

Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

Determinants of self-rated health and the influence of healthy behaviors: results from the National Health Survey, 2013

Celia Landmann Szwarcwald^I, Giseli Nogueira Damacena^I, Paulo Roberto Borges de Souza Júnior^I, Wanessa da Silva de Almeida^I, Lilandra Torquato Medrado de Lima^I, Deborah Carvalho Malta^I, Sheila Rizzato Stopa^{II}, Maria Lúcia França Pontes Vieira^{III}, Cimar Azeredo Pereira^{III}

RESUMO: *Objetivo:* Investigar os determinantes da autoavaliação de saúde (AAS) no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis. *Métodos:* Foram usados os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013. A AAS foi categorizada em muito boa/boa, regular, ruim/muito ruim. Foram testadas diferenças na distribuição da AAS segundo faixa de idade e sexo e foram usados modelos de regressão logística para investigar os efeitos de grau de escolaridade, raça/cor e presença de pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCNT) sobre a AAS ruim/muito ruim. Adicionalmente, testou-se a influência dos comportamentos saudáveis, controlando-se os efeitos dos fatores sociodemográficos e presença de pelo menos uma DCNT. *Resultados:* Foram analisados 60.202 indivíduos, 66,1% avaliaram o seu estado de saúde como muito bom/bom, e 5,9%, como ruim/muito ruim; 47,1% referiram o diagnóstico de pelo menos uma DCNT; e apenas 9,3% disseram ter “estilo de vida saudável” (não usa produtos de tabaco, consome frutas e hortaliças e pratica atividade física no lazer). Entre os fatores sociodemográficos, idade, sexo, grau de escolaridade e raça mostraram associações significativas com a AAS, bem como a presença de pelo menos uma DCNT. Os efeitos de todos os comportamentos saudáveis foram significativos, mesmo após o controle dos demais determinantes. *Conclusão:* Embora a adoção dos comportamentos saudáveis no Brasil ainda seja insuficiente, a associação dos hábitos saudáveis com a percepção da saúde encontrada neste estudo é um indício de que a população brasileira já começa a relacionar os comportamentos saudáveis ao seu bem-estar e à avaliação melhor da saúde.

Palavras-chave: Inquérito. Morbidade. Determinantes epidemiológicos. Doenças crônicas. Comportamentos saudáveis. Brasil.

^IInstituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^{II}Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

^{III}Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Autor correspondente: Celia Landmann Szwarcwald. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Av. Brasil, 4.365 – ICICT, Sala 225, Manguinhos, CEP: 21040-360, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: celia_ls@hotmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: *Objective:* To investigate the determinants of self-rated health in Brazil and the influence of healthy lifestyles. *Methods:* We used data from the National Health Survey (PNS), 2013. The self-rated health was categorized as very good/good, fair, and poor/very poor. Differences in the distribution of self-rated health according to the age group and sex were tested. Logistic regression models were used to test the effects of educational level, race/skin color, and the presence of at least one noncommunicable chronic disease on poor/very poor health perception. In addition, the influence of healthy behaviors was tested controlling for the effects of sociodemographic factors and the presence of at least one chronic disease. *Results:* We analyzed 60,202 individuals; about 66.1% rated their health as very good/good and 5.9% as poor/very poor; about 47.1% reported the diagnosis of at least one noncommunicable chronic disease; and only 9.3% reported a “healthy lifestyle” (do not use tobacco products, consume fruits and vegetables properly, and do physical activity during leisure time). Among the sociodemographic factors, age, sex, educational level, and race were significantly associated with self-rated health and the presence of at least one chronic disease. The effects of all healthy behaviors were statistically significant even after controlling for the other determinants. *Conclusion:* Although the adoption of healthy lifestyles in Brazil is still insufficient, the association of healthy practices with self-perception of health found in this study is an indication that the Brazilian population is beginning to relate healthy behaviors to their well-being and better health evaluation.

Keywords: Data collection. Morbidity. Epidemiologic factors. Chronic disease. Healthy lifestyles. Brazil.

INTRODUÇÃO

Historicamente, os estudos para estabelecer o estado de saúde de uma população eram baseados em indicadores de mortalidade. No entanto, o aumento da longevidade nos países desenvolvidos trouxe a necessidade de elaboração de novos indicadores de saúde que incluíssem medidas da qualidade de vida¹. Uma vez que uma vida longa não significa necessariamente uma vida saudável, é, atualmente, consenso que os indicadores de mortalidade são insuficientes para caracterizar adequadamente o estado de saúde de uma população^{2,3}.

