉ OU DE BICICLETA 5 OU MAIS DIAS NA SEMANA		FUMA		FUMA DIARIAMENTE		CONSUME BEBIDAS ALCÓOLICAS		CONSUME BEBIDAS ALCÓOLICAS REGULARMENTE		NÚMERO DE DOSES DIÁRIAS	
	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)
SEXO																
MASCULINO	29,5	(27,5-31,5)	24,5	(21,9-27,0)	75,6	(72,5-78,7)	10,3	(9,0-11,6)	9	(8,1-9,9)	61,2	(58,5-63,9)	10,8	(9,3-12,3)	2,9	(2,6-3,2)
FEMININO	28,6	(26,6-30,4)	29,5	(26,8-32,1)	76,7	(73,8-79,5)	7	(6,1-7,9)	6,3	(5,6-7,0)	40,4	(37,9-42,8)	5,1	(3,9-6,3)	1,9	(1,6-2,3)

VARIÁVEIS	EXERCÍCIO		FAZ ALGUMA PARTE DO TRAJETO DE IDA/VOLTA DO TRABALHO A PÉ OU DE BICICLETA		FAZ ALGUMA PARTE DO TRAJETO DE IDA/VOLTA DO TRABALHO A PÉ OU DE BICICLETA 5 OU MAIS DIAS NA SEMANA		FUMA		FUMA DIARIAMENTE		CONSUME BEBIDAS ALCÓOLICAS		CONSUME BEBIDAS ALCÓOLICAS REGULARMENTE		NÚMERO DE DOSES DIÁRIAS	
	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)
IDADE																
18 A 20	24,8	(17,6-31,9)	29,6	(11,6-47,6)	64,7	(41,7-87,7)	1,7	(0,2-3,1)	1,1	(0,2-1,9)	25,6	(16,3-34,8)	0,9	(-0,2-1,9)	8,6	(2,2-15,1)
21 A 59	27,3	(25,8-28,8)	27,1	(25,0-29,1)	77,5	(75,3-79,5)	8,9	(7,9-9,9)	7,6	(6,9-8,3)	55	(52,5-57,5)	5,8	(4,8-6,8)	3,3	(2,8-3,8)
60 OU MAIS	35,2	(32,2-38,1)	25,3	(20,6-30,0)	66,4	(59,1-73,6)	8	(6,8-9,2)	7,8	(6,7-8,8)	38	(35,0-40,8)	18,7	(15,8-21,5)	1,9	(1,68-2,15)
INSTRUÇÃO																
SEM INSTRUÇÃO	34,2	(19,2-49,1)	36,7	(15,5-57,8)	6,3	(0,29-12,3)	6,7	(2,6-10,7)	6,3	(2,8-9,9)	18,9	(11,5-26,2)	13,2	(-0,9-27,2)	1,7	(0,6-2,7)
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	34,8	(30,0-39,5)	41,6	(33,2-49,9)	70,5	(63,6-77,3)	10,5	(8,6-12,6)	9,8	(8,2-11,4)	30,4	(26,2-34,4)	18	(12,6-23,2)	2,4	(1,9-3,0)
FUNDAMENTAL COMPLETO	26,7	(20,4-32,8)	22,9	(16,0-29,7)	70,4	(60,2-80,5)	9,9	(6,9-12,8)	9,7	(7,0-12,3)	38,9	(31,7-46,0)	10,7	(5,4-15,9)	2,8	(1,9-3,6)
MÉDIO INCOMPLETO	27,7	(21,1-34,2)	30	(20,9-39,1)	73,8	(63,1-84,4)	8,6	(5,4-11,6)	7,9	(5,3-10,6)	40,1	(32,2-47,8)	7	(3,1-10,8)	4,5	(1,9-7,1)
MÉDIO COMPLETO	29,8	(27,0-32,5)	30,9	(27,2-34,6)	78,2	(74,3-81,9)	8,4	(7,0-9,7)	7,7	(6,6-8,8)	47,2	(43,7-50,6)	8,8	(6,5-11,1)	3,2	(2,5-3,9)
SUPERIOR INCOMPLETO	29,3	(24,6-33,8)	28	(21,8-34,1)	80,2	(74,3-86,0)	11,2	(7,9-14,4)	9,2	(6,7-11,6)	57,7	(51,3-64,0)	5,9	(2,5-9,2)	3,1	(2,2-4,0)
SUPERIOR COMPLETO	27,9	(26,1-29,6)	21,9	(19,4-24,3)	75,9	(72,7-79,0)	7,2	(5,9-8,5)	6	(5,2-6,9)	60,2	(56,9-63,3)	7,2	(5,9-8,5)	2,2	(1,9-2,5)
REGIÃO																
CAPITAL	29,9	(28,4-31,4)	30	(27,5-32,4)	75,1	(72,4-77,6)	8,3	(7,3-9,2)	7,1	(6,4-7,7)	53,3	(50,9-55,6)	7,4	(6,3-8,5)	2,7	(2,4-3,0)
REGIÃO METROPOLITANA SEM CAPITAL	25,3	(22,1-28,4)	29,1	(24,9-33,3)	79,8	(75,8-83,8)	9,9	(8,2-11,5)	9,1	(7,8-10,3)	44,9	(41,0-48,7)	5,9	(4,1-7,7)	2,6	(1,8-3,3)
INTERIOR	29,5	(27,0-32,0)	23,6	(20,3-26,9)	75,6	(71,8-79,3)	8,1	(6,6-9,5)	7,3	(6,2-8,4)	48,5	(44,9-52,0)	10,3	(8,3-12,1)	2,7	(2,2-3,1)

Fonte: Microdados da Pesquisa Nacional de Saúde, edição 2019. Elaboração: IESS.

