

PERCEPÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL: UM ESTUDO SOBRE A INFLUÊNCIA DE RAÇA E REGIÃO GEOGRÁFICA A PARTIR DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE (PNS) 2019

PERCEPTION OF HEALTH IN BRAZIL: A STUDY ON THE INFLUENCE OF RACE AND GEOGRAPHIC REGION BASED ON THE NATIONAL HEALTH SURVEY (NHS) 2019

Augusto de Oliveira Braga¹

Resumo

Este estudo analisou a relação entre raça, região geográfica e autopercepção da saúde no Brasil com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019. Justifica-se pela relevância de identificar desigualdades sociais que afetam a saúde e subsidiar políticas públicas. A metodologia incluiu análise exploratória e regressão logística binária, utilizando a percepção de saúde como variável dependente, e raça e região geográfica como independentes. Os resultados apontaram diferenças significativas na percepção de saúde, com negros e moradores do Nordeste relatando maior percepção negativa. A discussão destaca a necessidade de ações específicas para reduzir essas desigualdades.

Palavras-chave: autopercepção de saúde; desigualdades sociais em saúde; pesquisa nacional de saúde.

Abstract

This study examined the correlation between race, geographic region, and self-perceived health in Brazil, drawing upon data from the National Health Survey (PNS) conducted in 2019. The rationale for this study is twofold: first, to identify social inequalities that affect health, and second, to subsidize public policies. The methodological approach entailed exploratory analysis and binary logistic regression, with health perception designated as the dependent variable and race and geographic region as the independent variables. The findings revealed substantial disparities in health perception, with blacks and residents of the Northeast exhibiting a more pronounced negative perception. The discussion emphasizes the necessity for specific actions aimed at mitigating these inequalities.

Keywords: self-perceived health; social inequalities in health; national health survey.

1 Introdução

A Pesquisa Nacional de saúde tem papel basilar na avaliação dos sistemas de saúde e na verificação da (in)eficiência de políticas públicas no Brasil. Uma das razões para isso é que a PNS investiga a saúde da população, a partir da perspectiva do usuário desses serviços. Trata-se, então, de uma ferramenta indispensável, uma vez que, ao fornecer dados detalhados sobre as condições de vida da população, a pesquisa permite identificar carências específicas e orientar o replanejamento de ações ou novas políticas públicas a fim de solucionar o que foi identificado.

Além disso, a PNS também viabiliza a coleta de informações subnotificadas pelos sistemas de informação em saúde (Stopa, *et al.* 2020). O estudo é estruturado de modo a reunir dados primários de determinada população, permitindo o monitoramento de tendências,

¹ Jornalista e Nutricionista em formação. Mestrando no PPG Sociologia e Ciência Política da PUCRS. E-mail: augusto.braga@edu.pucrs.br

reconhecimento de desigualdades e avaliação do impacto de intervenções de saúde adotadas ao longo de um período. Ainda, conforme Stopa *et al.* (2020), a realização regular dessa pesquisa, e de outros inquéritos como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), contribui significativamente para a construção de um fotograma do perfil de saúde da população brasileira no decorrer das décadas.

De acordo com Pavão, Werneck e Campos (2013), a autoavaliação do estado de saúde configura um importante indicador da compreensão multidimensional da saúde, ou seja, o completo bem-estar físico, mental e social. Essa autoavaliação, portanto, é um prognóstico subjetivo e contempla uma série de aspectos da vida do sujeito. Nesse sentido, a percepção de doença não decorre unicamente de sensações corporais de desconforto, mas visa também desdobramentos psicossociais dentro do prisma da enfermidade.

Na Pesquisa Nacional de Saúde, a autopercepção é adotada tendo em vista sua facilidade de captação em inquéritos de escala nacional, funcionando como recurso preditivo de morbimortalidade, além da alta concordância entre a saúde, percebida pelo indivíduo e a saúde atestada por profissionais Szwarcwald *et al.* (2005). Ainda, os relatos de autopercepção demonstraram ser elementos importantes no prenúncio de doenças que seriam detectadas tardiamente (Pavão; Werneck; Campos, 2013).

A partir disso, o presente trabalho teve como objetivo verificar se as variáveis de raça e região geográfica, influenciam na maneira como os indivíduos percebem a própria saúde a partir de um modelo de regressão com dados disponibilizados na Pesquisa Nacional de Saúde (2019).

