

ISSN: 2525-5533  
Caderno Sisterhood, 3ª Edição

# AUTOAVALIAÇÃO NEGATIVA DE SAÚDE EM MULHERES NEGRAS E BRANCAS ASSOCIADA ÀS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS NO BRASIL

1

Patrícia MallúLima Domingues<sup>2</sup>  
Enilda Rosendo do Nascimento<sup>2</sup>  
Edméia de Almeida Cardoso Coelho<sup>2</sup>  
Quessia Paz Rodrigues<sup>2</sup>  
Márcia Fernandes Silva<sup>2</sup>  
Emanuelle Freitas Goes<sup>3</sup>

## RESUMO

### Objetivo:

Verificar associação entre autoavaliação negativa do estado de saúde e características sociodemográficas, segundo raça/cor das mulheres.

### Método:

Estudo transversal de base populacional, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), 2008. A amostra foi composta de 151.428 mulheres com idade igual ou superior a 15 anos residentes no Brasil. Estimou-se a prevalência da autoavaliação do estado de saúde por raça/cor empregando-se regressão univariada e multivariada de Poisson.

### Resultados:

Houve associação entre autoavaliação do estado de saúde e raça/cor. Mulheres negras tiveram chance 1,19 vezes superior (RP=1,19/ IC95%: 1,17 - 1,21) de referir saúde negativa, comparadas às mulheres brancas.

### Conclusão:

As mulheres negras são as mais pobres, menos escolarizadas e que possuem menor inserção em empregos formais quando comparadas às brancas, o que pode resultar na pior autoavaliação do estado de saúde pelas negras.

**Palavras-chave:** autoavaliação do estado de saúde, racismo, características da população, inquéritos epidemiológicos.

## Introdução

A saúde é influenciada por uma gama de fatores individuais, coletivos e macroestruturais que são delimitados pelo contexto histórico e social no qual as pessoas estão inseridas. Esse conjunto de elementos determina o estilo de vida, bem como os modos de adoecimento e

<sup>1</sup> Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Brasil

<sup>2</sup> Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Centro de Estudos e Pesquisas sobre Mulheres, Gênero, Saúde e Enfermagem - GEM.

<sup>3</sup> Instituto de Saude Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

morte que caracterizam o estado de saúde de uma população, cuja mensuração tem sido feita por meio dos chamados indicadores de saúde. Estes se referem a medidas que informam sobre a ocorrência de determinados eventos em dada população, tais como a taxas de morbidade, mortalidade e a esperança de vida ao nascer.

Do ponto de vista individual, a saúde pode ser avaliada por medidas objetivas tais como a pressão arterial, o índice de massa corporal, os níveis de glicemia e colesterol e um conjunto de sinais e sintomas cujos parâmetros da normalidade são aceitos mundialmente e indicam a presença ou ausência de determinadas patologias ou o risco ao qual a pessoa pode estar submetida. Contudo, o modo como cada pessoa se percebe como tendo uma saúde boa ou ruim não está atrelada apenas ao risco ou aparecimento de doenças ou de desajustes detectados através de exames, o que enseja o caráter subjetivo da saúde.

Esta dimensão subjetiva de saúde tem sido estudada por meio da autoavaliação do estado de saúde que é considerado segundo o ponto de vista da própria pessoa<sup>1</sup>; envolve o conhecimento que esta tem dos componentes físicos, emocionais, socioculturais e outros que influenciam a sua saúde, seu bem-estar e a sua qualidade de vida. Configura, portanto, uma percepção multidimensional da saúde que não se baseia apenas na presença ou ausência objetiva de sinais e sintomas de doenças.

Além do contexto socioeconômico no qual a pessoa está inserida, fatores de ordem individual e o uso de serviços/insumos de saúde também estão implicados nas percepções que esta tem de sua própria saúde.

Diversos estudos de base populacional realizados em diferentes países evidenciam diferenças na autoavaliação do estado de saúde entre pessoas de acordo com o sexo e a raça/cor da pele. As mulheres tendem às piores avaliações de seu próprio estado de saúde, como demonstram estudos realizados nos Estados Unidos, Portugal, Argentina e no Brasil<sup>2-5</sup>. As pessoas negras também apresentam desvantagens em termos de autoavaliação do estado de saúde, comparadas às brancas<sup>6</sup>.