A tendência para sedentarismo e inatividade é captada pelas questões sobre tempo gasto assistindo televisão e horas de lazer no celular e computador. Longos períodos de tempo que as pessoas passam inativas com esses entretenimentos podem ser prejudiciais para a saúde. No caso da televisão, há evidências de associação positiva entre assistir mais de quatro horas de televisão por dia e obesidade em dados do Vigitel para a população brasileira (Ferreira et al., 2019).

Em 2019, os beneficiários que afirmaram passar mais tempo assistindo televisão (6 horas ou mais por dia) foram (tabela 4): mulheres (6,0%), pessoas com fundamental incompleto (10,0%), residentes da RM excluindo a capital (6,0%) e pessoas da faixa de 60 anos ou

mais (10,5%). Já o perfil dos beneficiários que passam 6 horas ou mais do seu tempo de lazer em computadores, tablets ou celulares o seguinte (tabela 5): homens (8,0%), ensino superior incompleto (13,8%), residentes da RM excluindo a capital (9,4%) e pessoas de 18 a 20 anos (31,0%).

Entre 2013 e 2019, houve redução da prevalência de beneficiários que assistem televisão por mais de duas horas por dia (Tabela referente a 2013 está no ANEXO – tabela A3). É possível que seja efeito de substituição da televisão por celulares, tablets e computadores, mas não é possível confirmar já que a pergunta referente a esse hábito foi inserida apenas na PNS de 2019.

TABELA 4: PERÍODO DE TEMPO QUE ASSISTE TELEVISÃO POR DIA, BENEFICIÁRIOS, 2019.

VARIÁVEIS	MENOS DE UMA HORA		DE UMA HORA A MENOS DE DUAS HORAS		DE DUAS HORAS A MENOS DE TRÊS HORAS		DE TRÊS HORAS A MENOS DE SEIS HORAS		SEIS HORAS OU MAIS		NÃO ASSISTE TELEVISÃO		
	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	
SEXO	MASCULINO	21,3	(20,0-22,7)	31,7	(30,2-33,2)	21,9	(20,6-23,1)	15,4	(14,1-16,7)	4,3	(3,6-4,9)	5,4	(4,7-6,1)
	FEMININO	22,2	(21,1-23,4)	26,6	(25,4-27,9)	21,2	(20,0-22,4)	16,5	(15,4-17,6)	6	(5,3-6,7)	7,4	(6,6-8,2)
NÍVEL DE INSTRUÇÃO	SEM INSTRUÇÃO	16,1	(10,8-21,4)	27,1	(20,1-34,1)	25,8	(18,6-33,0)	18	(12,7-23,3)	6,3	(3,6-8,9)	6,7	(3,3-10,2)
	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	16,8	(14,5-19,1)	25,5	(22,8-28,1)	20,2	(18,0-22,4)	21,5	(19,1-23,9)	10	(8,3-11,6)	6,1	(4,7-7,4)
	FUNDAMENTAL COMPLETO	18,6	(14,8-22,4)	25	(20,9-29,1)	22,7	(18,6-26,9)	20,9	(17,2-24,6)	8,2	(6,0-10,5)	4,6	(2,8-6,4)
	MÉDIO INCOMPLETO	22,3	(18,0-26,7)	26,2	(21,6-30,8)	21,7	(17,4-26,0)	14,8	(11,6-18,1)	4,7	(3,3-6,2)	10,2	(6,8-13,6)
	MÉDIO COMPLETO	19,7	(18,1-21,4)	28,4	(26,5-30,4)	22,3	(20,6-24,9)	18,5	(16,3-20,8)	5,5	(4,6-6,4)	5,5	(4,6-6,5)
	SUPERIOR INCOMPLETO	27,5	(23,8-31,1)	27,6	(24,3-31,0)	18,8	(15,7-21,9)	10,9	(8,8-13,0)	4,9	(2,6-7,2)	10,3	(8,0-12,6)
	SUPERIOR COMPLETO	24,7	(23,3-26,1)	31,5	(30,0-33,0)	21,4	(20,0-22,9)	12,6	(11,6-13,7)	3,1	(2,4-3,8)	6,7	(5,8-7,5)

VARIÁVEIS	MENOS DE UMA HORA		DE UMA HORA A MENOS DE DUAS HORAS		DE DUAS HORAS A MENOS DE TRÊS HORAS		DE TRÊS HORAS A MENOS DE SEIS HORAS		SEIS HORAS OU MAIS		NÃO ASSISTE TELEVISÃO		
	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	
REGIÃO	CAPITAL	21,2	(20,1-22,3)	28,7	(27,4-29,9)	20,9	(19,8-21,9)	16,8	(15,8-17,8)	5,9	(5,3-6,6)	6,5	(5,8-7,3)
	REGIÃO METROPOLITANA SEM CAPITAL	20,2	(18,3-22,0)	29,1	(27,0-31,1)	22,9	(20,7-25,2)	16	(14,4-17,6)	6	(4,9-7,2)	5,8	(4,6-7,1)
	INTERIOR	23	(21,3-24,6)	29	(27,3-30,7)	21,4	(19,9-22,9)	15,4	(13,7-17,2)	4,4	(3,5-5,3)	6,8	(5,9-7,7)
FAIXA ETÁRIA	18 A 20	28	(21,9-34,0)	27,1	(21,3-32,8)	16,7	(11,1-22,2)	10,2	(6,4-13,9)	2,7	(1,1-4,3)	15,4	(10,6-20,3)
	21 A 59	25	(23,9-26,2)	30,6	(29,4-31,8)	20,7	(19,6-21,7)	13,3	(12,1-14,4)	3,2	(2,7-3,7)	7,2	(6,6-7,9)
	60 OU MAIS	13,3	(12,0-14,6)	24,8	(23,2-26,4)	23,8	(22,1-25,5)	23,4	(21,8-25,0)	10,5	(9,3-11,7)	4,1	(3,4-4,9)

Fonte: Microdados da Pesquisa Nacional de Saúde, edição 2019. Elaboração: IESS.