2 Determinantes sociais na autoavaliação do estado de saúde

A relação entre espaço cultural e os efeitos das dinâmicas sociais na saúde não é uma novidade. Os determinantes em saúde podem ser avaliados sob as mais diferentes epistemologias de uma gama de áreas do conhecimento. Na perspectiva sociológica, as pesquisas em saúde muitas vezes se dedicam a compreender a interação entre estado de saúde e fatores socioculturais, tais como composição familiar, raça, orientação sexual, entre outros (Rodrigues; Maia, 2010).

A maneira como um sujeito interage com o mundo a sua volta, a partir dos recursos materiais e estoque de conhecimentos dos quais dispõe, pode ser entendido como o fruto de um contexto complexo de ações entre pessoas e instituições (Pol; Thomas, 2001). A mesma base de dados, quando analisada pela epidemiologia, visa identificar de que maneira os determinantes socioeconômicos e comportamentais orientam a distribuição e prevalência de

doenças em uma população. Esses são apenas dois exemplos de campos investigativos que se valem de dados não biologizados para identificar quadros de saúde.

Para Barata (2009), as desigualdades em saúde se manifestam de maneira diversa no processo saúde-doença, fortemente influenciadas pelo acesso aos serviços de saúde. Na visão da autora, se as doenças e condições de saúde se apresentam de forma desigual, é dever dos cientistas sociais investigarem as razões desse quadro. Assim, as desigualdades sociais em saúde estão muito ordenadas pela organização social, revelando, por meio do panorama de doenças, as iniquidades existentes na sociedade.

De acordo com Rodrigues e Maia (2010), é sabido que menores salários limitam os gastos atribuídos ao que se considera uma vida saudável, vide alimentos nutricionalmente melhores, possibilidade de descanso, acesso ao lazer e condições adequadas de moradia. Santos (2013), em sua pesquisa sobre infância e violência, pode constatar que residências sem banheiro aumentavam drasticamente a ocorrência de violência no domicílio. Ao que argumenta no texto, o pensamento economicista relacionaria a ausência de banheiro com renda, e, portanto, a menor renda levaria à ocorrência de violência. No entanto, como resultado de seu estudo, verificou que o vetor para o estresse nessas famílias não era precisamente o fator renda, mas, sim, a ausência de privacidade (Santos, 2013).

De maneira sumária, as produções científicas que buscam relacionar elementos socioculturais à saúde, acabam por focalizar influência direta entre a renda e estado de saúde. Contudo, a partir do que foi concluído por Santos (2013) nota-se que são mais escassos os estudos que se dedicam a verificar a subjetividade da relação saúde e condição econômica. Para além de todas as nuances e especificidades da vida particular de cada indivíduo, situações de trabalho, estilo de vida, prática recorrente de exercícios físicos, consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas também influenciam a maneira como o sujeito percebe a própria condição de saúde.

Para Stiglitz e Sen (2009), o bem-estar subjetivo deve ser compreendido a partir de seu caráter multidimensional. Para os autores, essa multidimensionalidade se dá em decorrência do conceito de saúde contemplar, fatores como padrões de vida materiais (sendo estes renda, consumo e riqueza), saúde, educação, atividades pessoais (como trabalho), voz política e governança, relacionamentos sociais, ambiente (sob condições atuais e futuras) e inseguranças (de natureza econômica ou física). Conforme argumentam, todos esses requisitos devem ser avaliados durante a investigação do bem-estar, cabendo ao pesquisador evitar a unidimensionalidade focada na relação renda-consumo (Stiglitz; Sen, 2009).

O estado de saúde de uma população é um fotograma preciso da maneira como aquela sociedade se organiza e revela os efeitos do funcionamento das estruturas sociais. Portanto,

garantir o acesso aos serviços de saúde demonstra ser um recurso fundamental da política de estado, para assegurar o bem-estar das pessoas, uma vez que as assegura a participação plena na vida social, econômica e política.

No entanto, como aponta Oliveira *et al.* (2019), a tarefa de garantir o direito à saúde, conforme atestado na Constituição Federal de 1988, não é simples e ainda reproduz desigualdades. De acordo com os autores, a construção de redes regionalizadas e hierarquizadas permanece como um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde desde sua criação. Isso ocorre, porque o princípio norteador da regionalização pressupõe que os serviços de saúde, de diferentes níveis de complexidade, estejam organizados. Ainda, segundo Oliveira *et al.* (2019), o que se compreende por acesso à saúde contempla uma série de aspectos, que incluem desde a disponibilidade de serviços na região até a capacidade do usuário de utilizá-los. Apesar da vasta quantidade de produções científicas sobre o tema, todas convergem à ideia de se tratar de um direito fundamental a ser garantido sem distinções a toda população.