Embora reportem pior autoavaliação do seu estado de saúde, as mulheres apresentam maior esperança de vida, menores taxas de mortalidade e maior acesso ao cuidado preventivo em saúde, quando comparadas aos homens<sup>7</sup>. Todavia, tais problemas incidem de forma diferenciada entre as mulheres negras e brancas, como resultado das relações desiguais de gênero, raça e classe social, que são determinantes das condições de vida e experiências de busca/utilização dos serviços saúde. No entanto, nos estudos que envolvem a autoavaliação do

Pensar as especificidades relacionadas às mulheres na perspectiva de gênero e raça é fundamental para que tenhamos uma visão fidedigna da saúde de cada grupo de mulheres com o olhar para as demandas específicas. A identificação de desigualdades, vulnerabilidades e fragilidades possibilita a proposição de novas estratégias para a melhoria da qualidade do cuidado prestado à saúde bem como a avaliação de políticas públicas e a (re) formulação de políticas e estratégias que visem à redução de iniquidades e à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres. As enfermeiras, enquanto profissionais da saúde, têm ganhado destaque no desenvolvimento de estudos no campo das relações de gênero. Estes estudos tornam-se relevantes uma vez que dão visibilidade e contribuem no avanço da discussão científica acerca de assuntos, muitas vezes naturalizados pela comunidade científica, e das suas implicações nas condições de vida das mulheres.

Assim, o objetivo deste artigo é verificar a associação entre a autoavaliação do estado de saúde negativa e características sociodemográficas, segundo a raça/cor das mulheres.

### **Materiais e Método**

Trata-se de um estudo de corte transversal, de base populacional que utilizou dados secundários provenientes da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD, realizada no ano de 2008 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O período de realização deste estudo ocorreu entre março de 2011 a março de 2013.

A base de dados gerada para este estudo corresponde a um recorte de 151.428 mulheres residentes no Brasil com idade igual ou superior a 15 anos e que foram entrevistadas por ocasião da PNAD/2008. Em termos populacionais essa amostra representa 73.671.629 mulheres com idade igual ou superior a 15 anos. Foram excluídas as mulheres com idade inferior a 15 anos, pois nesta faixa etária o questionário da PNAD não é respondido pela própria pessoa, mas por um responsável. A variação do efeito do desenho do plano amostral sob estudo foi mensurada através do cálculo do deff (design effect).

As variáveis foram definidas como desfecho, exposição e co-variáveis. A variável desfecho foi a autoavaliação negativa do estado de saúde e a de exposição raça/cor. Como co-variáveis utilizou-se: idade, escolaridade, renda domiciliar, posição na ocupação, região de residência e situação censitária do domicílio.

Para constituir variável desfecho autoavaliação negativa do estado de saúde foram agrupado as respostas: regular, ruim e muito ruim; de acordo com a informação coletada no questionário da PNAD.

Inicialmente realizou-se a distribuição proporcional da caracterização das mulheres, global e estratificada por raça/cor, segundo as características de interesse, mediante uso de frequências uni e bivariadas e medidas descritivas.

A segunda etapa da análise consistiu no estudo de associação exploratória estratificando as estimativas geradas por raça/cor. Nessa etapa, objetivou-se verificar a magnitude das associações entre a autoavaliação do estado de saúde como variável de exposição para toda a população e raça/cor como modificadora de efeito (negras e brancas), ajustando segundo as características sociodemográficas. Como medida de ocorrência e como medida de associação a Razão de Prevalência (RP) bruta e ajustada por idade e escolaridade e seus respectivos intervalos de confiança a 95%.

Por se tratar de um estudo que utilizou dados de fontes secundárias de acesso público, sem envolver diretamente as mulheres e sem a identificação de dados pessoais confidenciais, não foi necessário submetê-lo a um Comitê de Ética em Pesquisa.

## **Resultados**

A população do estudo foi composta por 73.671.629 mulheres, residentes no Brasil, com idade igual ou superior a 15 anos correspondendo a cerca de 76% da população feminina e 39% da população brasileira no ano de 2008.

As mulheres, em sua maioria, eram brancas (51,1%), jovens e adultas jovens (62,4%), 5 a 11 anos completos de estudo (54,9%) e renda domiciliar per capita inferior a 1 (um) salário mínimo (51,2%). No que se refere à ocupação, 42,5% das mulheres eram trabalhadoras com carteira assinada. Mais da metade das mulheres pertencia ao arranjo familiar casal com filhos/as (53,9%) e 45,7% eram cônjuges da pessoa de referência no domicílio. No que se refere à distribuição geográfica, 44% das mulheres residiam no Sudeste, 27,1% no Nordeste e 86% na zona urbana (Tabela 1).

