

**Universidade Federal de Juiz de Fora**  
**Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais**  
**Mestrado em Ciências Sociais**

**Renan Marcelo Alves Coimbra**

**CLASSE SOCIAL, RENDA, ESCOLARIDADE E DESIGUALDADE DE  
SAÚDE NO BRASIL**

**Juiz de Fora**  
**2017**

**Renan Marcelo Alves Coimbra**

**CLASSE SOCIAL, RENDA, ESCOLARIDADE E DESIGUALDADE DE  
SAÚDE NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, área de concentração: Cultura, Poder e Instituições, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

**Orientador: Prof. Dr. José Alcides Figueiredo Santos**

**Juiz de Fora**

**2017**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Alves Coimbra, Renan Marcelo.

Classe social, renda, escolaridade e desigualdade de saúde no Brasil / Renan Marcelo Alves Coimbra. -- 2017.

151 p.

Orientador: José Alcides Figueiredo Santos

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, 2017.

1. Desigualdade de saúde. 2. Classe social. 3. Renda. 4. Escolaridade. 5. Desenvolvimento social. I. Figueiredo Santos, José Alcides, orient. II. Título.

**Renan Marcelo Alves Coimbra**

**CLASSE SOCIAL, RENDA, ESCOLARIDADE E DESIGUALDADE DE SAÚDE NO  
BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, área de concentração: Cultura, Poder e Instituições, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Aprovada em 20/02/2017.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professor Doutor José Alcides Figueiredo Santos (Orientador)  
Universidade Federal de Juiz de fora

---

Professor Doutor Flavio Alex de Oliveira Carvalhaes  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Professor Doutor Luiz Flávio Neubert  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Professor Doutor João Assis Dulci (Suplente Externo)  
Universidade do Estado de Minas Gerais

---

Professor Doutor Fernando Tavares Júnior (Suplente Interno)  
Universidade do Estado de Minas Gerais

**Juiz de Fora**

**2017**

O trabalho é dedicado à minha família — meus irmãos Saulo, Michaela, Magda, minha sobrinha Layane e meu tio Isaac — e em especial à minha mãe, Raquel.

## AGRADECIMENTOS

A produção desta dissertação foi empreendimento bastante prazeroso, interessante e divertido. Período singular em meu percurso como estudante e oportunidade única em minha vida. Desta maneira, registro meus agradecimentos àqueles que a tornaram possível.

À Universidade Federal de Juiz de Fora que, desde quando ingressei — ainda como um garoto —, até os dias de hoje tão bem tem me acolhido.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais por ter aceitado esta proposta de pesquisa e por ter dado todo o apoio para que tudo transcorresse de forma tão prazerosa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo financiamento cedido à pesquisa por via do projeto Demanda Social.

Ao professor Jessé de Souza, grande sociólogo brasileiro, por intensificar meu interesse pela desigualdade como tema de pesquisa.

Ao professor Fernando Tavares pela contribuição à maturação do problema de pesquisa apresentado nesta dissertação.

Aos professores do Programa e aos colegas do mestrado e do doutorado pelos conhecimentos a mim transmitidos.

Aos professores Luiz Neubert, Flávio Carvalhaes e João Dulci por, gentilmente, aceitarem compor a banca.

A todos aqueles que, de alguma forma, atuaram na pesquisa e implementação de políticas de assistência social sem as quais, em país tão desigual, eu não teria as menores chances de chegar até aqui.

Ao professor José Alcides registro agradecimentos especiais. Grande sociólogo, e entendedor da desigualdade social brasileira, é pessoa a me inspirar e motivar. Alguém com quem, a cada conversa, muito aprendo. Não há como dimensionar minha gratidão pelas inúmeras horas de discussões, ensinamentos passados e também puxões de orelha até nos detalhes mínimos da escrita desta dissertação.

Também agradecimentos especiais registro à minha parceira, amiga e namorada Samantha, pois com sua origem social humilde e extrema simplicidade muito me tem ensinado sobre a vida.

*Os filósofos limitaram-se a interpretar o mundo de diversas maneiras; o que importa é modificá-lo.*

Karl Marx

## RESUMO

A dissertação investiga efeitos de acréscimos em renda e escolaridade sobre o estado de saúde. Tem como pano de fundo e cenário motivador o quadro de progressos pelos quais o Brasil passou nos últimos vinte anos, especialmente a expansão do sistema de ensino e os incrementos na remuneração dos estratos mais subalternos. O estudo parte dos argumentos de sociólogos brasileiros a proporem que estes avanços, embora tenham gerado benefícios para todas as classes sociais, pouco diminuíram as distâncias entre elas. A hipótese defendida é que, em tais circunstâncias, as camadas menos favorecidas tendem a maiores ganhos em saúde. Mecanismos bastante específicos oferecem explicação razoável ao quadro. Visando melhor compreendê-los, o objetivo mais geral do estudo consiste em contrastar impactos do aumento em renda e instrução com a situação de classe. Em outras palavras, propõe investigar os efeitos de alterações nestes fatores para eventos em que a localização das pessoas na estrutura socioeconômica permaneça a mesma. O trabalho não analisa a distribuição de saúde ao longo do tempo. Ao invés disso, por meio de regressão logística e ferramentas estatísticas, manipula os dados e faz simulações (quadros contrafactuais) para apontar a força e a natureza dos efeitos em situações de mudança. Os resultados, oriundos dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 e tratados com o programa estatístico Stata, revelam que na base da estrutura socioeconômica, onde há escassez de recursos, acréscimos em renda e escolaridade geram ganhos consideráveis. Dentre os privilegiados, a proximidade do limite de saúde boa, ou efeito de teto, faz com que os incrementos afetem sua situação de forma bem menos intensa. Apesar das melhorias absolutas ocorridas em todos os estratos, os avanços relativos obtidos pelos subalternos não encerram as assimetrias, pois classe mantém sua capacidade de operar protetivamente. Assim, a desvantagem de saúde das pessoas localizadas na parte inferior da pirâmide, mesmo através de ganhos nos indicadores acima referidos, dificilmente é revertida. Neste estudo, a medida correspondente à variável resposta é a autodeclaração do estado de saúde.

**Palavras-chave:** Desigualdade de saúde. Classe social. Renda. Escolaridade. Desenvolvimento social.

## ABSTRACT

The dissertation investigate effects of income increase and schooling on health condition. It has with the background and motivating scenario the progress framework through which Brazil that passes in the last twelve years, especially the expansion system of education and the income increase of subordinate segments. The study starts from allegations of brazilian sociologists to propose that this advances, while have created benefits for all social classes, little decreased the distance between them. The defended hypothesis is in such circumstances, the lower classes tend to larger health improvements. Considerable mechanisms provide reasonable explanation to framework. Aiming best understand them, the more general goal of the study consist in contrast impacts of income increase and instruction with a class situation. In other words, propose to investigate the effects of changes in this factors to events that the location of people in socio-economic structure belong the same. The work doesn't examine the heath distribution over time. Instead, using logistic regression and statistical tools, it manipulates data and performs simulations (counterfactual frames) to point out the strength and nature of effects in changing situations. The outcomes, originating micro-data of National Research of Heath for 2013 and treated with the statistical program Stata, reveals that at the base of the socioeconomic structure, where resources are scarce, increases in income and schooling generate considerable gains. Among the privileged, the proximity of the good health limit, or ceiling effect, causes the increments to affect their situation much less intensely. Despite the absolute improvements that occurred in all extracts, the relative advances achieved by the subalterns do not close the asymmetries, because class maintains its capacity to operate protectively. Thus, even through gains in the above indicators, the health disadvantage of people located at the bottom of the pyramid is difficult to reverse. In this study, the measure corresponding to the response variable is the self-declaration of health status.

**Keywords:** Health inequality. Social class. Income. Schooling. Social development.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição por categorias de escolaridade — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013).....	85
<b>Tabela 2</b> - Características dos decis de renda do trabalho — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013).....	88
<b>Tabela 3</b> - Distribuição das categorias de classe — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013) .....	91
<b>Tabela 4</b> - Probabilidades médias preditas de saúde boa por categorias de classe — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013).....	102
<b>Tabela 5</b> - Probabilidades médias preditas de saúde boa por categorias de classe (topo agregado) — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013).....	104
<b>Tabela 6</b> - Probabilidades médias preditas de saúde boa por categorias de classe (topo social como referência) — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013) .....	104
<b>Tabela 7</b> - Probabilidades médias preditas de saúde boa por categorias de escolaridade — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013).....	108
<b>Tabela 8</b> - Probabilidades médias preditas de saúde boa por decis de renda — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013).....	110
<b>Tabela 9</b> - Efeitos do aumento de escolaridade nas probabilidades médias preditas de saúde boa das categorias de classe — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013).....	115
<b>Tabela 10</b> - Efeitos do aumento de renda nas probabilidades médias preditas de saúde boa das categorias de classe — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013).....	115
<b>Tabela 11</b> - Efeitos do acréscimo de dois níveis educacionais nas probabilidades médias preditas de saúde boa das categorias de classe — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013)	118
<b>Tabela 12</b> - Efeitos nas probabilidades médias preditas de saúde boa por categorias de classe do acréscimo de R\$ 4530,00 na renda do trabalho — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013) .....	119
<b>Tabela 13</b> - Efeitos do aumento de renda nas probabilidades médias preditas de saúde boa das categorias de escolaridade — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013).....	121
<b>Tabela 14</b> - Efeitos do aumento de escolaridade nas probabilidades médias preditas de saúde boa dos decis de renda para pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013).....	121
<b>Tabela 15</b> - Efeitos nas probabilidades médias preditas de saúde boa por categorias de escolaridade do acréscimo de R\$ 1812,00 na renda do trabalho — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013).....	122

**Tabela 16** - Efeitos nas probabilidades médias preditas de saúde boa por decis de renda do acréscimo de um nível na escolaridade pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013)..... 123

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Classificação socioeconômica para o Brasil por categorias empíricas (critérios originais e aplicados à PNS-2013 devido à lacuna de indicadores) .....	90
---	----

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2. DIVISÕES SOCIAIS E DESIGUALDADES DURÁVEIS</b> .....	17
2.1. INTRODUÇÃO.....	17
2.2. DIVISÕES SOCIAIS E DESIGUALDADES DURÁVEIS .....	18
2.3. A PERSPECTIVA ANALÍTICA DE GORAN THERBORN .....	21
2.4. DIVISÕES E DESIGUALDADES DE STATUS: PARA ALÉM DAS DIMENSÕES DE RECURSOS E PODER.....	23
<b>3. DESIGUALDADE DE SAÚDE SEGUNDO A SOCIOLOGIA DA ESTRATIFICAÇÃO</b> .....	27
3.1. INTRODUÇÃO.....	27
3.2. DEFININDO DESIGUALDADE DE SAÚDE.....	28
<b>3.2.1. Introdução</b> .....	28
<b>3.2.2. A desigualdade de saúde dentro e entre os países</b> .....	31
<b>3.2.3. Transição epidemiológica e persistência da desigualdade de saúde</b> .....	32
<b>3.2.4. Cadeias causais e desigualdade de saúde</b> .....	33
3.3. RELEVÂNCIA DO CAMPO DE ESTUDOS SOBRE DESIGUALDADE DE SAÚDE	36
3.4. BREVE RESUMO SOBRE A HISTÓRIA DAS PESQUISAS DEDICADAS AO ENTENDIMENTO DO NEXO CAUSAL ENTRE ASSIMETRIAS SOCIOECONÔMICAS E DESIGUALDADE DE SAÚDE .....	39
3.5. CONTRIBUIÇÃO DOS CLÁSSICOS .....	43
3.6. ESTUDOS CONTEMPORÂNEOS .....	48
<b>3.6.1. Introdução</b> .....	48
<b>3.6.2. A teoria das causas fundamentais de Link e Phelan</b> .....	50
<b>3.6.3. Estudos de Lutfey e Freese: crítica à teoria das causas fundamentais e a abordagem do nível institucional</b> .....	53
<b>3.6.4. A abordagem de Cockerham: estilos de vida e saúde</b> .....	58
<b>4. FATORES SOCIOECONÔMICOS OU A ELES ASSOCIADOS NA PESQUISA SOBRE DESIGUALDADE DE SAÚDE</b> .....	61
4.1. INTRODUÇÃO.....	61
4.2. STATUS SOCIOECONÔMICO .....	62

4.3. CLASSE SOCIAL.....	63
4.4. OCUPAÇÃO E EMPREGO.....	65
4.5. RAÇA.....	66
4.6. GÊNERO.....	69
4.7. IDADE.....	71
4.8. CONDIÇÕES MATERIAIS.....	72
4.9. ÁREA GEOGRÁFICA E LUGAR.....	74
4.10. COMPORTAMENTOS E ESTILOS DE VIDA.....	75
<b>5. CLASSE SOCIAL, RENDA, ESCOLARIDADE E DESIGUALDADE DE SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>77</b>
5.1. INTRODUÇÃO.....	77
5.2. APRESENTANDO O CENÁRIO: PERSISTÊNCIA DA DESIGUALDADE SOCIAL EM PERÍODOS DE AUMENTO DE RENDA E ESCOLARIDADE.....	78
5.3. EDUCAÇÃO E DESIGUALDADE DE SAÚDE.....	80
5.4. RENDA E DESIGUALDADE DE SAÚDE.....	85
5.5. O ESQUEMA DE CLASSE SOCIAL.....	89
5.6. ESTADO DE SAÚDE.....	93
5.7. HIPÓTESE.....	95
5.8. ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE.....	96
5.9. MATERIAIS E MÉTODOS.....	98
<b>5.9.1. Base de dados: Pesquisa Nacional de Saúde de 2013.....</b>	<b>98</b>
<b>5.9.2. Programa estatístico Stata.....</b>	<b>99</b>
<b>5.9.3. Modelos estatísticos.....</b>	<b>100</b>
5.10. RESULTADOS.....	102
<b>5.10.1. Efeitos de classe na saúde.....</b>	<b>102</b>
<b>5.10.2. Efeitos de escolaridade na saúde.....</b>	<b>106</b>
<b>5.10.3. Efeitos de renda na saúde.....</b>	<b>109</b>
<b>5.10.4. Cenários contrafactuais.....</b>	<b>112</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>125</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>130</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Brasil é, há muito, profundamente marcado por divisões sociais a repercutirem em sistemáticas e persistentes assimetrias socioeconômicas. No entanto, pelo menos desde a década de 1970, substanciais progressos nas condições de vida de todos os estratos, dos mais abastados aos menos providos, têm sido observados no país (HASENBALG e SILVA, 2003; TAVARES JÚNIOR, 2010). Melhorias em infraestrutura urbana, saneamento básico e habitação são alguns dos avanços que merecem ser citados (BRUNO e SILVA, 2009; IPEA, 2010; NETO et al. 2015). De outra forma, destacam-se também o aumento da escolaridade e a considerável elevação da renda dos mais pobres ocorridos, mais especificamente, nos últimos vinte anos (HASENBALG e SILVA, 2003; SCALON e SALATA, 2012; TAVARES JÚNIOR, 2003).

Apesar dos avanços sociais descritos e dos benefícios gerados aos mais pobres nas últimas décadas, não são poucas as publicações a demonstrarem, cada uma à sua maneira, que o país continua profundamente desigual (SCALON, 2011; SCALON e SALATA, 2012; 2016; SOUZA, 2009; 2010; 2013). Por exemplo, os aumentos percentuais de renda alcançados pelas camadas não privilegiadas superaram consideravelmente aqueles obtidos pelos estratos abastados nos anos 2000, mesmo assim não houve grandes alterações no quadro. Em 2012, de acordo com o IPEA, o país ainda figurava entre os doze socioeconomicamente mais assimétricos do mundo (IPEA, 2012).

É este cenário de progressos sociais e persistência da desigualdade que motiva a presente dissertação. Já há bastante tempo, a literatura tem apontado a não linearidade entre desenvolvimento e diminuição de assimetrias socioeconômicas (BOUDON, 1974; 1981; BLOSSFELD e SHAVIT, 1993; HASENBALG e SILVA, 2003; KUZNETS, 1955). O assunto é bem conhecido pelos “sociólogos médicos” e da estratificação. Não obstante, os maiores ganhos alcançados em saúde pelas camadas menos favorecidas à medida que as sociedades progridem, especialmente quando as distâncias entre as posições (desigualdade relativa) se mantem ou diminuem pouco, necessitam ser mais satisfatoriamente esclarecidos. De modo geral, ainda é bastante escassa a literatura sobre a não linearidade dos efeitos acarretados pelo desenvolvimento nos diferentes estratos da estrutura socioeconômica (MYROWSKY, ROSS e REYNOLDS, 2000; ROBERT e HOUSE, 2000).

Num primeiro momento, análise superficial sobre a relação direta que existe entre a desigualdade social e as assimetrias no estado de saúde poderia sugerir ser contraditório o descrito. Acontece, no entanto, que mecanismos bastante específicos, alguns ainda pouco investigados, são capazes de dar interpretação razoável ao quadro. Visando melhor compreendê-los, o objetivo mais geral do estudo consiste em contrastar impactos do aumento dos consagrados indicadores renda e instrução com a situação de classe. Em outras palavras, propõe investigar os efeitos de alterações nestes fatores sobre a saúde para eventos em que a localização das pessoas na estrutura socioeconômica permaneça a mesma.

O trabalho não irá analisar a distribuição de saúde ao longo do tempo. Ao invés disso, por meio de ferramentas estatísticas, manipulará os dados e criará quadros contrafactuais para apontar a força e a natureza dos efeitos em situações de mudança. Estas simulações serão feitas no Stata, através de comando especial elaborado por Long e Freese (2014) e denominado *delta*. Os procedimentos permitem estimar o quanto de alteração ocorre nas chances de saúde para eventos em que um indicador sofre variações (LONG e FREESE, 2014). Aspectos do desenvolvimento social no Brasil são descritos, pois as evidências históricas oferecem indícios sobre questões a serem respondidas no estudo a respeito do nexo causal entre classe social, renda, escolaridade e qualidade de vida. Desta maneira, servem ao delineamento de cenário que inspira e contextualiza esta pesquisa.

Inicialmente, vale informar, também, que a variável resposta — a autodeclaração do estado de saúde —, apesar dos inúmeros questionamentos e dos acalorados debates sobre sua validade, ainda é medida amplamente utilizada pelo campo e possui as vantagens de captar o estado de saúde médio da população sem os custos e a logística demandada para questões mais específicas e dirigidas (FIGUEIREDO SANTOS, 2011c).

A dissertação foi escrita em seis capítulos. Afora o primeiro — dedicado à apresentação da investigação —, o segundo discute aspectos analíticos acerca do nexo entre divisões sociais e desigualdades duráveis. Passa pela noção de classe e vai até as formulações de Goran Therborn sobre três distintos, mas interconectados tipos de resultados distributivos em que a desigualdade se manifesta. Posteriormente, analisa como diferenças de status entre categorias sociais, bastante negligenciadas pela literatura, podem operar na produção e reprodução de desigualdades duráveis. Todas são noções fundamentais para o entendimento do problema ao qual a dissertação irá se dedicar, pois dizem respeito ao diferenciado acesso a recursos que as pessoas têm a depender de sua posição na hierarquia social. A desigualdade

de saúde está intimamente e indissociavelmente ligada à estratificação socioeconômica e às diferenças nas oportunidades e nas circunstâncias de vida por ela geradas (BAKER, 2014; COCKERHAM, 2014; GRAHAM, 2004; 2007; LAHELMA, 2001; ONGE, 2014; PELLEGRINE, 2013).

O terceiro capítulo apresenta as principais dimensões da desigualdade de saúde, examina teorias do passado e do presente e traz à tona os assuntos mais debatidos no campo. Deste modo, após breve introdução, reflete sobre a abordagem oferecida pela sociologia da estratificação ao tema. Posteriormente, passa por duas discussões presentes em boa parte dos materiais introdutórios, sendo estas as diferenças de saúde dentro e entre os países e a transição epidemiológica. Dando prosseguimento, versa sobre as complexas cadeias causais pelas quais assimetrias socioeconômicas podem afetar a vida das pessoas. Ao transitar por estudos clássicos da sociologia médica, discutir influentes investigações contemporâneas e apontar as contribuições à teoria social e à implementação de políticas públicas, as últimas seções do capítulo destinam-se a um balanço a respeito do desenvolvimento do campo.

O quarto capítulo revisa a literatura a respeito dos indicadores socioeconômicos e de status utilizados na pesquisa sobre desigualdade de saúde. Há uma grande variedade deles e cada um pode ser empregado de diferentes formas a depender do esquema analítico em que se insira (COCKERHAM; 2013; BAKER, 2014; GIDDENS, 2012; LANG e LOMBRIL, 2014; ONGE, 2014; PELLEGRINE, 2013). O escopo, no entanto, não demanda abordagem sobre todos. Foram tratados aqueles que se relacionam ao problema de pesquisa e também os capazes de esclarecer aspectos do cenário social e dos mecanismos discutidos por este estudo. Além das seções dedicadas aos indicadores — ocupação, raça, gênero, idade, condições materiais, área geográfica e comportamentos —, o capítulo também ponderou sobre as noções de status socioeconômico e de classe social. Embora ambas sejam frequentemente utilizadas pela literatura para designar a posição das pessoas na hierarquia social, deve-se afirmar não significarem a mesma coisa e possuírem lógicas explicativas diferentes (ONGE, 2014; WILLIAMS e COLLINS, 1995).

Dedicado à discussão referente aos efeitos de assimetrias socioeconômicas na saúde, o quinto capítulo, através da literatura tratada no decorrer da dissertação, examina evidências a respeito de como o elo se estabelece no Brasil. Inicialmente, apresenta o cenário e discorre, em maiores detalhes, sobre a persistência da desigualdade em períodos onde era esperada sua amenização. O propósito consiste em mostrar que os estratos estão mais bem remunerados e

com maior grau de escolaridade, porém em situação relativa, se não igual, pouco diferente da que se encontravam antes. A dissertação prossegue e, logo em seguida, revisa a literatura tangente aos efeitos de educação e renda, descreve a tipologia de classes utilizada como indicador de localização na estrutura socioeconômica e detalha a medida a representar o estado de saúde. Nas seções seguintes, abarca as hipóteses da investigação, as estratégias de ação e os modelos estatísticos empregados. Por fim, examina e debate os resultados.

Da pouca alteração na estrutura de posições de classes, apesar dos substanciais progressos sociais observados, emerge o problema de saber qual o efeito das melhorias sobre a desigualdade de saúde. A proposição central é que em hipotéticas circunstâncias onde os indicadores sociais avancem de forma exatamente igual para todas as posições, mesmo que as distâncias entre elas permaneçam inalteradas, as menos providas tenderão a maiores ganhos. Com vista a este quadro, examinaram-se, primeiramente, os resultados das estimativas para os efeitos de classe, educação e renda. Logo depois, foram esmiuçados — em grande variedade de testes contrafactuais — os impactos de incrementos em escolaridade e remuneração para cenários em que as posições de classe e outros fatores permaneciam constantes. Resumidamente, os procedimentos consistiram em controlar a posição e os demais indicadores para, posteriormente, e através do comando delta, estimar os efeitos sobre a saúde de acréscimos nas variáveis de interesse.

Voltado à conclusão, o sexto capítulo da dissertação retoma as principais questões suscitadas a partir da hipótese e aponta a capacidade dos testes em respondê-las. Posteriormente, revisa brevemente os mecanismos perscrutados para explicação dos efeitos observados e menciona perspectivas analíticas capazes de enriquecer os achados captando-os sob outros pontos de vista. Finaliza em reflexão sobre a relevância da pesquisa acadêmica para uma sociedade mais justa e igualitária.

## **2. DIVISÕES SOCIAIS E DESIGUALDADES DURÁVEIS**

### **2.1. INTRODUÇÃO**

O capítulo 2 dedica-se à revisão de literatura sobre divisões sociais e desigualdades duráveis. Ambas são noções fundamentais para o entendimento do problema ao qual a dissertação irá se dedicar. Dizem respeito ao diferenciado acesso a recursos que as pessoas têm a depender de sua posição na hierarquia social. Referem-se também a características distintivas que demarcam categorias e de alguma maneira afetam as chances de alcance e realização de modos de vida valorizados (FIGUEIREDO SANTOS, 1998; 2011b; PAYNE, 2000; SANTOS, 2010). A desigualdade de saúde está intimamente e indissociavelmente ligada à estratificação socioeconômica e às diferenças nas oportunidades e nas circunstâncias de vida por ela geradas (COCKERHAM, 2005; 2007; FIGUEIREDO SANTOS, 2011a; 2011c; 2013a; 2013b; GRAHAM, 2007; LINK e PHELAN, 1995; 2013).

Comparados à influência e difusão dos modelos biomédicos, estudos voltados aos determinantes sociais da saúde ainda têm pouca força. Não obstante, nas últimas quatro décadas, a sociologia vem obtendo progressos e ganhando espaço ao demonstrar a relação entre posição socioeconômica e taxas de morbidade e mortalidade (COCKERHAM, 2014; CARVALHAES, 2013; GRAHAM, 2007; LAHELMA, 2001). Não só o acesso a recursos, como a renda e a riqueza, ou o ingresso em ocupações prestigiosas e a escolarização são capazes de afetar a qualidade de vida e impactar na saúde. Também o status e o pertencimento a grupos estimados o fazem. Para além do emprego, a remuneração e o nível de instrução que as pessoas têm, a raça, o gênero ou o fazer parte de alguma minoria são capazes de afetar as chances de vida e gerar efeitos negativos na saúde (BAKER, 2014; BATEMAN, 2014; LANG e LOMBRAIL, 2014; ONGE, 2014; WOLFE, 2014)

O capítulo, primeiramente, discute aspectos analíticos acerca do nexos entre divisões sociais e desigualdades duráveis. Apresenta a noção de classe social enquanto configuração especial a emergir das assimetrias de poder sobre recursos valiosos e repercutir consequências sistemáticas na vida dos indivíduos e na dinâmica das instituições (GIDDENS, 2012; FIGUEIREDO SANTOS, 1998; 2002; WRIGHT, 2008). Em seguida, versa sobre as dimensões dos resultados distributivos em que a desigualdade se manifesta. Vale-se das formulações de Goran Therborn sobre três distintos, mas interconectados tipos (THERBORN,

2006; 2010; 2013). Posteriormente, vai além dos aspectos do poder e das relações de produção. Assim, discute como as diferenças de status entre categorias sociais, bastante negligenciadas pela literatura, podem operar como elemento chave na produção e reprodução de desigualdades duráveis (RIDGEWAY, 2011; 2014).