Segundo Dachs (2002), a América Latina é a região que apresenta as maiores desigualdades internas do ponto de vista sociocultural e da situação econômica dos indivíduos. Essa desigualdade é diretamente refletida na saúde, tanto no estado quanto no acesso aos serviços. Corroborando com essa visão, Silva e Almeida-Filho (2009) argumentam que as desigualdades em saúde são resultado do acesso desigual de indivíduos que pertencem ao mesmo grupo social. Em contrapartida, a equidade em saúde diz respeito ao resultado de políticas que atendem às necessidades específicas de indivíduos que não são iguais (Silva; Almeida-Filho, 2009). Os fatores de cor e raça, com os quais se trabalham neste estudo, já tornam os sujeitos distintos entre si.

Segundo Barata (2009), a raça tem um importante impacto sobre as condições de saúde. A autora aponta que em pesquisas do campo, as desigualdades raciais são atribuídas a diferentes condições socioeconômicas, resultantes da pior inserção social de grupos minoritários. No entanto, mesmo com o efeito dessas variáveis sob controle, as diferenças permanecem evidenciando o efeito independente que estas possuem sobre o estado de saúde dos indivíduos. Barata diz que:

Há pelo menos três aspectos dessa relação que são normalmente subavaliados nas pesquisas epidemiológicas: o efeito da acumulação de desvantagens ao longo da trajetória de vida, os efeitos contextuais decorrentes da concentração de grupos étnicos minoritários em áreas residenciais pobres e deterioradas do ponto de vista urbano e os efeitos deletérios de viver em uma sociedade percebida como racista (Barata, 2009, p. 49).

Ainda, em suas palavras, a pesquisadora afirma que o Brasil nunca passou por um sistema consolidado de segregação racial, contudo, a população negra sofre, ainda, sistematicamente maior desvantagem social. Há vasta literatura e produção científica sobre iniquidades raciais em saúde, embora, conforme a autora, muitas não sejam capazes de separar adequadamente os efeitos da posição social e outros fatores além do racismo. Essa limitação se mostra um entrave na ciência, uma vez que não se torna possível verificar as implicações das variáveis umas sobre as outras.

3 A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)

De acordo com Stopa *et al.* (2020), a Pesquisa Nacional de Saúde se origina de uma necessidade identificada pelos órgãos de saúde no Brasil ainda no começo dos anos 2000. O Comitê Temático sobre Informações de Base Populacional sugeriu a realização de uma pesquisa nacional de saúde com base populacional para investigar as condições de saúde, acesso a serviços, orçamento em saúde e vigilância de doenças e comorbidades nas populações.

Em 2007, durante um seminário da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, o tema de uma pesquisa nacional voltou a ser pauta, momento em que foi recomendada, então, a definição de um grupo de trabalho dedicado exclusivamente a viabilizar a existência da pesquisa, de modo a cumprir com a regularidade necessária para sustentar um inquérito tão relevante. Dois anos mais tarde, o Ministério da Saúde promulga uma portaria instituindo o comitê responsável para construir as diretrizes do que viria a se tornar a Pesquisa Nacional de Saúde.

Em 2013 a primeira edição da PNS foi veiculada, visando ampliar os temas dos Suplementos Saúde já presentes na PNAD. Em primeiro momento, o questionário da PNS contemplava perguntas versadas em utilização de serviços de saúde e cobertura dos planos de saúde - os principais interesses em saúde na PNAD (Stopa, *et al.* 2020) - tendo em vista a possibilidade do acompanhamento quinquenal dos indicadores de 1998 a 2013. Contudo, diferentemente dos Suplementos Saúde, a PNS foi incrementada no Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com métricas próprias e desenvolvida para coletar especificamente informações sobre a saúde da população.

A coleta de dados da PNS ocorre por meio de entrevistas, e a primeira edição ocorreu entre agosto de 2013 e fevereiro do ano seguinte. Sua execução exigiu a articulação de mais de mil técnicos do IBGE, em mais de mil e seiscentas cidades do Brasil. A partir disso, foram divulgados quatro relatórios-base que deram origem a incontáveis análises técnico-científicas, da condição de saúde dos brasileiros (Stopa, *et al.*, 2009). Ainda, conforme as autoras, nas

vésperas da divulgação dos dados da primeira PNS, o governo brasileiro já elaborava sua segunda edição, visando avaliar os impactos das respostas do Sistema Único de Saúde, frente às necessidades observadas na investigação.

