

***Campus* Campus Porto Velho Zona Norte**
Coordenação do Curso Tecnologia em Gestão Pública

JOSÉ RODRIGUES DE LIMA JÚNIOR
MARCELO AGUIAR DA SILVA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, CONDIÇÕES
SOCIOECONÔMICAS E POSSE DE PLANO DE SAÚDE: VIGITEL 2023**

**JOSÉ RODRIGUES DE LIMA JÚNIOR
MARCELO AGUIAR DA SILVA**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, CONDIÇÕES
SOCIOECONÔMICAS E POSSE DE PLANO DE SAÚDE: VIGITEL 2023**

Artigo entregue como Trabalho de Conclusão de Curso ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia (IFRO), *Campus* Porto Velho Zona Norte, como requisito parcial para obtenção do grau de tecnólogo, junto ao Curso Tecnologia em Gestão Pública, sob a orientação do professor Isabel Cristina Bento.

PORTO VELHO
2025

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Gerador de Ficha Catalográfica do IFRO.

Lima Júnior, José Rodrigues de.
Associação entre autopercepção de saúde, condições socioeconômicas e posse de plano de saúde: vigitel 2023 / José Rodrigues de Lima Júnior, Marcelo Aguiar da Silva. - Porto Velho, 2025.
16 f. : il.

Orientador(a): Prof^ª. Dra. Isabel Cristina Bento.

Trabalho de Conclusão de Curso (Superior de Tecnologia em Gestão Pública EAD) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia - IFRO, Porto Velho, 2025.

1. Políticas de saúde . 2. Determinantes em saúde. 3. Inquéritos epidemiológicos. I. Silva, Marcelo Aguiar da. II. Bento, Isabel Cristina (orient.). III. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia - IFRO. IV. Título.

Bibliotecário(a) Responsável: Marlene Fouz da Silva, CRB-11/946

ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E POSSE DE PLANO DE SAÚDE: VIGITEL 2023

RESUMO: A autopercepção do estado de saúde é um indicador importante para avaliar o bem-estar da população e refletir desigualdades no acesso e qualidade dos serviços de saúde. Este estudo analisou a associação entre condições socioeconômicas, posse de plano de saúde e a autopercepção do estado de saúde nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, com base nos dados do VIGITEL 2023. Realizou-se um estudo transversal quantitativo utilizando dados do VIGITEL, com amostra probabilística de 20.652 adultos residentes em capitais, entrevistados por telefone. Foram analisadas variáveis sociodemográficas e a autopercepção de saúde categorizada em três níveis, aplicando-se teste Qui-quadrado para associação. Os resultados mostraram que a maioria dos participantes avaliou sua saúde como muito boa ou boa (62,37%), enquanto 5,94% relataram percepção ruim ou muito ruim. A percepção negativa foi mais frequente entre mulheres, pessoas não brancas, com menor escolaridade, sem plano de saúde e residentes nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste, com associação estatística significativa entre as variáveis. Os dados indicam que as condições socioeconômicas e a posse de plano influenciam diretamente a autopercepção da saúde, refletindo desigualdades no acesso e qualidade do cuidado. Esses resultados destacam a importância da atenção primária em saúde para orientar intervenções que promovam a equidade, especialmente para os grupos mais vulneráveis.

PALAVRAS-CHAVE: políticas de saúde; determinantes em saúde; inquéritos epidemiológicos.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 marcou um ponto de inflexão na história da saúde pública brasileira ao estabelecer a saúde como um direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988). A partir dessa conquista, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a garantir o acesso universal, gratuito e integral aos serviços de saúde em todo o território nacional (Brasil, 2012). O SUS estrutura-se por meio de diferentes níveis de atenção, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) seu principal eixo organizador. A APS, por sua vez, tem como missão ser a porta de entrada preferencial do sistema, oferecendo cuidados contínuos, humanizados e resolutivos, com foco na promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação (Brasil, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) regulamenta as diretrizes da APS, orientando a organização dos serviços conforme os princípios de equidade, integralidade e participação social. Desde sua instituição, a PNAB tem sido revista periodicamente para incorporar avanços técnicos e sociais, como a ampliação do acesso e a valorização das particularidades locais (Brasil, 2017).