## 2.2. DIVISÕES SOCIAIS E DESIGUALDADES DURÁVEIS

Divisões sociais referem-se a um princípio de organização social que dá vazão à distinção entre categorias em uma rede de atividades. Afetam a produção e a distribuição de bens e serviços ocasionando assimetrias de acesso. São sustentadas por crenças culturais, instituições sociais e interações entre os indivíduos (FIGUEIREDO SANTOS, 2011b; PAYNE 2000). Acarretam desigualdades persistentes e implicam dificuldades de movimento de pessoas entre categorias quando o acesso a vantagens está em jogo (PAYNE, 2000; SANTOS, 2010; TILLY, 1999; WRIGHT, 2008). Às divisões sociais frequentemente são objetadas questões que visem sua desconstrução, embora também suscitem o compartilhamento de identidades sociais por aqueles pertencentes a uma mesma categoria (PAYNE, 2000). A esta definição acrescenta-se que

divisões sociais são teoricamente entendidas como ordenamentos geradores de efeitos que exercem poderes causais sobre as capacidades e as chances de vida das pessoas, isto é, sobre os conjuntos viáveis de escolhas e as possibilidades reais de alcançar estados de existência valorizados. As divisões sociais representam os fundamentos dos processos de constituição das desigualdades sociais, ou seja, os fatores estruturais (meios, direitos, riscos e oportunidades), as redes interpessoais (processos de encontro, imposição, negociação e transferência) e os fatores culturais (identidades, conhecimentos, valores e normas) cujas operações condicionam o poder social e o estado de existência dos membros dessas categorias sociais (FIGUEIREDO SANTOS, 2011c, pp. 6-7).

Desigualdades duráveis emergem de diferenças categóricas — por exemplo: homem/mulher, branco/não branco — e não de atributos ou propensões individuais. Essas desigualdades tanto afetam as interações sociais, quanto por elas são afetadas. Dependem da configuração e da natureza das organizações sociais em que se instalam (TILLY, 1999). A

relação complexa entre os múltiplos fatores causais que as operam faz com que sejam persistentes ao longo do tempo e as tornam difíceis de compreender e alterar (GRUSKY, 1998; PANTALEÓN, 1998; SEN, 2001; WRIGHT, 2008).

Em termos das assimetrias de acesso a recursos valiosos que gera, uma das principais formas de divisões categóricas — e que será utilizada analiticamente nesta dissertação — é aquela entre classes sociais. Há muita disputa acerca do conceito de classe, sendo que as teorias desenvolvidas por Karl Marx e Max Weber formam a base da maioria das análises sociológicas sobre classe e estratificação (WRIGHT, 2008).

Marx definia *classe* como um grupo de pessoas que tinham uma relação comum com os meios de produção. Weber também a enxergava como uma categoria econômica, mas enfatizava a sua interação com o *status social* e as afinidades do *partido* (GIDDENS, p. 789, 2012).

Segundo Erik Wright (2008), classe social é uma forma de configuração especial que emerge das assimetrias de poder sobre recursos valiosos e repercute consequências sistemáticas para os indivíduos e a dinâmica das instituições. Nesta acepção

O que a pessoa tem (ativos produtivos) determina o que ela obtém (bem-estar material) e o que deve fazer para conseguir o que obtém (oportunidades, dilemas e opções) (FIGUEIREDO SANTOS, p. 21, 1998).

Sinteticamente, seis aspectos são fundamentais (WRIGHT, 1985; 1997; 2008). Primeiramente, classe social tem implicância no acesso a recursos valiosos e nos padrões de vida. Deve-se observar que as diferenças entre os níveis de acesso aos recursos não são lineares. Em segundo lugar, afeta a geração de experiências que moldam a identidade das pessoas. Em terceiro, impacta nas chances e oportunidades de realização de vida. Em quarto, gera conflitos por meio da exploração exercida por certos grupos sobre outros. Em quinto lugar, os sistemas de estratificação nos quais se inscreve possuem caráter dinâmico e tendem a mudar, embora de forma lenta, ao longo do tempo. Em sexto e último — e essa é uma dimensão de caráter normativo — as divisões sociais das quais emerge devem possuir traços que possam ser alterados com vista ao abrandamento das desigualdades (FIGUEIREDO SANTOS, 1998; WRIGHT, 1985; 1997; 2008).

Em empreendimento analítico sobre as divisões sociais, além de exposição sobre suas características centrais, devem ser esclarecidos os mecanismos pelos quais operam o surgimento e a persistência das desigualdades duráveis (TILLY, 1999; WRIGHT, 2008). Em

proposições que visem explicar eventos, mecanismos são os meios pelos quais os fatores geram efeitos no mundo social (ELSTER, 1994; GERRING, 2012).

Com base na literatura, são apresentados quatro mecanismos que favorecem a organização hierárquica das categorias e geram desigualdades duráveis. Os dois primeiros — *exploração* e *oportunidades* — são responsáveis pela instalação das desigualdades. Já os subsequentes — *emulação* e *adaptação* — garantem sua continuidade (TILLY, 1999; WRIGHT, 2008).

A noção de exploração tem origem na tradição marxista e define o processo pelo qual pessoas e grupos poderosos comandam e obtêm retornos a partir do esforço de terceiros, mas os excluem do acesso ao valor gerado. Dois elementos cruciais para que esse mecanismo opere são o poder e a supervisão. O primeiro é utilizado para garantir privilégios e impor exclusões, já o segundo trata do acompanhamento do trabalho e das sanções que o disciplinam (THERBORN, 2006; WRIGHT, 2008).

Oriunda da tradição weberiana, a investigação sobre oportunidades de acesso a recursos valiosos expõe que se tornam mecanismos da desigualdade quando são monopolizadas por membros de uma rede categoricamente delimitada (MURPHY, 1984). Como os grupos privilegiados restringem as chances de obtenção e de uso desses recursos, é possível afirmar que existe articulação entre os mecanismos de exploração e os de oportunidades. Ainda assim, na maioria das sociedades, aqueles em categorias desvantajosas podem perseguir meios pelos quais alcançam a ascensão social. A força das oportunidades na geração de mobilidade determina o grau de abertura, ou fechamento, do sistema de estratificação (MURPHY, 1984; WRIGHT, 2008).

Quanto ao mecanismo de emulação, afirma-se que é o processo pelo qual modelos ou formas de relações sociais são transpostas de um cenário para outro. Por fim, quando esses modelos forjam o surgimento de rotinas diárias, que se tornam amplamente difundidas, pode-se dizer que estão a operar os mecanismos de adaptação (TILLY, 1999; WRIGHT, 2008).

Para além desses quatro mecanismos, segundo Giddens (2012) e Wright (1985; 2008), muitos dos efeitos de classe são pensados em termos de aspectos individuais e condições de vida. No primeiro caso, a investigação gira em torno de experiências com viés de classe — por exemplo, níveis de insegurança e estresse no emprego. No segundo, visa captar como a disponibilidade de recursos (saneamento básico, alimentos, áreas de lazer, etc.) afeta as chances de vida, as escolhas e as oportunidades.

Amartya Sen (2001) não diverge do anteriormente exposto quanto à multicausalidade. O autor argumenta que as sociedades são complexas e há uma grande heterogeneidade entre os indivíduos que as compõe. Dessa forma, análises reducionistas — com lógica explicativa girando em torno de um ou poucos fatores — podem até contribuir para reforçar as desigualdades. Apresenta como alternativa a elaboração de modelos em que diversas variáveis — *espaços de comparação* — sejam tratadas em relação a dois ou mais indivíduos. Quanto às *engrenagens*<sup>1</sup>, formula dois mecanismos principais para explicar a gênese das desigualdades sociais (SEN, 2001). As *capacidades* dizem respeito ao potencial de as pessoas realizarem funcionamentos ou, em outras palavras, “viverem o tipo de vida que valorizam e ter razão para valorizar” (GIDDENS, 2012, p. 460). *Funcionamentos* são estados e ações que uma pessoa consegue realizar de acordo com seu modo de vida. A avaliação da capacidade para realizar pacotes alternativos de funcionamentos é delimitada pela seleção e ponderação de diferentes funcionamentos (SEN, 2001).

### 2.3. A PERSPECTIVA ANALÍTICA DE GORAN THERBORN

De maneira sucinta, desigualdades podem ser definidas como assimetrias de acesso a recursos valiosos que emergem das divisões sociais, mas também as fortalecem. Com natureza multicausal, persistem ao longo do tempo e afetam as interações sociais tanto quanto por elas são afetadas (FIGUEIREDO SANTOS, 1998; 2002; GIDDENS, 2012; WRIGHT, 2008). Através dos mecanismos de exploração daqueles em desvantagem e de monopolização de oportunidades por grupos poderosos instalam efeitos no mundo. Já pelos processos de emulação e adaptação de rotinas se consolidam (TILLY, 1999; WRIGHT, 2008). Não menos importante, por meio de diferenças em atributos individuais e nas circunstâncias de vida, refletem distintos modos de agir e condicionam as chances de se alcançar propósitos de vida valorizados (FIGUEIREDO SANTOS, 1998; 2002; GIDDENS, 2012; TILLY, 1999; WRIGHT, 1985; 1997; 2008).

O sociólogo Goran Therborn (2006; 2010; 2013) também elaborou uma influente teoria sobre a desigualdade social. Ao assumir perspectiva diversa daquela de Amartya Sen, afirma que questões normativas como as levantadas pelo economista indiano, ao escrever

---

<sup>1</sup>Jon Elster (1994) assim se refere ao escrever sobre os mecanismos que operam fenômenos sociais complexos e sobre as “ferramentas” utilizadas para compreendê-los.

sobre justiça, são menos relevantes que aspectos objetivos para a investigação da desigualdade social. Deste modo, tal empreendimento, ao invés de voltar-se a uma lista de *capacidades centrais*, deve atentar para dimensões empiricamente observáveis e que efetivamente afetam a vida das pessoas.

Desigualdades são diferenças hierárquicas, evitáveis e moralmente injustificadas produzidas em diferentes campos ou espaços. Emergem de resultados distributivos que, através das interações sociais e da ação coletiva, podem avançar, desacelerar ou redistribuírem-se. Como comparação concernem a uma, muitas vezes implícita, população e são circunscritas de acordo com um grupo de referência. Abarcam, na definição de Therborn, três dimensões — a *vital*, a *existencial* e a de *recursos* — com dinâmicas próprias e não redutíveis umas às outras, mas que, apesar disso, interagem e se inter-relacionam (FIGUEIREDO SANTOS, 2011d; THERBORN 2006; 2010; 2013).

A primeira dimensão refere-se à exposição desigual dos indivíduos ao adoecimento e ao risco de morte. Tem a ver com aspectos genéticos e também com características regionais como níveis de desenvolvimento, grau de segurança, disponibilidade de meios para o trato, afora a própria incidência de intempéries climáticas. Impactada pela desigualdade de recursos, pode ser medida por meio da expectativa de vida e das taxas de sobrevivência. O reconhecimento desigual de pessoas em condições amplamente desvantajosas reforça esse tipo de desigualdade.

*Desigualdade existencial* diz respeito a restrições de liberdade e à negação de reconhecimento e estima para certas categorias de pessoas. Por meio de discriminação, estigmatização e, também, distinções de status mais sutis é gerada e se reproduz. Está inscrita no espaço das crenças culturais, das formas de socialização e de relações interculturais. As desvantagens de recursos em que se encontram as categorias estigmatizadas a reforçam.

*Desigualdade de recursos*, ou material, refere-se às assimetrias de acesso a recursos valiosos que implicam em condições e possibilidades de ação. Dentre os fatores que a geram, se inscrevem diferenças entre as qualidades naturais dos territórios, entre o grau de desenvolvimento das regiões e entre dotações individuais. Além dos referidos, também a maneira como se organizam as oportunidades, a produtividade e a distribuição de recompensas e poder.

Quatro tipos de mecanismos engendram as desigualdades na teoria de Therborn (FIGUEIREDO SANTOS, 2011c; THERBORN 2006; 2010; 2013). O mecanismo de

*distanciamento* refere-se ao avanço de certos grupos ou indivíduos em relação a outros que, ou se movimentam de forma lenta, ou estagnam. Resulta da forma como as oportunidades estão distribuídas, da definição social daquilo que é valioso e do estabelecimento de lógicas para premiação. *Exploração* diz respeito a divisões categóricas em que certos grupos extraem valor de outros. Implica em acesso assimétrico a recursos valiosos, pois os exploradores se apropriam dos frutos do trabalho dos explorados e não os recompensam proporcionalmente. Embora repercuta fortemente, não é a causa única da desigualdade vital. *Exclusão* alude a barreiras que dificultam ou tornam impossível o avanço de certas categorias de pessoas. Aqueles em vantagens tendem a assim permanecer com o fechamento ou estreitamento das vias de acesso. Permanece a operar mesmo em momentos de suposta inclusão, pois a dinâmica social tende a fazer com que ocorram mudanças de perspectiva sobre o que é valorizado e deslocamentos de prestígio para novas posições ainda não alcançadas pelos grupos em desvantagem. Por fim, *hierarquização* refere-se a uma espécie de ranqueamento social em que alguns grupos se sobrepõem a outros. É persistente ao longo do tempo e pode se manter através de ordenamentos e distinções sutis de status mesmo quando as pirâmides sociais se achatam. Opera muito da desigualdade existencial por meio da distribuição desigual de reconhecimento e respeito entre os degraus em que indivíduos ou grupos estão localizados.

#### 2.4. DIVISÕES E DESIGUALDADES DE STATUS: PARA ALÉM DAS DIMENSÕES DE RECURSOS E PODER

Como visto anteriormente, as principais investigações contemporâneas sobre estratificação social têm sua agenda voltada ao estudo das relações de produção e seus efeitos. Os autores neomarxistas focam-se em aspectos como o controle da propriedade, o controle de ativos produtivos e a exploração da força de trabalho. Já aqueles influenciados pelas teorias de Max Weber voltam-se às dimensões de situação no mercado e no trabalho, de distribuição e acesso a recursos, oportunidades e chances de vida, organização do poder e status (BARATA et al. 2013; FIGUEIREDO SANTOS, 2002; GIDDENS, 2012; LEMOS, 2012; RIDGEWAY, 2014). Existem investigações que conjugam as duas perspectivas. Há, ainda, aquelas que olham para questões como condições de vida, atributos individuais e capacidades para realização de estados de vida valorizados (GIDDENS, 2012; SEN, 2001; WRIGHT, 2008).

Goran Therborn (2006; 2010; 2013) trata de pontos discutidos pelo marxismo — vide sua noção de exploração —, de assuntos abordados pela corrente weberiana — ao afirmar que a hierarquização ocorre por meio da alocação desigual de reconhecimento e respeito (status) entre as camadas sociais —, mas também introduz elementos novos — como atributos territoriais e características regionais — em sua explicação sobre a desigualdade vital. Não obstante, poucos são os esquemas e modelos teóricos sobre a desigualdade que analisam os efeitos de status isoladamente em relação a outros fatores (RIDGEWAY, 2014).

Enquanto componente para estudos sobre divisões de classe e desigualdade social, Max Weber (1982), no clássico texto *Classe, status e partido*, define a *situação de status* como:

Em contraste com as classes, os grupos de *status* são normalmente comunidades. Com frequência, porém, são do tipo amorfo. Em contraste com a *situação de classe* determinada apenas por motivos econômicos, desejamos designar como *situação de status* todo componente típico do destino dos homens, determinado por uma estimativa específica, positiva ou negativa, da honraria. Essa honraria pode estar relacionada com qualquer qualidade partilhada por uma pluralidade de indivíduos e, decerto, pode estar relacionada com uma situação de classe: as distinções de classe estão ligadas, das formas mais variadas, com as distinções de status (WEBER, 1982, pp. 218-219).

Nessa passagem, explana-se que os efeitos de status nas desigualdades são gerados a partir de diferenças de estima, honra e respeito entre grupos de indivíduos. Tais efeitos se distribuem e organizam segundo lógica própria e até podem ter relação com a situação de classe, embora esta não seja condição necessária.

O *status* opera por meio da diferenciação entre categorias e contribui para a persistência das desigualdades duráveis. Expressa diferenças nas formas de operar a depender do tipo de divisão. Baseia-se em estereótipos consensuais e em crenças culturais amplamente compartilhadas que, atuando de forma relacional, difundem para certos grupos mais estima que para outros (CORREL e RIDGEWAY, 2003; FISKE et al., 2002; RIDGEWAY, 2014). Ganha força na expectativa de que a maioria das pessoas partilhe dessas crenças mesmo que não as endosse. Contribui, assim, para a manutenção e legitimação das vantagens obtidas pelos tipos que são respeitados. Age em múltiplos níveis que se interconectam e caso sejam isolados engendram distorções analíticas (CORREL e RIDGEWAY, 2003; FISKE et al.,

2002; RIDGEWAY, 2014). O *nível micro* emerge como a preocupação das pessoas em serem valorizadas pelos outros. O *meso* diz respeito ao tratamento diferenciado dado pelas instituições sociais a pessoas e a grupos com base em certas características. No *nível macro*, ocorre a legitimação da diferença e valorização daqueles em vantagem social com base nessas características (LUTFEY e FREESE, 2005; RIDGEWAY, 2014).

Quanto aos processos pelos quais são produzidas e reproduzidas as desigualdades, há o *preconceito de status*, que diz respeito a expectativas tendenciosas em relação à competência e à autoridade daqueles em categorias menos valorizadas (CORRELL e RIDGEWAY, 2003; RIDGEWAY, 2014). *Preferências associativas* referem-se ao fato de que as pessoas, nas coisas que fazem, têm predileção por fazê-las com semelhantes e quando precisam escolher entre membros de grupos com status distintos, optam por aqueles mais estimados. Por último, *barreiras protetivas* são erigidas para o resguardo de vantagens e privilégios por parte dos que estão em categorias mais respeitadas. Pessoas que tentem quebrar essa barreira podem ser estranhadas ou, mesmo, hostilizadas (RIDGEWAY, 2014).

A razão para que status seja menos utilizado na pesquisa sobre desigualdade talvez se deva à sua suposta menor força causal comparativamente a outros fatores. Ainda assim, Ridgeway (2014) observa que muito da busca por recursos e poder está ligada ao respeito e estima que se obtém ao adquirí-los. É comum as pessoas formarem crenças de status que valorizam e qualificam mais competentes os tipos com maior posse de recursos. À medida que se difundem e se instalam nas rotinas, tanto dos grupos estimados, quanto dos demais, essas crenças tendem a favorecer a aceitação de lógicas meritocráticas.

A distinção de status não opera apenas baseada em assimetrias no controle de recursos e poder. Também pode fazê-lo através da essencialização de atributos das categorias e da amplificação de diferenças pré-existentes (referentes a gênero ou raça). Nesse caso, características socialmente atribuídas passam a ser entendidas como pertencentes à natureza dos indivíduos ou grupos e reforçam as diferenças categóricas. Exemplo seria explicar as vantagens socioeconômicas das elites a partir de seu estilo de vida, modo de falar e vestir como se isso a elas fosse inerente e não um reflexo da posição que ocupam (BOURDIEU, 2007; GIDDENS, 2012; RIDGEWAY, 2014; WEBER, 1982). Ou, por outro lado, justificar os empregos menos remunerados das mulheres afirmando que são menos capazes que os homens e, tão logo, conquistam posições menos prestigiosas (RIDGEWAY, 2014).

Crenças de status não só justificam e legitimam a desigualdade, também a reproduzem (RIDGEWAY, 2014; WEBER, 1982). Geram distinções de gênero, raça e classe que operam por dinâmicas autônomas e têm potencial de emulação. Percepções sobre níveis de estima repercutem consequências nas opções educacionais, nos tipos de empregos e até no tratamento de saúde que as pessoas tendem a procurar (MASSEY, 2007; SMEDLEY et al., 2007).

Crenças de status são afetadas, modificadas e, mesmo, corroídas por mudanças sociais e progressos nas condições materiais. Porém, uma vez estabelecidas e amplamente compartilhadas, tornam-se uma força poderosa, resistente e independente para a perpetuação dos padrões de desigualdade. Muito da persistência das disparidades socioeconômicas, inclusive diante dos avanços em medidas para sua amenização — políticas inclusivas, por exemplo —, provavelmente, por elas é ocasionada (RIDGEWAY, 2014).

### **3. DESIGUALDADE DE SAÚDE SEGUNDO A SOCIOLOGIA DA ESTRATIFICAÇÃO**

#### **3.1. INTRODUÇÃO**

Após revisar a literatura sobre divisões sociais e desigualdades duráveis, assunto de suma importância para a sociologia médica (BAKER, 2014; BATEMAN, 2014; GRAHAM, 2007; WOLFE, 2014), a dissertação irá, no capítulo 3, definir desigualdade de saúde. Desta maneira, apresentará suas principais dimensões, discutirá proeminentes teorias do passado e do presente e trará à tona os assuntos mais debatidos no campo.

De início, a seção 3.2 procura responder o que é desigualdade de saúde. De maneira bem resumida, pode-se dizer que são assimetrias na distribuição do estado de saúde geradas por disparidades socioeconômicas entre categorias sociais (GRAHAM, 2007; LAHELMA, 2001; LANG e LOMBRAIL, 2014). A desigualdade de saúde ocorre dentro das nações e também entre elas. Países onde a distribuição de recursos é menos equitativa tendem a reportar maiores diferenças entre as camadas. Por outro lado, riqueza, nível de desenvolvimento, estabilidade política e ausência de guerra são fatores que fazem com que nações como Japão e Noruega tenham expectativa de vida muito acima de outras como Síria, Angola e Argélia (GRAHAM, 2007; LAHELMA, 2001).

No entanto, será que os quadros de saúde, morbidade, mortalidade, expectativa de vida e doenças foram sempre os mesmos? A discussão sobre transição epidemiológica visa responder esta questão. De adiante, pode-se dizer que a causalidade envolvida é complexa e abarca múltiplos mecanismos que, por sua vez, são dinâmicos e tendem a mudar com o tempo (FIGUEIREDO SANTOS, 2013a). Com vista a esta questão, a última parte da seção 3.2 dedica-se à reflexão sobre cadeias causais.

A seção 3.3 debate a relevância do campo de estudos sobre desigualdade de saúde. Assim, aponta suas contribuições tanto para a teoria social quanto para o desenvolvimento e implementação de políticas públicas. Na seção 3.4 é feito um breve resumo sobre a história das pesquisas dedicadas ao entendimento do nexos causal entre assimetrias socioeconômicas e desigualdade de saúde. Embora tenha ganhado força dentro da sociologia apenas nos últimos quarenta anos, a discussão não é nova. Já no século XVII, alguns pesquisadores associavam a

maior longevidade e os menores riscos de acometimento por doenças infecciosas dos nobres às suas melhores condições de vida (LAHELMA, 2001; ROTHMAN, 1996).

Após o resumo histórico sobre o campo, a seção 3.5 problematiza os textos clássicos de Karl Marx, Max Weber e Émile Durkheim buscando apresentar as contribuições desses autores ao debate da sociologia sobre desigualdades de saúde. É importante dizer que o problema de pesquisa citado não esteve na agenda de nenhum dos três. Todavia, muitas das abordagens atuais perpassam por formulações teóricas originárias das perspectivas clássicas. Isso não significa que os autores contemporâneos declarem-se marxistas, weberianos ou durkheimianos, mas que muitas de suas concepções foram refinadas a partir de conceitos já presentes nos clássicos (BATEMAN, 2014; GOODMAN, 2013; LAHELMA, 2001; LANG e LOMBRAIL, 2014; WOLFE, 2014).

Por fim, a seção 3.6 volta-se aos estudos contemporâneos. Assim, discute a teoria das causas fundamentais elaborada por Link e Phelan, passa pelas pesquisas de Lutfey e Freese e, por fim, debate a perspectiva analítica de William Cockerham. Para a escolha destes autores e enfoques teóricos, dentre muitos outros que poderiam constar neste trabalho, foram levados em conta, em primeiro lugar, a contribuição que oferecem ao campo e à teoria social. Em segundo, a capacidade de suas teorias orientarem o desenvolvimento de políticas públicas.

## 3.2. DEFININDO DESIGUALDADE DE SAÚDE

### 3.2.1. Introdução

Boa parte dos progressos nas ciências sociais vem através de mudanças na definição e terminologia dos conceitos. Teorias e explicações causais, caso não se valham de definição rigorosa e exaustiva dos mesmos, tendem a apresentar resultados e constatações ambíguas e pouco precisas (GOERTZ e MAZUR, 2006). Elaborados de forma clara, contribuem ao entendimento sobre o campo de inserção, o escopo e o nível de generalização da pesquisa, além de como operam os fatores considerados na investigação do fenômeno e quais são os efeitos gerados (GERRING, 2012).

Desigualdade de saúde diz respeito a assimetrias na distribuição do estado de saúde entre categorias sociais (GRAHAM, 2007; LAHELMA, 2001; LANG e LOMBRAIL, 2014; WOLFE, 2014). Tem sido reportada através de investigações em diversos países (LINK e

PHELAN, 2013). Resulta de diferenças no acesso a recursos valiosos e na exposição a fatores de risco (LINK e PHELAN, 1995; 2013; WOLFE, 2014). Persistente ao longo do tempo, é sistemática, modificável e injusta. Representa o limite dos efeitos de assimetrias socioeconômicas na vida das pessoas (LANG e LOMBRAIL, 2014; WHITEHEAD e DAHLGREN, 2006; WOLFE, 2014).

Sistematicidade refere-se ao padrão demográfico constante e não aleatório com que a desigualdade social gera diferenças no estado de saúde. Alterabilidade significa que os efeitos não têm como causas características inerentes às pessoas ou grupos, mas a localização destas na estrutura socioeconômica (LANG e LOMBRAIL, 2014; WOLFE, 2014). Logo, podem ser amenizados ou aumentados a depender de mudanças que venham a ocorrer na maneira como os recursos estão distribuídos (LINK e PHELAN, 1995; 2013). Disparidades resultantes de circunstâncias que estão além da capacidade das pessoas de reverterem quadros e condições desfavoráveis são denominadas injustas (LANG e LOMBRAIL, 2014; WHITEHEAD e DAHLGREN 2006).