Entre as mulheres negras, 65,7% eram jovens ou adultas jovens. A maioria delas (56,4%) tinha entre 5 e 11 anos completos de estudo e foi encontrada uma proporção duas vezes superior de mulheres negras com nenhum ano completo de estudo, comparadas às brancas. A maioria das mulheres negras (65%) possuía renda domiciliar per capita inferior a 1 (um) salário mínimo, 36,5% eram trabalhadoras com carteira assinada, seguidas pelas sem carteira assinada (32,3%), 71,8% eram mães e destas 51,3% tinham entre 1 e 2 filhos/as. Quanto à

região de residência, 38,6% e 36,4% residiam na região Nordeste e Sudeste, respectivamente, e 83% eram moradoras da zona urbana (Tabela 1).

Entre as mulheres brancas, 59,3% eram jovens e adultas jovens, foi encontrado maior percentual de idosas, comparadas às negras. A maioria das mulheres brancas (53,6%) tinha entre 5 e 11 anos completos de estudo e, comparadas às negras, encontramos proporção duas vezes superior de mulheres com 12 ou mais anos completos de estudo. Cerca de 48% das brancas eram trabalhadoras com carteira assinada e 44,5% tinham renda domiciliar per capita de 1(um) a dois salários mínimos. Com relação à região de residência, 51% das mulheres residiam na região Sudeste e 88,8% na zona urbana (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição proporcional global e por cor da pele segundo características sociodemográficas de mulheres residentes no Brasil com idade igual ou superior a 15 anos. Brasil, 2008.  
(N=73.671.629)

<b>Características Sociodemográficas</b>	<b>Global (%)</b>	<b>Negras (%)</b>	<b>Branças (%)</b>
<b>Raça/cor autodeclarada</b>		48,9	51,1
<b>Idade</b>			
15 – 29 anos	33,3	35,9	30,9
30 – 44 anos	29,1	29,8	28,4
45 – 59 anos	21,8	20,8	22,7
60 anos e mais	15,8	13,5	18,0
<b>Anos de estudos</b>			
Nenhum	11,0	14,1	7,9
1 – 4	20,1	21,5	18,8
5 – 8	23,1	25,6	20,7
9 – 11	31,8	30,8	32,9
12 ou mais	14,0	8,0	19,7
<b>Renda domiciliar per capita (SM)</b>			
Menos de 1	51,2	65,0	38,2
1 – 2	37,4	30,1	44,5
3 – 4	6,4	3,2	9,4
5 ou mais	5,0	1,7	7,9
<b>Posição na ocupação</b>			
Com carteira assinada	42,5	36,5	48,3
Sem carteira assinada	27,6	32,3	23,2
Autônoma	23,8	25,0	22,5
Não remunerada	6,1	6,2	6,0
<b>Região de residência</b>			
Sudeste	43,9	36,4	51,0
Sul	14,8	5,9	23,4
Nordeste	27,1	38,6	16,0
Centro-Oeste	7,1	8,1	6,1
Norte	7,1	11,0	3,5
<b>Situação Censitária</b>			
Urbana	86,0	83,0	88,8
Rural	14,0	17,0	11,2

**Fonte:** PNAD/IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008

**Nota:** <sup>a</sup>Inclui apenas as mulheres que tinham filhos/as vivos/as até a data de referência para a coleta de dados

Houve associação entre a autoavaliação do estado de saúde e a raça/cor sendo estatisticamente significante e as mulheres negras tiveram chance 1,19 vezes superior (RP= 1,19 /IC95%: 1,17

- 1,21) de referir saúde negativa, comparadas às mulheres brancas, após ajuste por idade e escolaridade.

As prevalências e as razões de prevalência da autoavaliação negativa do estado de saúde, global e estratificada por cor da pele, segundo as características sociodemográficas das mulheres estudadas estão apresentadas na Tabela 2.

Foram encontradas associações estatisticamente significantes para todas as variáveis investigadas. À medida que a idade se elevou houve um aumento gradativo na chance de referir estado negativo de saúde; entre as mulheres idosas a chance de autoavaliar o seu estado de saúde como negativo foi 2,75 vezes maior do que entre as jovens. No que tange aos níveis de escolaridade, constatamos associação estatisticamente significativa, observou-se aumento da chance de referir estado de saúde negativo entre as mulheres menos escolarizadas, cerca de três vezes superior (RP=3,14 /IC95%: 3,01 - 3,29) quando comparadas às mulheres com 12 ou mais anos completos de estudo.