Apesar dos avanços institucionais, o acesso e a qualidade do cuidado em saúde ainda são desigualmente distribuídos no Brasil. Fatores como renda, escolaridade, raça/cor, local de moradia e posse de plano de saúde influenciam tanto a utilização dos serviços quanto a maneira como os indivíduos percebem sua própria saúde (Brasil, 2023).

Estudos indicam que pessoas em condições socioeconômicas mais vulneráveis tendem a declarar piores estados de saúde com maior frequência, mesmo diante de sintomas semelhantes aos de grupos mais privilegiados (Rocha Niehues et al., 2020; Kretschmer; Loch, 2022). Essa percepção, conhecida como autopercepção do estado de saúde, é um importante indicador de bem-estar geral, pois reflete não apenas a presença de doenças, mas também o acesso aos serviços de saúde e a qualidade do cuidado recebido (Brasil, 2012).

O relatório VIGITEL 2023 mostra que adultos com baixa escolaridade e sem plano de saúde apresentaram os piores indicadores de autopercepção de saúde nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Além disso, o sistema evidenciou que esses mesmos grupos enfrentam maiores barreiras de acesso, como longas filas, ausência

de profissionais, falta de exames e até discriminação no atendimento (Brasil, 2023). Esses dados reforçam a importância da PNAB como instrumento de combate às iniquidades, ao reconhecer que tratar desigualmente os desiguais é uma estratégia essencial para promover a equidade em saúde (Brasil, 2017). Com isso, este estudo busca responder à seguinte pergunta: como as condições socioeconômicas e a posse de plano de saúde influenciam a autopercepção do estado de saúde da população nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, segundo os dados do VIGITEL 2023?

A integração entre a vigilância em saúde e a atenção primária é uma das diretrizes da PNAB, e o VIGITEL cumpre um papel relevante ao fornecer dados populacionais que orientam o planejamento, a alocação de recursos e a definição de prioridades nas políticas públicas de saúde (Brasil, 2012). Com base em suas informações, os gestores da APS podem elaborar intervenções mais eficazes e direcionadas às populações em situação de maior vulnerabilidade social.

Diante desse cenário, analisar a autopercepção de saúde da população a partir das condições socioeconômicas se torna fundamental para compreender as desigualdades em saúde e promover respostas mais justas e adequadas por meio da atenção primária. Assim, o objetivo deste estudo é analisar a associação entre condições socioeconômicas, posse de plano de saúde e a autopercepção do estado de saúde das capitais brasileiras e do Distrito Federal, com base nos dados do VIGITEL 2023.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

As condições socioeconômicas desempenham um papel determinante na forma como os indivíduos percebem seu estado de saúde. Fatores como sexo, idade, escolaridade, raça/cor, estado civil, região geográfica e posse de plano de saúde interferem diretamente na autopercepção da saúde, influenciando a avaliação subjetiva que cada pessoa faz do seu bem-estar físico e mental. Estudos apontam que pessoas com menor escolaridade, menor renda e sem plano de saúde apresentam maiores taxas de autopercepção negativa da saúde, refletindo a interseção entre desigualdade social e condições de vida desfavoráveis (Ferreira et al., 2022; Santos et al., 2025). Estudos destacam que a autopercepção é um indicador robusto da saúde geral da população e que está profundamente atrelado

aos determinantes sociais da saúde (Rocha Niehues et al., 2020; Kretschmer; Loch, 2022).

Esses determinantes são definidos como as condições sociais em que os indivíduos nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, e incluem fatores estruturais e intermediários como moradia, saneamento básico, acesso à educação, ambiente de trabalho, renda e acesso aos serviços de saúde (Santos et al., 2025). Segundo o modelo proposto pela Organização Mundial da Saúde e adotado em diversos estudos nacionais, esses determinantes atuam de forma cumulativa ao longo da vida, afetando diretamente os resultados em saúde (Buss; Pellegrini Filho, 2007). No Brasil, essa realidade é agravada por desigualdades regionais expressivas e por um histórico de exclusão social que ainda se reflete nos indicadores sanitários.