Progressos e inovações no campo médico e hospitalar, embora impactem positivamente na saúde, são capazes de agravar assimetrias. Ocorre através de distinção nas chances de uns mais que outros obterem certos tipos de tratamento e arcarem com seus custos (LAHELMA, 2001; LINK e PHELAN, 1995; 2013; WOLFE, 2014). Intervir sobre mecanismos excludentes nessa dimensão, porém, não é suficiente. A desigualdade de saúde resulta de divisões sociais que abrangem múltiplos fatores dentre os quais o complexo clínico hospitalar não repercute efeitos especiais (FIGUEIREDO SANTOS, 2011a; LANG E LOMBRAIL, 2014; WOLFE, 2014).

A constatação de que os pobres e não privilegiados vivem em piores condições de saúde e morrem mais jovens em relação aos ricos e privilegiados é antiga (LAHELMA, 2001; LINK e PHELAN, 2013; WOLFE, 2014), porém o número de abordagens voltadas à estratificação social ainda é discreto em comparação com aquelas focadas em aspectos biomédicos (GIDDENS, 2012; LAHELMA, 2001). Vem crescendo nos últimos anos, todavia ainda não alcançou consenso sobre medidas e fatores que devem ser considerados na investigação (DEATON, 2002; LAHELMA, 2001; WOLFE, 2014). Da diversidade de abordagens, surgem inúmeras definições. Por um lado, isso acarreta dificuldades na especificação sobre ao que se refere o conceito de desigualdade de saúde, por outro, revela a multiplicidade de coisas e a complexidade dos mecanismos envolvidos (DEATON, 2002;

WOLFE, 2014). Dentre outras, há pesquisas voltadas aos efeitos do lugar, das condições socioambientais, dos comportamentos e do tratamento recebido pelas pessoas em instituições médicas (GIDDENS, 2012; CARTER-POKRAS e BAQUET, 2002; WOLFE, 2014).

Por sua vez, estudos dedicados ao nexos entre a localização na estrutura social e o estado de saúde precisam esclarecer quais são os fatores considerados, o porquê da escolha e por quais vias são capazes de afetar a qualidade de vida (BARKER, 2014). Como os efeitos da estratificação seguem um continuum e afetam todas as camadas da sociedade, também necessitam especificar atributos que delimitem categorias e explicar por quais vias interagem com os fatores socioeconômicos ao impactarem na saúde das pessoas (GRAHAM, 2007; LUTFEY E FREESE, 2011; WOLFE, 2014).

Trabalhos recentes em epidemiologia social e sociologia médica têm mostrado a variedade e complexidade dos mecanismos envolvidos. O estado de saúde emerge do movimento dinâmico de múltiplas vias ao longo do curso de vida das pessoas (CARVALHAES, 2013; COCKERHAM, 2014; LANG, 2014). Desta forma, empreendimentos investigativos imprecisos e pouco acurados na elaboração de esquemas analíticos, afora enfrentarem dificuldades operacionais, de verificabilidade e falseabilidade, podem comprometer o entendimento do elo causal ao não considerarem rigorosamente os mecanismos e fatores que o envolvem (BARKER, 2014; KRIEGER, WILLIAMS, e MOSS, 1997; LANG e LOMBRAIL, 2014; LAHELMA, 2001; WOLFE, 2014).

Outra questão relevante a motivar inúmeros debates refere-se ao que deve ser considerado para a medição da saúde (BATEMAN, 2014; ONGE, 2014). Mortalidade, segundo muitos autores, é a melhor medida, pois representa o estado extremo das consequências de condições socioeconômicas precárias (ROGERS, HUMMER e NAM, 2000). Outros pesquisadores sugerem refinamento, ou seja, exame mais detalhado sobre as causas de morte. Há aqueles que se voltam à presença ou ausência de doenças físicas e mentais, os que se valem da autodeclaração feita pelas pessoas sobre seu estado de saúde e, também, os que sugerem que sejam analisados mais de um dentre estes indicadores (BATEMAN, 2014; CARVALHAES, 2013). A presente dissertação utiliza a autodeclaração.

### 3.2.2. A desigualdade de saúde dentro e entre os países

O nexos causal que conecta o estado de saúde à posição socioeconômica revela sua força ao sinalizar profundas desigualdades não só dentro, mas também entre os países (FIGUEIREDO SANTOS, 2013a; LANG e LOMBRAIL, 2014). Embora as taxas de mortalidade nas populações pelo mundo continuem a cair, os 43 anos de expectativa de vida a mais que os japoneses têm em relação aos angolanos exemplificam a afirmativa (LANG e LOMBRAIL, 2014).

A maioria das investigações tem sido feitas em nações desenvolvidas. No entanto, a pesquisa comparativa é capaz de revelar, entre regiões, como níveis de renda per capita, situação social e política influenciam as causas de morte (ONGE, 2014). Em particular, países menos desenvolvidos, quando possuem estatística disponível, revelam maiores índices de mortalidade materna, de crianças e de jovens. Nessas sociedades ocorrem mais casos de doenças infecciosas e óbitos devido à exposição a fatores de risco. O acesso limitado a alimentos de qualidade, à água potável e ao tratamento médico são alguns dos fatores a explicarem tal situação (LANG e LOMBRAIL, 2014; ONGE, 2014).

Dentro dos países — incluindo não só os extremamente pobres, mas também os em desenvolvimento e os mais ricos — assimetrias socioeconômicas afetam fortemente o estado de saúde das pessoas (LANG e LOMBRAIL, 2014; ONGE, 2014). A literatura aponta para diferenças na longevidade que chegam aos 10 anos nas sociedades menos igualitárias (ONGE, 2014). Embora o nível de riqueza faça cair os índices de mortalidade infantil e materna nas nações do primeiro mundo, profundas desigualdades presentes em algumas delas geram condições e padrões de vida diferenciados entre os estratos da população. Por conseguinte, áreas do globo no topo do desenvolvimento econômico e industrial, como Estados Unidos e Europa, respondem por consideráveis disparidades de saúde (LANG e LOMBRAIL, 2014). Nestas regiões, as taxas de mortalidade estão associadas a doenças crônicas, problemas cardiovasculares e cânceres. Países em desenvolvimento são fortemente afetados por essas patologias e alguns, ainda hoje, por doenças infecciosas. Isso faz com que pesquisá-los seja importante para o entendimento sobre as mudanças nos padrões epidemiológicos (ONGE, 2014).

### 3.2.3. Transição epidemiológica e persistência da desigualdade de saúde

Transição epidemiológica refere-se a mudanças na natureza e na escala das doenças motivadas por progressos nas condições de vida, melhorias na disponibilidade e qualidade do serviço médico, além da implementação de estratégias de combate a epidemias (FRENK et al., 1991; OMRAN, 2005). Segundo aqueles que a investigam, no passado, as principais doenças eram as infecciosas como tuberculose, cólera, malária e pólio. Podendo se proliferar rapidamente, chegavam a representar riscos para populações inteiras (DUARTE e BARRETO, 2012; GIDDENS, 2012). O desenvolvimento econômico e social do século XX fez com que fossem gradativamente erradicadas. Em seu lugar, entraram as doenças crônicas não transmissíveis (GIDDENS, 2012; GRAHAM, 2007; LAHELMA, 2001; LINK e PHELAN, 2013).

Atualmente, dentre as causas mais comuns de mortes no mundo destacam-se o câncer, as doenças cardiovasculares, o diabetes, as enfermidades respiratórias e as doenças neuropsiquiátricas (GOULART, 2011; GRAHAM, 2007; LINK e PHELAN, 2013; WHO, 2005; 2014). Como discutido anteriormente, deve-se destacar que a situação dos países difere conforme seu nível de desenvolvimento e distribuição de riquezas. Nas nações extremamente pobres, muitos ainda morrem acometidos por doenças infecciosas (LANG e LOMBRAIL, 2014; ONGE, 2014). Mesmo no que se refere às enfermidades crônicas, por volta de 80% dos óbitos por elas provocados ocorrem nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (GOULART, 2011; LANG e LOMBRAIL, 2014; MALTA et al., 2014; WHO, 2005).

Dentro de sociedades marcadas pela miséria, a situação pode ser diversificada com as poucas pessoas em estratos privilegiados sendo acometidas por doenças crônicas e as demais, em situação desvantajosa, tanto por crônicas quanto por infecciosas (GOULART, 2011; LANG e LOMBRAIL, 2014). Nos países do primeiro mundo, onde patologias como malária e cólera já não representam riscos, o que acontece é uma desigual distribuição de cânceres, infartos e acidentes vasculares cerebrais. Pessoas em classes próximas do topo social têm propensão bem menor a morrer ou sofrer com esses distúrbios e enfermidades (GRAHAM, 2007; LAHELMA, 2001; LANG e LOMBRAIL, 2014; LINK e PHELAN, 1995; 2013; ONGE, 2014). No Brasil — país entre os dez maiores PIBs do mundo, mas marcado por profundas desigualdades — as doenças crônicas não transmissíveis figuram como a principal causa de morte e representam aproximadamente 70% do total. Aqueles que mais por elas são

afetados localizam-se na base da pirâmide socioeconômica (GOULART, 2011; IBGE, 2014; MALTA et al., 2014).

### 3.2.4. Cadeias causais e desigualdade de saúde

Na sociologia médica, a noção de causalidade é útil porque ajuda a pensar a complexa cadeia de eventos em que múltiplos e dinâmicos mecanismos afetam a saúde. Tanto torna mais palpável a elaboração de esquemas analíticos quanto a implementação de intervenções (LANG e LOMBRAIL, 2014). Desta forma, frequentes na literatura, teorias causais envolvem pelo menos dois elementos, sendo estes um fator causal e um efeito ou resultado. O primeiro gera impactos que provocam algum tipo de alteração no mundo social, já o segundo diz respeito às mudanças percebidas quando os fatores causais operam. Causas que estão mais diretamente relacionadas a um efeito são chamadas proximais, já aquelas que têm relação indireta ou através de outros fatores são denominadas distais (GERRING, 2012). Embora possa haver múltiplos fatores a gerarem vários resultados, as teorias devem especificar em proposições quais causas geram quais efeitos. De acordo com John Gerring (2012, p. 199),

[...] to say that a factor,  $X$ , is a cause of an outcome,  $Y$ , is to say that a change in  $X$  generates a change in  $Y$  relative to what  $Y$  would otherwise be (the counterfactual condition), given certain background conditions (*ceteris paribus* assumptions) and scope-conditions (the population of the inference). This will serve as a minimal definition of causality.

Given the importance of variation in  $X$  and  $Y$ , it may be helpful to think of  $X$  as  $\Delta X$  (delta  $X$ ) and  $Y$  as  $\Delta Y$  (delta  $Y$ ). If the relationship between  $X$  and  $Y$  is causal, a change in  $X$  generates some change in  $Y$ :  $\Delta X \rightarrow \Delta Y$  (at least probabilistically).

Um argumento causal deve explicar por que uma coisa aconteceu (acontece) e outras não. Geralmente, presume-se na explicação causal (entre um fator  $x$  e um efeito  $y$ ) que outros fatores (por exemplo,  $k$ ,  $w$  e  $z$ ) são constantes. Não se devem confundir teorias causais com previsões, ou proposições onde um fator necessariamente acarreta um determinado efeito, pois

when one asserts that  $X$  causes  $Y$  one is asserting that the actual (ontological) probability of an event is increased by  $X$ , not simply a theory's predictive capacity. This is what distinguishes a causal argument from a description or

prediction. To be causal, the factor in question must generate, create, or produce an effect. Of course, it is not always possible to specify precisely why *X* generates *Y*. Yet in identifying *X* as a cause of *Y* one is presuming the existence of some causal mechanism – understood here as the pathway or process or chain of intermediary variables by which *X* affects *Y* (GERRING, 2012, p. 200).

Na perspectiva acima, teorias causais referem-se à probabilidade de um evento ocorrer, a depender dos fatores envolvidos, e não ao argumento determinístico de que havendo um fator *X*, o resultado *Y* obrigatoriamente irá ocorrer. Complementar a isto, deve-se afirmar não existir maneira de controlar todos os ruídos (fatores externos ao elo, mas que o distorcem). Busca-se a precisão na explicação dos nexos causais<sup>2</sup>, mas um conhecimento totalizante e que abarque todas as causas envolvidas em um fenômeno é impossível (GERRING, 2012).

Trazendo as formulações de John Gerring (2012) para a presente dissertação, pode-se dizer que cada consequência de status socioeconômico é um elo na sequência causal (LUTFEY e FREESE, 2011). Por exemplo, os vários determinantes sociais da saúde não se restringem à personalidade de alguém que ingere excessivamente bebidas alcoólicas, mas incluem o seu comportamento em um vasto escopo social e econômico (LANG e LOMBRAIL, 2014). O emprego, a escolaridade e a renda são elementos que poderiam ser sondados como possíveis fatores a desencadear maior ou menor propensão das pessoas virem a se envolver com a citada prática de risco. Já o resultado ou consequência pode ser referido como o início do vício alcoólico.

---

<sup>2</sup>Alguns critérios auxiliam na formulação de bons argumentos causais (GERRING, 2012):

*Clareza*: um bom argumento causal deve especificar quais são as dimensões envolvidas na relação causal evitando ambiguidade a respeito dos fatores que considera e dos efeitos que estes geram. Imprecisões e pouca acuidade podem trazer dificuldades operacionais, além de comprometerem a verificabilidade e a falseabilidade da pesquisa.

*Manipulabilidade*: a relação causal a ser investigada deve ser manipulável. Caso contrário, tornar-se-á impossível submeter a testes o argumento ou proposição.

*Separabilidade*: para que seja estabelecida uma relação de causalidade, o fator causal deverá ser passível de separação dos efeitos que gera.

*Independência*: a proposição deve averiguar a independência do fator causal em relação a outras possíveis causas, ou seja, deve demonstrar que o efeito é gerado por aquilo que se reivindica como causa geradora e não por outra coisa.

*Impacto*: explicações causais dizem respeito à variação em um resultado gerada por uma causa. Quanto maior for a variação observada, maior poder de explicação é atribuído ao fator causal.

*Mecanismo*: são os meios pelos quais os fatores causais geram efeitos no mundo social. “In model-based terminology it may be understood as the causal pathway, process, mediator, or intermediate variable by which a causal factor of theoretical interest is thought to affect an outcome” (GERRING, 2012, p. 215).

Estendendo o exemplo, sabe-se que existe relação entre o alcoolismo e doenças degenerativas do fígado. É possível afirmar, então, que a ingestão exagerada de bebidas é causa proximal em relação a essas enfermidades. Por outro lado, é sabido também que muitos alcoólatras com o vício se envolvem em resposta a situações estressantes — condições de vida precárias, emprego desgastante, baixa renda — (ROOS e WU, 1995). Neste caso, a doença degenerativa do fígado é o efeito e a ingestão de bebidas a causa proximal que lhe provoca. Mercado de trabalho e distribuição de renda são causas distais da enfermidade. Note-se que o vício é tanto um efeito de fatores estruturais como uma causa da doença.

*Fatores estruturais → Vício → Doença*

É relevante afirmar que entre fatores estruturais e vício e entre vício e doença existem mecanismos a fazer um evento ocasionar outro. Estresse e falta de opções prazerosas para o relaxamento são vias pelas quais empregos desvantajosos podem levar alguém a se envolver com vícios. Os mecanismos que operam entre o vício e a doença também são vários. Citando apenas um, é provável que pessoas nos estratos socioeconomicamente desfavorecidos façam menos consultas em que o fígado seja alvo de sondagens.

Presumir que outros fatores são constantes na análise causal significa, para a cadeia de eventos acima referida, supor que, por exemplo, predisposições genéticas à doença degenerativa do órgão afetado pelo alcoolismo são mais ou menos as mesmas para todas as pessoas da população investigada. Atualmente, graças às vastas bases de dados disponíveis em alguns países e aos programas computacionais utilizados para modelagem estatística, os sociólogos médicos conseguem controlar uma multiplicidade de fatores que poderiam gerar distorções analíticas (COCKERHAM, 2013). Porém, como muitos destes geram efeitos que, intrinsecamente, se misturam a efeitos de outros fatores (GERRING, 2012), a tarefa de captar e explicar as relações causais em um fenômeno continua a demandar perspicácia daqueles que com ela se envolvem.

Afora a definição de teoria causal e a lógica explicativa da relação entre determinantes sociais e desigualdade de saúde conforme foram descritas, deve-se, também, considerar a noção de causalidade reversa. Neste caso, questiona-se o quanto saúde precária pode acarretar em limitadas chances de vida e menores probabilidades de realização (ONGE, 2014). Há teorias a sugerirem que pessoas em tais condições, na infância ou início da idade adulta, são menos propensas a completar a escolaridade básica e a ingressar em ocupações prestigiosas. Existem também questões referentes às escolhas. Aqui, a proposição é que pessoas saudáveis

teriam maior propensão a buscar estilos de vida promotores da saúde e melhores condições de executá-los (ONGE, 2014). Por esta lógica explicativa, o esquema acima poderia também ser pensado da seguinte maneira:

*Doença → Vício → Fatores estruturais*

Para esta formulação da cadeia causal, poderiam ser pensados quais atributos da situação de doente tenderiam a ocasionar o envolvimento com o vício em entorpecentes. Caso fosse verificado que a enfermidade seria causa de estresse e que o vício viria como possível meio para aliviá-lo, mais elementos poderiam ser inseridos. Se pessoas doentes, já detentoras de menores chances de escolarização e com probabilidades mais baixas de ingresso em certas ocupações, viessem, ainda, com alta frequência, a se envolverem com o vício, a interação entre estes fatores poderia acarretar em efeitos estruturais não correspondentes à sua simples soma. Afora a afetação do status socioeconômico por dificuldades causadas pelo adoecimento, o envolvimento com entorpecentes poderia ampliar a desvantagem em termos de ingresso no mercado de trabalho e demandar gastos ainda maiores para tratamentos. Interação entre efeitos que tornaria as condições de vida, as oportunidades e o acesso a recursos valiosos destas pessoas ainda mais precários.

### 3.3. RELEVÂNCIA DO CAMPO DE ESTUDOS SOBRE DESIGUALDADE DE SAÚDE

Em comparação com estudos referentes aos aspectos médicos, ainda é pouca a investigação voltada aos determinantes sociais da saúde e da doença. Não obstante, nos últimos anos, vem ganhando força a tese na qual a desigualdade nessa dimensão, ao resultar de assimetrias socioeconômicas, é alterável e pode ser amenizada. Diversas pautas em agendas políticas têm sido criadas a partir dessa perspectiva (ADLER e REHKOPF, 2008; ADLER e STEWART, 2010; GRAHAM, 2007; WOLFE, 2014). No Brasil, a inserção do tema no debate sociológico sobre estratificação é recente (FIGUEIREDO SANTOS, 2011a; CARVALHAES, 2013).

Várias implicações podem advir da limitação de conhecimentos sobre o assunto. A principal delas, certamente, é o insuficiente alcance de intervenções que, não esclarecidas a respeito dos fatores socioeconômicos subjacentes, acabam por tocar a desigualdade de saúde apenas superficialmente. Por vezes, podem até reforça-la ao invés de reduzi-la. Desta forma, fica claro que a investigação minuciosa é crucial para o entendimento do problema e seus

achados não devem se ater apenas aos domínios da esfera acadêmica (CARTER-POKRAS e BAQUET, 2002; GRAHAM, 2007; WOLFE, 2014).

Não existem evidências de que avanços médicos e hospitalares, ou mesmo de políticas estritamente voltadas para a saúde, exerçam algum efeito especial nesse tipo de desigualdade. Ao invés disso, conforme aponta a literatura, as diferenças nas taxas de morbidade e mortalidade são mais bem explicadas como resultantes da associação entre múltiplos fatores socioeconômicos (BAKER, 2014; FIGUEIREDO SANTOS, 2011a; GRAHAM, 2007; ONGE, 2014; LINK e PHELAN, 1995; 2013; WILLIAMS, 1990). Não obstante, o desafio é esclarecer como cada fator ou conjunto de fatores opera e assim estabelecer relações causais com os efeitos observados.

Ao se basearem no conhecimento sobre os determinantes sociais, as políticas podem ser implementadas conforme os diferentes níveis da realidade social, considerar a multiplicidade de mecanismos e ponderar sobre as peculiaridades da sequência causal envolvida. Desta forma, terão maiores chances de repercutir nos fatores geradores de efeitos e, conseqüentemente, alterar os resultados de saúde (BAKER, 2014).

Os níveis se interconectam e, na investigação, não devem ser isolados (BAKER, 2014). A título de ilustração, no micro, práticas arriscadas — alimentação não balanceada e gordurosa, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, etc. — são capazes de impactar no estado de saúde e aumentar as chances de incidência de doenças crônicas não transmissíveis (ROSS e WU, 1995; LINK e PHELAN, 2013; LANG e LOMBRAIL, 2014; WOLFE, 2014). No meso, diferentes formas de tratamento dadas às pessoas em instituições como escolas, empresas, hospitais e clínicas podem produzir assimetrias de saúde. Isso ocorre através de distinção nas expectativas em que grupos não privilegiados ou pouco estimados são mais propensos a receber tratamento e atenção inadequados (LUTFEY e FREESE, 2005; 2011). Por fim, no nível macro, aspectos como riqueza, renda, local de residência, habitação, riscos no trabalho e ambientais ou a falta de coesão social podem repercutir em assimetrias nos resultados de saúde a depender de onde as pessoas estão posicionadas no que se refere à localização e distribuição destes fatores (BAKER, 2014; BRAVEMAN et al., 2005; WHITEHEAD e DAHLGREN, 2006; WILKINSON e MARMOT, 2003).

Quanto à interconexão entre os níveis, no que diz respeito às teorias supramencionadas, é razoável supor que a incidência de comportamentos de risco pode se associar à qualidade dos tratamentos acessados. A interação entre esses dois tipos de fatores

repercute impactos nos resultados de saúde que não são equivalentes à sua simples soma. Assimetrias de saúde causadas por práticas não saudáveis podem ser ampliadas pela ineficácia dos tratamentos a elas direcionados. Por outro lado, caso a conduta dos profissionais em hospitais e clínicas, de alguma forma, seja explicada por sua expectativa de maior propensão a práticas não saudáveis por parte das pessoas menos privilegiadas, deverá constar em análise sobre tais mecanismos que as causas reforçam-se uma à outra.

A teoria das causas fundamentais abarca o nível macro, ao tratar do aspecto distribucional, e o micro, ao refletir sobre a capacidade das pessoas gerarem proteção à sua saúde no uso de certos tipos de recursos (LINK e PHELAN, 1995; 2013). Lutfey e Freese são críticos da teoria de Link e Phelan e afirmam que considerar apenas a distribuição (aspecto estrutural) e a forma como recursos são utilizados (nível da ação) não é suficiente para um quadro geral sobre causas fundamentais. É necessário levar em conta, também, a dimensão institucional (nível meso) (LUTFEY e FREESE, 2005; 2011).

Esquemas analíticos que visem formular seqüências causais necessitam ser construídos cuidadosamente, pois é dinâmica a maneira como os diversos determinantes repercutem na saúde ao longo da vida. Por outro lado, a interconexão entre os vários níveis da realidade social torna complicada a tarefa de especificar qual fator gera qual efeito (BLAKELY e WOODWARD, 2000; BRAVEMAN et al., 2010; LANG E LOMBRAIL, 2014; WOLFE, 2014). Causas proximais, aparentemente simples de interpretar, podem revelar-se envoltas em amplas teias de elos nada fáceis de serem esquematizados. Assim, intervenções emergenciais, ou de pequeno alcance, produzem resultados insuficientes quando adotadas para sua resolução (BAKER, 2014; KRIEGER, WILLIAMS e MOSS, 1997; LANG E LOMBRAIL, 2014; WHITEHEAD e DAHLGREN 2006). Pesquisas recentes demonstraram que condições de vida na infância e até as circunstâncias do desenvolvimento intrauterino têm potencial preditor no tocante ao acometimento por doenças na idade adulta. Outros estudos têm revelado que ampla gama de comportamentos de risco, supostamente ditados por escolhas, na verdade são antecidos por fatores macrossociais (BAKER, 2014; BLAKELY e WOODWARD, 2000; LANG e LOMBRAIL, 2014; LINK e PHELAN, 1995; 2013; WILLIAMS e MOHAMMED, 2009; WOLFE, 2014).

Referente à eficácia interventiva de políticas de saúde, o exemplo a seguir ilustra algumas de suas dificuldades. Difundir informação e aumentar o número de médicos gastroenterologistas pode não ser o bastante para lidar com os males provocados por certas

práticas alimentares. Pode-se estar informado a respeito do mal gerado à saúde na ingestão frequente de pratos gordurosos, porém, sem a renda necessária para a compra de alimentos saudáveis, dificilmente o quadro é revertido. Isso, porque foi citada apenas a questão mais óbvia, ou seja, o preço dos alimentos. Outros pontos poderiam ser levantados, como o fato de pessoas menos instruídas estarem mais propensas a não entenderem prescrições dos médicos ou, ainda, não possuírem cálculo prospectivo ao ponto de compreenderem que a dieta apenas traz resultados no longo prazo. Diferentemente dos programas de conscientização promovidos por especialistas, políticas que garantam acesso à renda e à escolaridade não são implementadas tão facilmente.

#### 3.4. BREVE RESUMO SOBRE A HISTÓRIA DAS PESQUISAS DEDICADAS AO ENTENDIMENTO DO NEXO CAUSAL ENTRE ASSIMETRIAS SOCIOECONÔMICAS E DESIGUALDADE DE SAÚDE

A seção 3.4 consiste em breve incursão histórica voltada às principais investigações sobre o nexo entre fatores socioeconômicos e o estado de saúde. O intuito é reflexão acerca de como o campo de pesquisa se desenvolveu e consolidou. Discute, assim, as mudanças de perspectiva e abordagem ocorridas ao longo do tempo e algumas tendências surgidas nos últimos anos. Há investigações precursoras que permanecem atuais. Outras, embora explicativas no passado, já não são mais aplicáveis. Isso acontece, conforme discutido na seção sobre a transição epidemiológica, porque as causas de doenças e fatores de risco tendem a mudar com o tempo (LAHELMA, 2001; WOLFE, 2014).