Ao longo das últimas décadas, diferentes indicadores de saúde que consideram a morbidade, bem como as deficiências e limitações funcionais, têm sido propostos para complementar os estudos sobre mortalidade⁴⁻⁶. Nos inquéritos de saúde, a autoavaliação de saúde (AAS) vem sendo amplamente utilizada para descrever o estado de saúde de uma população⁷, estabelecer diferenças de morbidade em subgrupos populacionais, comparar necessidades de serviços e recursos de saúde por área geográfica, bem como para calcular outros indicadores de morbimortalidade, tais como a esperança de vida saudável⁸⁻¹¹.

A percepção individual do estado de saúde tem sido considerada um indicador importante por si, já que o nível de bem-estar de um indivíduo pode influenciar a sua qualidade de vida¹². Por outro lado, a utilidade da AAS deriva também de sua validade, estabelecida por suas relações com as condições clínicas e com os indicadores de morbidade e mortalidade^{13,14}.

Pesquisas têm demonstrado que a percepção individual da saúde concorda, frequentemente, com a avaliação feita por médico¹⁵. Em termos de mortalidade, desde que pesquisadores comprovaram a associação entre a AAS ruim e o risco aumentado de morte prematura ainda na década de 1980^{16,17}, vários estudos têm mostrado que a percepção ruim de saúde é

um preditor importante da menor sobrevida¹⁸⁻²⁰. Enquanto a avaliação “objetiva” do estado de saúde de um indivíduo, do ponto de vista médico, refere-se à identificação de uma doença indicada por um conjunto de sinais, sintomas e resultados laboratoriais, a AAS é subjetiva, combinando componentes físicos, emocionais, do bem-estar e de satisfação com a vida^{21,22}. Além disso, estudos indicam que a percepção ruim da própria saúde pode ocorrer mesmo na ausência de diagnóstico de alguma doença, sugerindo-se que existem sentimentos que geram uma percepção ruim da própria saúde antes da identificação médica de doença²³.

O Brasil atravessa, atualmente, um período de transição epidemiológica, com um crescimento expressivo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs)²⁴. No novo cenário, esforços têm sido dirigidos à promoção dos comportamentos saudáveis^{25,26}, não só para apoiar as políticas de prevenção dos agravos crônicos, mas também para melhorar a qualidade de vida da população brasileira.

Utilizando os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, o presente estudo teve o objetivo de investigar a AAS dos brasileiros, visando identificar os principais determinantes sociodemográficos, estabelecer diferenças pela ocorrência/ausência de diagnóstico de pelo menos uma doença crônica e analisar a influência dos comportamentos saudáveis na percepção do estado de saúde.

METODOLOGIA

A PNS foi uma pesquisa de base domiciliar, de âmbito nacional, realizada pelo Ministério da Saúde e pela Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos anos de 2013 e 2014. O projeto foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em junho de 2013.

A amostra da PNS é uma subamostra da Amostra Mestra do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE²⁷. Foi selecionada por amostragem por conglomerados em três estágios, com estratificação das unidades primárias de amostragem (UPAs). No primeiro estágio, em cada estrato, a seleção das UPAs foi realizada por amostragem aleatória simples. No segundo estágio, em cada UPA, foi selecionado, aleatoriamente, um número fixo de domicílios. No terceiro estágio, em cada domicílio, foi selecionado aleatoriamente um morador com 18 anos ou mais.

Foram visitados 81.254 domicílios, 69.994 domicílios estavam ocupados. Foram realizadas 64.348 entrevistas domiciliares e 60.202 com o morador selecionado.

No presente estudo, foram analisadas as informações do questionário individual. A análise da AAS foi baseada na seguinte questão: “Em geral, como o(a) sr.(a) avalia sua saúde?”. As respostas variaram de 1 (muito boa) a 5 (muito ruim), que foram agregadas em três categorias (muito boa/boa; regular; ruim/muito ruim).

Foram consideradas as seguintes características sociodemográficas: sexo (masculino; feminino); faixa de idade (18 – 29; 30 – 39; 40 – 49; 50 – 59; 60 – 69; 70+); grau de escolaridade (sem instrução/fundamental incompleto; fundamental completo/médio incompleto; médio completo/superior incompleto; superior completo); e raça/cor (branca; preta; parda; outra).