TABELA 5: TEMPO DURANTE O PERÍODO DE LAZER QUE PASSA EM COMPUTADORES, TABLETS OU NO CELULAR, BENEFICIÁRIOS, 2019.

VARIÁVEIS	MENOS DE UMA HORA		DE UMA HORA A MENOS DE DUAS HORAS		DE DUAS HORAS A MENOS DE TRÊS HORAS		DE TRÊS HORAS A MENOS DE SEIS HORAS		SEIS HORAS OU MAIS		NÃO COSTUMA USAR COMPUTADOR, TABLET OU CELULAR NO TEMPO LIVRE		
	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	PREV. %	(IC 95%)	
SEXO	MASCULINO	21,1	(19,8-22,5)	25,8	(24,3-27,3)	16,7	(15,5-17,9)	14,6	(13,4-15,9)	8,0	(7,1-8,8)	13,8	(12,6-15,0)
	FEMININO	19,8	(18,6-21,0)	23,8	(22,5-25,0)	17,4	(16,4-18,5)	15,8	(14,7-16,9)	7,5	(6,8-8,3)	15,7	(14,6-16,7)
NÍVEL DE INSTRUÇÃO	SEM INSTRUÇÃO	13,7	(8,8-18,6)	6,5	(2,7-10,4)	3,7	(1,7-5,7)	5,2	(2,2-8,1)	3,0	(0,6-5,4)	67,8	(61,0-74,7)
	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	23,3	(20,9-25,8)	13,1	(11,0-15,2)	6,7	(5,2-8,3)	5,3	(4,0-6,6)	3,0	(2,1-3,9)	48,6	(45,7-51,5)
	FUNDAMENTAL COMPLETO	23,1	(18,9-27,2)	22,6	(18,4-26,8)	13,2	(9,8-16,6)	11,7	(8,8-14,5)	6,6	(4,6-8,6)	23,0	(19,1-26,8)
	MÉDIO INCOMPLETO	20,4	(16,0-24,8)	20,1	(15,8-24,3)	12,4	(9,4-15,4)	23,9	(19,4-28,4)	12,9	(9,7-16,1)	10,3	(7,6-13,0)
	MÉDIO COMPLETO	21,7	(19,8-23,5)	23,9	(22,1-25,6)	16,5	(15,0-18,0)	17,7	(15,4-20,1)	8,6	(7,5-9,7)	11,6	(10,3-12,9)
	SUPERIOR INCOMPLETO	14,1	(11,3-16,9)	22,5	(19,4-25,5)	23,7	(20,0-27,3)	21,7	(18,5-24,9)	13,8	(11,2-16,3)	4,3	(2,3-6,4)
	SUPERIOR COMPLETO	19,4	(18,1-20,8)	30,9	(29,2-32,7)	21,4	(20,1-22,8)	15,8	(14,6-17,0)	7,5	(6,6-8,4)	4,9	(4,2-5,6)
REGIÃO	CAPITAL	19,5	(18,4-20,6)	25,7	(24,4-26,9)	17,8	(16,8-18,9)	16,1	(15,2-17,0)	8,2	(7,5-9,0)	12,7	(11,8-13,6)
	REGIÃO METROPOLITANA SEM CAPITAL	20,5	(18,5-22,5)	22,6	(20,5-24,8)	16,9	(15,2-18,5)	16,4	(14,6-18,3)	9,4	(8,1-10,6)	14,3	(12,6-16,0)
	INTERIOR	21,1	(19,4-22,7)	24,6	(22,8-26,5)	16,6	(15,1-18,2)	14,2	(12,5-15,9)	6,7	(5,6-7,8)	16,8	(15,3-18,3)
FAIXA ETÁRIA	18 A 20	4,3	(0,7-8,0)	8,8	(4,9-12,6)	15,2	(11,2-19,3)	38,1	(31,4-44,8)	31,0	(25,0-37,1)	2,5	(0,2-4,9)
	21 A 59	19,4	(18,2-20,5)	28,0	(26,7-29,2)	20,2	(19,1-21,3)	17,9	(16,7-19,2)	8,9	(8,2-9,7)	5,6	(5,0-6,2)
	60 OU MAIS	24,2	(22,5-25,8)	17,6	(16,1-19,1)	9,4	(8,3-10,8)	6,9	(6,0-7,9)	3,0	(2,2-3,7)	38,9	(36,9-41,0)

Fonte: Microdados da Pesquisa Nacional de Saúde, edição 2019. Elaboração: IESS.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que, entre 2013 e 2019, os beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares apresentaram tendência de melhora dos hábitos alimentares, como recomendado por instituições como OMS. No período analisado houve redução do consumo de alimentos doces e carne vermelha e aumento do consumo de frutas. No entanto, diferenças em características sociodemográficas indicam que ainda é necessário avançar. O consumo de frutas, embora tenha aumentado na média, caiu para beneficiários com ensino médio incompleto (50% em 2013 versus 46,3% em 2019). A OMS considera o consumo regular de frutas, legumes e verduras um importante fator de proteção e de prevenção das doenças crônicas. Há estudos que evidenciam associação relevante entre o consumo adequado desses alimentos e menor risco de mortalidade por doença cardiovascular e neoplasias (Souza et al., 2019).

Para algumas categorias sociodemográficas houve elevação da prevalência de hábitos prejudiciais à saúde. O consumo médio de bebidas alcóolicas aumentou entre 2013 e 2019 para beneficiários residentes nas capitais (46,3% versus 53,3%) e para os que estavam na faixa etária de 19 a 59 (48,8% versus 55%) e com 60 anos ou mais (32% versus 38%). O consumo regular (5 ou mais dias na semana) aumentou para beneficiários com ensino médio completo (6,6% versus 8,8%). Essa tendência é preocupante, pois entre os efeitos do uso excessivo de álcool no longo prazo estão doenças crônicas como hipertensão, doenças do coração, hepatite, cânceres de boca, garganta, esôfago, fígado (CDC). Ente 2011 e 2015, o governo americano estima uma média anual de anos de vida perdidos devido a doenças decorrentes do consumo excessivo de álcool de 88.729 para cânceres, 118.021 para doenças do coração e 202.391 para doenças do fígado, vesícula biliar e pâncreas (CDC, 2019).