Os primeiros estudos em epidemiologia social datam de período em que as cidades modernas ainda floresciam. Tinham como escopo explicar as diferenças entre zona rural e área urbana no que tange aos seus efeitos sobre a longevidade. Nos séculos XVIII e XIX, com a expansão populacional e o crescimento não planejado das cidades, a questão principal passou à infraestrutura urbana. Datam do período eminentes estudos direcionados ao nexo entre más condições de vida e aparecimento de doenças infecciosas (CHADWICK, 1842; SNOW, 1849; MACINTYRE, 1997). No XX, a relação entre assimetrias socioeconômicas e desigualdade de saúde assumiu posição de destaque. Houve perspectivas a defender que o desenvolvimento extingiria este tipo de desigualdade e outras argumentando que novas divisões sociais emergiriam e se tornariam mais centrais que classe. Muita confiança foi

depositada nos progressos médicos e hospitalares (KADUSHIN, 1964; LAHELMA, 2001; LEE e TURNER, 1996; WOLFE, 2014). Nas últimas décadas, o campo foi redesenhado. Buscando pensar além das dimensões estrutural e institucional, influentes estudiosos têm apontado o potencial de estilos de vida e comportamentos em predizer o estado de saúde das pessoas (COCKERHAM, 2007; COCKERHAM, ABEL E LÜSCHEN, 1993; LAHELMA, 2001).

Um dos primeiros estudos em epidemiologia social data do século XVII. Elaborado por John Graunt, tinha como intuito comparar a qualidade de vida de moradores da área urbana com a daqueles da zona rural da cidade de Londres. Embora não dispondo de aparato estatístico e metodológico avançado, o estudo concluiu que os residentes na parte urbana possuíam menor expectativa de vida. A hipótese apresentada pelo autor para explicar a relação apontou para os níveis de poluição. Pessoas vivendo na zona rural eram menos expostas, tão logo, tendiam a viver mais (LAHELMA, 2001; ROTHMAN, 1996).

O século XVIII é marcado pelos primeiros levantamentos estatísticos sobre a população de um país. Desenvolvidos na Suécia, logo foram utilizados para apontar o grande acometimento pela peste sofrido por aqueles nos estratos mais miseráveis. As causas relatadas por estes estudos citam a má alimentação, a ansiedade, a pouca infraestrutura e a pobreza como principais fatores de risco (FRITZELL e LUNDBERG, 2005).

No início do século XIX, pesquisas sobre diferenças de saúde fomentaram a implementação de políticas públicas na Grã-Bretanha (LAHELMA, 2001). Marca o período a obra de Edwin Chadwick (1842) sobre as condições sanitárias dos trabalhadores britânicos. Nela, o autor relacionou a média de idade no momento da morte à posição social. Constatou que os nobres viviam muito mais que os trabalhadores. Chadwick também enfatizou que medidas de higiene eram necessárias para a prevenção e o combate contra doenças infecciosas. Na mesma época, estudos estadunidenses concluíram sobre o nexo entre pobreza, deficiência física, morbidade e morte prematura (LAHELMA, 2001).

As investigações supramencionadas, somadas ao desenvolvimento das estatísticas oficiais, forneceram importantes ferramentas e materiais à análise das desigualdades de saúde oriundas das divisões sociais. Não só contribuíram para a implementação de políticas de saúde, como também para a formulação de influentes projetos de pesquisa (LAHELMA, 2001).

Um dos primeiros a refletir sobre a conexão entre medicina e ciências sociais foi Rudolf Virchow, em 1848, ao apontar as condições de vida e de trabalho como duas das principais causas da febre tifoide (doença que acometia os mineiros na Alta Silésia à época). Para Virchow, a medicina é também uma ciência social e deve dialogar com a política visando garantir a saúde e o bem estar da população. Estes são direitos democráticos e não devem se restringir a privilégio de alguns (VIRCHOW, 1848, Apud LAHELMA, 2001). Ainda na Alemanha do século XIX, Friedrich Engels escreveu sobre a vulnerabilidade física e mental de pessoas vivendo em condições precárias e em situação de desvantagem socioeconômica (ENGELS, 2010).

Embora a pesquisa dos dias atuais deva muito às obras mencionadas, a fundação dos estudos modernos em disparidades de saúde só ocorreu no início do século XX (WOLFE, 2014). Evidenciando a não linearidade do desenvolvimento do campo, num primeiro momento, houve declínio nas perspectivas médicas que davam atenção à dimensão socioeconômica e ascendência daquelas voltadas a fatores biológicos (LAHELMA, 2001). Já nos Estados Unidos dos anos de 1920, a implementação de estatísticas populacionais sobre saúde e doença foi responsável por reerguer a reflexão das ciências sociais na medicina. Não só isso, também abriu espaço para que os inquéritos populacionais se transformassem em instrumentos de monitoramento da saúde e do bem-estar (KRIEGER, WILLIAMS e MOSS, 1997; LAHELMA, 2001).

Na mesma década, foi elaborada na Grã-Bretanha uma tipologia que classificava as pessoas em categorias conforme a ocupação. O esquema foi utilizado em estatísticas vitais e revelou a relação entre mortalidade infantil e situação socioeconômica. Porém, devido à influência dos especialistas em genética e dos eugenistas, enfrentou dificuldades em ser aceito pela comunidade acadêmica da época (LAHELMA, 2001).

Passando ao final dos anos de 1930, surge nos Estados Unidos o estudo de Faris e Duham (1939, Apud WOLFE, 2014) que demonstrou a vinculação entre saúde mental e pobreza. Trabalhos similares, nas décadas seguintes, articularam informações socioeconômicas ao tipo de tratamento que as pessoas recebiam. Constataram que aquelas em desvantagem tanto acessavam cuidados menos qualificados quanto sofriam de distúrbios psicológicos mais severos (WOLFE, 2014).

As dramáticas mudanças ocorridas no mundo ao longo do século XX serviram como catalisadoras de crescentes disparidades. Apesar disso, até a década de 1970, ainda eram

muitos os especialistas que viam na desigualdade de saúde um problema a ser resolvido por meio da expansão da disponibilidade e do progresso nas técnicas médicas de tratamento. Isso sem mencionar os que acreditavam na erradicação da miséria e da pobreza, provenientes do desenvolvimento econômico nas nações ricas, como solução (WOLFE, 2014).

Em meio a expectativas, surge em 1980 a ampla investigação intitulada *Black Relatory*. Ao apresentar evidências detalhadas sobre o nexo entre desvantagem econômica, morbidade e mortalidade — persistente na Grã-Bretanha mesmo após avanços no sistema de saúde e progressos nas condições de vida —, o estudo contribuiu para que as perspectivas desenvolvimentistas e as focadas estritamente no complexo médico hospitalar fossem refutadas (WOLFE, 2014). A questão não era o quanto de desenvolvimento, ou o tipo de medicina, mas a continuidade das assimetrias na distribuição de recursos pouco alteradas pela expansão econômica das décadas de 1960, 1970 e 1980 (GRAHAM, 2007; LANG e LOMBRAIL, 2014, LAHELMA, 2001).

Nos anos de 1990, o campo aumentou consideravelmente. Em 2004, a desigualdade de saúde constava como palavra-chave em 13 vezes mais artigos que o observado dez anos antes (ADLER, 2006, Apud WOLFE, 2014). Cresceu também o número de disciplinas. Atualmente, não só a sociologia, a epidemiologia social e a medicina, mas também o direito, a economia e a filosofia têm áreas de estudos voltadas à questão. À medida que a quantidade de pesquisas aumenta, ocorrem alterações também no tipo de questões a serem respondidas. Acompanha o quadro uma progressiva sofisticação dos métodos e o refinamento das abordagens (LAHELMA, 2001; WOLFE, 2014).

Ainda hoje é difícil convencer os leigos sobre as implicações de fatores socioeconômicos. Para o senso comum, o problema é estritamente proximal (LAHELMA, 2001). É verdade que muitos estudos nos últimos vinte anos vêm apontando para os comportamentos e estilos de vida como fortemente relacionados à deterioração da saúde e ao aparecimento de doenças (COCKERHAM, ABEL e LÜSCHEN, 1993; ROSS e WU, 1995; WOLFE, 2014). Por outro lado, diversos especialistas continuam a empreender investigações com vista a entender os efeitos das melhorias nas técnicas de tratamento e da ampliação do sistema hospitalar (LAHELMA, 2001). Houve quem propusesse que classe perderia força explicativa nos países ricos à medida que sua economia crescesse (LAHELMA, 2001; SCRAMBLER e HIGGS, 1999).

O parágrafo anterior sinaliza alguns dos dilemas enfrentados. Não há dúvida que o campo permanece recheado de divergências teóricas. Porém, atualmente, são poucos os especialistas a questionarem a validade da afirmação de que assimetrias socioeconômicas afetam a saúde das pessoas. Para a grande maioria, a disputa ocorre em torno de explicar como isso ocorre. Independente da predileção teórica de cada um, a diversidade de abordagens indica que o campo permanece vivo e intenso. O aumento da investigação também é acompanhado de tentativas da academia em fazer com que o conhecimento produzido ultrapasse seus muros (LAHELMA, 2001; WOLFE, 2014).

### 3.5. CONTRIBUIÇÃO DOS CLÁSSICOS

Nesta seção, o objetivo consiste em breve análise e problematização teórica dos textos clássicos de Karl Marx, Max Weber e Émile Durkheim. Mais especificamente, são apresentadas as contribuições desses autores ao debate da sociologia sobre desigualdades de saúde. O problema de pesquisa citado não esteve na agenda de nenhum dos três. Porém, muitas das abordagens atuais perpassam por formulações teóricas originárias das perspectivas clássicas. Não que os autores contemporâneos declaradamente sejam marxistas, weberianos ou durkheimianos. A questão é que muitas de suas concepções foram refinadas a partir de conceitos que já estavam presentes nos clássicos (BATEMAN, 2014; GOODMAN, 2013; LAHELMA, 2001; LANG, 2014; WOLFE, 2014).

Em Karl Marx, o conceito de classe social permite reflexão sobre como a vida das pessoas é afetada por sua localização na estrutura socioeconômica (CUEVA, 1974; GIDDENS, 2012; GOODMAN, 2013; LANG e LOMBRAIL, 2014; MARX e ENGELS, 2010). A divisão social entre os detentores dos meios de produção e aqueles que vendem a força de trabalho perpassa boa parte da obra do autor e retrata cenário caracterizado pela assimétrica distribuição de recursos. O processo pelo qual os primeiros se apropriam dos frutos do trabalho dos não detentores sem lhes recompensar proporcionalmente é denominado exploração (GIDDENS, 2012; MARX e ENGELS, 2010; WRIGHT, 1985; 2008).

Estas concepções do marxismo serviram à construção de teorias como as de Erik Wright e Goran Therborn (discutidas nas seções 2.2 e 2.3 desta dissertação). Contribuíram também, mesmo que indiretamente, para muitos pesquisadores no campo da sociologia médica. Reflexões sobre o emprego, a posse de recursos, o controle, a regulação e as relações

de trabalho deram vazão à elaboração de esquemas analíticos onde a situação das categorias é utilizada para prever as probabilidades de saúde das pessoas (ALVES COIMBRA, 2015; GOODMAN, 2013; LAHELMA, 2001; LANG e LOMBRAIL, 2014).

Condições materiais dizem respeito às circunstâncias em que as pessoas vivem e trabalham. De acordo com Marx, resultam do modo como são produzidos os meios de existência e expressam assimetrias de poder (GIDDENS, 2012; MARX e ENGELS, 2001; 2010; WRIGHT, 1985; 2008). No século XIX, as condições nas quais se encontravam os operários eram marcadas por exposição a riscos na área de produção, jornadas insalubres, expedientes deteriorantes e salários insuficientes. Com direitos trabalhistas mínimos, não tinham como reivindicar os meios e recursos a permitirem reversão da situação amplamente desvantajosa em que se encontravam (ASSIS, 2010; MARX, 1983; MARX e ENGELS, 1989; 2001; 2010). Desta forma, muitos viviam em habitações precárias, sem instalações sanitárias ou pavimentação nas ruas (ASSIS, 2010; CHADWICK, 1942; GOODMAN, 2013; SNOW, 1849). A situação econômica da classe burguesa, por outro lado, era caracterizada por abundância e constante acumulação de recursos (MARX, 1983; MARX e ENGELS, 1989; 2001; 2010).

Inúmeros estudos, atualmente, demonstram onexo causal entre condições de vida precárias e incidência de doenças infecciosas, baixa longevidade e mortalidade. Outras investigações apontam a relação entre as vantagens detidas pelos estratos privilegiados — maneira como chamam a burguesia e a pequena burguesia, atualmente — e seus baixos índices de acometimento por doenças crônicas não transmissíveis, maior expectativa de vida e melhor saúde física e mental (ALVES COIMBRA, 2016; BAKER, 2014; LYNCH et al., 2000; EVANS e KANTROWITZ, 2002; LINK e PHELAN, 2013; WOLFE, 2014).

O modelo biomédico muito empreendeu para a noção de que a saúde é condicionada principalmente por fatores biológicos. Não obstante, vários estudos sociológicos, principalmente norte-americanos, apontam para fatores comportamentais. Em poucas palavras, há uma tendência à individualização e privatização dos riscos em detrimento dos determinantes sociais e das políticas públicas de saúde (GOODMAN, 2013; MUNTANER e LYNCH, 1999; MUNTANER et al. 2015; WILKINSON, 1996).

Na contramão, as lições deixadas por Marx informam que as condições de vida das pessoas são socialmente produzidas (MARX e ENGELS, 1989; 2001; 2010). Indicam também que, enquanto não houver alteração no processo de exploração e na distribuição do

acesso a recursos, os trabalhadores continuarão em desvantagem socioeconômica em relação aos seus superiores, os capitalistas. Dito em outras palavras e conforme o vocabulário dos sociólogos médicos neomarxistas, enquanto não houver melhor distribuição de bens e riquezas entre as classes sociais, por mais que a tecnologia médica e os aparatos de modelagem comportamental se desenvolvam, a desigualdade de saúde entre as pessoas persistirá (FIGUEIREDO SANTOS, 2011a; GOODMAN, 2013; MUNTANER e LYNCH, 1999). Mesmo levando em conta a dimensão hospitalar, se for considerado que são necessários recursos para obtenção de certos cuidados, é possível que a desigualdade de saúde até aumente, uma vez que as pessoas em vantagens tenderão a adquirí-los mais que aquelas em classes subalternas (LINK e PHELAN, 1995; 2013).

Max Weber propôs, buscando superar a interpretação de Marx, que apenas a localização no sistema de produção é analiticamente insuficiente para a finalidade de se determinar a posição socioeconômica. Não é só o controle, ou a falta dele, sobre os meios de produção que propicia a estratificação social. Outros tipos de recursos devem ser considerados além dos econômicos. Assim, as credenciais e títulos, por exemplo, afetam o tipo de emprego e a renda que as pessoas podem obter (GIDDENS, 2012; WEBER, 1982).

Ao levar em conta, na investigação sobre estratificação social, classe, status e partido, Weber (1982) abre leque amplo de interpretação. O status condiz às diferenças entre os vários grupos em matéria de prestígio, já o partido faz menção à junção de indivíduos com interesses ou objetivos comuns. Nenhum dos dois está, necessária e intrinsecamente, atrelado à localização de classe (ALMEIDA, 1984; COX, 1950; GIDDENS, 2012).

A contribuição weberiana à sociologia da estratificação, levada em conta por muitos daqueles envolvidos em investigações sobre desigualdade de saúde, ocorre através de vários aspectos (ALVES COIMBRA, 2015; COCKERHAM, ABEL e LÜSCHEN, 1993; LANG e LOMBRAIL, 2014; WOLFE, 2014). Em primeiro lugar, a noção de oportunidades de acesso (já discutida na seção 2.2 desta dissertação sob a ótica de Erik Wright) dá vazão à consideração de fatores outros, além do controle de propriedade e dos meios de produção, que acarretam efeitos sobre a saúde (ALVES COIMBRA, 2015; BAKER, 2014; FEINSTEIN et al., 2006; WRIGHT, 2008). Por exemplo, entrada e permanência no sistema de ensino, ao propiciarem a aquisição de informação e reforçarem o ethos do cálculo prospectivo, podem afetar a maneira como as pessoas cuidam de si e os comportamentos que adotam em suas

vidas (BAKER, 2014; FEINSTEIN et al. 2006; LANG e LOMBRAIL, 2014; ONGE, 2014; ROSS e WU, 1995).

Em segundo, o status (tratado com base na literatura de estratificação social na seção 2.4), que diz respeito ao prestígio e à honra, opera através da distinção entre categorias por crenças que são amplamente compartilhadas. Afeta a vida das pessoas ao definir aquilo que é valorizado e diferenciar com base em estilos de vida e maneiras de ser (CORREL e RIDGEWAY, 2003; FISKE et al., 2002; RIDGEWAY, 2014; WEBER, 1982).

William Cockerham (2005; 2014), ao lidar com proposições da teoria weberiana, demonstra que os estilos de vida diferem entre as diversas posições na estrutura socioeconômica. Uso de entorpecentes, práticas alimentares, exercício físico e frequência a consultas médicas não são equivalentes para os diferentes estratos. Assim, pode-se dizer que acarretam assimetrias no estado de saúde e nos níveis de bem-estar.

Por outro lado, estima e sensação de valor repercutem na dimensão psicológica. Negros, pessoas oriundas de classes subalternas e mulheres pertencem a categorias menos valorizadas que brancos, aqueles oriundos de classes médias e homens. As consequências disso são múltiplas, desde receberem tratamento institucional diferenciado até serem vítimas de racismo e estigmatização. Os efeitos na saúde vão de autoestima baixa a comportamentos insalubres e depressão (BRAVEMAN, 2012; COCKERHAM, ABEL e LÜSCHEN, 1993; MASSEY, 2007; ROSS e WU, 1995).

O status também pode operar de forma mais indireta ao influenciar os tipos de oportunidades que as pessoas têm conforme crenças voltadas às categorias que pertencem. Num primeiro momento, a menor atenção e expectativa dos professores em relação a alunos pobres e negros reforça sua desvantagem na escola. Posteriormente, menos instruídos, eles tendem a ingressar em empregos pouco valorizados.

Finalmente, a noção de partido refere-se a pessoas que compartilham percepções de mundo e metas semelhantes e se associam em grupos. O intuito consiste em aumentar o alcance e a influência de seus interesses. Esses grupos são capazes de fomentar ações, expandir oportunidades e garantir certos tipos de vantagens aos que deles fazem parte. Na grande indústria é comum a associação entre empregados que visem reivindicar melhores condições de trabalho, salários e direitos com seus empregadores (BAKER, 2014; GIDDENS, 2012; ONGE, 2014; WEBER, 1982).

Existem modelos explicativos na sociologia da estratificação que levam em conta as ideias e conceitos elaborados por Max Weber sobre classe. Embora posteriormente tenha rejeitado influências teóricas explícitas em seu esquema, a tipologia original de John Goldthorpe é um influente exemplo (ERIKSON e GOLDTHORPE, 1992; GIDDENS, 2012; GOLDTHORPE, 1981). Tal classificação socioeconômica pode ser utilizada em investigações com escopo voltado à desigualdade de saúde (CARVALHAES, 2013). Ainda assim, é provável que a principal contribuição weberiana seja o convite à análise compreensiva da ação. Muitos autores estão preocupados com as escolhas que as pessoas fazem no que se refere ao seu bem estar e mostram que elas podem ter lógica independente de aspectos econômicos (COCKERHAM, ABEL e LÜSCHEN, 1993; LEIGH, 1983; MAZIAK e WARD, 2009). São diversos os estudos a propor que a escolaridade aumenta o senso de autocontrole e as habilidades analíticas das pessoas. Articulam, assim, nível de instrução, estilos de vida e capacidade de escolha às taxas de comportamentos de risco (DARROW et al., 1992; ROSS e WU, 1995).

Menos citado que Marx e Weber nos textos onde há menção aos primórdios do campo de estudos sobre desigualdade de saúde, a contribuição de Durkheim não deixa de ser relevante. Em primeiro lugar, destaca-se o esforço empreendido pelo autor para demonstrar que fenômenos, aparentemente ligados à motivação pessoal, podem ser influenciados por fatores macrosociais. Em segundo, a construção de explicações causais ao tentar estabelecer um nexo entre os níveis de integração e regulação social e os índices de suicídio. Em terceiro, a necessidade de análise sobre múltiplos fatores como idade, gênero, situação conjugal, crença, região e clima que poderiam, ou não, afetar o fenômeno e os resultados de interesse (DURKHEIM, 2000a; 2000b; GIDDENS, 2012; LAHELMA, 2001; TEIXEIRA, 2002).

A crítica, com razão, aponta falhas no estudo de Durkheim sobre o suicídio ao salientar a maneira equivocada com que fez uso das estatísticas, a rejeição de dimensões não sociais e a limitação da classificação em termos das categorias que o constituíam (GIDDENS, 2012). Não obstante, atualmente, alguns autores, dentre os quais o epidemiólogo social Richard Wilkinson talvez seja o mais eminente, apoiam-se em concepções teóricas da abordagem durkheimiana para demonstrar, dentre outras coisas, que fatores estruturais explicam a saúde das pessoas muito mais que seus comportamentos (MUNTANER e LYNCH, 1999; WILKINSON, 1996).

Wilkinson, ao enfatizar a moralidade e a solidariedade, afirma que coesão e integração social repercutem diretamente na saúde das pessoas e afetam não só as taxas de morbidade, como também as de mortalidade. O horizonte distributivo, por sua vez, é capaz de perturbar essas duas dimensões e atingir a cooperação, a reciprocidade, a confiança e a participação cívica em uma sociedade (MUNTANER e LYNCH, 1999; WILKINSON, 1996). Outros trabalhos, como os de Kawachi e colegas (1997), fornecem apoio empírico à ideia de que a coesão social medeia efeitos da desigualdade de renda na saúde.

Períodos de anomia, ou desorganização social, oriundos do enfraquecimento de instituições, valores e normas — exemplificados por crises econômicas, crescimento abrupto de taxas de desemprego e falência de empresas — também podem afetar as pessoas e criar sensação de deslocamento ou não pertencimento em relação ao grupo. Isso pode resultar em distanciamento da ordem moral, psicológica e física. Em pesquisa elaborada por Brendan Burchell (2011), constatou-se que períodos de regressão e demissões estão fortemente relacionados à incidência de estresse, insegurança e desgaste no ambiente de trabalho e familiar.

### 3.6. ESTUDOS CONTEMPORÂNEOS

#### 3.6.1. Introdução

Após fazer breve revisão de literatura sobre o desenvolvimento do campo e discutir como os precursores da sociologia, mesmo que indiretamente, contribuíram com os estudos voltados à desigualdade de saúde, a presente dissertação tratará de três influentes empreendimentos investigativos ainda em elaboração nos dias de hoje.

É preciso dizer que a literatura de sociologia médica é vasta. Isso sem mencionar escritos de autores oriundos da epidemiologia social como Richard Wilkinson. Existem inúmeras abordagens e trabalhos procurando compreender grande diversidade de mecanismos e resultados que englobam não só a saúde, mas também o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis e a mortalidade (LAHELMA, 2001; WOLFE, 2014). Este trabalho não tem como passar por todos eles. Assim, as três linhas investigativas que serão discutidas na seção refletem a construção de raciocínio do autor.

Não é raro encontrar artigos, dissertações e teses que, ao focarem muito especificamente em um assunto, fecham-se nas dimensões do mesmo e não explicam de forma mais ampla como aquilo contribui para progressos no campo ou qual seria a implicância do estudo para além dos muros da Universidade (PEREIRA, 2013). Em verdade, muitas vezes acabam sendo textos que somente aqueles que os escreveram e um grupo bastante seleto de especialistas na área compreendem (PEREIRA, 2013). Com atenção especial voltada ao não adentramento em tal caminho e visando, inclusive, a máxima didática possível para os leitores que venham a ter contato com esta dissertação, dois aspectos orientaram a escolha dos autores e pesquisas que serão tratados nas seções seguintes.

Em primeiro lugar, ponderou-se sobre a contribuição que oferecem à teoria social. Assim, desde os primórdios, discussão bastante proeminente nas ciências sociais diz respeito aos níveis da realidade social, muito especialmente à maneira como se relacionam agência e estrutura. Há autores que propõem a independência dos níveis e outros que argumentam que as lógicas de um e de outro se complementam (GIDDENS, 2012). Aqui, as linhas apresentadas dão conta da dimensão estrutural e de aspectos ligados à ação. Não apenas, uma das abordagens chama atenção à necessidade de compreensão de mecanismos operantes no nível meso, sem a qual, informam os autores, é impossível construir quadro abrangente sobre as causas da desigualdade de saúde (LUTFEY e FREESE, 2005; 2011).

Em segundo, foram levadas em conta possibilidades de orientarem o desenvolvimento de políticas públicas. Assim, considerou-se relevante a clareza com que cada uma das teorias explica os mecanismos envolvidos na produção e reprodução das desigualdades de saúde. Na sociologia médica, como em outros campos do conhecimento científico, não há um fator ou verdade absoluta a explicar tudo (FIGUEIREDO SANTOS, 2013a). Há sim uma multiplicidade de vias cuja forma dinâmica com que operam garante o caráter persistente dos nexos causais. São elas que as intervenções devem atacar caso visem maior equidade de saúde (FIGUEIREDO SANTOS, 2013a; LINK e PHELAN, 1995; 2013).

Passando aos empreendimentos investigativos, em primeiro lugar é discutida a teoria das causas fundamentais de Bruce Link e Jô Phelan (1995; 2013). Muito popular nos Estados Unidos, promove perspectiva que abarca tanto o nível estrutural — aspectos distributivos — quanto o nível micro — uso que as pessoas fazem dos recursos que têm. Entre uma e outra dimensão, discute inúmeros caminhos pelos quais assimetrias socioeconômicas geram desigualdades persistentes na saúde.

Em seguida, os escritos de Karen Lutfey e Jeremy Freese (2005; 2011) são contemplados. Muito importantes para a ampliação da teoria das causas fundamentais no que tange à explicação de mecanismos, foram além. Sua principal contribuição consiste em demonstrar como o atendimento diferenciado de clínicas e hospitais a pessoas em distintas localizações de classe — para além das dimensões de distribuição e uso de recursos — também é capaz de produzir assimetrias no estado de saúde.

Em terceiro e último, a influente abordagem de William Cockerham (2005; 2007; 2013; 2014) é discutida. O principal interesse do autor diz respeito ao nível micro, ou seja, aos comportamentos e práticas de saúde das pessoas. Porém, perspicaz, aponta que as escolhas não são totalmente livres, como sugerem alguns neoliberais, mas limitadas por múltiplos fatores relacionados ao status socioeconômico do grupo a que as pessoas pertencem.