A variável presença/ausência de alguma DCNT foi composta pelas respostas a todas às questões relativas ao diagnóstico de doenças crônicas: “Algum médico já lhe deu o

diagnóstico de _____?”, incluindo hipertensão arterial, diabetes, doença do coração, acidente vascular cerebral (AVC), asma, artrite, problema crônico de coluna, distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT), depressão, outra doença mental, doença do pulmão, câncer, insuficiência renal crônica, outra doença crônica física ou mental não especificada anteriormente. Considerou-se presença de DCNT quando houve pelo menos uma resposta afirmativa e ausência quando todas as respostas foram negativas.

Para análise da influência dos comportamentos saudáveis sobre a AAS, foram considerados os seguintes hábitos: tabagismo (fuma algum produto de tabaco atualmente; fumou algum produto de tabaco anteriormente; nunca fumou); atividade física no lazer (pratica atividade física no lazer no nível recomendado — 150 minutos ou mais em atividades físicas leves/moderadas ou 75 minutos ou mais em atividades físicas vigorosas por semana); consumo recomendado de hortaliças e frutas (consumo de hortaliças e frutas pelo menos 5 vezes ao dia). Adicionalmente, foi composta uma variável denominada de “estilo de vida saudável”, agregando-se as pessoas que têm todos os hábitos saudáveis.

Utilizou-se aplicativo estatístico que leva em consideração o efeito do plano amostral. Para teste de associações da AAS com grupo de idade e sexo, foram utilizados testes do χ^2 de homogeneidade. Para a análise multivariada, foram utilizados modelos de regressão logística, tendo como variável resposta autoavaliação ruim/muito ruim e como variáveis independentes idade, sexo, grau de instrução, raça/cor e presença de pelo menos uma DCNT. Adicionalmente, foram testados os efeitos dos comportamentos saudáveis, controlando-se os fatores sociodemográficos e a presença de alguma DCNT.

RESULTADOS

Foram analisados 60.202 indivíduos pesquisados na PNS, sendo 47,1% do sexo masculino e 52,9% do sexo feminino (Tabela 1). A idade variou de 18 a 101 anos, com valor da média igual a 43 e mediana de 41. A distribuição por faixa etária mostra que 81,9% tinham idade entre 18 e 59 anos, e 18,1%, idade maior ou igual a 60 anos.

Resultados por grau de escolaridade mostram que 38,9% não têm ensino fundamental completo e que 12,8% têm superior completo. Em relação à cor da pele/raça, 47,5% se referiram como de cor branca, 42,0%, parda, e 9,2%, preta (Tabela 1).

Em relação à percepção da própria saúde, 66,1% avaliaram o seu estado de saúde como muito bom ou bom, 28%, como regular, e 5,9%, como ruim ou muito ruim. Entre todos os indivíduos pesquisados na PNS, 47,1% referiram o diagnóstico de pelo menos uma doença crônica (Tabela 1).

Quanto aos comportamentos saudáveis avaliados, 14,7% fumam produtos de tabaco atualmente, 17,5% fumaram algum produto do tabaco anteriormente e 67,8% nunca fumaram; 37,3% fazem consumo recomendado de frutas e hortaliças; e 22,5% praticam atividade física no lazer no nível recomendado. Ainda com os dados dispostos na Tabela 1, pode ser observado que apenas 9,3% têm “estilo de vida saudável” (não usa produtos de tabaco, tem consumo adequado de frutas e hortaliças e pratica atividade física no lazer no nível recomendado) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos indivíduos por características sociodemográficas, autoavaliação de saúde, diagnóstico de pelo menos uma doença crônica não transmissível e comportamentos saudáveis. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	28.357	47,1
Feminino	31.845	52,9
Faixa de idade		
18 a 29 anos	15.701	26,1
30 a 39 anos	13.020	21,6
40 a 49 anos	10.872	18,0
50 a 59 anos	9.742	16,2
60 a 69 anos	6.129	10,2
70 e mais	4.738	7,9
Grau de escolaridade		
Fundamental incompleto	23.438	38,9
Fundamental completo/médio incompleto	9.347	15,5
Médio completo/superior incompleto	19.749	32,8
Superior completo e mais	7.668	12,8
Raça/cor		
Branca	28.573	47,5
Preta	5.536	9,2
Parda	25.272	42,0
Outra	821	1,3
Autoavaliação da saúde		
Muito boa/boa	39.810	66,1
Regular	16.887	28,0
Ruim/muito ruim	3.507	5,9
Diagnóstico de pelo menos uma DCNT		
Sim	28.346	47,1
Não	31.856	52,9
Consumo de hortaliças e frutas		
Sim	37.478	37,3
Não	22.724	62,7
Prática de atividade física no lazer		
Sim	46.682	22,5
Não	13.520	77,5
Fumo de algum produto de tabaco		
Atual	8.855	14,7
Anterior	10.509	17,5
Nunca fumou	40.838	67,8
Estilo de vida saudável		
Sim	54.586	9,3
Não	5.616	90,7

DCNT: doença crônica não transmissível.