Entre as mulheres com baixos rendimentos, observou-se aumento da chance de referir estado negativo de saúde. As mulheres com renda inferior a 1 salário mínimo. tiveram chance 1,87 vezes superior àquelas com renda igual ou superior a 5 salários mínimos. Quanto à posição na ocupação, as mulheres não remuneradas (RP=1,28 / IC95%: 1,22 – 1,34), seguidas pelas autônomas (RP = 1,24 /IC95%: 1,20 – 1,29), tiveram as maiores chances de referir saúde negativa quando comparadas às trabalhadoras com carteira assinada.

As mulheres das regiões Norte (RP=1,34 /IC95%: 1,30 -1,37) e Nordeste (RP=1,30/ IC95%: 1,26 -1,32) apresentaram as maiores chances de referir saúde negativa, comparadas às residentes na região Sudeste. E, quanto à situação censitária, as mulheres da zona rural apresentaram chance 1,11 vezes superior de autoavaliarem a sua saúde como negativa em relação às residentes na zona urbana.

Na análise estratificada por raça/cor, observou-se que as prevalências da autoavaliação negativa do estado de saúde foram quase sempre superiores para as mulheres negras, à exceção das categorias com nenhum e 1 a 4 anos completos de estudo (Tabela 2).

Tanto entre as mulheres brancas quanto entre as negras foram encontradas associações estatisticamente significantes entre a autoavaliação do estado de saúde com a idade, escolaridade, renda, posição na ocupação.

Em ambos os grupos de mulheres (negras e brancas), as idosas, sem escolaridade e com renda domiciliar inferior a 1 salário mínimo apresentaram maior chance de referir estado negativo

de saúde comparadas às mulheres jovens, com 12 ou mais anos completos de estudo e renda familiar per capita de 5 ou mais salários mínimos, respectivamente.

**Tabela 2.** Associação entre a autoavaliação negativa do estado de saúde e as características sociodemográficas de mulheres residentes no Brasil com idade igual ou superior a 15 anos. Brasil, 2008.

Características sociodemográficas	Prev. (%)	RP <sup>1</sup> <sub>Ajustada</sub> (95% IC)	Prev. (%)	RP <sup>2</sup> <sub>Ajustada</sub> (95% IC)	Prev. (%)	RP <sup>2</sup> <sub>Ajustada</sub> (95% IC)
	Global		Negras		Brancas	
<b>Idade</b>						
15 – 29 anos	14,4	1,00	17,5	1,00	10,9	1,00
30 – 44 anos	25,1	1,62 (1,57 – 1,66)	30,0	1,59 (1,54 – 1,65)	20,2	1,68 (1,60 – 1,76)
45 – 59 anos	41,4	2,37 (2,31 – 2,44)	47,9	2,29 (2,21 – 2,37)	35,8	2,56 (2,44 – 2,68)
60 anos e mais	55,4	2,75 (2,67 – 2,83)	60,4	2,56 (2,46 – 2,65)	52,2	3,00 (2,86 – 3,15)
<b>Anos de estudos</b>						
12 ou mais	12,1	1,00	16,0	1,00	10,7	1,00
9 – 11	18,1	1,62 (1,55 – 1,69)	20,7	1,46 (1,36 – 1,55)	15,8	1,64 (1,54 – 1,74)
5 – 8	28,9	2,31 (2,22 – 2,42)	30,0	1,95 (1,83 – 2,08)	27,6	2,48 (2,34 – 2,62)
1 – 4	47,0	2,87 (2,75 – 3,00)	46,3	2,33 (2,19 – 2,48)	47,8	3,21 (3,03 – 3,40)
Nenhum	57,4	3,14 (3,01 – 3,29)	56,8	2,53 (2,38 – 2,70)	58,4	3,73 (3,51 – 3,96)
<b>Renda domiciliar per capita (s.m.)</b>						
5 ou mais	14,0	1,00	16,2	1,00	13,5	1,00
3 – 4	17,7	1,16 (1,08 – 1,25)	22,2	1,29 (1,12 – 1,48)	16,3	1,10 (1,01 – 1,21)
1 – 2	29,4	1,52 (1,43 – 1,62)	32,4	1,55 (1,37 – 1,75)	27,5	1,48 (1,36 – 1,60)
Menos de 1	33,4	1,87 (1,75 – 1,99)	34,9	1,86 (1,64 – 2,09)	31,4	1,87 (1,73 – 2,02)
<b>Posição na ocupação</b>						
Com carteira assinada	17,9	1,00	22,2	1,00	14,7	1,00
Sem carteira assinada	26,2	1,18 (1,14 – 1,22)	29,2	1,18 (1,13 – 1,23)	22,0	1,30 (1,23 – 1,37)
Autônoma	34,7	1,24 (1,20 – 1,29)	39,8	1,26 (1,21 – 1,32)	29,4	1,55 (1,48 – 1,63)
Não remunerada	34,7	1,28 (1,22 – 1,34)	36,4	1,23 (1,16 – 1,31)	33,3	1,62 (1,51 – 1,74)
<b>Região de residência</b>						
Sudeste	25,9	1,00	29,5	1,00	23,4	1,00
Sul	29,4	1,15 (1,12 – 1,18)	34,7	1,13 (1,08 – 1,18)	28,0	1,18 (1,14 – 1,21)
Nordeste	35,8	1,30 (1,26 – 1,32)	36,6	1,24 (1,21 – 1,27)	33,8	1,41 (1,36 – 1,44)
Centro-Oeste	29,9	1,21 (1,18 – 1,24)	32,2	1,16 (1,12 – 1,20)	27,0	1,24 (1,19 – 1,30)
Norte	33,2	1,34 (1,30 – 1,37)	34,0	1,27 (1,23 – 1,31)	30,6	1,45 (1,38 – 1,52)
<b>Situação censitária do domicílio</b>						
Urbana	28,5	1,00	32,1	1,00	25,3	1,00
Rural	38,3	1,11 (1,08 – 1,13)	38,9	1,06 (1,04 – 1,09)	37,4	1,18 (1,14 – 1,22)