### **3.6.2. A teoria das causas fundamentais de Link e Phelan**

Em sua *teoria das causas fundamentais*, Link e Phelan têm como propósito explicar o nexos entre assimetrias socioeconômicas e desigualdade de saúde (LINK e PHELAN, 1995; 2013; LINK, PHELAN e TEHRANIFAR, 2010; LUTFEY e FREESE, 2011). Desta forma, traçam caminhos pelos quais os múltiplos fatores de risco afetam a vida das pessoas. Propõem que o status socioeconômico é uma causa fundamental, pois gera efeitos em diferentes contextos e realidades. A constante mudança na natureza dos mecanismos que o sustentam faz com que o elo seja persistente e o torna difícil de compreender e reverter (FIGUEIREDO SANTOS, 2013a; WOLFE, 2014).

Segundo a formulação original da teoria (LINK e PHELAN, 1995), as causas fundamentais das desigualdades em saúde apresentam quatro características essenciais. A primeira refere-se à sua influência sobre vários resultados. Significa que não se limitam a apenas uma ou algumas doenças e problemas de saúde. A segunda diz respeito aos múltiplos fatores de risco envolvidos, da exposição à insalubridade no trabalho a ameaças ambientais. A terceira abarca assimetrias no acesso a recursos que podem ser utilizados protetivamente. Necessária para que a associação entre causas fundamentais e saúde possa persistir ao longo do tempo, a quarta contempla a substituição de mecanismos.

Ilustrando proposições contidas na teoria das causas fundamentais, desigualdades em saúde e nos níveis de mortalidade mantêm patamares semelhantes pelo menos desde o século

XIX (ANTONOVSKY, 1967; LAHELMA, 2001; LINK e PHELAN, 2013). Algo a chamar atenção, pois, conforme discutido nas seções 3.2.3 e 3.4, os principais fatores de risco e doenças, a provocar grande mortandade no passado, foram praticamente erradicados. Especialmente nos países desenvolvidos, as pessoas já não são mais afetadas por problemas como esgoto não canalizado ou falta de água tratada, nem, muito menos, têm morrido acometidas por doenças como febre tifoide ou difteria (DUARTE e BARRETO, 2012; FRENK et al., 1991; GIDDENS, 2012; LAHELMA, 2001; OMRAN, 2005).

Progressos médicos e sociais, ao alcançarem o ponto de beneficiarem toda a população, não eliminam as desigualdades de saúde (LAHELMA, 2001; WOLFE, 2014; GRAHAM, 2007). Ao contrário, podem até ampliá-las, pois à medida que surgem novos riscos e doenças, pessoas mais bem posicionadas socioeconomicamente têm maiores chances de evitá-los e são mais capazes de tirar vantagem dos tratamentos disponíveis (ONGE, 2014; WOLFE, 2014). Isso corrobora o argumento de que as causas fundamentais continuam a operar mesmo quando o perfil de fatores de risco e as medidas de proteção mudam radicalmente (LINK e PHELAN, 1995; 2013).

Se o problema for a peste, uma pessoa com mais recursos será capaz de evitar áreas onde haja muitos casos da doença. Por outro lado, se for a diabetes, poderá manter um estilo de vida saudável com cuidados alimentícios, prática de esportes e acesso a melhor tratamento médico. As medidas protetivas a serem adotadas diferem para cada um dos dois exemplos. Ainda assim, o que implica na maior ou menor possibilidade de serem concretizadas são recursos como informação, renda, instrução e disposição (LINK e PHELAN, 1995, 2013; LINK, PHELAN e TEHRANIFAR, 2010).

Constata-se, a partir daí, que identificar as vias que ligam status socioeconômico à saúde não estabelece solução ao problema, pois a força da relação e sua persistência, em grande parte, se devem à dinamicidade dos mecanismos (LINK e PHELAN, 2013; WOLFE, 2014). Peste e diabetes emergem em épocas históricas e contextos sociais muito distintos. Porém, o que permite a proteção e fuga de ambientes e fatores de risco, tanto num caso como no outro, é o status socioeconômico e aquilo a que dá acesso. Detidos por aqueles em posições privilegiadas, recursos como dinheiro, riqueza, instrução e prestígio podem ser usados de diversas formas em diferentes situações para garantir maior qualidade de vida e proteção à saúde. Operam tanto no nível individual, quanto no contextual (na seção 3.3 foi apresentada a maneira como a teoria das causas fundamentais e outros estudos abarcam os

níveis da realidade social). Devido a estas características, Link e Phelan os denominaram *recursos flexíveis* (LINK e PHELAN, 1995, 2013; LINK, PHELAN e TEHRANIFAR, 2010).

A posição socioeconômica é um metamecanismo, ou seja, espécie de dimensão em que vários fatores operam majoritariamente na mesma direção (FIGUEIREDO SANTOS, 2013a; LUTFEY e FREESE, 2011). Pessoas com boa saúde, geralmente, têm melhores empregos, recebem maiores salários e são mais escolarizadas (FIGUEIREDO SANTOS, 2013a). A teoria das causas fundamentais descreve quatro outros metamecanismos (LINK e PHELAN, 2013) — três deles complementares à formulação original e acrescentados devido às críticas elaboradas por Lutfey e Freese (2005; 2011; LINK e PHELAN, 2013) (discutidas na seção 3.6.2). O primeiro abarca aquilo que se possui e as maneiras que pode ser utilizado para garantir qualidade de vida. O segundo refere-se às redes e sua capacidade de promover efeitos sobre a saúde através de motivações e troca de experiências. O terceiro pega emprestado o conceito de *habitus* (BOURDIEU, 2007) e abrange formas de ser e estilos de vida — aspectos vinculados fortemente à posição socioeconômica, mas que não devem a ela ser reduzidos. O quarto e último aponta para as instituições que, ao distinguir conforme o status, tendem a prestar atendimento diferenciado a certos tipos de pessoas.

Pode ser proveitoso examinar se outras formas de divisões sociais também operam como causas fundamentais (LINK e PHELAN, 2013). Raça e gênero, por exemplo, afetam fortemente as oportunidades que as pessoas têm e explicam assimetrias em múltiplos aspectos. Quanto ao nexos com a desigualdade de saúde, seria preciso mostrar que exercem efeitos persistentes e independentes de outros fatores. Declínios de força devido a progressos sociais, em contrapartida, impossibilitariam que fossem incluídas no rol das causas fundamentais (GRAHAM, 2004; LUTFEY e FREESE, 2011).

Nos últimos anos, a teoria das causas fundamentais tem se afastado do intuito de identificar os mecanismos pelos quais a posição afeta o estado de saúde. Como estão sempre mudando, parece mais interessante construir esquemas causais focados não na maneira como operam, mas na persistente e substancial força que status socioeconômico tem (WOLFE, 2014). Isso não significa abandonar os mecanismos, mas, ao invés de enunciar o seu funcionamento em dado momento no tempo, procurar explicar a dinamicidade que os envolve. Em outras palavras, como e porque surgem e desaparecem sem que as desigualdades de saúde sejam amenizadas (LINK e PHELAN, 2013; WOLFE, 2014).

Clouston e colegas (2011, Apud LINK e PHELAN, 2013) elaboraram esquema sobre o desaparecimento de mecanismos. Constituído por quatro fases, chamaram-no *história não natural da doença*. O estágio inicial é caracterizado por falta de conhecimento a respeito de prevenção ou tratamento eficaz. Doenças são aleatoriamente distribuídas conforme o nível de exposição às suas causas e atingem tanto os subalternos quanto os privilegiados sem estabelecer associação com a posição socioeconômica. Na fase seguinte, marcada pelo surgimento das desigualdades, as populações desenvolvem maneiras de reduzir a mortalidade causada por uma doença. Os benefícios de tal progresso, assim, acabam sendo mais bem aproveitados por pessoas detentoras de recursos flexíveis. O terceiro estágio refere-se à universalização do acesso aos meios protetivos, geralmente ocorre após todos aqueles nos grupos favorecidos deles terem tirado proveito. Em tal situação, a desigualdade pode estabilizar ou até diminuir. A última fase abarca o momento em que inovações em saúde tornam-se disponíveis para quem as desejar utilizar, independentemente do status socioeconômico. A erradicação de muitas doenças ocorre nesta fase.

Tal concepção sugere o enfrentamento das assimetrias socioeconômicas, mais que um ou outro fator, nas sociedades onde o intuito seja melhorar a qualidade de vida e garantir maior equidade na saúde (ONGE, 2014). A substituição de mecanismos indica a insuficiência dos progressos na medicina e do tratamento para causas proximais — por exemplo, o hábito de beber e/ou fumar em demasia. Uma das motivações da teoria das causas fundamentais consiste em refletir sobre maneiras de reduzir as desigualdades de saúde. Afirmar que avanços no conhecimento e tecnologia em saúde as aumentam, ou surtem efeitos diminutos, não significa oposição a tais progressos, mas a sugestão de que um dos caminhos é sua melhor distribuição. O mesmo vale para a informação e conscientização sobre práticas de risco. Sem as devidas condições, apenas saber os efeitos do excesso de álcool no organismo não é o bastante para que as pessoas parem ou diminuam o consumo (LINK e PHELAN, 1995; 2013; LINK, PHELAN e TEHRANIFAR, 2010; ROSS e WU, 1995).

### **3.6.3. Estudos de Lutfey e Freese: crítica à teoria das causas fundamentais e a abordagem do nível institucional**

Valendo-se de algumas das proposições da teoria das causas fundamentais e usando uma análise etnográfica, o sociólogo Jeremy Freese e a socióloga Karen Lutfey

desenvolveram influente estudo sobre a rotina de diabéticos em duas clínicas socioeconomicamente contrastantes (LUTFEY e FREESE, 2005). Observaram que diferentes tratamentos tendiam a ser direcionados às pessoas conforme seu grau de conhecimento sobre a doença, sua capacidade de dar continuidade aos cuidados e arcar com os custos. Isso tornava pacientes de grupos não privilegiados ou pouco estimados mais propensos a receber menor atenção e a terem prescritas intervenções menos profícuas. Considerando que pessoas oriundas de camadas mais subalternas, em geral, já se encontravam em piores condições, os achados de Lutfey e Freese apontaram a necessidade, não contemplada pela formulação original do estudo que lhes serviu de aporte, de ser dada atenção aos efeitos adicionais gerados pelas instituições nas desigualdades de saúde (LUTFEY e FREESE, 2005; 2011; LINK e PHELAN, 2013).

Conforme discutido na seção anterior, a teoria das causas fundamentais atenta para a maneira assimétrica com que recursos valiosos estão distribuídos e para os benefícios que as pessoas obtêm quando os utilizam (LINK e PHELAN, 1995, 2013; LINK, PHELAN e TEHRANIFAR, 2010). Embora afirmem seu potencial explicativo, Lutfey e Freese expõem que algumas proposições de Link e Phelan não são suficientemente claras, afora não abarcarem efeitos gerados por instituições como hospitais e clínicas (LUTFEY e FREESE, 2011).

Em primeiro lugar deve-se esclarecer o grau de transponibilidade da noção de uso de recursos pela agência e mostrar se continua aplicável caso seja muito estendida (LUTFEY e FREESE, 2011). Um conceito robusto geralmente é capaz de abarcar especificidades de outros lugares (GOERTZ e MAZUR, 2006). Segundo a crítica, os exemplos mencionados por Link e Phelan para ilustrar tal noção são óbvios e de difícil transponibilidade (LUTFEY e FREESE, 2011). Para Deaton (2002), os pontos de imprecisão tornam a teoria quase “inútil” para ser utilizada na reflexão sobre políticas de saúde. Muitos dos mecanismos específicos são explicados conforme comportamentos promotores de saúde cujos custos são mínimos e para os quais já há ampla informação disponível. A ação intencional dirigida ao uso de recursos é um mecanismo com grande potencial para narrativa teórica coerente a respeito do nexo entre status socioeconômico e saúde, todavia é difícil afirmar até que ponto as práticas descritas na teoria das causas fundamentais manteriam o padrão caso fossem inseridas em diferentes contextos (LUTFEY e FREESE, 2011).

Em segundo lugar, no nível estrutural, evidências apontam para o alargamento das desigualdades de saúde nos Estados Unidos, apesar dos grandes progressos em condições de vida gerais e avanços médicos ocorridos nas últimas décadas (DUNCAN, 1996; KRIEGER et al. 2008; LUTFEY e FREESE, 2011; PRESTON e ELO, 1995). Os exemplos de estudos arrolando indícios corroborantes são muitos. Para citar um, Meara e colegas (2008) demonstraram que a longevidade dos mais escolarizados — detentores do ensino superior completo — aumentou no período de 1990 a 2000. Melhora não acompanhada pelos menos instruídos. São necessárias mais explicações sobre como a desigual distribuição de recursos como renda, riqueza e educação impactam na saúde dos estadunidenses (DEATON, 2002; LUTFEY e FREESE, 2011). Embora várias questões possam aí ser levantadas, provavelmente não conseguirão diminuir a convicção sobre a existência de profunda relação entre assimetrias socioeconômicas e desigualdade de saúde (LUTFEY e FREESE, 2011).

Ponto crucial que está presente na teoria das causas fundamentais e perpassa o campo é responder por que a associação existe e por que se estende a outros lugares onde as condições são diferentes. Mecanismos que operam em uma dada época e lugar podem assim não o fazer em outras regiões e períodos. Isso pode significar certo comprometimento à generalização e implica em necessidade de indagação e especificação de mecanismos para populações distintas (LUTFEY e FREESE, 2011). Não obstante, diferenças regionais, históricas e de características populacionais não suplantam a persistência amplamente documentada da associação. Ela, provavelmente, existiu em todas as épocas e continua a existir em todos os lugares.

O porquê apresentado por Link e Phelan (1995; 2013; LINK, PHELAN e TEHRANIFAR, 2010) — e sobre o qual são feitas as ponderações de Lutfey e Freese (2005; 2011) — enfatiza a distribuição diferencial de controle sobre a doença e suas implicações para os resultados. Ao longo da história, avanços sociais, econômicos, científicos e tecnológicos aumentaram as oportunidades de proteção e tratamento para a saúde, porém aqueles com maior status socioeconômico sempre foram capazes de mais deles se beneficiarem. Note-se a emergência, neste ponto, da importância de explicações precisas sobre como ocorreu e continua a acontecer. Não o fazê-lo pode implicar num caráter contingencial não interessante para as perspectivas tratadas. Quer dizer, afirmar que os privilegiados mais se beneficiaram e se beneficiam porque eram e continuam a ser mais capazes de fazê-lo é redundante e nada esclarecedor (LUTFEY e FREESE, 2011).

Além dos aspectos distributivos e de usos de recursos, outra sugestão de Lutfey e Freese (2011) diz respeito à consideração de três metamecanismos não abarcados pela formulação inicial da teoria de Link e Phelan. Tratados brevemente na seção anterior são eles *redes pessoais*, *habitus* e *instituições*. Os dois primeiros serão abarcados a seguir e o terceiro mais adiante, quando a dissertação voltar-se especificamente ao estudo de Lutfey e Freese publicado em 2005.

*Redes pessoais* referem-se a conexões entre pessoas dentro de um grupo — a vizinhança do bairro, os colegas de trabalho, os amigos da faculdade, dentre outros. Afetam a saúde através do compartilhamento de crenças, formas de pensar e maneiras de agir. Por exemplo, Christakis e Fowler (2007) demonstraram que laços pessoais são capazes de influenciar tanto o início, quanto a continuidade, dos hábitos de beber e fumar.

*Habitus* é um termo abrangente usado em algumas áreas da sociologia para se referir a disposições básicas de interpretação e ação que refletem a posição social de um ator (Bourdieu, 2007). Neste metamecanismo as pessoas são envolvidas por diferentes normas, regulamentos e estilos de vida a afetarem suas preferências e modos de ser. Bourdieu (2007) escreveu sobre as preferências alimentares dos franceses e revelou a predileção da classe trabalhadora por alimentos baratos e nutritivos, ao passo que a classe média tendia a uma dieta saborosa, saudável, leve e pobre em calorias.

Saindo das críticas mais gerais de Lutfey e Freese ao campo e, especialmente, à teoria das causas fundamentais e indo à sua contribuição mais específica, a dissertação volta-se, agora, à discussão sobre padrões nos índices de desigualdades relacionados ao sistema de saúde. Já de início, faz-se a distinção entre dois mecanismos, conforme sugerem Lang e Lombrail (2014). No primeiro, clínicas, hospitais e centros médicos geram assimetrias a partir de sua rotina de funcionamento. Não há intenção explícita ou crenças de status operando para fazer com que certos pacientes recebam maior atenção. Várias questões podem aí ser levantadas — logística dos estabelecimentos, organização e divisão de pessoal durante expedientes, grau de qualificação e treinamento dos profissionais. Todas são capazes de afetar a saúde e conseqüentemente produzir desigualdades. No segundo, hospitais vendem tratamentos mais incisivos aos privilegiados, pois são capazes de pagá-los. A teoria das causas fundamentais passa por este ponto. O que não abarca é que crenças de status podem produzir e difundir nas instituições a ideia de que pessoas mais bem posicionadas

socioeconomicamente têm maior susceptibilidade à adequação, compreensão e continuidade dos procedimentos prescritos.

Como dizem respeito à organização e ao planejamento médico hospitalar — algo que esta dissertação não tem intenção de tratar —, os processos inerentes ao primeiro mecanismo não receberão maior atenção. Fique claro não ser esta uma desqualificação de sua relevância. Trata-se apenas de decisão pautada no delineamento e definição do escopo.

Passando ao segundo mecanismo, existe robusto corpo de evidências dando conta de que a prática médica pode variar dependendo das características do paciente. Não apenas a posição socioeconômica, mas também gênero, raça e idade são capazes de afetar o trato oferecido pelas instituições às pessoas (LUTFEY e FREESE, 2005; 2011; MCKINLAY, 1996; MCKINLAY et al. 2002). Por exemplo, nos Estados Unidos, pacientes negros têm menor propensão a serem submetidos à angiografia, após infarto do miocárdio, que os brancos (LANG e LOMBRAIL, 2014). Na França, os cuidados direcionados à síndrome coronariana aguda diferem fortemente de acordo com a posição socioeconômica (LANG et al., 1998). Após controlar fatores geradores de distorções na relação causal, constatou-se que a interação médico/paciente é um dos mecanismos a explicar isso. Por sua vez, o grau de compreensão estabelecido entre ambos varia dependendo da escolaridade e do acesso à informação daquele que procura o atendimento (KELLY-IRVING et al. 2011; LANG e LOMBRAIL, 2014; LUTFEY e FREESE, 2011).

Fica implícito na teoria das causas fundamentais que as instituições tratam igualmente todos aqueles que com elas entram em contato (LUTFEY e FREESE, 2011). Link e Phelan não versam sobre a propensão que hospitais e clínicas têm de oferecer diferentes tipos de atendimento a pessoas em distintas posições socioeconômicas. Tanto as chances quanto a qualidade de tratamento são apresentadas como variáveis dependentes em relação à posse de recursos valiosos, ou seja, resultantes da dimensão distributiva (LUTFEY e FREESE, 2005; 2011). Em outras palavras, quanto mais recursos estiverem à disposição de alguém, maiores são as chances de vir a conseguir acompanhamento. A qualidade da intervenção médica também está vinculada ao que se tem.

Lutfey e Freese propõem que as instituições entrem no esquema analítico como dimensão independente e que opera segundo mecanismos próprios. Não visam desvinculá-las dos níveis micro e estrutural, mas esclarecer seus efeitos específicos que a eles se adicionam. Em seu estudo etnográfico publicado em 2005, observaram uma multiplicidade de fatores

operando dentro das clínicas nas quais fizeram o trabalho de campo. Todos capazes de exacerbar as diferenças oriundas de assimetrias distributivas. Para os autores, as instituições médicas não são neutras. Pelo contrário, são dinâmicas e, ao responderem a esforços de pacientes com características distintas, tanto podem amplificá-los como atenuá-los.

Acesso e utilização devem ser inseridos na abordagem levando-se em conta potenciais distorções de efeitos oriundas da dinâmica das instituições (LUTFEY e FREESE, 2011). Processos em que pessoas são distinguidas conforme certas características, muito provavelmente, ocorrem também em escolas, ambientes de trabalho e no sistema jurídico (LUTFEY e FREESE, 2010; MASSOGLIA, 2008).

Por fim, o estudo de Lutfey e Freese contribuiu no que tange à sugestão de um maior diálogo entre a pesquisa quantitativa e qualitativa. De forma complementar à primeira, a etnografia permite, em ambientes reais, explicar o que as causas fundamentais fomentam. É capaz, assim, de captar em profundidade a maneira como a posição socioeconômica implica grande conjunto de circunstâncias passíveis de afetar a saúde.

#### **3.6.4. A abordagem de Cockerham: estilos de vida e saúde**

Após passar pela teoria das causas fundamentais — voltada às dimensões distribucional e de uso de recursos — e discutir a leitura crítica feita por Lutfey e Freese aos escritos de Link e Phelan, afora sua contribuição mais específica, sugerindo olhar atento ao nível institucional, a dissertação volta-se, nesta seção, aos estudos de William Cockerham e a teoria sobre os estilos de vida.

Para Cockerham (2005; 2013; COCKERHAM, ABEL, e LÜSCHEN, 1993), apoiando-se em formulações de Max Weber (1982), estilos de vida referem-se a padrões coletivos de comportamentos. Envolve práticas quotidianas e formas de consumo em domínios como a habitação, a alimentação, o vestuário, o lazer e os usos do corpo. Distintos e distintivos, exprimem identidades pessoais e coletivas. Orientados por escolhas que se condicionam às opções disponíveis, estão intimamente ligados às chances de vida e às oportunidades que as pessoas têm. Variam conforme a posição socioeconômica, sendo que localizações privilegiadas geram maiores possibilidades de obtenção daquilo que se precisa ou deseja.

Embora dirija seus esforços principalmente ao entendimento das escolhas e comportamentos, Cockerham não isola o nível micro social de outras dimensões. Concorde com Link e Phelan (1995; 2013) ao argumentar que o status socioeconômico é forte preditor do estado de saúde e da longevidade (COCKERHAM, 2007). Propõe que as pessoas são capazes de refletir sobre os estilos de vida que adotam e de tomar decisões sobre maneiras de ser ou fazer (COCKERHAM, 2013). Podem, assim, escolher empreender esforços visando melhorias de saúde ou mesmo padrões de vida menos arriscados. Porém, não o fazem desconectadas do leque de alternativas em que se inserem conforme aquilo que é comum à sua posição socioeconômica (COCKERHAM, 2005; 2013).

A maneira desigual como os recursos estão distribuídos implica em assimetrias de poder capazes de afetar as chances que as pessoas têm de alcançar padrões de vida mais saudáveis. Os comportamentos de saúde não devem, porém, ser reduzidos a essa dimensão (COCKERHAM, 2005; 2013). Já Weber (1982), no clássico texto classe, status e partido (tratado na seção 3.5) expõe que a estratificação não é explicada apenas pela posição que as pessoas ocupam em relação aos meios de produção e à posse de recursos. Embora possam ser afetados, grupos de status — que abarcam seus estilos de vida — não estão necessária e intrinsecamente atrelados a localizações de classe (ALMEIDA, 1984; COX, 1950; GIDDENS, 2012). Fatores como raça, gênero e idade também afetam fortemente as práticas quotidianas e os comportamentos de saúde (COCKERHAM, 2005; 2013).

Em sua teoria, Cockerham articula o conceito de Weber à noção de habitus, elaborada por Bourdieu (2007). Assim, argumenta que os comportamentos moldam-se a partir de percepções desenvolvidas e mantidas na memória através da socialização, da experiência e das circunstâncias de classe da pessoa. Podem ser criativos e até contrários às expectativas normativas compatíveis às disposições e regras de um determinado grupo, classe ou sociedade. Porém, habitus refere-se a um esquema mental e a uma estrutura organizada de percepções que predispõem os indivíduos a seguir uma determinada linha de comportamentos. Assim, eles tendem a agir de forma previsível e habitual ainda que tenham a capacidade de escolha diferente. Através da percepção seletiva, o habitus ajusta suas aspirações e expectativas àquilo que é provável e impõe limites sobre o seu potencial de ação (BOURDIEU, 2007; COCKERHAM, 2005; 2013).

As disposições geradas pelo habitus influenciam comportamentos diretamente ligados à manutenção da saúde e considerações para adoção de práticas a evitarem fatores de risco.

Podem, inversamente, motivar cenários em que as pessoas dão pouca, ou nenhuma, atenção a aspectos perturbadores e aos resultados de saúde que obtêm (COCKERHAM, 2013). Estilos de vida positivos evitam riscos e, geralmente, orientam-se para o alcance e manutenção do bem-estar. Os negativos expõem a riscos e a doenças, podendo contribuir também com a mortalidade precoce. Evidências apontam que as classes privilegiadas, afora as vantagens socioeconômicas, adotam práticas mais saudáveis. Gradativamente, à medida que se desce na pirâmide social, a proporção desses comportamentos diminui. Os mais ricos praticam mais frequentemente esportes e exercícios de lazer, além disso, bebem e fumam com maior moderação e têm oportunidades diferenciadas de relaxamento e combate do estresse (COCKERHAM, 2005; 2013; COCKERHAM, ABEL, e LÜSCHEN, 1993; LINK e PHELAN, 2013; ROSS e WU, 1995).

## **4. FATORES SOCIOECONÔMICOS OU A ELES ASSOCIADOS NA PESQUISA SOBRE DESIGUALDADE DE SAÚDE**

### **4.1. INTRODUÇÃO**

O capítulo 4 dedica-se aos indicadores socioeconômicos utilizados na pesquisa sobre desigualdade de saúde. Conforme aponta a literatura, há uma grande variedade deles, sendo que cada um pode ser empregado de diferentes formas a depender do esquema analítico em que se insira (COCKERHAM; 2013; BAKER, 2014; GIDDENS, 2012; LANG e LOMBRAIL, 2014; ONGE, 2014; PELLEGRINE, 2013). A presente dissertação não passará por todos, ao invés disso, serão discutidos aqueles que se relacionam ao problema de pesquisa. Diga-se de passagem, dois deles, renda e escolaridade, serão tratados no próximo capítulo com vista a uma melhor contextualização da hipótese.

Fique claro que a escolha tem a ver com o escopo da investigação e não pretende, de forma alguma, dar a entender que os indicadores tratados sejam mais relevantes que quaisquer outros não abrangidos. Em verdade, alguns não presentes nos modelos estatísticos e estimativas foram aqui examinados. É o caso dos comportamentos e das condições materiais. Para tanto, foi levado em conta o potencial que possuem em esclarecer certos aspectos da desigualdade de saúde que não são o foco principal, mas, de certa maneira, tocam este estudo.