Com relação ao tabagismo, os dados da PNS 2019 mostraram que 10,3% dos homens têm o hábito de fumar diariamente e houve aumento, em relação a 2013, na prevalência para níveis de instrução mais altos. Esse é um fator de

risco geralmente associado a cânceres, principalmente de pulmão. Estudo realizado no Chile (Rezende, 2020) encontrou que o tabagismo foi o responsável principal por 18,3% dos casos de cânceres analisados nesse país em 2018 e a associação foi maior para homens do que para mulheres.

Um agravante dos hábitos não saudáveis é sua interrelação. Há estudos que relacionam tabagismo e consumo de álcool com uma alimentação menos saudável (Souza et. Al., 2019). Isso tem o efeito de potencializar os impactos negativos na saúde do indivíduo. Mas as interrelações valem também para os hábitos saudáveis. A prática regular de atividade física é um comportamento saudável que geralmente também acompanha hábitos saudáveis de alimentação (Tassitano et al., 2014).

Para lidar com o avanço das doenças crônicas no país, em 2020, o Ministério da saúde publicou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis 2021-2030. Esse plano se apresenta como um conjunto de diretrizes para a prevenção dos fatores de risco das doenças crônicas e para promoção da saúde da população. Dentre as suas metas destacam-se reduzir a exposição da população aos fatores de risco (reduzir em: 20% consumo de alimentos ultraprocessados, 30% consumo de bebidas adoçadas artificialmente, 10% consumo abusivo de bebidas alcóolicas, 30% a prevalência de tabagismo) e incentivar os fatores protetores (aumentar em: 20% a atividade física no lazer, 20% o consumo de frutas e verduras).

Na Saúde Suplementar, a ANS criou em 2009 o programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (Promoprev), que tem com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde. Em 2020, o Promoprev atingiu a marca de 1,9 mil iniciativas cadastradas junto à ANS, contemplando aproximadamente 2,5 milhões de beneficiários e cujos programas são desenvolvidos por 418 operadoras, o que corresponde a 57% do setor (ANS, 2020). Trata-se do maior número desde 2009.

Também em 2020, a ANS firmou uma parceria com a Fiocruz/Brasília para o desenvolvimento

de uma metodologia de avaliação dos resultados desses programas e de escalonamento dos incentivos regulatórios às operadoras (ANS, 2020). Ainda nesse sentido, foi firmado um acordo de cooperação com o Serviço Social da Indústria (SESI) para estimular ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no ambiente de trabalho, com o intuito contribuir para a geração de melhores resultados em saúde da população atendida pelos planos coletivos empresariais e assegurar a sustentabilidade do setor (ANS, 2020).

O momento atual de pandemia, e com o necessário isolamento social para contê-la, acentuou a importância de programas como esses e do monitoramento dos hábitos de vida da população. Uma pesquisa com 700 pessoas com 18 anos ou mais de Belo Horizonte e região metropolitana verificou que dentre os que realizaram isolamento social em algum momento da pandemia (83,5% dos 700), 44% afirmaram que a qualidade de sua alimentação mudou para pior e 55,0% afirmaram estar comendo com maior frequência (Verticchio & Verticchio, 2020). Desses que afirmaram estar comendo com maior frequência, 76% ganharam peso. Os autores ainda observaram que 55,5% dos respondentes indicaram que durante a pandemia sentiram ansiedade, medo, incerteza ou preocupação e identificaram forte relação entre os sentimentos envolvidos com a pandemia, o aumento de consumo de alimentos hipercalóricos e o ganho ponderal.

Muitos estudos ainda deverão ser feitos para avaliar os impactos da pandemia sobre os hábitos da população e a saúde suplementar deve acompanhar de perto potenciais mudanças nos hábitos dos beneficiários com vistas a gerenciar as doenças crônicas, assim como possíveis impactos na sustentabilidade do setor.

6. CONCLUSÃO

No presente estudo ficou evidente a importância de alguns fatores sociodemográficos na prevalência dos hábitos de vida. Os dados mostraram aumento, entre 2013 e 2019, da prevalência de consumo de frutas e redução do consumo de carne vermelha, refrigerante e

doces para a maioria dos beneficiários, em linha com o preconizado pela OMS e associações médicas. Contudo, ficou evidente que o sexo tem papel crucial nos hábitos de vida. Entre os homens constatou-se menor prevalência de hábitos saudáveis e maior prevalência de hábitos considerados não saudáveis em relação às mulheres nas duas edições da PNS. Essa tendência tem impacto na mortalidade masculina, que no Brasil é superior à feminina. Em 2019, a mortalidade geral para homens no Brasil foi de 725 por 100.000 e a de mulheres foi de 562 por 100.000 (DataSUS, 2021). Considerando apenas a mortalidade por causas evitáveis com ações promoção e prevenção contra doenças crônicas não transmissíveis, a de homens foi de 192 por 100.000 e a de mulheres foi de 135 por 100.000 (DataSUS, 2021).