Esses determinantes não afetam apenas indicadores de saúde, mas também aspectos subjetivos, como a autopercepção do próprio estado de saúde. A autopercepção da saúde é influenciada por diversos fatores, como condições socioeconômicas, presença de doenças crônicas e características demográficas. Em estudo com usuários da atenção primária, observou-se maior prevalência de autopercepção negativa entre mulheres, pessoas com menor escolaridade, presença de doenças crônicas e cor da pele não branca (Lindemann et al., 2019). Da mesma forma, pesquisa com idosos participantes de grupos comunitários identificou associação entre percepção negativa de saúde e fatores como baixa escolaridade, inatividade física e presença de doenças autorreferidas (Vaz et al., 2020).

Nesse cenário, destaca-se a PNAB, instituída pela Portaria nº 2.436 de 2017, como eixo estruturante da APS no Brasil. A PNAB define a APS como o contato preferencial dos cidadãos com o Sistema Único de Saúde (SUS), voltada à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Os princípios da APS, como a equidade, a integralidade, a continuidade do cuidado e a orientação comunitária, são fundamentais para a superação das iniquidades sociais em saúde, buscando atender a população conforme suas necessidades e respeitando as singularidades de cada território (Brasil, 2017).

A equidade, em especial, é essencial para garantir que populações mais vulneráveis tenham mais acesso e cuidado, compensando desigualdades históricas e estruturais. A Estratégia Saúde da Família, como modelo predominante da APS,

permite a atuação direta nas comunidades, fortalecendo vínculos, prevenindo agravos e promovendo a saúde de forma integrada. A PNAB reafirma o compromisso do SUS com a garantia de direitos, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, que estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988).

No entanto, as desigualdades em saúde no Brasil ainda são marcantes. A estratificação da sociedade brasileira segundo classe social, etnia, localização geográfica e acesso a bens e serviços públicos reflete-se também nos indicadores de saúde. O Norte e o Nordeste, por exemplo, apresentam piores indicadores, não apenas por limitações estruturais, mas por insuficiência histórica de investimentos e políticas redistributivas (Ferreira et al., 2022; Santos et al., 2025). A ausência de plano de saúde é outro marcador de exclusão, uma vez que grande parte dos brasileiros depende exclusivamente do SUS, e nem sempre encontra na rede pública a integralidade do cuidado.

Diante dessas desigualdades, políticas públicas como a PNAB e o próprio SUS têm buscado ampliar o acesso e a qualidade dos serviços. A APS, como porta de entrada do sistema, tem papel estratégico na redução das iniquidades ao ofertar ações de cuidado próximas da realidade local e adaptadas às necessidades específicas da população. A articulação entre primária e vigilância em saúde tem se mostrado um importante avanço nesse sentido, ao permitir a identificação de agravos e fatores de risco de forma precoce, orientando intervenções mais eficazes (Brasil, 2017).

Nesse contexto, destaca-se o VIGITEL, que é um sistema de vigilância em saúde que tem contribuído para o planejamento e avaliação de políticas públicas. Criado em 2006 pelo Ministério da Saúde, o VIGITEL realiza inquéritos telefônicos anuais nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, monitorando indicadores relacionados a comportamentos de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis (Brasil, 2023). A vigilância em saúde, enquanto pilar do SUS, é responsável por monitorar, analisar e produzir informações que subsidiam a formulação de políticas públicas, a organização dos serviços e a tomada de decisão em saúde coletiva (Netto et al., 2017).

Os dados do VIGITEL podem ajudar a conhecer os perfis sociodemográficos da população, identificar os grupos mais vulneráveis e direcionar ações específicas de promoção da saúde (Brasil, 2023). A PNAB reforça essa integração entre a

vigilância em saúde e a primária, propondo uma atuação articulada que promova o cuidado integral. A utilização de dados de vigilância para subsidiar ações em saúde é uma prática recomendada e necessária para o enfrentamento das desigualdades, contribuindo para um sistema de saúde mais justo e efetivo (Brasil,2017).