Na Tabela 2 são apresentadas as distribuições da autoavaliação do estado de saúde segundo sexo e faixa de idade. A comparação por faixa de idade mostra um gradiente significativo ($p < 0,001$) com o aumento da idade: a proporção de AAS muito boa/boa decresce de 81,6%, entre as pessoas de 18 a 29 anos, a 41,4%, no grupo daquelas com 70 anos ou mais. Diferenças por sexo são igualmente observadas. A percepção da própria saúde é sempre pior entre as mulheres, independentemente da faixa de idade. Em média, a diferença na proporção de AAS boa/muito boa para o sexo feminino (62,4%) em relação à encontrada para o sexo masculino (70,3%) é de quase 8 pontos percentuais.

Tabela 2. Distribuição dos indivíduos por categorias da autoavaliação da saúde, segundo sexo e faixa de idade. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013.

Sexo/faixa de idade	Autoavaliação da saúde						Valor p
	Muito boa/boa		Regular		Ruim/muito ruim		
	n	%	n	%	n	%	
Masculino							
18 a 29 anos	6.630	85,2	1.021	13,1	131	1,7	< 0,001
30 a 39 anos	4.873	78,5	1.188	19,1	147	2,4	
40 a 49 anos	3.449	69,4	1.272	25,6	249	5,0	
50 a 59 anos	2.742	58,9	1.600	34,4	315	6,7	
60 a 69 anos	1.320	49,3	1.104	41,2	254	9,5	
70 e mais	910	44,1	889	43,1	263	12,8	
Total	19.924	70,3	7.074	24,9	1.359	4,8	
Feminino							
18 a 29 anos	6.184	78,1	1.583	20,0	151	1,9	< 0,001
30 a 39 anos	4.951	72,7	1.600	23,5	261	3,8	
40 a 49 anos	3.607	61,1	1.884	31,9	411	7,0	
50 a 59 anos	2.548	50,1	2.010	39,5	528	10,4	
60 a 69 anos	1.546	44,8	1.497	43,4	408	11,8	
70 e mais	1.050	39,2	1.239	46,3	387	14,5	
Total	19.886	62,4	9.813	30,8	2.146	6,8	
Total							
18 a 29 anos	12.814	81,6	2.604	16,6	283	1,8	< 0,001
30 a 39 anos	9.824	75,5	2.788	21,4	408	3,1	
40 a 49 anos	7.056	64,9	3.156	29,0	660	6,1	
50 a 59 anos	5.289	54,3	3.610	37,1	843	8,6	
60 a 69 anos	2.866	46,8	2.600	42,4	662	10,8	
70 e mais	1.960	41,4	2.128	44,9	651	13,7	
Total	39.809	66,1	16.886	28,0	3.507	5,9	

Os resultados dos modelos de regressão logística apresentados na Tabela 3, tendo como variável resposta a autoavaliação ruim/muito ruim, mostram, primeiramente, que todos os fatores socio-demográficos considerados no estudo têm efeitos significativos ($p < 0,01$). No que se refere à idade, foi evidenciada uma associação direta, isto é, quanto mais velho é o indivíduo, maior é o percentual de percepção ruim da própria saúde. Quanto às diferenças por sexo, as mulheres têm pior AAS do que os homens, e em relação à raça/cor, os indivíduos não brancos avaliam pior a sua saúde do que os brancos. Os efeitos do grau de instrução foram altamente significativos. A razão de chances (OR) de ter uma avaliação ruim/muito ruim da própria saúde foi 9 vezes maior entre os que têm ensino fundamental incompleto, quando comparados aos que completaram o ensino superior, e 7 vezes maior no modelo ajustado por idade, sexo, raça/cor e presença de pelo menos uma DCNT.