Os hábitos parecem se alterar com a idade, tornando-se mais saudáveis. Os beneficiários das faixas etárias mais envelhecidas apresentaram maior prevalência de consumo regular de verduras, legumes e frutas, bem como menor consumo de carne vermelha, refrigerante e alimentos doces. Uma relação tão clara não foi observada no nível de instrução. Se por um lado há maior prevalência de consumo de frutas e verduras e menor consumo de carne vermelha nos níveis superiores de instrução em relação aos inferiores, por outro lado há maior prevalência de consumo de refrigerante e alimentos doces e menor prevalência de prática regular de atividade física, também nos níveis superiores. Geralmente, considera-se que um maior nível de educação está associado a um maior nível de conhecimento em saúde e isso levaria a hábitos de vida em linha com as recomendações para uma vida saudável (Canuto et al., 2019). Porém, observa-se que, embora pareça ser verdadeiro para alguns hábitos, para outros não. Considerando especificamente os hábitos alimentares, deve-se notar que um maior nível de escolaridade está associado a um maior nível de renda, que, por sua vez, possibilita aos indivíduos uma alimentação mais diversificada, incluindo alimentos naturais, mas também alimentos industrializados e refeições prontas. Além da renda outros fatores, como etnia, religião, inserção em grupos

sociais, entre outros, afetam as escolhas dos indivíduos (Bleil, 1997).

A associação entre hábitos de vida e doenças crônicas já está bem estabelecida, acentuando a necessidade de estratégias de prevenção de doenças crônicas pela adoção de melhores hábitos e estilos de vida por toda a população. Ações de prevenção e de incentivo a hábitos de vida saudáveis devem considerar a distribuição desses hábitos na população para que se confirmem mais efetivas e que se considere intervenções baseadas em evidências. Também são necessárias políticas públicas que busquem reduzir a exposição a fatores de risco e estimular a adoção de um estilo de vida mais saudável, como políticas e intervenções para reduzir o tabagismo, a obesidade e o álcool. Por exemplo, no Chile, um estudo recente descobriu que as compras de bebidas adoçadas com açúcar diminuíram significativamente após a Lei de Rotulagem e Publicidade de Alimentos (Rezende, et. al., 2020). O setor privado trabalhando conjuntamente com o setor público tem grandes possibilidades de melhorar os hábitos e estilos de vida da população, beneficiária e não beneficiária.

A transição demográfica do país aponta para um Brasil cada vez mais envelhecido. O envelhecimento por si só traz consigo uma maior

morbidade de doenças crônicas. Mas isso pode ser atenuado com o incentivo a um estilo de vida saudável desde a mais tenra idade, possibilitando às pessoas maiores probabilidades de passar pelo processo de envelhecimento com mais saúde e bem-estar.

Além disso, a crescente carga de doenças crônicas, tanto na população em geral quanto nos beneficiários de planos de saúde, implica maiores pressões sobre os sistemas de saúde, que se veem sob grande demanda para tratamentos cada vez mais longos e mais complexos. Isso porque as doenças crônicas, em geral, necessitam de tratamento ao longo da vida e um indivíduo pode ter mais de uma, o que ocorre com maior frequência conforme a idade avança. Dado que os recursos são finitos, o equilíbrio econômico-financeiro dos sistemas de saúde pode se beneficiar de uma população mais saudável devido a pequenas mudanças de hábitos de vida.

Para um panorama mais amplo da relação entre hábitos de vida e doenças crônicas é necessário outro estudo que analise os dados sobre as prevalências de tais doenças crônicas nos beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares, considerando os fatores demográficos relevantes. Assim será possível estabelecer associações diretas entre hábitos específicos e doenças específicas.

7. ANEXO

TABELA A1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SELECIONADAS DE NÃO BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE, 2013-2019.

VARIÁVEIS	2019			2013		
	N	PROP. %	IC 95%	N	PROP. %	IC 95%
SEXO						
MASCULINO	75.095.245	48,4	(48,2-48,7)	70.147.896	48,8	(48,4-49,1)
FEMININO	79.906.389	51,6	(51,3-51,8)	73.676.398	51,2	(50,9-51,6)
TOTAL	155.001.634			143.824.294		
NÍVEL DE INSTRUÇÃO						
SEM INSTRUÇÃO	14.154.033	9,7	(9,5-10,0)	17.475.544	13,0	(12,6-13,4)
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	59.261.164	40,7	(40,3-41,1)	58.720.565	43,6	(43,0-44,2)
FUNDAMENTAL COMPLETO	12.367.118	8,5	(8,3-8,7)	13.753.054	10,2	(9,9-10,5)
MÉDIO INCOMPLETO	11.916.703	8,2	(8,0-8,4)	8.859.070	6,6	(6,3-6,8)
MÉDIO COMPLETO	34.220.987	23,5	(23,1-23,9)	26.174.674	19,4	(19,0-19,9)
SUPERIOR INCOMPLETO	4.936.812	3,4	(3,2-3,5)	3.857.373	2,9	(2,7-3,0)
SUPERIOR COMPLETO	8.747.908	6,0	(5,8-6,3)	5.743.884	4,3	(4,0-4,5)
REGIÃO						
CAPITAL	30.416.792	19,6	(19,2-20,0)	28.589.806	19,9	(19,5-20,3)
REGIÃO METROPOLITANA SEM CAPITAL	25.812.506	16,7	(16,2-17,1)	23.567.673	16,4	(16,0-16,8)
INTERIOR	98.772.335	63,7	(63,2-64,2)	91.666.814	63,7	(63,2-64,2)
IDADE						
0 A 18	41.502.625	26,8	(26,4-27,1)	44.378.243	30,9	(30,9-30,9)
19 A 59	89.178.652	57,5	(57,1-57,9)	81.264.159	56,5	(56,3-56,7)
60 OU MAIS	24.320.356	15,7	(15,3-16,1)	18.181.892	12,6	(12,6-12,7)

GRÁFICO A1: PREVALÊNCIA (%) DO CONSUMO REGULAR (5 DIAS OU MAIS NA SEMANA) NÃO BENEFICIÁRIOS, 2013 E 2019.