A Pesquisa Nacional de Saúde, portanto, é um inquérito de base populacional e representativo da população residente em domicílios particulares no Brasil. A partir da PNS é possível estimar dados estatísticos tanto das áreas urbanas quanto rurais, separadas por Unidades da Federação. Planejada para ser realizada quinquenalmente, teve sua segunda edição em 2019, com um ano de atraso. Conforme o IBGE (2019), a PNS objetiva pessoas de 15 anos de idade ou mais, residentes em domicílios permanentes. A amostra de 2019 não considera residências em setores censitários especiais ou de baixa densidade populacional, tais como aldeias, bases militares, presídios e instituições de longa permanência. Além disso, sobre a origem amostral da PNS, Stopa *et al.* (2020) pontuam:

A amostra da PNS originou-se de uma amostra mestra, constituída de um conjunto de unidades de áreas selecionadas em um cadastro, com o intuito de atender a seleções de subamostras para diversas pesquisas diferentes previstas no SIPD/IBGE, como a PNAD e a POF. Tais unidades são conceituadas como unidades primárias de amostragem (UPA), dentro do planejamento amostral das pesquisas que utilizam a amostra mestra, caso da PNS (Stopa, *et al.* 2020, p. 3).

Entre as duas edições, a pesquisa passou por mudanças. A versão de 2019 conta com um aprimoramento revisado por especialistas em relação à PNS original. O questionário foi reavaliado por centenas de técnicos do Ministério da Saúde, objetivando a melhoria da clareza e relevância nas perguntas feitas aos indivíduos, além da proposição de melhora no fluxo da coleta de dados (IBGE, 2019).

Dentre as mudanças, a segunda edição teve a faixa etária ampliada para mínimo de 15 anos, fornecendo maior abrangência de informações. Também foram alterados os blocos de questões, incluindo novos temas e excluindo aqueles que não se mostraram relevantes em 2013. Dessa forma, o questionário é dividido em três blocos: informações sobre o domicílio, informações gerais sobre os residentes do local e informações detalhadas sobre um morador selecionado. Sob essa estrutura, se tornou possível inferir aspectos como condições de vida, acesso aos serviços de saúde, hábitos e fatores de risco para comorbidades (Stopa, *et al.*, 2020).

4 Metodologia

Como mencionado no início do texto, o objetivo do presente trabalho é verificar se há relação entre raça e região geográfica na autopercepção da saúde a partir dos dados da PNS

2019. Para isso, foi utilizado um modelo de regressão para avaliar a percepção de saúde (variável dependente) e raça e região geográfica (variáveis independentes).

Inicialmente, os dados da PNS 2019 foram importados para o Stata. Em seguida, foram criadas variáveis relevantes para a análise, como a variável dicotômica “saude_percep” para indicar a percepção de saúde (boa/muito boa = 1 vs. regular/ruim/muito ruim = 0), além das variáveis independentes citadas acima.

Após a preparação dos dados, realizou-se uma análise exploratória, utilizando um resumo estatístico das variáveis, com vistas a compreender a distribuição dos dados. A associação entre a percepção de saúde e as variáveis independentes de interesse, foi então investigada por meio de tabelas de contingência e teste qui-quadrado. Com o comando “tabulate” na opção de “chi2”, foram criadas tabelas de contingência e realizado o teste qui-quadrado. Assim, o teste verifica a independência entre as variáveis e permite a análise de associações.

Após a primeira etapa, foi construído um modelo de regressão logística binária para avaliar os efeitos das variáveis mencionadas, fazendo controle da influência simultânea entre elas. A sintaxe foi criada, organizando as respostas de percepção do estado de saúde da PNS de modo a permitir um texto binário para a análise. O comando “logit” avalia os coeficientes preditivos entendidos como mudança na chance de a variável dependente assumir o valor “1”, que, neste trabalho, representa uma percepção de que a saúde está “Boa/Muito boa”). O modelo gerou os coeficientes que indicam o impacto de cada variável, resultando nos *odds ratios*, representando as razões de chance da percepção positiva da saúde em cada nível das variáveis selecionadas.

5 Resultados

O modelo utilizado para a realização do trabalho evidenciou diferenças na percepção entre pessoas autodeclaradas brancas e negras no Brasil, sem recorte geográfico. 75% dos brancos percebem sua saúde de forma positiva (Boa/Muito boa). Entre os negros, essa percepção prevalece em 69%. Quanto à percepção negativa da saúde (Regular/Ruim/Muito ruim), 31% das pessoas negras avaliam a saúde dessa forma, em comparação a 25% dos brancos. O teste qui-quadrado resultou no valor de ($p < 0,001$), indicando que a associação entre Cor_Raça e a percepção de saúde é estatisticamente significativa. Dessa forma, o dado indica que a variável tem impacto relevante na forma como os indivíduos percebem sua saúde.