Fonte: PNAD/IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

Nota: <sup>1</sup> Associação entre autoavaliação do estado de saúde e raça/cor da pele segundo características sociodemográficas com ajuste por idade e escolaridade; <sup>2</sup> Associação entre autoavaliação do estado de saúde e características sociodemográficas segundo a raça/cor da pele com ajuste por idade e escolaridade.

Quanto à posição na ocupação, entre as negras, as autônomas tiveram a maior chance de referir saúde negativa (RP=1,26 /IC95%: 1,21-1,32). Já entre as brancas, a maior chance encontrada foi entre as não remuneradas, com chance 1,62 vezes superior de referir saúde negativa comparadas às trabalhadoras com carteira assinada.

### **Discussão**

A pesquisa possibilitou verificar uma maior concentração das negras nas situações sociodemográficas mais desfavoráveis quando comparadas às brancas e à média nacional, como: escolaridade e renda mais baixas; instabilidade financeira, dada pelo maior percentual de ocupação sem carteira assinada. Estudos demonstram que essas características diferem nas diferentes regiões do mundo. As mulheres argentinas, por exemplo, de modo geral, possuem melhores níveis de escolaridade e as norte-americanas possuem melhores renda e escolaridade do que as brasileiras<sup>2,4</sup>.

Verificaram-se também maiores percentuais de negras nas idades mais jovens, na comparação com as brancas e com a média nacional. A maior concentração de mulheres negras em idades mais jovens indica que esta população está mais exposta a fatores de vulnerabilidade de gênero decorrentes do exercício da sexualidade e da reprodução. Investigações evidenciam maior prevalência de ISTs, abortos sem adequada assistência entre as negras, de violência das mais variadas formas, como também maiores razões de mortalidade materna nesse grupo<sup>8-10</sup>.

As associações estatisticamente significantes entre autoavaliação do estado de saúde e as características sociodemografias encontradas nesse estudo demonstram que ser negra, idosa, ter baixas renda e escolaridade, empregos no setor informal do mercado de trabalho, residir nas regiões norte/nordeste e na zona rural aumentam as chances de as mulheres referirem pior autoavaliação do estado de saúde.