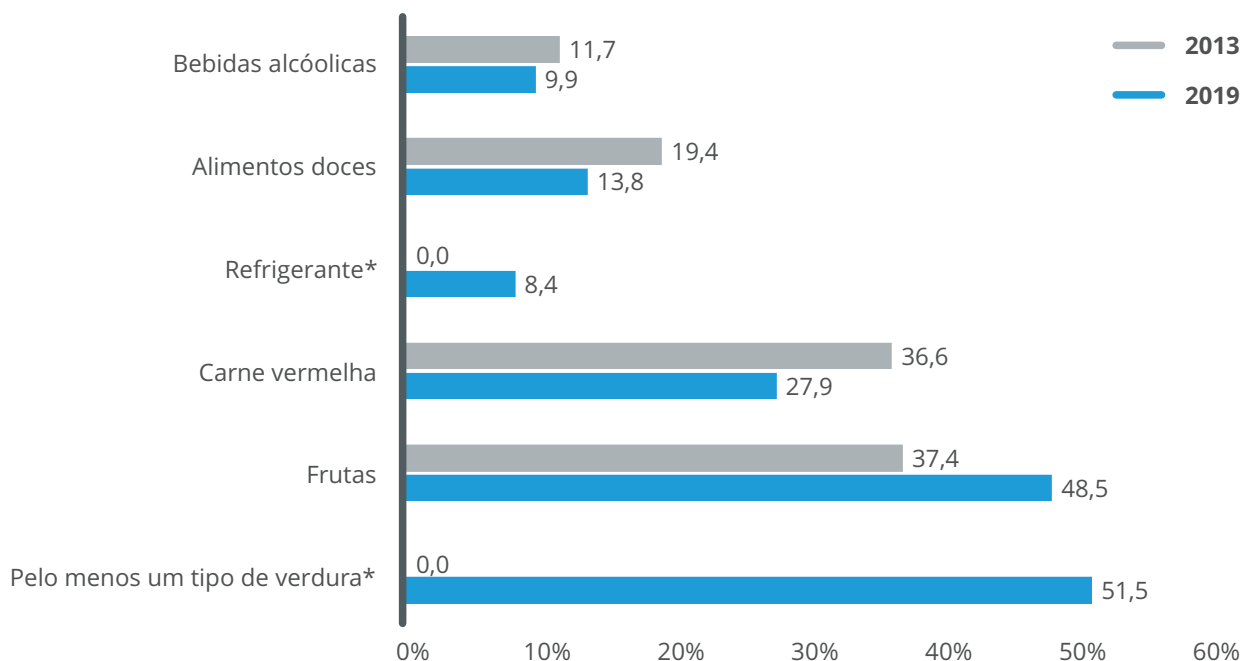


GRÁFICO A2: PREVALÊNCIA (%) DE HÁBITOS E ESTILO DE VIDA DE NÃO BENEFICIÁRIOS, 2013 E 2019.

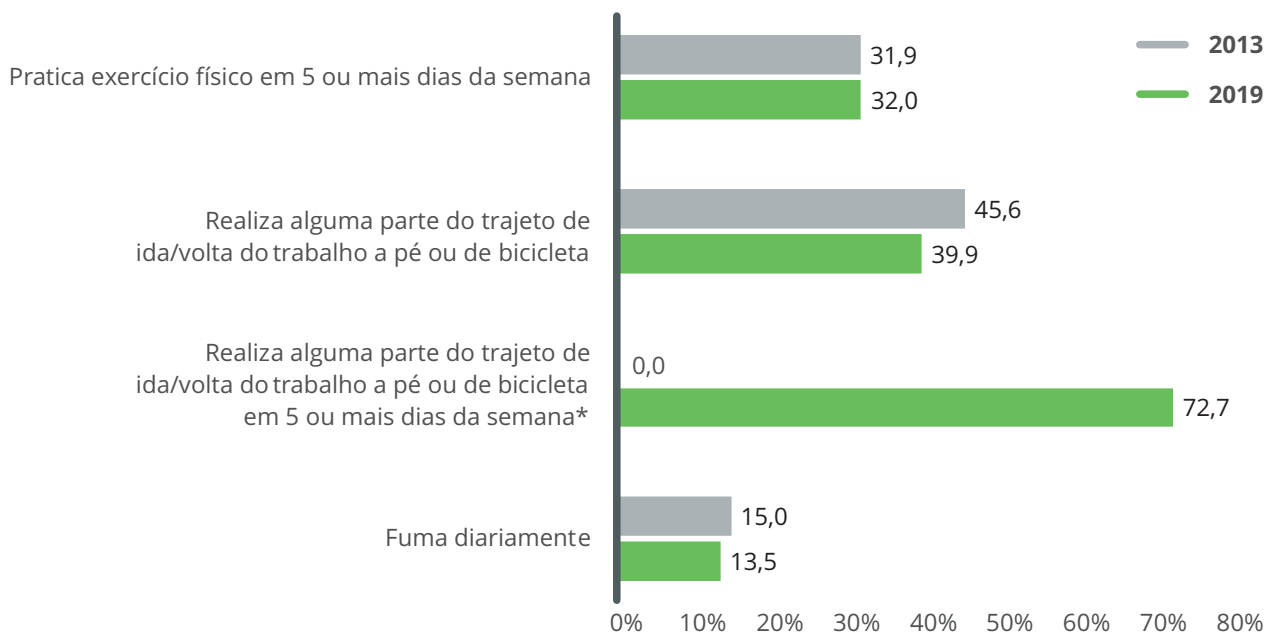


TABELA A2: PREVALÊNCIA DE CONSUMO REGULAR DE ALIMENTOS ENTRE BENEFICIÁRIOS POR CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, 2013.