Os resultados apresentados na Tabela 3 mostram, adicionalmente, os efeitos significativos ($p < 0,01$) da presença de DCNT sobre a AAS ruim/muito ruim. A OR foi 5,3 vezes maior entre os indivíduos que tiveram diagnóstico de pelo menos uma DCNT, quando comparados aos demais, mesmo após o controle dos fatores sociodemográficos.

Já o modelo de regressão logística multivariada apresentado na Tabela 4 revela a influência dos comportamentos saudáveis sobre a AAS. Foram evidenciadas associações inversas e estatisticamente significantes para a atividade física no nível recomendado e para o consumo adequado de frutas e hortaliças com a percepção ruim/muito ruim da própria saúde, enquanto os efeitos

Tabela 3. Resultados dos modelos univariado e multivariado de regressão logística tendo como desfecho a autoavaliação de saúde muito ruim/ruim. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013.

Variáveis	OR bruta (IC95%)	OR ajustada (IC95%)
Sexo		
Masculino	1,00	1,00
Feminino	1,44 (1,28 – 1,61)*	1,23 (1,09 – 1,38)**
Idade	1,04 (1,04 – 1,04)*	1,01 (1,01 – 1,02)*
Grau de escolaridade[#]		
1	8,98 (6,78 – 11,88)*	6,39 (4,77 – 8,55)*
2	2,50 (1,82 – 3,42)*	2,60 (1,89 – 3,58)*
3	1,68 (1,23 – 2,29)**	1,95 (1,43 – 2,66)*
4	1,00	1,00
Cor ou raça		
Branca	0,68 (0,60 – 0,76)*	0,70 (0,61 – 0,80)*
Não branca	1,00	1,00
Pelo menos uma DCNT		
Sim	7,56 (6,38 – 8,96)*	5,34 (4,48 – 6,36)*
Não	1,00	1,00

*Valor $p < 1\%$; **Valor $p < 5\%$.

[#]1-Sem instrução/fundamental incompleto; 2-Fundamental completo/médio incompleto; 3-Médio completo/superior incompleto; 4-Superior completo e mais. OR: razão de chances; IC95%: intervalo de confiança de 95%; DCNT: doença crônica não transmissível.

Tabela 4. Efeito dos comportamentos saudáveis e da variável “estilo de vida saudável” sobre a autoavaliação de saúde muito ruim/ruim controlando-se por sexo, idade, grau de instrução, raça/cor e diagnóstico de uma doença crônica não transmissível. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013.

Variáveis	OR bruta (IC95%)	OR ajustada ^{##} (IC95%)	OR ajustada ^{###} (IC95%)
Sexo			
Masculino	1,00	1,00	1,00
Feminino	1,44 (1,28 – 1,61)*	1,29 (1,14 – 1,46)*	1,23 (1,09 – 1,38)**
Idade			
1,04 (1,04 – 1,04)*	1,01 (1,01 – 1,02)*	1,01 (1,01 – 1,02)*	
Grau de escolaridade[#]			
1	8,98 (6,78 – 11,88)*	5,16 (3,85 – 6,93)*	5,83 (4,36 – 7,80)*
2	2,50 (1,82 – 3,42)*	2,26 (1,64 – 3,12)*	2,45 (1,78 – 3,36)*
3	1,68 (1,23 – 2,29)**	1,81 (1,32 – 2,47)*	1,86 (1,37 – 2,54)*
4	1,00	1,00	1,00
Cor ou raça			
Branca	0,68 (0,60 – 0,76)*	0,71 (0,62 – 0,81)*	0,70 (0,61 – 0,80)*
Não branca	1,00	1,00	1,00
Pelo menos uma DCNT			
Sim	7,56 (6,38 – 8,96)*	5,27 (4,43 – 6,27)*	5,37 (4,51 – 6,40)*
Não	1,00	1,00	1,00
Consumo de hortaliças e frutas			
Sim	0,79 (0,70 – 0,88)*	0,86 (0,76 – 0,97)**	-
Não	1,00	1,00	
Atividade física no lazer			
Sim	0,26 (0,21 – 0,31)*	0,45 (0,36 – 0,55)*	-
Não	1,00	1,00	
Fumo			
Atual	1,98 (1,71 – 2,30)*	1,51 (1,28 – 1,77)*	-
Anterior	2,04 (1,78 – 2,33)*	1,19 (1,03 – 1,37)**	
Nunca	1,00	1,00	
Estilo de vida saudável			
Sim	0,25 (0,18 – 0,35)*	-	0,39 (0,27 – 0,56)*
Não	1,00		1,00

*Valor p < 1%; **Valor p < 5%.