A formulação de proposições demanda esclarecimentos sobre o fenômeno a ser investigado. Questões como o que, quem, de que maneira e quando deverão, assim, ser tratadas. Isso pode ser feito com base na elaboração de indicadores, sínteses ou tipologias. Segundo John Gerring (2012), um indicador é unidimensional e tem como escopo descrever uma característica. Deve estar associado a um conceito e pode ser observado de forma direta ou através de aproximações. Sua composição pode conter um único fenômeno ou fator ou múltiplos fenômenos ou fatores. Índice de mortalidade, por exemplo, leva em conta o número de mortes em um determinado período, já o indicador de bem-estar social demanda mais de um fator.

Além da atenção dada a cada um isoladamente, já nas próximas seções, serão discutidas as noções de status socioeconômico e de classe social que, costumeiramente, referem-se a conjuntos contendo dois ou mais indicadores (ONGE, 2014). Grosso modo, a primeira volta-se a eles não necessariamente os articulando entre si, mas os organizando como

se constituíssem um pacote em que é possível ter mais de uma coisa e menos de outra. Já a segunda, geralmente baseando-se em aspectos da ocupação, os concatena a partir de formulações teóricas mais específicas. Neste caso, pertencer a uma categoria significa não pertencer a outra (ONGE, 2014; WILLIAMS e COLLINS, 1995). Ambas as noções, tanto a de status socioeconômico quanto a de classe social, foram mencionadas na dissertação. Os termos, delas derivados, posição e localização também foram referidos. Na parte empírica, porém, o estudo valeu-se de tipologia de classes construída por Figueiredo Santos (2002; 2005; 2011a; 2013b).

#### 4.2. STATUS SOCIOECONÔMICO

A inserção da noção de status socioeconômico na literatura de sociologia da estratificação remete aos escritos de Weber (1982). Conforme discutido na seção 3.5, ao refletir sobre a estratificação social, o autor propôs que outras dimensões da vida fossem levadas em conta para além daquelas sugeridas por Marx. Embora a localização dentro do sistema de produção fosse relevante, sem considerar aspectos como prestígio, nível de instrução, redes e grupos sociais dos quais as pessoas fazem parte, seria impossível elaborar esquema que retratasse razoavelmente a hierárquica estrutura social.

Atualmente, status socioeconômico refere-se a uma medida combinada de indicadores. Muito utilizado pela literatura sociológica norte americana, visa captar a situação das pessoas dentro da hierarquia social e frequentemente substitui a noção de classe (BAKER, 2014; BATEMAN, 2014; ONGE, 2014; WILLIAMS e COLLINS, 1995). A flexibilidade conceitual parece ser o agrado a fazer com que muitos pesquisadores o prefiram. Williams e Collins (1995), inclusive, sugerem que seja empregado na inexistência de teoria clara e precisa a concatenar os indicadores dentro de uma tipologia de classe. Geralmente, composto por escolaridade, renda e ocupação, pode apresentar variações e abarcar também aspectos subjetivos, características do bairro ou da habitação. A ideia subjacente é que pessoas em situação semelhante na hierarquia devem compartilhar oportunidades de vida similares (BAKER, 2014; BATEMAN, 2014).

Embora exista consenso sobre o uso de status socioeconômico como variável na pesquisa em saúde, há muita indagação sobre seu significado e as maneiras mais adequadas de medi-lo (BATEMAN, 2014). As definições variam bastante a depender das perguntas na

pesquisa, das populações examinadas e das medidas disponíveis (BAKER, 2014; BATEMAN, 2014; ROSS e MIROWSKY; 1999). Se por um lado a flexibilidade é um atrativo, por outro torna difícil acordar especificamente o que deve ser levado em conta na pesquisa. A não convergência entre a grande diversidade de abordagens, ainda que repercuta em calorosos debates acadêmicos, por vezes, dificulta a implementação de políticas e intervenções (LAHELMA, 2001; WOLFE, 2014).

Independentemente de quais indicadores sejam contemplados na construção de esquemas classificatórios, sabe-se que as pessoas com mais alto status socioeconômico tendem a apresentar melhores resultados de saúde, ser menos acometidas por enfermidades e a ter maior expectativa de vida (BATEMAN, 2014; LAHELMA, 2001; LANG e LOMBRAIL, 2014) A multidimensionalidade desta medida também faz com que seja boa preditora de riscos de morte e permite insights sobre mudanças nos padrões de doenças (BATEMAN, 2014).

#### 4.3. CLASSE SOCIAL

A principal diferença entre a noção de classe e a de status socioeconômico é que a primeira, geralmente, articula teoria para classificar as pessoas dentro de categorias, ao passo que a segunda utiliza indicadores de forma mais livre (LANG e LOMBRAIL, 2014; WILLIAMS e COLLINS, 1995). Há muita disputa acerca do conceito de classe, sendo que as proposições formuladas por Karl Marx e Max Weber formam a base da maioria das análises sociológicas sobre classe e estratificação (GIDDENS, 2012; WRIGHT, 2008).

Enquanto status socioeconômicos combina indicadores diversos para fornecer medidas que apontem a localização das pessoas na estrutura social, o conceito de classe, frequentemente, atenta às características do emprego. Se, num caso, a quantidade de renda, mais o nível de escolaridade e o tipo de ocupação designam a situação socioeconômica de uma categoria, no outro são aspectos como controle sobre o capital, sobre os meios de produção e sobre a força de trabalho que o fazem (GIDDENS, 2012; WILLIAMS e COLLINS, 1995).

O desenvolvimento do capitalismo e do industrialismo foi marcado por uma divisão crescente do trabalho e uma estrutura ocupacional cada vez mais complexa. Embora não seja mais tão verdadeiro como no passado, a ocupação é um dos fatores mais críticos na posição social, nas chances de

vida e no nível de conforto material. Os cientistas sociais têm usado a ocupação como indicador para classe social, por causa da observação de que pessoas com a mesma ocupação tendem a ter graus semelhantes de vantagem ou desvantagem social, ter estilos de vida comparáveis e ter oportunidades semelhantes na vida (GIDDENS, 2012, p. 319).

É comum encontrar trabalhos que analisam efeitos de indicadores isolados ou combinados sobre a vida das pessoas. A justificativa paira sobre a grande força de impacto dos mesmos. Na economia, por exemplo, muitos autores esquematizam a estrutura social e discutem questões como mobilidade, desigualdade e qualidade de vida baseados na renda e na educação (NERI, 2008; 2010; 2011). Em sociologia, porém, isso é visto de forma crítica sendo que, frequentemente, os pesquisadores da estratificação apontam os limites de tais perspectivas. Para estes, apenas a renda e a educação não são suficientes para um panorama sobre a situação e as condições de vida de uma pessoa. Afirmam, assim, que as características do emprego podem ser mais esclarecedoras (SCALON e SALATA, 2012; 2016).

É importante frisar que nem todas, dentre as mais influentes teorias, valem-se de tipologias construídas com base em atributos ocupacionais. Os escritos de Bourdieu (2007), por exemplo, abarcam classe social referindo-se à situação como as pessoas ou grupos se encontram em relação aos *capitais econômico, cultural e social*. Embora estes sejam aspectos que, em certa medida, têm a ver com os empregos, o sociólogo francês não os analisa fazendo referência estritamente à estrutura ocupacional. Leva em conta, também, a escolaridade, o tipo de consumo, a renda, as redes pessoais e os estilos de vida.

Em resumo, seja qual for o esquema de classe, a diferença entre este e a genérica noção de status socioeconômico encontra-se naquilo que é levado em conta para elencar os indicadores. A primeira medida é feita segundo sistemática e exaustiva classificação das pessoas em categorias exclusivas. Isso significa que, em tipologia hipotética onde existam as classes *w*, *x*, *y* e *z*, pode-se pertencer a apenas uma delas que deverá, por sua vez, abarcar características as mais próximas possíveis da realidade de vida daqueles que nela se inserem. A segunda não necessariamente demanda compromisso com teoria para elencar os indicadores, é mais flexível. Reflete a vontade dos pesquisadores de analisar os efeitos de fatores socioeconômicos diversos mais do que estabelecer uma sistemática ideia de posição. Para os autores inseridos nessa linha, estar na parte de cima, ou na debaixo da pirâmide social, tem a ver com ter mais, ou menos, das coisas que são elencadas conforme o cenário analítico que almejem. Outro detalhe é que, ao menos hipoteticamente, uma pessoa pode pertencer a

mais de uma categoria ou grupo, quer dizer, ter escolaridade alta, renda relativamente baixa, emprego localizado no meio da pirâmide, etc..

Em termos gerais, independente do esquema analítico adotado, admite-se que pessoas em classes sociais subalternas experimentam desvantagens no que tange às condições de vida, ao bem estar e à saúde. Além disso, têm piores empregos, se expõem mais a riscos na área de produção e não exercem autoridade (ficando sob o comando do capitalista e de seus supervisores). Em relação aos estilos de vida, são mais propensas a comportamentos de risco como tabagismo e alcoolismo (FIGUEIREDO SANTOS, 2013a).

#### 4.4. OCUPAÇÃO E EMPREGO

Ocupação é um dos indicadores mais utilizados para definir status socioeconômico e classe social (GIDDENS, 2012; GRAHAM, 2007; LANG e LOMBRAIL, 2014). Tem implicância no prestígio social e na renda, além de ligação com o treinamento intelectual das pessoas. Carrega informação sobre as condições e as relações de trabalho, o grau de segurança e os tipos de contratos estabelecidos (LANG e LOMBRAIL, 2014). Geralmente, ocupações prestigiosas garantem alta remuneração e são alcançadas por aqueles que detêm credenciais valiosas. Apesar disso, suas consequências sobre a saúde são específicas e não devem ser confundidas com os efeitos de renda (FIGUEIREDO SANTOS, 1998; 2002; LANG e LOMBRAIL, 2014; WRIGHT, 2008).

Algumas dificuldades em utilizar ocupação para medir a posição socioeconômica referem-se à situação de certos grupos, dentre os quais os desempregados, os estudantes, as pessoas em profissões ilegais e os aposentados são exemplos. A exclusão de pessoas não empregadas pode vir a eliminar os mais desfavorecidos e a subestimar variações na condição socioeconômica da população (BAKER, 2014; BATEMAN, 2014). Mudanças de ocupação durante a vida adulta tornam complicada a tarefa de selecionar qual deverá ser levada em conta nas estimativas. Além disso, muitos indicadores ocupacionais tornam-se rapidamente ultrapassados devido à natureza mutável do trabalho (BAKER, 2014; BATEMAN, 2014; GALO BARDES et al., 2006; ROSS e WU, 1995). Na tentativa de solucionar os problemas referidos e estabelecer de maneira mais clara a relação entre prestígio ocupacional e saúde, alguns pesquisadores têm demonstrado a necessidade da elaboração de classificações profissionais mais apuradas (BATEMAN, 2014).

Nesta dissertação, o desafio consiste em captar, estimar e explicar os possíveis efeitos da associação entre educação e renda. Seu impacto será ponderado de acordo com uma tipologia de classes sociais construídas a partir de categorias, não de ocupação, mas de empregos. No que tange às diferenças entre um e outro conceito, no geral e como demonstrado, os autores que versam a respeito de ocupações abarcam aspectos sobre o status e o prestígio ocupacional. Aqueles que elaboram estudos baseando-se no emprego das pessoas, por sua vez, buscam captar dimensões como o controle de ativos valiosos, dos meios físicos de produção e da força de trabalho (FIGUEIREDO SANTOS, 2002; 2005; 2013b; WRIGHT, 1985; 1997; 2008).

Empregos na base da pirâmide caracterizam-se por alto nível de exposição a fatores de risco, jornadas deteriorantes, retribuições mínimas e pouco ou nenhum controle sobre ativos que possibilitem incrementos em qualidade de vida (BATEMAN, 2014; FIGUEIREDO SANTOS, 2013a). As desvantagens acarretadas por esses empregos certamente contrabalançam, em parte, o impacto dos efeitos positivos gerados sobre a saúde pela associação dos fatores investigada nesta pesquisa. Ao passo que, para aqueles em localizações de classe privilegiadas, o efeito da associação tende a ser fraco devido à amplitude de outros recursos, além dos benefícios garantidos pelos próprios empregos menos arriscados e mais gratificantes. Os gerentes e administradores, a título de ilustração, ocupam posições onde são mais bem remunerados que os operários, além de estarem encarregados de atividades de comando. Desta forma, ao mandarem os outros fazerem, se expõem menos aos riscos do trabalho que poderiam afetar a saúde (FIGUEIREDO SANTOS, 2013a). Como se não fosse suficiente, épocas de regressão econômica, demissões em massa e períodos de desemprego afetam mais gravemente os comportamentos e a saúde daqueles nas classes inferiores (BURCHELL, 2011; PEARLIN et al., 2005).

#### 4.5. RAÇA

Raça é um princípio de organização do mundo social que opera de maneira distinta e como condição antecedente em relação a outros fatores socioeconômicos (FIGUEIREDO SANTOS, 2011c). Forma categórica de desigualdade em que grupos se definem e são definidos pelos outros com base em características comuns aos seus membros e supostamente essenciais, não faz jus às formulações pautadas em atributos biológicos e genéticos sobre

diferença e diversidade — apenas o faria se as categorias fossem estritamente puras e rigorosamente diferentes entre si<sup>3</sup> (CORNELL e HARTAMANN, 1997; GIDDENS, 2012; PENA e BIRCHAL, 2006). Pelo contrário, as marcas biológicas precisam ser significadas socialmente para que repercutam como insígnias de distinção. A noção de raça é dinâmica, tende a mudar com o tempo e varia de acordo com os contextos sociais (SILVA e SILVA, 2006; SMEDLEY et al., 2007; TELLES, 2002; 2003; WEBER, 1982; WRIGHT e ROGERS, 2010).

Desigualdade racial de saúde refere-se a assimetrias na distribuição do estado de saúde entre grupos raciais. Tem sido reportada através de sistemáticas investigações em diversos países. Emerge como um dos efeitos da distinção de status e da desigualdade socioeconômica. É persistente e opera através de diferenças nas experiências de vida, nas formas de tratamento, nas percepções de mundo, no nível de exposição a riscos ambientais, nas chances de ingresso em empregos vantajosos e no acesso a recursos valiosos. Diz respeito não só à distribuição do estado de saúde, mas também ao risco de patologias e às taxas de mortalidade (FIGUEIREDO SANTOS, 2011c; LEVY, ANSARA e STOVER, 2013; SMEDLEY et al. 2007).

A estratificação socioeconômica responde por muito dessa diferença e, em sua complexa relação estrutural com raça, faz com que os gradientes de saúde entre os grupos raciais não sejam lineares. Geralmente, não brancos se encontram em maior vulnerabilidade, sendo esta situação mediada e condicionada por fatores como índice de riqueza, nível de renda, local de residência, habitação e dificuldades socioeconômicas durante a infância (BRAVEMAN, 2012; BRAVEMAN et al., 2005; WILKINSON e MARMOT, 2003). Em termos de exemplificação de efeitos, as categorias em desvantagem tendem a responder por maiores taxas de membros diabéticos, com pressão alta e autoavaliação de saúde ruim. Reportam, ainda, maior número de mortes na infância (FIGUEIREDO SANTOS, 2011c; LEVY, ANSARA e STOVER, 2013; SMEDLEY et al. 2007).

A desigualdade racial de saúde não deve ser reduzida aos aspectos socioeconômicos. Por outro lado, a inadequada consideração destes pode reforçar hipóteses cientificamente

---

<sup>3</sup>Grande número de pesquisas tem demonstrado que a constituição genética de todos os indivíduos, independente do grupo racial a que pertençam, é semelhante. A pequena porcentagem de genes que se distinguem — incluindo os relacionados à aparência física, à cor da pele, etc. — é gerada a partir da adaptação destes aos diferentes meio ambientes. Desta maneira, não há fundamentação empírica, nem teórica, para que sejam elaboradas classificações raciais conforme fatores biológicos (PENA e BIRCHAL, 2006).

infundadas sobre o papel das diferenças genéticas em disparidades raciais. Isso contribui para a ideia de que sejam inevitáveis (BRAVEMAN, 2012; LEVY, ANSARA e STOVER, 2013; RIDGEWAY, 2014; SMEDLEY et al., 2007). Quanto à perspectiva biológica,

os genes que determinam os atributos físicos usados para definir raça não estão sistematicamente ligados àqueles que podem determinar variações no estado de saúde. [...] Não existe nada de inevitável, ou inerente, em ser negro, etc., e em estar em maior risco de mortalidade e saúde. Por sinal, marcadores biológicos de risco e fatores comportamentais são consideravelmente menos importantes do que a posição socioeconômica para explicar os diferenciais de mortalidade entre negros e brancos (FIGUEIREDO SANTOS, 2011c, p.8).

Ao propagarem ideias em que o fracasso ou o sucesso na obtenção de qualidade de vida estão estrita e diretamente relacionados ao empenho pessoal e à inteligência, lógicas explicativas meritocráticas também são capazes de obscurecer fatores estruturais (BRAVEMAN, 2012; LEVY, ANSARA e STOVER 2013).

A desproporcional representação dos grupos raciais não brancos entre os socioeconomicamente desfavorecidos é outro aspecto relevante da discussão (BRAVEMAN, 2012; LÓPEZ, 2012; WILLIAMS e MOHAMMED, 2013). Com impactos nas assimetrias entre categorias raciais em relação aos três tipos de desigualdade enunciados por Therborn (2006; 2010; 2013)<sup>4</sup>, tem sua lógica de reprodução advinda dos dinâmicos processos de exclusão, fechamento de oportunidades e distanciamento (THERBORN, 2006; 2010; 2013; TILLY, 1999; WRIGHT, 2008; 2009).

A dimensão psicossocial refere-se a aspectos subjetivos. Pertencer a uma categoria menos respeitada e valorizada pode impactar na autoestima e no autocontrole das pessoas (BRAVEMAN, 2012; MASSEY, 2007). Com efeitos persistentes mesmo após o controle de fatores socioeconômicos, não diz respeito apenas a incidentes declarados de discriminação, mas também a experiências implícitas de estigmatização — muitas das quais propiciadas pela difusão de crenças de status (BRAVEMAN, 2012; RIDGEWAY, 2014; WILLIAMS e MOHAMMED, 2009).

Situações estressantes podem desencadear estados psicológicos negativos, dentre os quais, exemplos são a depressão e a ansiedade. Estes, por sua vez, iniciam processos

---

<sup>4</sup>As teorias de Goran Therborn e os processos de exclusão, fechamento de oportunidades e distanciamento foram trados no capítulo 2.

fisiológicos e biológicos prejudiciais no sistema cardiovascular, imunológico e endócrino. O enfrentamento da discriminação também é capaz de gerar efeitos sobre a saúde física e mental. Pessoas que relatam passar ou ter passado por isso têm maior propensão à autoavaliação de saúde regular ou ruim (CLARK et al. 1999; LEVY, ANSARA e STOVER, 2013; MASSEY, 2007; PASCOE e RICHMAN, 2009).

Quanto aos comportamentos, não há nenhuma relação inerente entre pertencimento a uma categoria racial e práticas não saudáveis. Pelo contrário, essa dimensão interage com as de fatores socioeconômicos e estigmatização (INZLICHT, MCKAY e ARONSON, 2006). Existem evidências de que algumas pessoas engajam-se em comportamentos insalubres em resposta ao enfrentamento da discriminação. Diferentes explicações são referidas a esse respeito. Em uma delas, práticas não saudáveis podem ajudar no gerenciamento do stress advindo da estigmatização. Em outra, experimentar e responder ao racismo pode esgotar os recursos psicológicos necessários para evitar comportamentos degradantes (INZLICHT, MCKAY e ARONSON, 2006; LEVY, ANSARA E STOVER, 2013; MARTIN, TUCH e ROMAN, 2003). O lugar onde os negros residem, o tipo de emprego, o nível de instrução e a renda que obtêm também são capazes de limitar o acesso a alimentos saudáveis e as opções de prática de atividade física (WILLIAMS e MOHAMMED, 2009).

Sabe-se, conforme discussões anteriores, que a condição socioeconômica impacta nos tipos de hospitais e especialistas a que se tem acesso. Além disso, cuidados médicos, por si só, podem produzir assimetrias de saúde entre as categorias raciais. Algo a ocorrer através de diferenças de expectativa e de tratamento. Tratadas na seção 3.6.3, as investigações de Lutfey e Freese (2005) apontam que pacientes de grupos não privilegiados ou pouco estimados são mais propensos a receber menor atenção e terem prescritas intervenções menos profícuas.

Esta dissertação não tem como intuito se aprofundar na demonstração empírica dos efeitos de raça. No entanto, o indicador, diga-se, bastante relevante no que tange às assimetrias de acesso a recursos no Brasil, entra como variável independente de controle nos modelos.

#### 4.6. GÊNERO

Desigualdade de gênero em saúde refere-se a assimetrias socioeconômicas que repercutem no acesso a recursos e acarretam efeitos na distribuição do estado de saúde e nos

níveis de mortalidade (ANNANDALE, 2014; WHITE, 2013). Resulta, dentre outras coisas, da maneira diferenciada com que a sociedade organiza e estrutura os papéis de homens e mulheres (LANG e LOMBRAIL, 2014; MATTHEWS, 2015). Negligenciada durante muito tempo — até por volta da década de 1990, grande parte dos estudos lidavam com as mulheres como se estivessem na mesma situação que os “chefes de família” (LANG e LOMBRAIL, 2014) —, possui literatura menos numerosa que aquela voltada à investigação sobre efeitos de classe social, educação e renda (MATHEWS, 2015).

Gênero interage fortemente com fatores socioeconômicos, porém opera de forma específica e gera efeitos independentes em relação àqueles oriundos da localização na hierarquia social. Embora ocorram variações entre os países, no geral, pessoas do sexo feminino tendem mais a ocupar empregos desvantajosos e a receber salários menores (MATTHEWS, 2015). Quadro que não é diferente no Brasil, apesar de as mulheres possuírem maior instrução (FIGUEIREDO SANTOS, 2009; HASENBALG e SILVA, 2003).

No que se refere ao problema investigado pela sociologia médica, pessoas do sexo feminino aparecem menos nas taxas de mortalidade, mas têm maior propensão a reportar estado de saúde não bom e a figurar nos índices de morbidade (ANNANDALE, 2014; DACHS e SANTOS, 2006; MATTHEWS, 2015; WHITE, 2013). Quanto às doenças e patologias, existem certos tipos mais associadas a um gênero do que ao outro. Por exemplo, demência, depressão e artrite ocorrem com maior frequência entre mulheres. Os homens, por sua vez, são mais acometidos pelo câncer de pulmão, pelo suicídio e por doenças cardiovasculares (BROOM, 2012). Esses resultados podem ser diferentes em alguns países. De acordo com Saurel-Cubizolles (2009), na França, são as mulheres quem morrem mais por causa de doenças no coração.

A interpretação médica propõe que as variações na saúde e na longevidade sejam explicadas por diferenças biológicas inerentes a cada um dos sexos (ANNANDALE, 2014). No entanto, a própria capacidade de controle sobre a saúde e a doença, alcançada nas últimas décadas, delega a estas particularidades fisiológicas força secundária. Por outro lado, mesmo a ideia de diferença segundo a noção de função reprodutiva, presente nos esquemas biomédicos, é socialmente construída. Assim, atribui à mulher papel principal na concepção e na entrega incumbências diversas como se pertencessem à sua natureza (DOYAL, 1985; GIDDENS, 2012). Dentre outras coisas, desse cenário emergem efeitos como o menor tempo para o lazer,

o descanso e o sono. Condição que, segundo Bebbington (1996), pode figurar como uma das explicações para as altas taxas de depressão entre as jovens.

De outra forma, a interação entre múltiplos fatores socioeconômicos e a maneira como a sociedade distribui direitos e poderes geram assimetrias distributivas em que as mulheres se encontram em ampla desvantagem. Na esfera econômica e do poder, a situação desfavorável do gênero feminino implica em menor acesso a recursos e oportunidades (FIGUEIREDO SANTOS, 2008). Afeta o leque de escolhas, os estilos de vida e as possibilidades de obtenção de cuidados médicos (LEÃO, 2008). Na dimensão psicológica, quantidade considerável de mulheres pode passar por estresse emocional referente ao menor prestígio e à dependência material em relação ao cônjuge e aos homens de forma geral. No que tange às crenças de status, podem ser pouco estimadas e consideradas menos capazes (RIDGEWAY, 2011). Grosso modo, a partir daí, repete-se o ciclo, pois isso impacta não apenas em aspectos psíquicos, mas também em suas chances de alcançar empregos vantajosos que garantiriam maior status, renda e proteção à sua saúde (BROOM, 2012; MATTHEWS, 2015; NAZROO et al., 1997). Por último, e não menos importante, deve-se destacar que esses efeitos variam conforme a classe social, sendo que mulheres não privilegiadas sofrem mais com os problemas acima referidos (FIGUEIREDO SANTOS, 2008; MATTHEWS, 2015).

#### 4.7. IDADE

Idade, nesta dissertação, é um dos fatores a serem controlados para que os efeitos interativos entre renda e escolaridade sejam captados de forma mais pura. Aspecto chave para o entendimento sobre o surgimento de doenças e o declínio do estado de saúde, interage com a situação socioeconômica e exerce efeitos diferenciados conforme o nível de acesso a recursos que as pessoas têm (PRUS, 2007).

Basicamente, aqueles mais bem posicionados na pirâmide social tendem a declínios menos rápidos conforme se aproximam da fase idosa e em estágios posteriores (BERNEY et al. 2000; PRUS, 2007). Isso ocorre devido a experimentarem trajetórias diferenciadas e se beneficiarem amplamente da protetividade de sua posição (CARVALHAES, 2013; PRUS, 2007). Efeitos cumulativos de uma vida mais saudável, juntamente com vantagens em termos de acesso a recursos ajudam a adiar e minimizar impactos naturais originários do envelhecimento no organismo (DANNEFER, 2003; ROSS e WU, 1996).

Por outro lado, muitos dos fatores de risco e exposição que teriam como resultado a saúde debilitada dos idosos exerceram influência no decorrer de suas vidas e não necessariamente começaram a operar depois que chegaram nessa fase. Elementos como aposentadoria pior remunerada, residência em asilo, além de riscos de derrames e infartos podem ser o resultado de anos em trabalho estressante, remuneração limitada e relações familiares frágeis (LIMA-COSTA, MATOS e CAMARANO, 2006; LIMA-COSTA, e VERAS, 2003).