Assim, observa-se que a autopercepção da saúde, os determinantes sociais e as desigualdades em saúde são temas interligados e que demandam a atuação coordenada de políticas públicas, especialmente no âmbito da atenção primária. A vigilância em saúde e o uso de sistemas como o VIGITEL devem ser cada vez mais valorizados como ferramentas estratégicas na construção de um SUS mais equitativo, capaz de atender às necessidades reais da população brasileira, especialmente a mais vulnerável.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, de natureza descritiva e quantitativa, com dados obtidos do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), do ano de 2023, disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (Brasil, 2024).

A amostragem utilizada foi probabilística e representa a população adulta (com 18 anos ou mais) residente em domicílios com pelo menos uma linha telefônica fixa nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. Em cada capital, foram entrevistados, em média, 2 mil indivíduos por ano, totalizando aproximadamente 54 mil pessoas avaliadas anualmente no período anterior à pandemia. A seleção da amostra é feita em dois estágios: inicialmente, são sorteadas sistematicamente cinco mil linhas telefônicas por cidade, que depois são organizadas em 25 subamostras de 200 linhas; em seguida, é sorteado um morador adulto de cada domicílio para responder à entrevista (Brasil, 2023).

No presente estudo, a variável dependente, ou seja, aquela que se pretendeu observar como resultado, foi a autopercepção do estado de saúde, categorizada como: muito bom/bom, regular e ruim/muito ruim. As variáveis independentes, por sua vez, foram aquelas consideradas como possíveis influenciadoras da variável dependente (Sampieri; Collado; Lucio, 2013): sexo (masculino, feminino); faixa etária (18 a 29 anos, 30 a 49 anos, 50 anos ou mais);estado civil (solteiro, casado

ou união estável, separado/divorciado ou viúvo); raça/cor (branca, não branca), escolaridade (sem instrução ou fundamental incompleto, fundamental completo ou médio incompleto, médio completo ou superior incompleto, superior completo ou mais); região (norte, nordeste, sul, sudeste, centro-oeste); e posse de plano de saúde (sim, não).

Foram realizadas análises de frequências absolutas e relativas. Avaliou-se a relação da variável dependente e as variáveis independentes, por meio do teste do Qui-quadrado de Pearson, considerando-se nível de significância de $p < 0,05$. Os resultados foram discutidos à luz dos princípios da PNAB, pois ao relacionar os resultados obtidos no teste de associação com esses princípios, torna-se possível identificar desigualdades e vulnerabilidades que impactam a qualidade e a efetividade dos serviços oferecidos (Brasil, 2017).

Todas as análises estatísticas foram conduzidas no *software Stata® versão 16.0* (StataCorp, College Station, TX), respeitando o desenho amostral complexo do VIGITEL, incluindo estratificação, conglomerados e pesos amostrais (Brasil, 2023).

Por fim, como este estudo utilizou dados de acesso público, não foi necessário sua submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa, conforme determina a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016).

4 RESULTADOS

Participaram deste estudo 20.652 indivíduos adultos residentes nas capitais brasileiras e distrito federal. Observou-se que a maioria dos entrevistados avaliou sua saúde como muito boa ou boa (62,37%), enquanto 31,68% classificaram seu estado de saúde como regular. Apenas 5,94% relataram uma percepção negativa, descrevendo sua saúde como ruim ou muito ruim.

A Tabela 1 mostra a distribuição das características da amostra estudada, segundo a autopercepção do estado de saúde entre os adultos das capitais brasileiras e Distrito Federal, com base nos dados do VIGITEL 2023. Observou-se predominância de indivíduos do sexo feminino (53,97%), com 30 a 49 anos (40,36%), casados ou em união estável (46,36%), que se autodeclararam como pertencentes ao grupo racial não branco (60,30%), com ensino fundamental completo ou médio incompleto (41,57%), residentes na região Sudeste (44,23%) e sem plano de saúde (58,60%).