O resultado do teste encontra respaldo em Barata (2009) ao sugerir que a discriminação racial possui impacto nos determinantes de saúde. Porém, o presente trabalho não pretende discutir quais elementos de disparidade racial estão envolvidos na análise, para torná-la mais acurada, tampouco investigar quanti e qualitativamente as maneiras como o racismo se manifesta na percepção de saúde e no acesso aos serviços de saúde. Portanto, se fazem necessários outros estudos, mais aprofundados e de maior abrangência estatística, para tal verificação.

Imagem 1: Raça e religião

```

. tabulate saude_percep Cor_Raca, chi2

```

Percepção de estado de saúde	Cor ou raça		Total
	Brancos	Negros	
Regular/Ruim/Muito Ru	24,529	55,031	79,560
Boa/Muito Boa	74,490	121,546	196,036
Total	99,019	176,577	275,596

Pearson chi2(1) = 1.3e+03 Pr = 0.000

```

. tabulate saude_percep regioao, chi2

```

Percepção de estado de saúde	Região geográfica					Total
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oe	
Regular/Ruim/Muito Ru	18,289	34,442	13,620	7,077	7,273	80,701
Boa/Muito Boa	43,158	65,111	42,720	24,161	23,531	198,681
Total	61,447	99,553	56,340	31,238	30,804	279,382

Pearson chi2(4) = 3.2e+03 Pr = 0.000

Fonte: elaborado pelo autor (2024).

No que corresponde à região geográfica, também se notam mudanças na percepção de saúde. A região Nordeste, por exemplo, possui dez pontos percentuais a mais na percepção negativa da saúde em comparação ao Sudeste (34,5% e 24%, respectivamente). Os destaques para a percepção positiva da saúde estão no Sul e Centro-Oeste, com 76% cada. Não fica evidente quais fatores estão associados a esses resultados, podendo ser desenvolvida outra investigação a partir de uma série de variáveis não contempladas, como renda, escolaridade, ocupação, entre outras.

A partir do modelo de regressão, é possível estimar que, mantendo a variável de região constante, o aumento em uma unidade na variável de raça está associado a uma diminuição na probabilidade de uma melhor percepção no estado de saúde. Da mesma forma, ao fixar a variável raça, encontra-se evidência de que a mudança de região altera a percepção no estado de saúde, como apontado nos resultados da etapa anterior.

Imagem 2: Modelo de regressão logística

```

. save "C:\Users\augusto.braga\Documents\[ATUAL] Trabalho final Augusto Braga.dta"
file C:\Users\augusto.braga\Documents\[ATUAL] Trabalho final Augusto Braga.dta saved

. * **Modelo de regressão logística**

.
. logit saude_percep Cor_Raca regioao

Iteration 0:  Log likelihood = -165624.55
Iteration 1:  Log likelihood = -164467.21
Iteration 2:  Log likelihood = -164464.41
Iteration 3:  Log likelihood = -164464.41

Logistic regression                                Number of obs = 275,596
                                                    LR chi2(2)      = 2320.29
                                                    Prob > chi2     = 0.0000
Log likelihood = -164464.41                        Pseudo R2      = 0.0070
    
```

saude_percep	Coefficient	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
Cor_Raca	-.2452826	.0092736	-26.45	0.000	-.2634585	-.2271066
regiao	.1135882	.0035553	31.95	0.000	.1066201	.1205564
_cons	.7797864	.0125985	61.90	0.000	.7550939	.8044789

Fonte: elaborado pelo autor (2024).

Os resultados deste estudo destacam diferenças significativas na percepção da saúde entre pessoas brancas e negras no Brasil, independente do recorte geográfico. Enquanto 75% dos indivíduos brancos avaliam sua saúde como boa ou muito boa, esse percentual cai para 69% entre os negros. Por outro lado, a percepção negativa da saúde (regular, ruim ou muito ruim) é maior entre os negros, atingindo 31%, em comparação aos 25% observados entre os brancos. O teste qui-quadrado ($p < 0,001$) aponta para uma associação estatisticamente significativa entre a variável racial e a percepção de saúde, sugerindo que a raça desempenha um papel importante na maneira como os indivíduos avaliam sua saúde. Esses achados reforçam a literatura existente, como os estudos de Barata (2009), que indicam o impacto do racismo nos determinantes de saúde. No entanto, este trabalho não pretende aprofundar os fatores específicos de disparidade racial ou analisar, de forma qualitativa e quantitativa, como o racismo influencia a percepção de saúde e o acesso a serviços. Para isso, seria necessária uma investigação mais detalhada, com maior alcance e profundidade estatística.