[#]1-Sem instrução/fundamental incompleto; 2-Fundamental completo/médio incompleto; 3-Médio completo/superior incompleto; 4-Superior completo e mais. ^{##}Considerando os três comportamentos saudáveis. ^{###}Considerando a variável “estilo de vida saudável”.

OR: razão de chances; IC95%: intervalo de confiança de 95%; DCNT: doença crônica não transmissível.

de tabagismo, tanto de fumo atual de algum produto de tabaco como de fumo de algum produto do tabaco no passado, foram diretamente associados ao desfecho ($p < 0,001$), mesmo após o controle dos fatores sociodemográficos e do diagnóstico de pelo menos uma DCNT.

DISCUSSÃO

Os resultados da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS), inquérito domiciliar de base populacional realizado no Brasil em 2003, evidenciaram uma proporção de autoavaliação muito boa/boa de 53%, variando de 47% entre as mulheres a 60% entre os homens²⁸. Dez anos depois, utilizando-se exatamente a mesma pergunta usada na pesquisa anterior, a PNS revelou proporção bem maior de percepção boa da própria saúde para ambos os sexos, de 66% para a amostra total, 62% entre as mulheres e 70% entre os homens. Tendo em vista o envelhecimento da população brasileira e o crescimento expressivo das DCNTs, este resultado é, aparentemente, paradoxal.

De fato, no presente estudo, 47% das pessoas entrevistadas referiram diagnóstico de pelo menos uma DCNT. Entre essas pessoas, o percentual de autoavaliação muito boa/boa foi significativamente menor (48,4%) em relação às pessoas que não referiram diagnóstico de doença crônica (81,9%). Sendo assim, uma provável explicação para o aumento na proporção de brasileiros que avalia sua saúde como muito boa ou boa está na melhora na qualidade de vida da população brasileira em termos das condições socioeconômicas e da assistência em saúde²⁹. Estudos nacionais recentes têm apontado a influência da melhora das condições socioeconômicas e o impacto da diminuição da desigualdade de renda, bem como os avanços conseguidos na atenção à saúde sobre indicadores de morbimortalidade^{30,31}.

Tal hipótese é corroborada pela grande associação encontrada na PNS entre as características sociodemográficas e a AAS. Trabalhos internacionais e nacionais já haviam indicado os efeitos das condições socioeconômicas sobre a percepção do estado de saúde³²⁻³⁵. Educação incompleta, dificuldades materiais, posição social inferior e situação de trabalho, além dos fatores ambientais, têm se mostrado importantes determinantes na percepção da própria saúde, obedecendo a um gradiente desfavorável aos grupos sociais mais pobres³⁶⁻³⁹.

Entre os indicadores de nível socioeconômico, o nível de instrução tem sido, provavelmente, o mais utilizado, considerado mais estável do que a situação ocupacional e a renda, que podem variar ao longo do tempo⁴⁰. Contudo, uma das limitações do presente estudo é que a renda domiciliar *per capita* ainda não foi disponibilizada para análise. Conforme apontado³⁴, o nível de renda não só reflete o atendimento às necessidades materiais da vida, tais como a possibilidade de adquirir boa nutrição e habitação adequada, mas é também um marcador de bem-estar social.

Um resultado importante deste estudo foi o efeito positivo dos comportamentos saudáveis aqui considerados: o fato de não fumar, a prática de atividade física e o consumo adequado de frutas e hortaliças. A influência do estilo de vida saudável na percepção boa da própria saúde ocorreu tanto entre as pessoas que não referiram diagnóstico de alguma DCNT como entre aquelas que referiram pelo menos uma doença. Efeitos dos hábitos saudáveis já foram também evidenciados em vários países⁴¹⁻⁴⁵.

A adoção de comportamentos saudáveis vem crescendo no Brasil. Notável, por exemplo, é o decréscimo no uso de produtos de tabaco no Brasil⁴⁶, como resultado das políticas públicas de combate ao fumo, tais como a proibição de propaganda e publicidade, a proibição de fumo em lugares fechados, a exposição dos produtos limitada aos pontos de venda, as mensagens de advertência nas embalagens e o aumento dos impostos⁴⁷. Indivíduos que usam produtos de tabaco atualmente podem estar avaliando pior a sua saúde não só pela presença de algum agravo de saúde, mas também por estarem informados sobre os efeitos nocivos do tabagismo. A PNS mostrou que 52% dos fumantes atuais pensaram em parar de fumar devido às advertências nos maços de cigarro⁴⁸ (dados não apresentados no presente trabalho).