Outras pesquisas nacionais encontraram resultado semelhante ao nosso no que se refere à autoavaliação do estado de saúde de mulheres e a cor da pele. Entre as mulheres negras a prevalência de saúde ruim foi 1,25 vezes maior do que entre as brancas<sup>5</sup>. Já no estudo de Dachs e Santos<sup>11</sup> com pessoas brasileiras de 14 anos e mais de idade foi encontrada associação entre a raça/cor e autoavaliação ruim/muito ruim do estado de saúde, contudo esta associação deixa de existir quando se inclina na análise os efeitos da escolaridade e da renda. No entanto, Barata *et al.*<sup>6</sup> ao estudarem pessoas de 15 a 64 anos de idade, também utilizando dados da PNAD, encontraram mesmo após o ajuste por idade, escolaridade e renda, que as mulheres negras têm maior chance de referir saúde ruim quando comparadas às mulheres brancas e aos homens.



As desigualdades raciais e de gênero, portanto, submetem as mulheres negras a condições de vida e saúde mais precárias reveladas por meio da pior caracterização socioeconômica e da maior chance de referir autoavaliação negativa do estado de saúde em relação às brancas.

Apesar de algumas ideologias, como o mito da democracia racial, sustentarem a inexistência de desigualdades raciais no Brasil e contribuírem para a reprodução da invisibilidade do racismo, fazer uma análise tendo o racismo como determinante das condições de vida e saúde da população negra permite uma melhor compreensão do modo como as relações raciais estão envolvidas com as desigualdades sociais, onde se inserem as desigualdades em saúde.

No caso do Brasil, o racismo se intersecciona com o sexismo e juntos atuam como fatores determinantes das piores condições de vida e saúde das mulheres negras. Em decorrência disso, como apontado por Pinheiro et al<sup>12</sup>, esse grupo de mulheres tem acesso precário a serviços essenciais como os de saúde, habitação e emprego. Consequentemente, reflete de forma diferenciada sobre a saúde de cada grupo de mulheres.

No que tange à idade, Szwarcwald *et al*<sup>13</sup> mostram que 76% das mulheres com 60 anos ou mais de idade fizeram avaliação negativa do estado de saúde. Em estudo realizado nos Estados Unidos também foi mostrada uma relação direta entre elevação da idade e autoavaliação negativa do estado de saúde de mulheres<sup>2</sup>.

Na PNAD/2008<sup>1</sup>, fonte de dados do presente estudo, 75,2% das mulheres brasileiras de todas as idades referiram saúde positiva (IBGE, 2010), percentual superior ao encontrado para as mulheres com 15 anos ou mais (70,9%). Então, nota-se que as mulheres menores de 15 anos têm participação importante na elevação do percentual da autoavaliação positiva da saúde, pois não foram incluídas em nossa pesquisa. Observa-se que houve uma redução na prevalência da autoavaliação positiva do estado de saúde entre as mulheres de todas as idades em 2008 quando comparada aos dados da PNAD de 2003 (81,0%)<sup>14</sup>.

Este aumento na prevalência da autoavaliação negativa do estado de saúde está atrelado também ao fato de as mulheres brasileiras estarem experimentando mudanças nas condições de vida e saúde, sejam elas relacionadas ao acesso ao mercado de trabalho, maior participação na chefia familiar e, principalmente, devido ao envelhecimento da população feminina vivenciado no Brasil nas últimas décadas e que é traduzido pelo aumento na expectativa de vida deste grupo populacional.

Quanto à escolaridade, encontramos que quanto menor o número de anos estudados, maior é a proporção de mulheres que refere estado negativo de saúde. Szwarcwald *et al.*<sup>15</sup> encontraram que entre as mulheres que tinham no mínimo o ensino médio completo, 69,4% referiram

saúde muito boa, enquanto que entre as com o ensino primário incompleto a autoavaliação muito boa da saúde diminuiu para 39,3%.

A escolaridade é uma variável que está relacionada às condições de saúde. Segundo Vintém<sup>3</sup>, as pessoas com maior escolaridade, geralmente, aderem melhor às medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde e tendem a minimizar hábitos e estilos de vida menos saudáveis. Por isso, as mulheres com maior escolaridade tendem a autoavaliar o seu estado de saúde positivamente, sejam elas brancas ou negras.

As pessoas com maior escolaridade geralmente têm melhores empregos e salários e melhor suporte social e de saúde.