Ao comparar as categorias muito/bom com ruim/muito ruim da autopercepção do estado de saúde, de maneira geral, os grupos que relataram uma percepção positiva (“muito bom/bom”) eram do sexo masculino (49,42%), na faixa de idade de 18 a 29 anos (26,56%), solteiro (44,02%) e casado ou em união estável (46,48%), brancas (43,01%), com ensino fundamental ou médio incompleto (40,98%) até o ensino superior completo ou mais (8,67%), residentes nas regiões centro-oeste (6,28%) e Sul (9,11%) e que possuíam plano de saúde (46,72%)(Tabela 1).

Já a percepção negativa da saúde (“ruim/muito ruim”) foi mais comum entre mulheres (61,81%), indivíduos com 30 a 49 anos (41,99%) e 50 anos ou mais (39,41%), separados, divorciados ou viúvos (16,65%), pessoas não brancas (63,33%), sem instrução ou fundamental incompleto (36,80%), sem plano de saúde (74,53%) e residentes nas regiões Norte (17,34%), Nordeste (24,58%) e Sudeste (46,48%) (Tabela 1).

Houve associação estatisticamente significativa entre a autopercepção do estado de saúde e todas as variáveis independentes analisadas ($p < 0,05$).

Tabela 1 - Distribuição das características da amostra estudada, segundo a auto-percepção do estado de saúde entre os adultos das capitais brasileiras e Distrito Federal - VIGITEL - 2023 (n=20.652)

Variáveis	Total (%)	Auto percepção do estado de saúde (%)			Valor-p*
		Muito bom/bom	Regular	Ruim/muito ruim	
Sexo					
Masculino	46,03	49,42	40,83	38,19	< 0,001
Feminino	53,97	50,58	59,17	61,81	
Faixa etária					
18 a 29 anos	25,03	26,56	23,23	18,59	< 0,001
30 a 49 anos	40,36	41,76	37,32	41,99	
50 anos ou mais	34,61	31,69	39,45	39,41	
Estado Civil					
Solteiro	42,44	44,02	40,05	38,64	0,002
Casado ou união estável	46,36	46,48	46,43	44,71	
Separado/divorciado ou viúvo	11,20	9,50	13,52	16,65	
Raça/Cor					
Branca	39,70	43,01	33,74	36,67	< 0,001
Não branca	60,30	56,99	66,26	63,33	
Escolaridade					
Sem instrução/fundamental incompleto	24,95	20,69	31,11	36,80	< 0,001
Fundamental completo/médio incompleto	41,57	40,98	43,13	39,40	
Médio completo/superior incompleto	26,44	29,66	21,13	21,00	
Superior completo ou mais	7,04	8,67	4,62	2,80	
Região					
Norte	16,58	15,71	18,14	17,34	< 0,001
Nordeste	25,11	23,41	28,55	24,58	
Centro-oeste	5,96	6,28	5,45	5,32	
Sudeste	44,23	45,49	41,34	46,48	
Sul	8,12	9,11	6,52	6,27	
Presença de plano de saúde					
Sim	41,40	46,72	33,93	25,47	< 0,001
Não	58,60	53,28	66,07	74,53	

*Valor-p do teste Qui-quadrado de Pearson

Fonte: Brasil, 2024.

5 DISCUSSÃO

Os dados revelaram desigualdades significativas na autopercepção do estado de saúde entre adultos nas capitais brasileiras. Essas desigualdades podem ser compreendidas à luz de alguns princípios da PNAB, que se destacaram nos resultados deste estudo: universalidade, integralidade, equidade, participação social, coordenação do cuidado e abordagem centrada na pessoa (Brasil, 2017).

Primeiramente, a maior prevalência de autopercepção positiva entre homens, jovens, pessoas brancas, com maior escolaridade e posse de plano de saúde indica desigualdades estruturais no acesso e na qualidade da primária. A PNAB preconiza a universalidade do acesso, ou seja, que todos tenham direito à primária de saúde sem discriminação (Brasil, 2012). No entanto, a presença mais significativa de autopercepção negativa em mulheres, pessoas não brancas, com menor escolaridade e sem plano de saúde aponta para barreiras sociais e econômicas que ainda dificultam esse acesso de forma igualitária.