Esforços estão sendo feitos, adicionalmente, para incentivar a prática de atividade física, como o programa Academia da Saúde⁴⁹. Entretanto, embora os benefícios da prática regular de atividade física no lazer e do consumo de cinco porções ou mais de frutas, legumes e verduras sejam devidamente reconhecidos para a prevenção de várias doenças crônicas⁵⁰, a adoção desses comportamentos pela população brasileira ainda é, sem dúvida, insuficiente.

CONCLUSÃO

Embora a adoção dos estilos de vida saudáveis ainda seja pouco frequente na população brasileira, a associação de comportamentos saudáveis com a percepção da saúde encontrada no presente estudo, ainda que se controlando os efeitos dos fatores socioeconômicos e da presença de pelo menos uma DCNT, é um indício de que a população brasileira já começa a relacionar os estilos de vidas saudáveis ao seu bem-estar e à avaliação melhor da sua saúde.

REFERÊNCIAS

- Asada Y, Ohkusa Y. Analysis of health-related quality of life (HRQL), its distribution, and its distribution by income in Japan, 1989 and 1998. *Soc Sci Med* 2004; 59(7): 1423-33.
- Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med* 1994; 38(1): 1-14.
- Luy M, Minagawa Y. Gender gaps-Life expectancy and proportion of life in poor health. *Health Rep* 2014; 25(12): 12-9.
- GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015; 385(9963): 117-71.
- Campos MR, Doellinger Vdos R, Mendes LV, Costa Mde F, Pimentel TG, Schramm JM. Morbidity and mortality associated with injuries: results of the Global Burden of Disease study in Brazil, 2008. *Cad Saúde Pública* 2015; 31(1): 121-36.
- Haro J, Tyrovolas S, Garin N, Diaz-Torne C, Carmona L, Riera L, et al. The burden of disease in Spain: results from the global burden of disease study 2010. *BMC Med* 2014; 12(1): 236.
- Verropoulou G. Specific versus general self-reported health indicators predicting mortality among older adults in Europe: disparities by gender employing SHARE longitudinal data. *Int J Public Health* 2014; 59(4): 665-78.
- Devlin N, Hansen P, Herbison P. Variations in self-reported health status: results from a New Zealand survey. *NZ Med J* 2000; 113(1123): 517-20.
- Romero DE, Leite Ida C, Szwarcwald CL. Healthy life expectancy in Brazil: applying the Sullivan method. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(Suppl 1): 7-18.
- Nepomuceno MR, Turra CM. Trends in healthy life expectancy among older Brazilian women between 1998 and 2008. *Rev Saúde Pública* 2015; 49:1-8.

11. Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, et al. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet* 2009; 372: 2124-31.
12. Zack MM, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Health-related quality of life - United States, 2006 and 2010. *MMWR Surveill Summ* 2013; 62(Suppl 3): 105-11.
13. Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PR. Measurements of reported morbidity and interrelationships with health dimensions. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(1): 73-81.
14. Feng Q, Zhu H, Zhen Z, Gu D. Self-Rated Health, Interviewer-Rated Health, and Their Predictive Powers on Mortality in Old Age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2015.
15. Nielsen TH. The Relationship Between Self-Rated Health and Hospital Records. *Health Econ* 2015.
16. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health* 1982; 72(8): 800-8.
17. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol* 1983; 117(3): 292-304.
18. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38(1): 21-37.
19. Burstrom B, Fredlund P. Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *J Epidemiol Community Health* 2001; 55(11): 836-40.
20. Razzaque A, Mustafa AH, Streatfield PK. Do self-reported health indicators predict mortality? Evidence from Matlab, Bangladesh. *J Biosoc Sci* 2014; 46(5): 621-34.
21. Blank N, Diderichsen F. The Prediction of different experiences of longterm illness: a longitudinal approach in Sweden. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50(2): 156-61.
22. Mithen J, Aitken Z, Ziersch A, Kavanagh AM. Inequalities in social capital and health between people with and without disabilities. *Soc Sci Med* 2015; 126: 26-35.
23. Froom P, Melamed S, Triber I, Ratson N, Hermoni D. Predicting self-reported health: the CORDIS study. *Prev Med* 2004; 39(2): 419-23.
24. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; 377(9781): 1949-61.
25. Ramos LR, Malta DC, Gomes GA, Bracco MM, Florindo AA, Mielke GI, et al. Prevalence of health promotion programs in primary health care units in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2014; 48(5): 837-44.
26. Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Lima CM, Cavalcante T, Jaime PC, et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006-2014. *Ciênc Saúde Colet* 2014; 19(11): 4301-11.
27. Freitas MPS, Lila MF, Azevedo RV, Antonaci GA. Amostra Mestra para o Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares. Rio de Janeiro: IBGE; 2007. (Texto para discussão, nº 23). Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/sipd/texto_discussao_23.pdf (Acessado em 02 de fevereiro de 2015).
28. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PR, Esteves MA, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(Suppl 1): 54-64.
29. Victora CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet* 2011; 377(9782): 2042-53.
30. Soares GP, Brum JD, Oliveira GM, Klein CH, Souza e Silva NA. Evolution of socioeconomic indicators and cardiovascular mortality in three Brazilian states. *Arq Bras Cardiol* 2013; 100(2): 147-56.
31. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Impact of income inequality on life expectancy in a highly unequal developing country: the case of Brazil. *J Epidemiol Community Health* 2013; 67(8): 661-6.
32. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003; 19: 745-57.
33. Dachs JNW. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estudo de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciênc Saúde Colet* 2002; 7: 641-57.
34. Martikainen P, Adda J, Ferrie JE, Smith GD, Marmot M. Effects of income and health on GHQ depression and poor self rated health in white collar women and men in the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003; 57: 718-23.
35. Kim J. Socioeconomic inequalities in self-rated health among middle-aged and older adults. *Soc Work Health Care* 2011; 50(2): 124-42.
36. Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Soc Sci Med* 2003; 56(12): 2505-14.
37. Chandola T, Ferrie J, Sacker A, Marmot M. Social inequalities in self reported health in early old age: follow-up of prospective cohort study. *BMJ* 2007; 334(7601): 990.

38. Cummins S, Stafford M, Macintyre S, Marmot M, Ellaway A. Neighbourhood environment and its association with self rated health: evidence from Scotland and England. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59(3): 207-13.
39. Szwarcwald CL, da Mota JC, Damacena GN, Pereira TG. Health inequalities in Rio de Janeiro, Brazil: lower healthy life expectancy in socioeconomically disadvantaged areas. *Am J Public Health* 2011; 101(3): 517-23.
40. Heistaro S, Vartiainen E, Puska P. Trends in self-rated health in Finland 1972-1992. *Prev Med* 1996;25(5): 625-32.
41. Borg V, Kristensen TS. Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Soc Sci Med* 2000; 51: 1019-30.
42. Mood C. Life-style and self-rated global health in Sweden: a prospective analysis spanning three decades. *Prev Med* 2013; 57(6): 802-6.
43. Jankovic N, Geelen A, Streppel MT, de Groot LC, Orfanos P, van den Hooven EH, et al. Adherence to a healthy diet according to the World Health Organization guidelines and all-cause mortality in elderly adults from Europe and the United States. *Am J Epidemiol* 2014; 180(10): 978-88.
44. Kendig H, Browning CJ, Thomas SA, Wells Y. Health, lifestyle, and gender influences on aging well: an Australian longitudinal analysis to guide health promotion. *Front Public Health* 2014; 2: 70.
45. Rosenkranz RR, Duncan MJ, Rosenkranz SK, Kolt GS. Active lifestyles related to excellent self-rated health and quality of life: cross sectional findings from 194,545 participants in The 45 and Up Study. *BMC Public Health* 2013; 13: 1071.
46. Malta DC, Oliveira TP, Luz M, Stopa SR, Silva Junior JB, Reis AA. Smoking trend indicators in Brazilian capitals, 2006-2013. *Ciênc Saúde Colet* 2015; 20(3): 631-40.
47. Silva ST, Martins MC, Faria FR, Cotta RM. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. *Ciênc Saúde Colet* 2014; 19(2): 539-52.
48. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças Crônicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2014. p. 181.
49. Reis RS, Kelly CM, Parra DC, Barros M, Gomes G, Malta D, et al. Developing a research agenda for promoting physical activity in Brazil through environmental and policy change. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 32(2): 93-100.
50. World Health Organization (WHO). The World Health Report - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: WHO; 2002.

Recebido em: 23/04/2015

Versão final apresentada em: 01/07/2015

Aceito em: 13/07/2015