O estudo evidencia que a chance de referir saúde negativa aumenta com a diminuição da renda corroborando com outras investigações<sup>16, 17</sup>. Devido às desigualdades de gênero e de raça, as mulheres brasileiras, especialmente as negras, geralmente possuem baixa renda e oportunidades econômicas e sociais mais limitadas que os homens e as mulheres brancas. Como consequência, as mesmas apresentam atitudes e valores mais negativos que refletem na sua percepção de saúde, pois segundo Santos, Jacinto e Tejada<sup>18</sup> a pobreza, a escassez de recursos e de suporte social tem efeito negativo sobre a saúde, uma vez que ela está relacionada com o uso da renda na utilização de bens e serviços de saúde bem como na alimentação, moradia, educação, lazer, dentre outros. A renda, portanto, mostra-se como uma importante variável para apreender as desigualdades socioeconômicas e na autoavaliação do estado de saúde de mulheres.

Quanto à posição na ocupação, encontramos que entre as mulheres brasileiras com 15 anos e mais de idade, as negras estão em maior proporção em ocupações sem carteira assinada e autônomas e estão sobrerrepresentadas entre as profissões com condições de maior vulnerabilidade social, com menores rendimentos e que geralmente exigem menor qualificação profissional<sup>19</sup>.

As desigualdades de gênero e raça impactam sobre esse resultado, pois marcam as oportunidades que as pessoas podem ter no mercado de trabalho e criam restrições fazendo com que as mulheres estejam em ocupações com menor prestígio social, que limitam as possibilidades de mobilidade e reforçam as desigualdades<sup>20</sup>. Essas desigualdades podem desencadear desequilíbrios na saúde das mulheres, fazendo com que as mesmas percebam a sua saúde mais negativamente.

As mulheres das regiões norte e nordeste apresentaram as maiores chances de referir estado de saúde negativo. A localização geográfica por si só não é determinante para essa condição, mas as mulheres que residem nessas regiões carregam consigo características sociais,

econômicas, comportamentais, culturais, bem como de acesso aos serviços de saúde de qualidade que são marcadas por desigualdades.

As mulheres residentes na zona rural também tem maior chance de autoavaliar a saúde como negativa do que as residentes na zona urbana. Dentre os fatores que podem contribuir para esse resultado estão as piores condições de vida, saúde, trabalho, alimentação, saneamento básico, além dos menores níveis de escolaridade e renda e do menor acesso aos serviços de saúde preventivos pelas mulheres da zona rural.

O ambiente urbano também influencia a saúde e os comportamentos das pessoas<sup>21</sup> e a vida neste meio não parece ter efeito apenas protetor para a autoavaliação negativa, pois segundo Kassouf<sup>22</sup> as mulheres do meio urbano estão mais expostas ao estresse, à correria do dia a dia e à poluição causando efeitos deletérios à saúde dessas pessoas. No entanto, o maior acesso dessas mulheres à educação e informação faz com que as mesmas tenham mais conhecimento sobre os problemas de saúde e as formas de evitá-los e, conseqüentemente, contribui para a melhoria da qualidade de vida e da percepção do estado de saúde.

Resultados contrários ao nosso são mostrados por Dachs<sup>23</sup>. O autor encontrou maior probabilidade de avaliação muito boa do estado de saúde entre as pessoas residentes de área rural no Brasil. Segundo o autor, este fato se justifica por conta de diferenças culturais que estariam relacionadas com menores níveis de informação e expectativas mais baixas em relação ao seu próprio estado de saúde. Além disso, segundo Zang, Tao e Anderson<sup>24</sup>, o menor acesso aos serviços de saúde pelas pessoas da zona rural quando comparadas às pessoas residentes na zona urbana, faz com que elas desconheçam um possível diagnóstico desfavorável à saúde o que poderia superestimar a autoavaliação do próprio estado de saúde.

No entanto, se a autoavaliação do estado de saúde está em consonância com a saúde objetiva, era realmente esperado que as mulheres da zona urbana tivessem melhor estado de saúde autorreferido, pois elas apresentam melhores indicadores de saúde objetivos e maior expectativa de vida. Além disso, segundo Kassouf<sup>22</sup> as mulheres da zona urbana são as que mais procuram os serviços de saúde para a realização de exames de rotina e exames preventivos enquanto que as da zona rural procuram mais em casos de doença. Neste caso, a maior busca por exames preventivos e de rotina entre as mulheres da zona urbana contribui para uma melhor avaliação do seu estado de saúde.

Assim, como categorias de controle social, sexo e raça/cor da pele configuram marcos que regulam as oportunidades sociais e são fundamentais para a compreensão da produção, da reprodução e do aprofundamento das iniquidades de poder que permeiam a sociedade brasileira bem como dos impactos dessas iniquidades sobre o estado de saúde das mulheres<sup>24</sup>.