A integralidade, princípio central da PNAB, exige que a primária ofereça cuidados que considerem todas as dimensões da saúde do indivíduo, não apenas o aspecto físico, mas também os contextos social, emocional e cultural (Brasil, 2017). A associação observada entre autopercepção negativa e fatores como idade avançada, estado civil vulnerável (separados, divorciados ou viúvos) e residir em regiões com maiores desigualdades sociais (Norte e Nordeste) mostra que o cuidado deve ser ampliado para abranger essas condições que influenciam a saúde de forma complexa. Isso significa que o atendimento deve integrar ações que respondam não só às doenças, mas também às dificuldades sociais e emocionais que podem agravar o estado de saúde percebido pela população (Brasil, 2012).

O princípio da equidade é fundamental na PNAB e orienta que as ações de saúde devem ser direcionadas para reduzir as desigualdades existentes entre diferentes grupos sociais. Isso significa que a primária deve reconhecer que populações em maior vulnerabilidade social, econômica e cultural enfrentam barreiras específicas que dificultam o acesso e a qualidade do cuidado (Brasil, 2017).

No contexto dos resultados apresentados, a maior prevalência de autopercepção negativa entre pessoas com menor escolaridade, sem plano de saúde e residentes nas regiões Norte e Nordeste reforça a necessidade de priorizar

essas populações. A PNAB defende que os recursos e esforços sejam alocados de forma proporcional às necessidades dos grupos mais vulneráveis, para que o acesso aos serviços de saúde seja justo e igualitário, promovendo assim a redução das desigualdades em saúde (Brasil, 2012).

Quanto ao princípio da participação social destaca a importância da inclusão da comunidade nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde. A PNAB reconhece que o envolvimento ativo da população é essencial para que as políticas e ações de primária atendam de fato às demandas locais, respeitando a diversidade cultural e social dos usuários. A percepção negativa da saúde, identificada nos grupos mais vulneráveis, pode indicar falhas ou insuficiências no atendimento, que precisam ser ouvidas e consideradas para promover melhorias. Dessa forma, a participação social fortalece a gestão democrática do sistema de saúde, possibilitando ajustes nos serviços prestados com base nas necessidades reais da população, aumentando a eficácia e a satisfação dos usuários (Brasil, 2017).

Em relação ao princípio da coordenação do cuidado reforça a necessidade de um sistema de saúde integrado, onde os diferentes pontos de atenção se comuniquem de forma eficaz. Os dados mostram que indivíduos com plano de saúde relataram melhor percepção de saúde, o que indicou que, no setor privado, há maior continuidade e organização no cuidado. Esse contraste evidencia possíveis falhas na rede pública, especialmente na APS, que deve atuar como organizadora do cuidado e porta de entrada para os serviços de saúde. A falta de coordenação pode levar à fragmentação do atendimento, dificultando o acompanhamento adequado do paciente. Melhorar a articulação entre os serviços da APS e outros níveis de atenção é fundamental para garantir cuidado integral e efetivo aos usuários do SUS (Brasil, 2012).

Já o princípio da abordagem centrada na pessoa destaca a importância de escutar e considerar a autopercepção de saúde das pessoas. Os dados revelaram que mulheres, pessoas não brancas e indivíduos sem plano de saúde relataram uma percepção negativa da própria saúde. Esses relatos não podem ser ignorados, pois mesmo sem um diagnóstico clínico, a percepção negativa pode apontar sofrimento físico, emocional ou social. A APS precisa valorizar essas percepções como sinais importantes para intervenções precoces. Estar atento à fala e à vivência

do paciente é muito importante para oferecer um cuidado mais humano, equitativo e efetivo (Brasil, 2017).

Este estudo apresenta algumas limitações importantes. Por se tratar de um desenho transversal, não é possível estabelecer relações de causa e efeito entre as variáveis analisadas, sendo possível apenas identificar associações. Além disso, a autopercepção da saúde é uma medida subjetiva, que pode ser influenciada por fatores individuais, culturais e temporais, o que pode gerar viés na avaliação do estado de saúde dos participantes.