VARIÁVEIS	CONSUMO DE FRUTAS		CONSUMO DE CARNE VERMELHA		CONSUMO DE ALIMENTOS DOCES		CONSUMO DE BEBIDA ALCÓOLICA		CONSUMO REGULAR DE BEBIDA ALCÓOLICA		DOSES DIÁRIAS		SUBSTITUIÇÃO DE UMA REFEIÇÃO (ALMOÇO OU JANTAR) POR LANCHE	
	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)
SEXO														
MASCULINO	46,4	(44,5-48,3)	42,3	(40,3-44,2)	23,9	(22,3-25,6)	60,2	(56,9-63,4)	11,8	(9,9-13,8)	3,1	(2,5-3,6)	8,2	(7,1-9,3)
FEMININO	61,2	(59,7-62,8)	30,1	(28,6-31,7)	26,6	(25,1-28,2)	34,4	(31,9-36,9)	4,3	(2,9-5,7)	2,4	(1,3-3,5)	11,1	(9,7-12,4)
NÍVEL DE INSTRUÇÃO														
SEM INSTRUÇÃO	48,0	(41,3-54,8)	34,3	(27,6-41,0)	16,4	(11,2-21,7)	15,7	(9,0-22,4)	31,9	(10,6-53,2)	4,2	(2,8-5,6)	5,1	(2,4-7,9)
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	56,8	(53,9-59,8)	36,8	(33,7-39,9)	20,2	(17,7-22,7)	31,8	(27,1-36,5)	18,2	(12,7-23,7)	3,3	(2,9-3,6)	7,2	(5,5-8,9)
FUNDAMENTAL COMPLETO	53,8	(49,1-58,5)	35,1	(31,0-39,3)	22,0	(18,2-25,9)	37,9	(30,8-44,9)	18,1	(11,4-24,8)	4,3	(3,7-4,8)	8,8	(6,0-11,7)
MÉDIO INCOMPLETO	50,0	(43,9-56,2)	39,7	(33,5-45,8)	35,7	(29,4-42,0)	50,8	(39,8-61,9)	7,0	(1,7-12,4)	4,1	(3,5-4,8)	7,5	(4,4-10,7)
MÉDIO COMPLETO	51,9	(49,7-54,1)	37,8	(35,7-39,9)	24,8	(23,0-26,6)	44,7	(41,1-48,4)	6,6	(4,6-8,6)	4,4	(4,2-4,7)	9,0	(7,7-10,2)
SUPERIOR INCOMPLETO	51,0	(46,6-55,4)	36,5	(32,2-40,8)	30,0	(25,9-34,2)	52,7	(45,2-60,2)	4,9	(1,3-8,5)	3,9	(3,5-4,3)	13,8	(10,3-17,2)
SUPERIOR COMPLETO	59,9	(57,7-62,1)	30,8	(28,7-33,0)	28,2	(26,1-30,4)	54,5	(50,4-58,6)	7,1	(5,1-9,0)	3,0	(2,8-3,2)	12,3	(10,7-13,9)
REGIÃO														
CAPITAL	59,0	(57,6-60,4)	28,2	(27,0-29,3)	24,7	(23,5-25,8)	46,3	(43,9-48,7)	6,8	(5,6-7,9)	4,0	(3,8-4,2)	9,1	(8,2-9,9)
REGIÃO METROPOLITANA SEM CAPITAL	52,5	(49,9-55,1)	33,7	(31,0-36,4)	22,5	(20,2-24,8)	38,5	(34,0-42,9)	10,5	(7,3-13,7)	4,0	(3,6-4,4)	6,8	(5,5-8,0)
INTERIOR	53,1	(50,9-55,2)	40,7	(38,5-43,0)	27,1	(25,0-29,2)	46,7	(43,0-50,4)	9,8	(7,4-12,1)	3,5	(3,3-3,7)	11,5	(9,8-13,2)

VARIÁVEIS	CONSUMO DE FRUTAS		CONSUMO DE CARNE VERMELHA		CONSUMO DE ALIMENTOS DOÇES		CONSUMO DE BEBIDA ALCÓOLICA		CONSUMO REGULAR DE BEBIDA ALCÓOLICA		DOSES DIÁRIAS		SUBSTITUIÇÃO DE UMA REFEIÇÃO (ALMOÇO OU JANTAR) POR LANCHE	
	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)
IDADE														
15 A 18	34,1	(24,4-43,8)	46,1	(35,6-56,5)	39,0	(28,5-49,4)	49,4	(30,6-68,2)	0,9	(-0,9-2,7)	3,9	(2,9-4,9)	14,4	(6,6-22,2)
19 A 59	50,5	(49,1-52,0)	36,8	(35,4-38,2)	26,4	(25,0-27,7)	48,8	(46,4-51,3)	6,5	(5,3-7,8)	4,0	(3,8-4,1)	9,6	(8,6-10,5)
60 OU MAIS	72,1	(69,7-74,5)	29,0	(26,5-31,5)	21,6	(19,5-23,7)	32,0	(28,0-36,0)	22,7	(17,7-27,7)	2,2	(1,9-2,5)	10,6	(8,6-12,6)

TABELA A3: PERÍODO DE TEMPO QUE ASSISTE TELEVISÃO EM UMA SEMANA, BENEFICIÁRIOS, 2013.