Adicionalmente, os dados revelam variações regionais na percepção de saúde que merecem atenção. O Nordeste, por exemplo, apresenta uma percepção negativa de saúde significativamente maior, com 34,5% dos entrevistados avaliando sua saúde de forma negativa, contra apenas 24% no Sudeste. Em contrapartida, as regiões Sul e Centro-Oeste destacam-se positivamente, com 76% dos entrevistados considerando sua saúde boa ou muito boa. Esses contrastes regionais sugerem que fatores locais, como condições econômicas, acesso a serviços

de saúde e políticas públicas, podem influenciar diretamente as percepções dos indivíduos. Contudo, o presente estudo não investigou detalhadamente os fatores associados a essas diferenças, deixando espaço para futuras pesquisas que explorem variáveis como renda, escolaridade, infraestrutura e suporte social nas diferentes regiões do país.

A análise de regressão conduzida permite observar que tanto a variável raça quanto a região têm impacto independente na percepção de saúde. Mantendo constante a variável regional, verifica-se que mudanças na variável de raça estão associadas a uma menor probabilidade de uma avaliação positiva da saúde. De forma semelhante, quando a variável racial é mantida fixa, observa-se que a percepção de saúde varia significativamente entre as diferentes regiões. Essa interação complexa entre raça e região reflete um cenário de múltiplas desigualdades, onde fatores estruturais e sociais podem se sobrepor. Por exemplo, indivíduos negros que vivem no Nordeste enfrentam uma combinação de vulnerabilidades que inclui tanto as desigualdades raciais quanto os desafios socioeconômicos e estruturais típicos da região, agravando as dificuldades relacionadas à saúde.

Por fim, os resultados abrem uma ampla gama de possibilidades para investigações futuras. Estudos mais abrangentes e detalhados poderiam incorporar variáveis adicionais, como condições de trabalho, moradia, acesso a serviços básicos e experiências de discriminação, para compreender melhor as relações observadas. Além disso, análises que incluam outros grupos raciais, como indígenas e amarelos, poderiam trazer uma perspectiva mais inclusiva e aprofundada sobre as disparidades em saúde no Brasil. Pesquisas qualitativas também seriam úteis para explorar como as experiências subjetivas de exclusão social e preconceito impactam a percepção de saúde dos indivíduos. Por último, estudos longitudinais poderiam ajudar a acompanhar a evolução dessas desigualdades ao longo do tempo, considerando diferentes contextos políticos e econômicos, oferecendo subsídios mais robustos para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes e direcionadas.

6 Discussão e considerações finais

Após os testes, foi possível constatar que as variáveis de cor e região geográfica são fatores que modificam os resultados na percepção de saúde, tendo, no geral, pessoas não brancas e as regiões Norte e Nordeste como elementos de percepção de um estado de saúde negativo. Notadamente, o trabalho carece de ajustes e existem inúmeras melhorias em processos e compreensão de análise de dados que certamente levariam este estudo para dois caminhos. O primeiro trata do reforço do resultado aqui apresentado, mas com bases mais sólidas, variáveis

coerentes, números mais precisos e sintaxe consistente. O segundo seria uma negação da conclusão do presente texto, em um cenário onde houve tantas melhorias que foi possível observar uma inversão de resultados, apontando para investigações posteriores que examinem diferentes desfechos a partir das variáveis propostas.

Portanto, este estudo reafirma a relevância de compreender as desigualdades raciais e regionais na percepção de saúde no Brasil, evidenciando como esses fatores estão diretamente associados às condições sociais e econômicas. Assim, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) desempenha um papel central ao oferecer dados que ajudam a identificar essas diferenças, mostrando como pessoas negras e moradores de regiões menos favorecidas, como o Nordeste, têm uma visão mais negativa da própria saúde em comparação com pessoas brancas e habitantes de regiões mais privilegiadas, como o Sul e o Centro-Oeste. Os resultados reforçam a necessidade de políticas públicas específicas que considerem as particularidades de cada região e os impactos das desigualdades estruturais, com o objetivo de promover um acesso mais equitativo e inclusivo aos serviços de saúde no país.