Os estudos sobre desigualdades socioeconômicas e demográficas das mulheres brasileiras permitem, portanto, fazer inferências bem como justificar as desigualdades em relação à autoavaliação do estado de saúde e revelam que as mulheres negras ainda estão em piores condições sociais e econômicas bem como pior estado de saúde. No entanto, quando analisamos as mulheres brancas e as negras separadamente é notório que há mais desigualdades socioeconômicas e do estado de saúde entre as mulheres brancas. As mulheres negras são as mais pobres, menos escolarizadas e que possuem menor inserção em empregos com carteira assinada quando comparadas às brancas, o que, em alguma medida, resulta na pior autoavaliação do estado de saúde pelas negras.

### Referências

- 1 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios. **Um Panorama da Saúde no Brasil**: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 256 p.
- 2 PLEIS JR, J.; BENSON, V. ; SCHILLER, J. Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2000. **Vital Health Stat**, Atlanta, v.26, n. 215, p. 1-132, dez. 2003.
- 3 VINTÉM, J.M. Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de gênero e da escolaridade. **Rev. Port. Saúde Pública**, Lisboa, v.26, n. 2, p. 5-16, 2008.
- 4 ALAZRAQUI, M. et al. Salud auto-referida y desigualdades sociales, ciudad de Buenos Aires, Argentina, 2005. **Cad. Saúde Pública**, Buenos Aires, v. 25, n. 9, 2009, p. 1990-2000.
- 5 BARROS, M. B. A. et al. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 27-37, 2009.
- 6 BARATA, R. B. et al. Desigualdades de saúde segundo cor em pessoas de 15 a 64 anos de idade no Brasil, 1998. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p.305-13, fev. 2007.
- 7 BARATA, R. B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal a saúde? Fiocruz, 2009. 120 p. Disponível em: < <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf> >.
- 8 MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-9, 2606. Suplemento.

9 SANTOS, N. J. S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 321-33, 2009. Suplemento.

10 SANTOS, T. F.; ANDREONI S.; SILVA, R. S. Prevalência e características de mulheres com aborto provocado - Favela México 70, São Vicente - São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 15, n. 1, p.123-33, 2012.

11 DACHS, J. N. W.; SANTOS, A. P. R. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: Análise dos dados da PNAD/2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 641-57, 2006.

12 PINHEIRO, L. et al. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 3. ed. Brasília: Ipea; SPM: UNIFEM, 2008.

13 Szwarcwald CL et al. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n. 1, p. 54-64, 2005. Suplemento.

14 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios. **Acesso e utilização de serviços de saúde 2003**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

15 SZWARCOWALD, C.L. et al. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 1, p.11-22, 2005. Suplemento.

16 NORONHA, K.V.M.S.; ANDRADE, M.V. O efeito da distribuição de renda sobre o estado de Saúde individual no Brasil. **Pesquisa e planejamento econômico**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p.521-58, 2007.

17 PERES, M. A. et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 901-11, out. 2010.

18 SANTOS, A. M. A.; JACINTO, P. A.; TEJADA, C. A. O. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. **Estud. Econ.** São Paulo, v. 42, n. 2, p. 229-61, 2012.

19 ABRAMO, L. Desigualdades de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro. **Cienc. Cult.** Campinas, v. 58, n. 2, p. 40-1, 2006.

20 LEONE, E. T.; BALTAR, P. A mulher na recuperação recente do mercado de trabalho brasileiro. **R. bras. Est. Pop.**, Belo Horizonte, v.25, n. 2, p. 233-49, 2008.

21 MORAES, JR; MOREIRA, JPL; LUIZ, RR. Associação entre o estado de saúde autorreferido de adultos e a área de localização do domicílio: uma análise de regressão

logística ordinal usando a PNAD 2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3769-80, 2011.

22 Kassouf AL. Acesso aos Serviços de Saúde nas Áreas Urbana e Rural do Brasil. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 43, n. 1, p. 29-44, 2005.

23 DACHS, J. N. W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Ciênc. saúde coletiva**, v.7, n. 4, p. 641-57, 2002.

24 ROSA, W. Sexo e cor: categorias de controle social e reprodução das desigualdades socioeconômicas no Brasil. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 17, n. 13, p. 889-99, 2009.