VARIÁVEIS	MENOS DE UMA HORA		DE UMA HORA A MENOS DE DUAS HORAS		DE DUAS HORAS A MENOS DE TRÊS HORAS		DE TRÊS HORAS A MENOS DE SEIS HORAS		SEIS HORAS OU MAIS		NÃO ASSISTE TELEVISÃO		
	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	PROP. %	(IC 95%)	
SEXO	MASCULINO	17,9	(16,4 - 19,4)	30,9	(29,0-32,7)	23,7	(22,0-25,3)	21,0	(18,3-23,7)	3,3	(2,7-3,9)	3,3	(2,5-4,1)
	FEMININO	18,4	(17,1-19,7)	26,1	(24,7-27,6)	22,5	(21,2-23,9)	24,3	(21,8-26,8)	5,2	(4,5-5,9)	3,4	(2,8-4,0)
NÍVEL DE INSTRUÇÃO	SEM INSTRUÇÃO	21,4	(15,3-27,6)	22,9	(15,9-29,8)	21,9	(16,0-27,7)	21,2	(11,6-30,8)	8,5	(4,5-12,6)	4,1	(1,9 - 6,4)
	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	15,1	(12,9-17,3)	26,2	(23,4-29,1)	21,5	(19,0-24,0)	26,8	(21,7-32,0)	6,0	(4,5-7,4)	4,3	(2,8-5,9)
	FUNDAMENTAL COMPLETO	16,6	(13,0-20,2)	23,3	(19,6-27,0)	20,2	(16,8-23,6)	30,7	(22,4-39,0)	6,3	(4,1-8,6)	2,8	(0,8-4,8)
	MÉDIO INCOMPLETO	14,1	(10,3-17,9)	27,0	(21,6-32,5)	26,9	(21,4-32,3)	23,4	(14,4-32,4)	6,5	(3,5-9,6)	2,0	(0,5-3,5)
	MÉDIO COMPLETO	16,5	(15,0-18,0)	26,6	(24,6-28,7)	24,6	(22,7-26,5)	25,1	(21,7-28,5)	4,8	(3,9-5,7)	2,3	(1,7-3,0)
	SUPERIOR INCOMPLETO	26,0	(22,0-30,0)	27,1	(23,3-20,9)	20,8	(17,1-24,6)	18,6	(13,2-24,0)	2,6	(1,5-3,7)	4,8	(3,0-6,6)
	SUPERIOR COMPLETO	20,3	(18,4-22,2)	32,6	(30,4-34,8)	23,0	(21,0-24,9)	17,9	(15,1-20,7)	2,5	(1,8-3,1)	3,7	(2,8-4,6)
REGIÃO	CAPITAL	16,2	(15,3-17,2)	27,1	(25,9-28,3)	24,2	(23,0-25,4)	25,0	(22,9-27,1)	4,5	(4,0-5,1)	2,9	(2,5-3,3)
	REGIÃO METROPOLITANA SEM CAPITAL	17,6	(15,8-19,1)	28,6	(26,2-30,9)	24,5	(22,1-26,9)	22,8	(18,5-27,1)	4,2	(3,1-5,3)	2,4	(1,6-3,1)
	INTERIOR	19,8	(18,0-21,7)	28,7	(26,5-30,9)	21,6	(19,9-23,5)	21,5	(18,3-24,7)	4,4	(3,5-5,2)	4,0	(3,1-4,9)
FAIXA ETÁRIA	18 A 20	18,7	(10,5-26,8)	23,9	(15,7-32,2)	19,9	(11,8-28,0)	28,1	(10,4-45,7)	5,8	(0,7-10,9)	3,7	(-0,1-7,5)
	21 A 59	19,8	(18,6-20,9)	29,4	(28,1-30,8)	23,0	(21,8-24,2)	21,0	(18,9-23,0)	3,4	(2,9-3,9)	3,4	(2,9-3,9)
	60 OU MAIS	12,7	(10,9-14,6)	23,7	(21,3-26,0)	23,1	(20,8-25,3)	29,6	(25,1-34,0)	7,8	(6,4-9,2)	3,1	(2,2-4,1)

8. REFERÊNCIAS

- ARANGO, H. G. *Bioestatística Teórica e Computacional*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, 438p
- ANS. Retrospectiva 2020 na saúde suplementar – 2020. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/6133-retrospectiva-2020-na-saude-suplementar>
- BLEIL, S. O Padrão Alimentar Ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. *Cadernos de Debate*, Vol. VI, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2018: Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas para beneficiários de planos de saúde nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018* / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- CDC (2019) Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol Related Disease Impact (ARDI) application, 2019. Available at www.cdc.gov/ARDI.
- CLARO, R. et al. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 24(2): 257-265, abr-jun 2015.
- CNS (2020) Conselho Nacional de Saúde. RECOMENDAÇÃO Nº 047, DE 24 DE JUNHO DE 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1236-recomendacao-n-047-de-24-de-junho-de-2020>
- FERREIRA, A. et al. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *REV BRAS EPIDEMIOL* 2019; 22: E190024.
- FORMAN, J. et al. *Diet and Lifestyle Risk Factors Associated With Incident Hypertension in Women*. *JAMA*, July 22/29, 2009—Vol 302, No. 4.
- IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019 – Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde Bucal. Rio de Janeiro – 2020.
- IBGE. 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 – 2014.
- INCA (Instituto Nacional do Câncer). Carnes Vermelhas. 2020 – Disponível em: <https://www.inca.gov.br/alimentacao/carnes-vermelhas>
- NG, R. et al. *Smoking, drinking, diet and physical activity—modifiable lifestyle risk factors and their associations with age to first chronic disease*. *International Journal of Epidemiology*, 2020, 113–130.
- REZENDE, et al. Cancer cases and deaths attributable to lifestyle risk factors in Chile. *BMC Cancer* (2020) 20:693
- SANTOS, J e MOREIRA, T. *Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro*. *Rev Esc Enferm USP*2012; 46(5):1125-1132, 2012.
- SOUZA, B. et al. Consumo de frutas, legumes e verduras e associação com hábitos de vida e estado nutricional: um estudo prospectivo em uma coorte de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 24(4):1463-1472, 2019.
- TASSITANO, T. et al. Agregamento entre a inatividade física e consumo de frutas, legumes e verduras e fatores associados em adultos jovens. *Rev. Nutr.* 2014; 27(1):25-34
- VERTICCHIO, D. & VERTICCHIO, N. Os impactos do isolamento social sobre as mudanças no comportamento alimentar e ganho de peso durante a pandemia do COVID-19 em Belo Horizonte e região metropolitana, Estado de Minas Gerais, Brasil. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 9, e460997206, 2020.

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