Além disso, a literatura analisada deixa claro que a percepção de saúde é influenciada não apenas por fatores biológicos ou físicos, mas também por um conjunto amplo de elementos sociais, culturais e econômicos. Estudos como os de Barata (2009) e Stiglitz e Sen (2009) apontam que a saúde deve ser entendida de forma multidimensional, envolvendo aspectos como renda, qualidade do ambiente social e até mesmo os efeitos do racismo estrutural. Nesse sentido, o impacto cumulativo de desvantagens ao longo da vida e a concentração de grupos étnicos minoritários em áreas urbanas deterioradas, ilustram como essas desigualdades afetam a saúde individual. Ao demonstrar a influência de fatores como raça e localização geográfica, este estudo reforça a importância de utilizar a PNS como uma ferramenta para embasar estratégias que busquem corrigir essas disparidades.

No Brasil, a relação entre raça e condições de saúde é um tema amplamente estudado, evidenciando que a raça atua como um determinante crucial nas disparidades de saúde. Galvão *et al.* (2021) conduziram uma revisão de escopo sobre os determinantes estruturais da saúde e identificaram que fatores como raça, gênero, classe social e identidade de gênero influenciam diretamente a equidade no acesso aos serviços de saúde. O estudo revelou que, no contexto brasileiro, pessoas negras enfrentam maior dificuldade de acesso a cuidados médicos de qualidade e possuem maior exposição a condições que agravam sua saúde (Galvão, *et al.*, 2021). Esses resultados reforçam a importância de políticas públicas voltadas para reduzir as barreiras enfrentadas por grupos marginalizados.

Os resultados de Galvão *et al.* (2021) também abordam a interseccionalidade entre raça, classe e gênero, destacando como essas categorias se sobrepõem para agravar as desigualdades em saúde. Um exemplo identificado no estudo foi a disparidade no acesso a serviços especializados, particularmente para mulheres negras, que frequentemente enfrentam atrasos ou negligência nos atendimentos. Esses achados sugerem que intervenções mais eficazes devem considerar as múltiplas camadas de opressão enfrentadas pelas populações vulneráveis, promovendo estratégias mais inclusivas.

Outro aspecto fundamental é o impacto do racismo estrutural nos indicadores de mortalidade materna e infantil. Segundo Galvão *et al.* (2021), mulheres negras apresentam taxas de mortalidade materna consideravelmente mais altas em comparação às mulheres brancas. O estudo identificou que essas disparidades estão relacionadas ao acesso limitado a cuidados pré-natais de qualidade e à negligência nos serviços de saúde em momentos críticos. Essa vulnerabilidade se intensifica pelo fato de que o racismo institucional permanece invisível na formulação de protocolos de saúde, perpetuando as iniquidades.

A utilização da variável raça/cor em estudos de saúde pública também foi abordada por Araújo *et al.* (2009), em um estudo que analisou a inclusão dessa variável em pesquisas científicas e evidenciou que indivíduos negros têm maior probabilidade de exposição a fatores que aumentam o risco de adoecimento e morte. Um dos principais resultados apresentados pelo artigo foi a constatação de que a população negra, em especial, enfrenta desigualdades significativas no atendimento à saúde, incluindo acesso limitado a diagnósticos precoces e tratamentos eficazes (Araújo, *et al.*, 2009). O estudo destacou a necessidade de expandir o uso dessa variável em estudos futuros para criar bases sólidas para políticas de enfrentamento às desigualdades raciais.

Araújo *et al.* (2009) observaram que a população negra apresenta maior probabilidade de ser atendida em unidades básicas de saúde ou em locais com menor infraestrutura, mesmo em casos que exigem cuidados mais complexos. Um dos resultados marcantes do estudo foi a identificação de que, mesmo em emergências, há diferenças significativas no tempo de resposta e na qualidade do atendimento recebido por pessoas negras. Esse cenário aponta para a presença do racismo institucional, que prejudica o acesso equitativo aos serviços de saúde.

Além disso, no artigo publicado pelo Jornal da USP, o racismo é discutido como um determinante social crucial para a saúde no Brasil (Camargo-Cruz; Lalane; Souza, 2023). A pesquisa subjacente evidenciou que a população negra apresenta piores indicadores de saúde, em comparação com a população branca, incluindo maior prevalência de doenças crônicas e mortalidade precoce. Os resultados do estudo apontaram que as disparidades raciais no Brasil

são agravadas pelo racismo estrutural, que se manifesta tanto em desigualdades econômicas quanto em preconceitos institucionais nos sistemas de saúde. Esses dados reforçam a urgência de abordar o racismo como prioridade nas políticas públicas.