O cenário — de contenção dos efeitos da idade no topo e maior afetação na base — faz com que a desigualdade de saúde dentro de uma coorte aumente à medida que envelhece. Por outro lado, não perdendo de vista que os mais pobres morrem antes, tende a convergir quando as pessoas se aproximam dos limites da expectativa de vida (PRUS, 2007).

O peso de anos completados não é o mesmo para todos os estágios e a saúde sistematicamente se altera ao longo do ciclo de vida (CARVALHAES, 2013; DANNEFER, 2003; ROSS e WU, 1996). Jovens têm maior propensão a enfermidades oriundas de acidentes — desde os ocorridos no trânsito aos acontecidos no trabalho — e de exposição a fatores de risco (químicos, ambientais, etc.). Os mais velhos e idosos, por sua vez, a estes estão menos sujeitos, no entanto sentem os impactos de mudanças metabólicas e fisiológicas. Dentre as pessoas acometidas por doença de longa duração, boa parte se encontra com 55 anos ou mais (GRUNDY e HOLT, 2001).

#### 4.8. CONDIÇÕES MATERIAIS

As condições materiais impactam na saúde das pessoas de inúmeras formas. Constituem medida que, usualmente, contempla vários indicadores. Os mais comuns são a infraestrutura urbana, o acesso a serviços, a posse de bens, as condições da moradia e a situação em seus arredores (ALVES COIMBRA, 2015; 2016; BAKER, 2014; DACHS e SANTOS, 2006; GRAHAM, 2007; WOLFE, 2014). Aspectos como abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta de lixo, energia elétrica, além da existência de bens duráveis no domicílio (aparelho celular, fogão, geladeira, veículo, dentre outros) são alguns dentre os contemplados. Destaca-se que os primeiros são serviços concernentes às condições de infraestrutura mínima e relacionados não só à localização de classe, mas também a fatores geográficos e espaciais. Falta de saneamento, superpopulação e habitação precária, por

exemplo, repercutem na incidência de doenças infecciosas e em altos índices de mortalidade (BAKER, 2014; EVANS e KANTROWITZ, 2002; LYNCH et al., 2000; LINK e PHELAN, 2013; WOLFE, 2014). Desvantagens extremas relacionadas a essas condições, na infância, são tão graves que podem gerar efeitos nos estágios seguintes da vida, afetando a posição socioeconômica e a saúde na fase adulta (GRAHAM, 2007). Os bens duráveis, por sua vez, proporcionam conforto e bem estar aos seus detentores. Dizem respeito à capacidade de acumulação pregressa, aos estilos de vida e aos padrões de consumo dos estratos. Podendo ser bons indicadores de circunstâncias anteriores (DACHS e SANTOS, 2006), interagem com a renda para expandir sua capacidade de proteção contra o estresse social e ambiental (FIGUEIREDO SANTOS, 2011a).

Trazendo esta discussão ao tema da dissertação, pode-se dizer que, nos últimos trinta anos, o Brasil experimentou grandes progressos em termos de condições materiais. No entanto, à ampliação da acessibilidade a bens e serviços não corresponderam mudanças mais amplas na estrutura social (HASENBALG e SILVA, 2003; SCALON e SALATA, 2012; TAVARES JUNIOR, 2010). Por sinal, melhorias em infraestrutura básica e amenização das disparidades socioeconômicas são coisas que não devem ser confundidas. Grosso modo, o exemplo da fila — onde pessoas se movimentam para frente, mas mantêm as distâncias entre si — didaticamente, ajuda a compreender a questão.

O acesso ao mínimo de bens e serviços pode significar saída da condição de pobreza extrema (PNUD, 2014), mas sem necessariamente representar alcance das condições de vida dos estratos médios e abastados (GIDDENS, 2012; HASENBALG e SILVA, 2003; SCALON e SALATA, 2012; SOUZA, 2009). Se as condições de vida melhoraram para todos os estratos, é possível que os efeitos de incrementos em acessibilidade a serviços básicos (água potável, por exemplo) sejam sentidos principalmente nas camadas mais subalternas. Nos estratos médios, por outro lado, principalmente a maior disponibilidade de recursos flexíveis, como já descrito anteriormente, devem repercutir consequências. Se este for o caso, os ganhos para os primeiros deverão ser mais significativos, pois dizem respeito a fatores intimamente relacionados à morbidade e à mortalidade.

As proposições presentes na noção de condições mínimas e aquelas formuladas pela teoria das causas fundamentais são complementares. Todavia, há uma ordem cronológica. A força dos recursos flexíveis ganha destaque quando melhorias na área de sobrevivência, motivados pelos progressos nas condições de vida, propiciam mudança na natureza e na

escala das doenças (LINK e PHELAN, 1995; 2013). As evidências apontam que, mesmo após a alteração no quadro das principais causas de morte — de doenças infecciosas para as crônicas não transmissíveis —, os estratos inferiores permanecem em desvantagem (FRENK et al., 1991; OMRAN, 2005). Desta forma, respondem por grande maioria dos casos de câncer, problemas cardiovasculares, diabetes e enfermidades respiratórias (GIDDENS, 2012; GOULART, 2011; GRAHAM, 2007; LINK e PHELAN, 2013; MALTA et al., 2014; OMS, 2014).

#### 4.9. ÁREA GEOGRÁFICA E LUGAR

Número crescente de pesquisas tem apontado que o lugar onde as pessoas vivem é capaz de afetar seu estado de saúde (LAHELMA, 2001). Dependendo do escopo da investigação e dos dados disponíveis, esse indicador pode ser tratado de várias maneiras e levar em conta vizinhança, bairro, setor censitário, estado ou região (BATEMAN, 2014; LANG e LOMBRAIL, 2014). Seja qual for a escolha do pesquisador quanto ao tipo de unidade espacial, rendimento médio, quantidade de pessoas abaixo da linha da pobreza, taxas de desemprego e qualidade do sistema de saúde são aspectos que, ao serem sondados, podem indicar as condições e as circunstâncias nas áreas que se leva em conta.

O nível de desenvolvimento social e econômico, diga-se, pode ajudar na própria escolha e dar indícios sobre o tipo de divisão a ser considerada (BATEMAN, 2014; GALO BARDES, LYNCH, e SMITH, 2007). Por exemplo, se um pesquisador dispõe de dados sobre regiões geográficas e percebe que dentre elas existem diferenças nos níveis de desenvolvimento, ele certamente pode optar por considerar região como seu indicador de lugar. Por outro lado, se dentro de cada região houver sub-regiões socioeconomicamente distintas entre si, talvez esta última unidade seja preferível.

No que se refere a efeitos, residentes em área pobres e menos desenvolvidas têm maior propensão a passar por experiências estressantes. Preocupações com segurança insuficiente, transporte público precário, exposição a fatores ambientais — enchentes, poluição, etc. —, afora acesso limitado a hospitais, áreas de lazer e supermercados são fatores de risco que afetam as pessoas tanto fisicamente quanto emocionalmente (BAKER, 2014; BATEMAN, 2014; ONGE, 2014).

Dados sobre as condições do lugar, infraestrutura urbana, acesso a serviços, tamanho da população, meio ambiente e clima frequentemente são utilizados como proxies quando não existem informações suficientes sobre o status socioeconômico das pessoas (GALOBARDES, LYNCH, e SMITH, 2007; LANG e LOMBRAIL, 2014). No entanto, levar em conta características espaciais pode ser problemático. Os limites geográficos de bairros nem sempre são claros. A diversidade de condições dentro de um setor censitário ou região também é capaz de afetar a validade do mesmo como medida (BATEMAN, 2014).

O indicador de área geográfica, nesta dissertação, delimita macrorregiões do Brasil, áreas urbanas e zonas rurais, regiões metropolitanas e não metropolitanas. Sinaliza, assim, para questões como o desigual desenvolvimento das regiões Norte e Nordeste em relação ao Centro-Oeste, o Sul e o Sudeste (PNUD, 2014). Chama atenção para a maior probabilidade de pessoas residentes em áreas urbanas declararem saúde boa e indica que, controlados outros fatores socioeconômicos, residir em regiões metropolitanas amplia estas chances (IBGE, 2014).

#### 4.10. COMPORTAMENTOS E ESTILOS DE VIDA

A literatura internacional de sociologia da saúde e epidemiologia social tem demonstrado consistentemente que estilos de vida e comportamentos afetam a saúde das pessoas para além de aspectos macrossociais. Tabagismo, alcoolismo, prática de esportes e padrão alimentar, independentemente da exposição a elementos químicos e cancerígenos, impactam na autoavaliação de saúde e na incidência de doenças cardiovasculares, do pulmão e do sistema digestivo superior (ROSS e WU, 1995; LINK e PHELAN, 2013; LANG e LOMBRAIL, 2014; WOLFE, 2014).

Práticas não saudáveis, em termos de cadeia causal, operam como fatores proximais e não devem ser confundidas com causas fundamentais (LANG e LOMBRAIL, 2014). Os primeiros são assim chamados porque operam diretamente — e não por meio de mecanismos intervenientes — para o aparecimento de doenças e a deterioração da saúde. Causas fundamentais, embora estejam intimamente ligadas à morbidade e à mortalidade, são assim denominadas pelo fato de continuarem a operar independentemente das mudanças sociais e econômicas ocorridas nas sociedades ao longo do tempo. Em verdade, recursos flexíveis, definidos e amplamente discutidos na teoria de Link e Phelan (1995; 2013), afetam as chances

de as pessoas se exporem a riscos proximais como alimentação gordurosa, excessivo consumo de tabaco e bebidas alcoólicas mesmo quando já há uma ampla gama de redes de informação alertando para os perigos de tais práticas.

Vários estímulos operam como mecanismos subjacentes no estabelecimento de uma rotina de comportamentos insalubres ou, em outras palavras, de um estilo de vida que envolva práticas arriscadas. O status socioeconômico, por exemplo, afeta o que as pessoas podem fazer e também a maneira como o fazem (LANG e LOMBRAIL, 2014). Seja lembrado, mais uma vez, o exemplo da alimentação descrito por Bourdieu (2007). Os alimentos saudáveis e leves consumidos pela classe média refletem não só seu maior poder aquisitivo, mas também sua possibilidade de escolha, de fazer do alimento desejado uma opção dentre outras possíveis. Por sua vez, os operários de estratos subalternos consomem aquilo que satisfaz à fome ao menor custo não só devido à sua menor remuneração, mas também à disposição — no sentido bourdieusiano da palavra — que possuem para gastar menos.

Afora a posição socioeconômica e a renda, a literatura indica educação como forte fator a impactar nos comportamentos de risco. Níveis mais elevados de instrução dão acesso a conhecimentos que incentivam confiança e capacidade para promoção de estilos de vida voltados a práticas saudáveis (BATEMAN, 2014). São muitas as investigações apontando que, ao serem controlados outros fatores socioeconômicos, a escolaridade opera de forma não negligenciável na redução dos índices de tabagismo e alcoolismo, além de aumentar as probabilidades de as pessoas praticarem alguma atividade física e lidarem melhor com tratamentos médicos (BATEMAN, 2014; ROOS e WU, 1995). Por fim, a literatura também tem demonstrado a existência de nexos entre exposição ao estresse social e comportamentos de risco. Ao que parece, certas práticas seriam adotadas como forma de escapar da ansiedade, do nervosismo e da baixa estima. Algo, evidentemente, a afetar muito mais aqueles em classes subalternas (ONGE, 2014).

## **5. CLASSE SOCIAL, RENDA, ESCOLARIDADE E DESIGUALDADE DE SAÚDE NO BRASIL**

### **5.1. INTRODUÇÃO**

O capítulo 5 desta dissertação dedica-se à discussão sobre onexo causal entre assimetrias socioeconômicas e desigualdade de saúde no Brasil. Assim, irá se valer da literatura tratada até o momento para perscrutar e analisar evidências sobre como o elo se estabelece no país. Três indicadores receberão atenção, sendo estes a renda, a escolaridade e a classe social. A motivação para tal emerge do quadro de mudanças sociais experimentado pela nação nos últimos quarenta anos (BRUNO e SILVA, 2009; HASENBALG e SILVA, 2003; IPEA, 2010; NETO et al. 2015; TAVARES JÚNIOR, 2010). O empreendimento utiliza os microdados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS-2013), cujo questionário teve como escopo as características de saúde dos moradores dos domicílios brasileiros (IBGE, 2014).

A seção 5.2 apresenta o cenário, discute as profundas mudanças pelas quais o Brasil passou nas últimas décadas e debate a questão central desta dissertação, ou seja, a persistência das desigualdades em períodos onde era esperada sua amenização. Especial atenção é dada à expansão do sistema de ensino e ao aumento da renda dos mais desfavorecidos. Progressos de dimensão tal que aliados a outros fatores foram capazes de diminuir as taxas de mortalidade infantil e aumentar consideravelmente a expectativa de vida do brasileiro (ESPM, 2013; HASENBALG e SILVA, 2003; NETTO, YUASO E KITADAI, 2005). A proposição é que, apesar das persistentes assimetrias socioeconômicas, avanços sociais são capazes de diminuir as desvantagens de saúde dos mais subalternos em relação aos privilegiados.

A seção 5.3 dedica-se à revisão da literatura sobre os efeitos de educação. Assim, dá a definição do conceito, apresenta os principais mecanismos pelos quais este importante fator afeta a saúde das pessoas e aborda as maneiras de pesquisá-lo. Discute, também, a perspectiva sob a qual o indicador será analisado. Por fim, são citadas as categorias de ensino utilizadas na investigação e apresentadas sua distribuição para a população brasileira.

Voltada aos impactos de renda na saúde, a seção 5.4 discute a utilização do indicador enquanto medida de status socioeconômico, examina os principais mecanismos pelos quais afeta a vida das pessoas e comenta a causalidade que o envolve. Ademais, discorre sobre

como assimetrias nesta dimensão são capazes de gerar desigualdades de saúde dentro e entre os países e, antes de apresentar a maneira como o indicador foi concebido no estudo e dar sua distribuição, cita os prós e contras do seu uso.

O esquema de classe do sociólogo José Alcides Figueiredo Santos é o foco da seção 5.5. A tipologia tem como base as noções neomarxistas de Erik Wright e procura captar as especificidades da estrutura social no Brasil. Voltada aos atributos do emprego, abarca o controle de propriedade, a organização e a autoridade, além da posse de ativos e o número de empregados (FIGUEIREDO SANTOS, 2002; 2005; 2011a; 2013b). Escolhida para representar as características das posições de classe neste estudo, permite captar a situação de categorias em diferentes regiões da hierarquia socioeconômica.

A seção 5.6 dedica-se ao indicador do estado de saúde. A autodeclaração se aproxima de medidas objetivas — avaliações médicas e índices de morbidade e mortalidade — e é boa preditora no que diz respeito aos comportamentos de risco, às doenças crônicas e à incapacidade física. Dentre as vantagens de sua utilização estão a capacidade de captar a saúde média da população e a acessibilidade das informações que dispõe em relação a questões mais específicas e dirigidas (APPELS et al. 1996; FIGUEIREDO SANTOS, 2011c; KUHN, RAHMAN e MENKEN, 2006).

Nas seções 5.7 e 5.8 são apresentadas as hipóteses da investigação e as estratégias de ação. Já a 5.9 dedica-se a breve apresentação da base de dados e do programa estatístico Stata. Também são tratados nesta última os modelos estatísticos utilizados. Por fim, a seção 5.10 discorre sobre os resultados da pesquisa. As três primeiras partes abrangem os efeitos de classe, educação e renda. A quarta, por sua vez, abarca testes contrafactuais onde o objetivo foi simular cenários de mudanças sociais e captar seus impactos sobre as assimetrias de saúde.

## 5.2. APRESENTANDO O CENÁRIO: PERSISTÊNCIA DA DESIGUALDADE SOCIAL EM PERÍODOS DE AUMENTO DE RENDA E ESCOLARIDADE

O Brasil é profundamente marcado por divisões sociais que repercutem em sistemáticas e persistentes assimetrias socioeconômicas. Porém, pelo menos desde o milagre econômico, ocorrido na década de 1970, o cenário vem se alterando e melhorias substanciais nas condições de vida de todos os estratos da população têm sido observadas (HASENBALG e SILVA, 2003; TAVARES JÚNIOR, 2010). Progressos na saúde pública, infraestrutura

urbana, saneamento básico (esgotamento sanitário, água potável e coleta de lixo), habitação, nutrição, difusão de informação a respeito de cuidados voltados ao bem-estar, além da maior acessibilidade a bens e serviços são alguns dos avanços que merecem ser citados (BRUNO e SILVA, 2009; IPEA, 2010; NETO et al. 2015).

Por outro lado, mais especificamente nas duas últimas décadas, é notória a expansão do sistema de ensino e o conseqüente aumento da escolaridade dos brasileiros. Chama atenção, também, a considerável elevação da renda dos mais pobres ocorrida no mesmo período (HASENBALG e SILVA, 2003; TAVARES JÚNIOR, 2010). Incrementos no salário e programas de distribuição, principalmente, respondem por este quadro. No que se refere à educação, políticas de inclusão e de auxílio à permanência na escola ofereceram as contribuições de maior relevância (HASENBALG e SILVA, 2003; SCALON e SALATA, 2012; TAVARES JÚNIOR, 2003).

Os progressos sociais supramencionados, somados à continuidade do processo de urbanização e à redução dos índices de natalidade da população, propiciaram ganhos consistentes em qualidade de vida. A longevidade do brasileiro aumentou e houve redução nos índices de mortalidade infantil. Este amplo quadro de avanços em indicadores — que, conforme descrito em capítulos anteriores, afetam diretamente o estado de saúde das pessoas — beneficiou principalmente aqueles nas camadas mais subalternas (ESPM, 2013; HASENBALG e SILVA, 2003; NETTO, YUASO E KITADAI, 2005).

Segundo dados do IBGE (2013, p. 14 e p.43), em 1980, a esperança de vida ao nascer, no país, era de 62,5 anos. No caso das crianças, para cada 1000 nascidas vivas, em média 69,1 vinham a óbito antes de completar o primeiro ano. Já em 2010, o valor encontrado para expectativa de vida é de 73,7, sendo que o número de mortes dos menores de um ano cai para 16,8. Em especial, contribuem para a queda dos índices de mortalidade infantil o aumento no nível de instrução das mães, o incremento de renda conseguido pelas famílias nas últimas décadas e a conseqüente melhora nas condições alimentícias das crianças (HASENBALG e SILVA, 2003; IBGE, 2013).

No entanto, apesar dos avanços sociais descritos, a desigualdade no país continua a ser uma das maiores em todo o mundo. Em 2003, Nelson do Valle Silva, analisando o coeficiente de Gini e o comparando com o de outras nações da América Latina, escreveu que “os indicadores internacionais disponíveis apontam o Brasil como o país mais desigual dentro da região mais desigual” (SILVA, 2003, p. 432). Mesmo com os aumentos percentuais de renda

alcançados pelas camadas não privilegiadas tendo superado aqueles obtidos pelos estratos abastados na década de 2000, não ocorreram grandes alterações no quadro. Em 2012, segundo dados do IPEA, o país ainda figurava entre os doze socioeconomicamente mais assimétricos do mundo.

À descrição do cenário faz-se necessário pontuar que a relação entre avanços sociais e diminuição da desigualdade não é linear. Há décadas, a literatura tem apontado para a persistência de assimetrias socioeconômicas em períodos onde sua amenização era esperada (BOUDON, 1974; 1981; BLOSSFELD e SHAVIT, 1993; HASENBALG e SILVA, 2003; KUZNETS, 1955; SHAVIT e MULLER, 1998). Algo que não deve obscurecer o fato de que, mesmo diante de extremas desigualdades, ganhos em renda e educação são capazes de gerar melhoras na qualidade de vida da população. Além de permitir saída da pobreza e alcance da dignidade, dentre outras coisas, esses avanços impactam no estado de saúde das pessoas (ALVES COIMBRA, 2016; FEINSTEIN et al. 2006; ROSS e WU, 1995; LAHELMA, 2001; WOLFE, 2014).

Quer dizer, de maneira geral, a situação de toda a população melhorou, mas as pessoas permanecem em posição de classe muito similar à que se encontravam. Há, inclusive, diversos autores alardeando o surgimento de uma nova classe média no país. Oriundos da economia, em sua maioria, atentam para a renda e o poder de consumo como indicador para tal afirmação (BRAGA, 2012; NERI, 2008; 2010; 2011; SARAIVA et al. 2015). Porém, são logo questionados por sociólogos a demonstrar que apenas este indicador não é suficiente para discutir situação de classe (HASENBALG e SILVA, 2003; SCALON e SALATA, 2012; 2016; SOUZA, 2010). Resumindo o debate, no Brasil, as pessoas efetivamente dispõem de renda acima daquela que possuíam anos atrás. Seu grau de escolaridade também aumentou. Todavia, em termos de empregos — o indicador de posição de classe mais comumente utilizado em sociologia —, permanecem, se não na mesma, em situação similar à que estavam no passado.

### 5.3. EDUCAÇÃO E DESIGUALDADE DE SAÚDE

O uso de educação como indicador de status socioeconômico tem origem na tradição weberiana. Os autores dessa vertente a veem como demonstrativo dos conhecimentos que as pessoas dispõem para embasar suas ações. Frequentemente é também associada à capacidade

de autocontrole e de cálculo prospectivo (BAKER, 2014; FEINSTEIN et al. 2006; ONGE, 2014). De acordo com Lang e Lombrail (2014) e Onge (2014), educação geralmente é obtida durante o período que vai da infância até à idade de jovem adulto, sendo fortemente determinada pelas características parentais e representando uma medida de posição socioeconômica do início da vida. Além disso, é estável ao longo do tempo e encontra-se disponível independente do status da força de trabalho. Outra característica é que, diferentemente da renda, e uma vez que boa parte das doenças crônicas surge após a conclusão da educação formal, tem menor probabilidade de ser influenciada por problemas de saúde (ELO e PRESTON, 1996). Proposição que não descarta a menor propensão a completar a escolarização formal por parte das pessoas que tiveram saúde precária durante a infância e/ou a fase de jovem adulto (BATEMAN, 2014; ROSS e MIROWSKY, 1999). Quanto aos inquéritos, dificuldades que afetam as estimativas de riqueza e bens — duas delas são a subdeclaração e a insciência — pouco perturbam os índices educacionais (BATEMAN, 2014; HASENBALG e SILVA, 2003).

Baker (2014) expõe que uma das dimensões de educação refere-se à socialização dos comportamentos na família e dentre as redes pessoais. Condutas aprendidas na infância com influência do estilo de vida familiar, por exemplo, têm maiores chances de serem mantidas nas fases seguintes da vida que aquelas não aprendidas. Uma criança que cresça junto a uma parentela com práticas alimentares não saudáveis terá grandes probabilidades de aprendê-las e não abandoná-las com o avanço de sua idade. Por outro lado, socialização junto a comportamentos saudáveis, além de menor exposição, influencia na identificação e cuidados diante dos fatores de risco (FEINSTEIN et al. 2006; ONGE, 2014).

Redes pessoais positivas impactam na saúde através de diversos mecanismos. Podem promover o contato e o acesso a produtos saudáveis, influenciar práticas benéficas e contrariar comportamentos de risco. Surtem efeito também em aspectos psicológicos como a autoestima, além de servirem para amortecimento do estresse e da depressão (ONGE, 2014).

Educação como socialização de comportamentos é caminho conveniente na investigação acerca dos efeitos das condições familiares na vida da criança e em estudos concernentes aos estímulos propiciados pelas redes pessoais (por exemplo, grupos de amigos do trabalho ou da faculdade) em estágios posteriores (BAKER, 2014). Condições de socialização favoráveis e melhores oportunidades de permanência no sistema de ensino

provavelmente interagem reforçando-se mutuamente e impactando tanto na escolaridade média quanto nos comportamentos (FEINSTEIN et al., 2006).

Outra forma de investigar os efeitos de educação sobre a saúde consiste em concebê-la como credenciais educacionais. O certificado opera como ativo valioso para obtenção de vantagens — melhores salários e ocupações privilegiadas — no mercado de trabalho (BAKER, 2014; COLLINS, 1979; FEINSTEIN et al., 2006). Detentores de credenciais raras têm maior qualidade de vida ao se beneficiarem de garantias trabalhistas, menor propensão ao desemprego, além de não ingressarem em postos de trabalho deteriorantes e de possuírem o tempo livre mais bem organizado — algo a lhes permitir maior envolvimento com exercícios físicos, hobbies e outras atividades recreativas — (BATEMAN; 2014; BURCHEL, 2011; FEINSTEIN et al., 2006; FIGUEIREDO SANTOS, 2013a; MIROWSKY e ROSS, 2003; NEUBERT, 2013; NEUBERT, TAVARES JUNIOR e MONT`ALVÃO, 2016; ROSS e WU, 1995). Aos pesquisadores que investigam impactos de educação por via de títulos escolares e acadêmicos, anos a mais de escolarização apenas são significativos quando resultam na obtenção de um grau (BAKER, 2014).

Embora a credencial opere como pré-requisito para o ingresso em ocupações de prestígio, acréscimos nos anos de escolaridade exercem efeito específico e independente nos comportamentos de risco. O acesso à educação formal contribui na aquisição de habilidades como autocontrole, prospectividade, competência e motivação para resolver problemas (BAKER, 2014; BATEMAN, 2014; FEINSTEIN et al., 2006; ONGE, 2014). Existem indícios de que é fator protetivo contra situações adversas, elemento a ampliar melhoras no trato de algumas doenças depois de diagnosticadas e na comunicação com os profissionais de saúde (LUTFEY e FREESE, 2005; ONGE, 2014; ROSS e WU, 1995). De forma geral, a literatura aponta para impactos do nível de instrução sobre as práticas de saúde, os comportamentos, as taxas de mortalidade, o acometimento por doenças e a expectativa de vida (BAKER, 2014; CURRIE e MORETTI, 2002; FEINSTEIN et al., 2006; HASENBALG e SILVA, 2003; IBGE, 2013; LLERAS MUNNEY, 2005; LINK e PHELAN, 2013).