Por outro lado, o estudo possui pontos positivos relevantes. A amostra ampla e representativa das capitais brasileiras permite que os resultados sejam generalizados para a população adulta urbana dessas regiões. Além disso, a análise de múltiplas variáveis sociodemográficas oferece uma compreensão mais completa dos determinantes sociais que influenciam a autopercepção da saúde, possibilitando uma avaliação mais detalhada das desigualdades existentes.

6 CONCLUSÃO

Conclui-se que as condições socioeconômicas e a posse de plano de saúde influenciam significativamente a autopercepção do estado de saúde da população nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Indivíduos com menor escolaridade, sem plano de saúde, pertencentes a grupos raciais não brancos e residentes em regiões com maiores desigualdades sociais apresentam maior prevalência de autopercepção negativa da saúde. Esses resultados evidenciam desigualdades estruturais no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, apesar dos princípios de universalidade e integralidade da PNAB. Destaca-se a importância da APS em implementar ações que priorizem os grupos vulneráveis para reduzir as desigualdades e melhorar a percepção de saúde. Além disso, reforça-se a necessidade da articulação entre vigilância em saúde e atenção primária, bem como da participação social, para o efetivo atendimento às necessidades das comunidades.

7 REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 14 maio 2025.

BRASIL. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Dados do VIGITEL**. 2024. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/download/VIGITEL/>. Acesso em: 12 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso: 11 de maio.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 11 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 11 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **VIGITEL Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/VIGITEL_brasil_2023.pdf. Acesso em: 11 maio 2025.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 maio 2025.

FERREIRA, R. G. .; BASTIANINI, M. E. .; MARSICANO, J. A. .; PRADO, R. Influence of socioeconomic conditions on access to oral health services: a scoping review. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, p. e26911729890, 2022.

DOI: 10.33448/rsd-v11i7.29890. Disponível em:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29890/25855>. Acesso em: 11 maio 2025.

KRETSCHMER, A.C.; LOCH, M.R. Autopercepção de saúde em idosos de baixa escolaridade: fatores demográficos, sociais e de comportamentos em saúde relacionados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, e220102, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562022025.220102.pt>. Acesso em: 12 maio 2025.

LINDEMANN, I. L.; REIS, N. R.; MINTEM, G. C.; MENDOZA-SASSI, R. A. Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 113–122, jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.34932016>. Acesso em: 11 maio 2025.

NETTO, G. F. et al. Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3137–3148, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.18092017>. Acesso: 12 maio 2025.

ROCHA NIEHUES, J.; AGUIAR ROSA, R.; CARELLI PEREIRA DE AVELAR, N.; DANIELEWICZ, A. L. Associação entre as variáveis socioeconômicas e a autopercepção de saúde em idosos comunitários. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 17, n. 2, 2020. DOI: 10.5335/rbceh.v17i2.12047. Disponível em: <https://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/12047>. Acesso em: 16 maio. 2025.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P. B. **Metodologia de pesquisa**. Tradução Daisy Vaz de Moraes. 5ª edição, Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, A. N. S. dos; LOPATIUK, C.; DANTAS, T. M.; SOUSA, A. J. Z. de; SOUZA, A. F. de; SOUZA, P. H. de; MAIA, L. da S.; LIMA, M. D. C.; OLIVEIRA, A. H. C.; ALENCAR, N. de P. B.; SILVA, V. C. da; REBELLO, C. L. da C.; OLIVEIRA, A. L. S. de; MARTINS, E. C. de O. L.; NASCIMENTO, B. dos R.; GOMES, C. T. B. Health policies and inequality – social determinants and barriers in access to services of the Unified Health System (SUS). **Aracê**, v. 7, n. 4, p. 17006–17039, 2025. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/4324>. Acesso em: 12 maio 2025.

VAZ, C. T.; ALMEIDA, N. A. V.; KELMANN, R. G.; QUEIROZ, A. C. C.; BARBOSA, M. C. de A.; SILVA, C. L. A. da. Fatores associados à autopercepção de saúde entre idosos de grupos comunitários. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, 2020. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/10328>. Acesso em: 10 maio 2025.