O estudo do Jornal da USP destacou ainda que a maior prevalência de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, entre a população negra está diretamente associada a fatores como condições de vida precarizadas e estresse crônico causado pela discriminação (Camargo-Cruz; Lalane; Souza, 2023). Os resultados indicaram que o racismo estrutural gera um ambiente de vulnerabilidade social que impacta negativamente a saúde física e mental dessas populações. Além disso, foi observado que a população negra possui menor acesso a medicamentos e terapias adequadas para o manejo dessas condições, contribuindo para a manutenção das desigualdades.

Dessa forma, as evidências científicas corroboram que a raça é um fator determinante para a condição de saúde no Brasil. Por fim, os resultados apresentados abrem caminho para investigações futuras mais aprofundadas, tanto quantitativas quanto qualitativas, que explorem a relação entre condições de vida, racismo, discriminação e acesso a serviços de saúde. Estudos longitudinais também são indispensáveis para entender como essas condições mudam ao longo do tempo, especialmente em períodos de instabilidade econômica ou política. É essencial que a ciência continue a investigar as desigualdades em saúde no Brasil, contribuindo para a formulação de políticas públicas mais eficazes, que realmente consigam atender às necessidades da população de maneira equitativa e garantir o direito universal à saúde, como previsto na Constituição Federal de 1988.

Referências

ARAÚJO, E. M. *et al.* A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 13, n. 31, p. 383-394, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SK3Gk4HTtwRF8pLJLMzzDXq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2025.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/48z26>. Acesso em: 11 mar. 2025.

DACHS, J. N. W. Determinantes das desigualdades na autoavaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 7, n. 4, p. 641-657, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/z8rPZFLVLMBRXGk4sDhXZ8s/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2025.

GALVÃO, A. L. M. *et al.* Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. **Saúde em Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 1-14, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200743>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rPgBQsrGNMDmvt5FJFLz6sS/>. Acesso em: 11 mar. 2025.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019 Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html>. Acesso em: 12 mar. 2025.

OLIVEIRA, R. A. D. *et al.* Barreiras de acesso aos serviços em cinco regiões de saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 35, n. 11, p. 1-13, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120718>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ysfcvHtsLzQ7vbnQs5FJbsv/>. Acesso em: 11 mar. 2025.

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 29, n. 4, p. 723-734, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/b4Nyg8BYjDRzDMjnZpdWshB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2025.

POL, L. G.; THOMAS, R. K. **The demography of health and health care**. 2nd ed. New York: Plenum Press, 2001.

RODRIGUES, C. G.; MAIA, A. G. Como a posição social influencia a autoavaliação do estado de saúde? Uma análise comparativa entre 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 762-774, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/L4QyZW4C7qnMZZMDj6YxMZd/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2025.

SANTOS, H. (Coord.). **Infância e violência: cotidiano de crianças pequenas em favelas do Recife: Chão de Estrelas, Canal do Arruda e Santo Amaro**. Porto Alegre: PUCRS, 2013. Disponível em: <https://vanleerfoundation.org/wp-content/uploads/2017/03/Recife-Infancia-e-violencia-Cotidiano-de-crianas-pequenas-em-favelas-do-Recife9819.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2025.

SILVA, L. M. V.; ALMEIDA-FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Caderno de Saúde Pública**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 217-226, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5pkCJ3ww8K6YP4nrZrZJHvk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2025.

STIGLITZ, J. E.; SEN, A. F. J. P. **Report by the commission on the measurement of economic performance and social progress**. 2009. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/8131721/8131772/Stiglitz-Sen-Fitoussi-Commission-report.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2025.

STOPA, S. R. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 5, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000500035. Acesso em: 12 mar. 2025.

STOPA, S. R. *et al.* Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista de Saúde Pública**, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000500035. Acesso em: 11 mar. 2025.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 54-64, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000700007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qHRL9DkxFmXVVJtxjVsFN8x/?lang=en>. Acesso em: 11 mar. 2025.

CAMARGO-CRUZ, P. E. A.; LALANE, J. B.; SOUZA, M. Reconhecer o racismo é determinante nas condições da saúde da população negra. **Jornal da USP**, São Paulo, 2023. Disponível em: <https://jornal.usp.br/artigos/reconhecer-o-racismo-e-determinante-nas-condicoes-da-saude-da-populacao-negra/>. Acesso em: 26 jan. 2025.

Data de submissão: 9 de janeiro de 2025

Data de aceite: 31 de janeiro de 2025