O presente estudo, no entanto, considera a variável nível educacional valendo-se de perspectiva que tem mais a ver com probabilidade e chances de acesso que com quaisquer habilidades especiais que a educação possa inculir nas pessoas. Opta-se, então, pela hipótese na qual a expansão do sistema educacional representa ampliação das chances de mais pessoas virem a ter contato com certos conhecimentos: aprender a ler e a escrever, interpretar

minimamente informações, além de serem apresentadas a noções básicas sobre qualidade de vida e trato com a saúde (BARKER, 2014; FEINSTEIN et al., 2006; HARNISCHFEGGER e WILEY, 1976). A renda, neste caso, pode operar moderando o aproveitamento da informação a que essas pessoas foram expostas. O atributo em questão não é a capacidade da educação de aumentar a perspicácia e a prospectividade no trato com a saúde à medida que adquirem conhecimento. Ao invés disso, foca-se em uma dimensão probabilística: quanto mais as pessoas tiverem acesso à educação formal, maiores são as chances de serem expostas ao conhecimento. Rendimentos e situação socioeconômica favoráveis, neste caso, ampliariam a possibilidade da exposição à informação surtir efeito no estado de saúde. Não se trata de internalização de condutas, mas de ampliação na quantidade de informação (FEINSTEIN et al., 2006).

Por exemplo, independentemente da capacidade de análise calculística e prospectiva sobre os males causados pela ingestão de alimentos gordurosos, ter a informação de que consumi-los pode trazer problemas à saúde já é avanço em relação à época em que não se sabia. Caso, concomitante a isso, as pessoas tenham acesso a uma quantidade de dinheiro que permita a compra de pratos mais leves e saudáveis, a associação entre escolarização — que traria o acesso à informação — e renda pode operar na redução dos índices de práticas alimentares insalubres e, conseqüentemente, das doenças causadas por tal comportamento.

Evidentemente, para a descrição densa de mecanismos são necessários estudos qualitativos. Esta pesquisa, no entanto, foca-se em mostrar os impactos da associação entre os indicadores supramencionados na saúde ponderando seus efeitos por classe social. Ou seja, não visa descrever, no nível da ação, como a elevação do grau de escolaridade afeta as pessoas. O objetivo consiste, sim, em demonstrar que quando a desvantagem socioeconômica é mais acentuada em uma categoria, os efeitos interativos entre os ganhos que obtém e sua posição social tendem a ser maiores.

Após discutir os principais mecanismos e a serventia do indicador, serão apresentadas algumas das dificuldades concernentes à utilização de educação. Embora as evidências demonstrem a relação entre anos de escolaridade e comportamentos de saúde, pouco se tem empreendido para desvendar aspectos da qualidade desses anos. Quantidade de horas empregadas no estudo, tipo de formação e período em que houve a escolarização são fatores capazes de moderar os efeitos de instrução, mas tocados pela literatura de forma limitada (FEINSTEIN et al., 2006). Além disso, melhorias na qualidade da educação, direcionamento

dos conhecimentos para os problemas quotidianos das pessoas e programas que facilitem a permanência no sistema de ensino podem ser tão importantes para os resultados de saúde quanto a ampliação do acesso à instrução (FEINSTEIN et al., 2006).

Na PNS-2013, as informações tangentes à educação contemplam os anos e os graus de escolaridade, além do tipo de instituição educacional em que as pessoas ingressam (se pública ou privada). Não foram incluídas questões sobre: tempo aplicado aos estudos (horas diárias na escola ou em casa), área de formação (em qual curso se formou), se a pessoa julga pertinente para o seu dia-a-dia os conhecimentos adquiridos na escola ou qual foram os programas (políticas educacionais e sociais) que teriam facilitado sua permanência no sistema de ensino. A ausência dos dados referidos não compromete os objetivos, pois a lógica explicativa na dissertação volta-se para a mediação por classe social dos efeitos de escolaridade e renda. Quer dizer, o foco é demonstrar as diferenças na força que os rendimentos e a instrução podem ter, a depender da categoria de emprego (efeitos através da interação com classe), e não explicar minuciosamente como os mecanismos presentes nestes indicadores operam.

É possível que ganhos em escolaridade sejam muito relevantes para os estratos onde existe escassez de outros recursos. Porém, a melhor saúde obtida pelos privilegiados diz respeito a vantagens que não estão em domínio dos subalternos (BAKER, 2014; LAHELMA, 2001; LINK e PHELAN, 1995; 2013; ROSS e WU, 1995; WOLFE, 2014). Mesmo no que tange ao sistema de ensino, se, por um lado, mudanças sociais ampliam as chances de acesso, por outro, tendem a deslocar para níveis mais avançados aquilo que é valorizado (HIRSCH, 1979). Em outras palavras, quando o acesso à escolaridade básica se tornar universal, os estratos superiores, provavelmente, já terão saturado as vagas da educação universitária permanecendo, assim, em vantagem. Com a expansão das vagas na graduação, o diploma acadêmico também tende a perder peso enquanto fator protetivo. A partir daí, passa a ter força não mais seu valor intrínseco, mas a capacidade dos grupos de convertê-lo em alguma outra coisa, especialmente empregos.

Oito categorias de escolaridade foram criadas para representar as transições relevantes no sistema de ensino brasileiro: não sabe ler e nem escrever, sem instrução, fundamental incompleto, fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, superior incompleto e superior completo. Na tabela 1 constam os graus de escolaridade e sua distribuição para pessoas de 18 a 64 anos. No Brasil, considera-se nível básico o ensino médio completo, geralmente concluído aos 17 anos.

**Tabela 1** - Distribuição por categorias de escolaridade — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013)

<b>Categoria de Escolaridade</b>	<b>N*</b>	<b>%</b>	<b>Cumulativo</b>
Superior completo	17362	13,41	13,41
Superior incompleto	7572	5,85	19,26
Ensino médio completo	38913	30,04	49,30
Ensino médio incompleto	7864	6,07	55,37
Fundamental completo	13306	10,27	65,64
Fundamental incompleto	29517	22,79	88,43
Sem instrução	6972	5,38	93,81
Não sabe ler e nem escrever	8010	6,19	100,00
<b>Total</b>	<b>129516</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\*Considera-se apenas a condicionante idade, sem restrição por outras variáveis como emprego e renda do trabalho.

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados. Tabulação simples feita com uso do Stata.

Os dados da tabela 1 revelam que, no Brasil, apesar da expansão educacional descrita anteriormente, em 2013, ainda era alto o número de maiores de idade que não sabiam ler e nem escrever. Considerando o recorte até a faixa dos 64 anos, o valor equivale a 6,19%. Caso sejam consideradas pessoas neste grupo etário que não chegaram a obter o diploma do ensino fundamental, o percentual de 34,36%, pode-se dizer, é demasiado elevado. Por outro lado, mais que um terço da população maior de idade frequentou o ensino médio (36,11%) e dos que frequentaram, uma boa parte o concluiu. Valor próximo a um quinto alcançou o ensino superior e 13,41% do total considerado conquistou o certificado universitário.

#### 5.4. RENDA E DESIGUALDADE DE SAÚDE

Renda é um indicador de posição socioeconômico que está diretamente relacionado à capacidade das pessoas de acessarem recursos materiais. Forte preditora de mortalidade, suas variações impactam na qualidade de vida fazendo emergir diferentes níveis de risco à saúde (LANG e LOMBRAIL, 2014; WOLFE, 2014). Geralmente é definida pelo salário recebido antes do desconto de impostos. Pode ser medida individualmente, mas é mais comumente mensurada em termos do agregado familiar — neste caso, soma-se a renda de todos os membros (BATEMAN, 2014; ONGE, 2014). Alguns autores expandem a noção para tratá-la também como receitas provenientes de investimentos, transferências monetárias e valores recebidos de programas sociais (BAKER, 2014). É difícil isolá-la completamente da escolaridade, uma vez que níveis mais altos de instrução geralmente ligam-se à maior renda. Porém, embora parte de sua relação com a saúde possa ser explicada através da educação,

possui mecanismos próprios e que dela independem (BAKER, 2014; LANG e LOMBRIL, 2014; ONGE, 2014).

No período que vai da fase de jovem adulto até à meia idade, as pessoas tendem a aumentar suas rendas. Posteriormente, nas proximidades da velhice e em diante, os valores alcançados se estabilizam e, em algumas situações, diminuem (BAKER, 2014). Durante todos estes estágios, a renda afeta a vida como recurso a representar o poder de compra. Melhor remuneração significa oportunidades mais amplas de gastos com alimentação, lazer e habitação, além de redução de riscos como o estresse e o sofrimento (BAKER, 2014; GALOBARDES et al., 2006; LINK e PHELAN, 1995; 2013). No que tange aqueles com saúde debilitada, retarda a progressão de doenças e propicia-lhes maior qualidade de vida por via de diferenciada possibilidade de aquisição de cuidados de saúde, de modificação do local de trabalho e de ambientes domésticos (BATEMAN, 2014). Pessoas em vantagem de renda, mesmo em países onde há acesso ao sistema médico hospitalar para praticamente toda a população, tendem a ter melhor saúde e maior expectativa de vida (WOLFE, 2014).

Por outro lado, altos índices de pobreza em uma região ou nação afetam a coesão coletiva e propiciam menores oportunidades de engajamento com países vizinhos (ONGE, 2014). Impactam no sistema de saúde e nas condições de vida gerais da população, afora contribuírem para percentuais mais elevados de desemprego. A insegurança oriunda das dificuldades econômicas é capaz de gerar sensação de transtorno e perigo que, por sua vez, afeta a saúde física e mental (LAHELMA, 2001; ONGE, 2014). Cronologicamente, num primeiro momento, o baixo investimento público feito por estas sociedades acomete drasticamente o sistema de saúde, a segurança pública, as condições de vida e o bem-estar. Num segundo, a desigualdade de renda leva à instabilidade social e a assimetrias de acesso a meios protetivos. Por último, mesmo quando ocorrem melhoras distributivas e aproximação entre estratos, os efeitos de comparações entre os grupos, antes distantes, são capazes de provocar estranhamento e acarretar processos psicológicos (KAWACHI, 2000; ONGE, 2014). Sejam lembrados, neste momento, aspectos da discussão sobre crenças de status. Quer dizer, as pessoas têm maior propensão a estimar e depositar expectativas naqueles que são iguais ou estão acima na estrutura social. Acesso à renda por parte dos destituídos pode propiciar que frequentem lugares e adquiram coisas que até então eram possíveis apenas para as classes médias.

Após breve abordagem sobre o potencial explicativo de renda, serão apresentados alguns de seus entraves. Figueiredo Santos (2011a, p. 26) aponta que

a principal desvantagem desse indicador é a dificuldade de estabelecer relações causais. Se a renda pode ser pensada como um recurso generalizado com poder de contenção dos efeitos do estresse social e ambiental, os ativos acumulados e a riqueza podem expandir ainda mais esta capacidade.

Outra dificuldade consiste na não captação de certos grupos. Por exemplo, no caso de índices que levam em conta renda monetária, pessoas que declaram não a possuir. Isso pode ser comum nos estratos subalternos onde este recurso talvez seja menos expressivo que outros bens. No topo da pirâmide social, a subdeclaração costumeiramente é o obstáculo (BATEMAN, 2014; HASENBALG e SILVA, 2003). Obter informação completa também é difícil, pois, muitas vezes, provendo de fontes como aposentadoria, assistência social e aluguel de propriedades, as pessoas podem não saber calcular ao certo quanto de renda possuem (BATEMAN, 2014).

A cadeia causal em que renda se insere é complicada de determinar, se rendimentos afetam a saúde, o contrário também é verdade (causalidade reversa) (BATEMAN, 2014). Por último, conforme descrito anteriormente, os níveis de remuneração podem mudar rapidamente e muitas vezes durante toda a vida. Isso torna difícil avaliar status socioeconômico através de medida de renda em ponto único no tempo (BATEMAN, 2014; ONGE, 2014).

Direcionando a discussão ao presente trabalho, provavelmente os ganhos em saúde pela associação entre elevação da renda e aumento da escolaridade surtirão efeitos menores nos grupos com nível socioeconômico mais elevado. Os estratos médios e abastados, detentores de amplas vantagens nestas dimensões, encontram-se bastante próximos do limite da saúde boa e, assim, seriam pouco afetados (ADLER e STEWART, 2010; FIGUEIREDO SANTOS, 2013a; ONGE, 2014; WOLFE, 2014). De outra forma, para pessoas com baixa renda, aumentá-la um pouco propiciaria razoáveis incrementos em qualidade de vida e faria cair as chances de reportarem estado de saúde não bom.

Considerando os décimos de renda familiar, o estudo dispõe as categorias em dez grupos de renda relativa (tabela 2). Esse indicador, quando tratado de forma categórica, permite uma melhor captação de sua relação não linear com a saúde. Conforme aponta a literatura, a maior parte da associação encontra-se na parte inferior da distribuição (FIGUEIREDO SANTOS, 2011a; 2011c).

**Tabela 2** - Características dos decis de renda do trabalho — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013)

<b>Decis de Renda</b>	<b>Renda Média (R\$)</b>	<b>Rendas Mínimas e Máximas das categorias (R\$)</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Décimo decil	6639,65	3000,00 a 220000,00	6215,76
Nono decil	2443,26	2000,00 a 3000,00	385,63
Oitavo decil	1690,47	1500,00 a 2000,00	196,00
Sétimo decil	1280,18	1200,00 a 1500,00	88,54
Sexto decil	1045,26	1000,00 a 1200,00	67,70
Quinto decil	877,86	800,00 a 1000,00	57,67
Quarto decil	738,14	678,00 a 800,00	47,78
Terceiro decil	678	678,00 a 678,00	0
Segundo decil	529,60	350,00 a 678,00	99,55
Primeiro decil	214,02	2,00 a 350,00	92,31

N = 86401 (exclusivamente observações com renda do trabalho — casos pertencentes à categoria trabalhadores excedentes, por exemplo, não são computados, pois estes não a possuem).

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados. Tabulação simples feita com uso do Stata.

Analisando a tabela 2, chama atenção, especialmente, os extremos. Quer dizer, se no primeiro decil as pessoas tem uma renda média girando em torno de R\$ 214,02, algo bem abaixo do segundo (R\$ 529,60), no topo, o valor de R\$ 6639,65, do décimo, é bastante superior em relação aos R\$ 2443,26 do nono. Ainda com relação aos mais bem remunerados, a heterogeneidade da categoria (com valores girando dos R\$ 3000,00 aos R\$ 220000,00), afora receberem, em média, quase 31 vezes mais que a base são questões para se atentar. No meio da distribuição, os valores estão mais próximos uns dos outros. O terceiro decil tem renda equivalente a 92% da renda do quarto que, por sua vez, possui remuneração média na faixa de 84% daquela obtida pelo quinto. O percentual relativo do quinto em relação ao sexto também se encontra na casa dos 84%. À medida que são olhados os números mais acima na pirâmide, o quadro, porém, muda. A renda média do sétimo decil equivale a 75% daquela observada para o oitavo. Este, em comparação com o nono, tem 69%. Voltando novamente à diferença entre as duas categorias mais abastadas, a remuneração do nono decil equivale a 37% daquela percebida pelo décimo.

A partir do que foi descrito e dos dados acima (especialmente aqueles nas duas primeiras e nas duas últimas linhas da tabela), é possível afirmar que, apesar dos avanços socioeconômicos das últimas décadas, a desigualdade de renda ainda é bastante acentuada no país. Conforme descrito anteriormente, o Brasil é uma das nações que mais avança em termos de distribuição de renda, por outro lado, no entanto, também ainda o é uma das mais desiguais.

## 5.5. O ESQUEMA DE CLASSE SOCIAL

Considerando que a noção de classe social foi discutida nas seções 2.2 (pela perspectiva da sociologia da estratificação) e 4.3 (enquanto medida de posição na pesquisa sobre desigualdade de saúde), a seção 5.5 irá se dedicar à apresentação da tipologia utilizada nas estimativas. O esquema abarca categorias nas diferentes regiões da estrutura social. Valoriza as dimensões de controle de propriedade, organização e autoridade, além da posse de ativos e o número de empregados. Construído por Figueiredo Santos (2002; 2005; 2011; 2013b), tem como base as noções neomarxistas de Erik Wright (1985; 1997; 2009). O objetivo do sociólogo brasileiro, quando o elaborou em 2002, consistia em formular uma classificação socioeconômica que captasse as especificidades do Brasil.

Para pensar a noção de classe social, a partir dos escritos destes autores, deve-se atentar ao controle sobre ativos e recursos valiosos. Os principais são aqueles detidos pelo capitalista burguês, a saber: o capital econômico, a propriedade privada e a força de trabalho dos operários. Grosso modo, a classe capitalista controla cada uma dessas dimensões e os membros da classe operária não detêm controle sobre nenhuma. Existem, ainda, aqueles — o caso dos gerentes — que não são detentores do capital nem da propriedade, mas exercem influência sobre a força de trabalho<sup>5</sup>.

Quanto à tipologia de classe elaborada por Figueiredo Santos, estão listadas as posições privilegiadas de capitalistas e fazendeiros, especialistas autônomos, gerentes, empregados especialistas e pequenos empregadores. Dentre os controladores de ativos de menor valor encontram-se os autônomos com ativos e os autônomos agrícolas. A classe trabalhadora não destituída é constituída pelos empregados qualificados, supervisores e trabalhadores típicos. Já os destituídos de ativos são os trabalhadores elementares, autônomos precários, empregados domésticos, agrícolas precários e trabalhadores excedentes. Justifica-se a escolha dessa tipologia justamente por abarcar categorias especiais que englobam posições destituídas, onde é provável que os efeitos da associação entre escolarização e aumento de renda sobre a saúde sejam mais fortes. O quadro 1, a seguir, descreve as categorias do esquema com maiores detalhes e a tabela 3 abarca sua distribuição para adultos de 18 a 64 anos. Como a PNS-2013 não têm informações sobre o número de empregados e a área dos

---

<sup>5</sup>Erik Wright (1985; 1997) denomina estas categorias de classe como posições contraditórias. Quer dizer, os que aí estão localizados não são capitalistas, mas também não se encontram localizados dentre o operariado.

empreendimentos agrícolas, Figueiredo Santos (2013b) fez algumas modificações na tipologia original e utilizou os decis de renda para diferenciar capitalistas de pequenos empregadores, autônomos com ativos de autônomos precários e autônomos agrícolas de agrícolas precários.

**Quadro 1** - Classificação socioeconômica para o Brasil por categorias empíricas (critérios originais e aplicados à PNS-2013 devido à lacuna de indicadores)\*

Categorias	Critérios Operacionais
Capitalistas e fazendeiros	<p><b>Critério original:</b> Posição na ocupação de empregador; empregador não agrícola com 11 ou mais empregados; empregador agrícola com 11 ou mais empregados permanentes; empregador agrícola que emprega simultaneamente 6 ou mais empregados permanentes e 11 ou mais empregados temporários; empregador agrícola com 1.000 hectares ou mais de terra, independentemente do número de empregados.</p> <p><b>Critério aplicado à PNS:</b> empregador com renda do trabalho situada nos dois décimos superiores da categoria de empregador [20% mais ricos].</p>
Especialistas autônomos	<p><b>Critério original:</b> Posição na ocupação de conta própria ou empregador; especialista de acordo com o grupo ocupacional, com até 5 empregados ou sem empregados, com ou sem estabelecimento (loja, oficina, fábrica, escritório).</p> <p><b>Critério aplicado à PNS:</b> Posição na ocupação de conta própria; especialista de acordo com o grupo ocupacional.</p>
Gerentes	<p>Posição na ocupação de empregado, gerente de acordo com o grupo ocupacional, abarcando os diretores de empresas, dirigentes da administração pública, administradores em organizações de interesse público (sem fins lucrativos etc.) e gerentes de produção, operações e de áreas de apoio.</p>
Empregados especialistas	<p>Posição na ocupação de empregado, especialista de acordo com o grupo ocupacional, incluindo as profissões credenciadas, as profissões de menor poder profissional e os professores do ensino médio e profissional com formação superior.</p>
Pequenos empregadores	<p><b>Critério original:</b> Posição na ocupação de empregador; empregador não agrícola que ocupa de 1 a 10 empregados; empregador agrícola com 3 a 10 empregados permanentes, desde que não empregue simultaneamente de 6 a 10 empregados permanentes e 11 ou mais empregados temporários.</p> <p><b>Critério aplicado à PNS:</b> empregador com renda do trabalho situada nos oito décimos inferiores da categoria de empregador [80% mais pobres].</p>
Autônomos com ativos	<p><b>Critério original:</b> Posição na ocupação de conta própria com atividade de natureza não agrícola, cujo empreendimento ou titular possui uma ou mais das seguintes condições: estabelecimento (loja, oficina, fábrica, escritório, banca de jornal ou quiosque), veículo automotor (taxi, caminhão, van, etc.) usado para trabalhar ou ocupação qualificada no emprego principal.</p> <p><b>Critério aplicado à PNS:</b> conta própria com atividade de natureza não agrícola com renda situada nos três décimos superiores da categoria de [30% mais ricos].</p>
Autônomos agrícolas	<p><b>Critério original:</b> Posição na ocupação de conta própria com atividade em empreendimento do ramo que compreende a agricultura, silvicultura, pecuária, extração vegetal, pesca e piscicultura.</p> <p><b>Critério aplicado à PNS:</b> Conta-própria na atividade agrícola com renda do trabalho situada nos cinco décimos superiores da categoria [50% mais ricos].</p>

<b>Categorias</b>	<b>Critérios Operacionais</b>
Empregados qualificados	Posição na ocupação de empregado, empregado qualificado de acordo com o grupo ocupacional, abrangendo os técnicos de nível médio nas diversas áreas, professores de nível médio ou formação superior no ensino infantil, fundamental e profissional, professores em educação física e educação especial.
Supervisores	Posição na ocupação de empregado, supervisor, chefe, mestre ou contramestre de acordo com o grupo ocupacional.
Trabalhadores típicos	Posição na ocupação de empregado, trabalhador em reparação e manutenção mecânica, ferramenteiro e operador de centro de usinagem; trabalhador de semi-rotina na operação de instalações químicas, petroquímicas e de geração e distribuição de energia; trabalhador de semi-rotina em serviços administrativos, comércio e vendas; trabalhador de rotina na operação de máquinas e montagem na indústria; trabalhador de rotina em serviços administrativos, comércio e vendas.
Trabalhadores elementares	Posição na ocupação de empregado, trabalhador com tarefas de trabalho bastante elementares na indústria e nos serviços, como ajudantes de obras, trabalhadores elementares na manutenção de vias públicas, faxineiros, lixeiros e carregadores de carga; trabalhadores manuais agrícolas, garimpeiros e salineiros, excluídos os trabalhadores na mecanização agrícola, florestal e drenagem.
Autônomos precários	<b>Critério original:</b> Posição na ocupação de conta-própria e empreendimento ou titular sem a posse de nenhuma das seguintes condições: estabelecimento (loja, oficina, fábrica, escritório, banca de jornal ou quiosque), veículo automotor (taxi, caminhão, van etc.) usado para o trabalho ou ocupação qualificada no emprego principal; posição na ocupação de trabalhador na produção do próprio consumo; posição na ocupação de trabalhador na construção para o próprio uso. <b>Critério aplicado à PNS:</b> Conta-própria em atividade não agrícola com renda do trabalho situada nos sete décimos inferiores da categoria [70% mais pobres].
Empregados domésticos	Posição na ocupação de trabalhador doméstico, com ou sem carteira de trabalho assinada.
Agrícolas precários	<b>Critério original:</b> Conta-própria na atividade agrícola que controla terra pouca ou insuficiente (menos de 2 hectares), ou na condição de posseiro não tem o domínio legal sobre a sua posse, ou vê-se compelido a vender a totalidade (ou maior) parte da sua produção principal para o consumidor direto em mercados meramente locais. <b>Critério aplicado à PNS:</b> Conta-própria na atividade agrícola com renda do trabalho situada nos cinco décimos inferiores da categoria [50% mais pobres].
Trabalhadores excedentes	Os trabalhadores excedentes são integrados pelos desempregados no sentido lato.

\*Os critérios aplicados por Figueiredo Santos à PNS-2013 tiveram como objetivo principal preservar as categorias em seu peso relativo na estrutura de classes da sociedade brasileira atual.

Fonte: Figueiredo Santos (2005, p. 38; 2013b, p 48).

**Tabela 3 - Distribuição das categorias de classe — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013)**

<b>Posições de Classe</b>	<b>Agrupamentos de Classe</b>	<b>N*</b>	<b>%</b>	<b>Cumulativo</b>
Capitalistas e fazendeiros		597	0,65	0,65
Especialistas autônomos	<b>Posições privilegiadas (12,94%)</b>	1022	1,12	1,77
Gerentes		2975	3,25	5,02
Empregados especialistas		4853	5,30	10,32
Pequenos empregadores		2401	2,62	12,94

<b>Posições de Classe</b>	<b>Agrupamentos de Classe</b>	<b>N*</b>	<b>%</b>	<b>Cumulativo</b>
Autônomos com ativos	<b>Controladores de ativos de menor valor (9,34%)</b>	6497	7,09	20,03
Autônomos agrícolas		2061	2,25	22,28
Empregados qualificados	<b>Classe trabalhadora não destituída (44,82%)</b>	8054	8,79	31,07
Supervisores		582	0,64	31,71
Trabalhadores típicos		32417	35,39	67,10
Trabalhadores elementares	<b>Destituídos de ativos (32,90%)</b>	7854	8,57	75,67
Autônomos precários		9428	10,29	85,96
Empregados domésticos		5914	6,46	92,42
Agrícolas precários		1950	2,13	94,55
Trabalhadores excedentes		4998	5,45	100,00
<b>Total</b>	100,00	91603	100,00	100,00

\*Considera-se apenas a condicionante idade, sem restrição por outras variáveis.

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados. Tabulação simples feita com uso do Stata e baseada em Figueiredo Santos (2005, p. 38; 2013b, p 48).

A distribuição das categorias de emprego informa que 32,9% da população encontra-se no agrupamento de destituídos de ativos. De outra maneira, classes privilegiadas, como capitalistas e fazendeiros (0,65%) e especialistas autônomos (1,12%), ainda são bastante reduzidas. A maior parte das pessoas encontra-se dentre os trabalhadores não destituídos (44,82%). Em termos dos efeitos gerados pela posição na saúde, é necessário atentar para este agrupamento. Conforme será exposto adiante, duas coisas devem ser destacadas. Se, por um lado, sua situação é consideravelmente melhor que a daqueles na base da pirâmide, por outro, uma grande distância os separa das classes mais abastadas.

Referentes às vantagens oferecidas pela escolha da tipologia de classes de Figueiredo Santos (2002; 2005; 2011a; 2013b), alguns aspectos devem ser destacados. Em primeiro lugar, a captação dos desempregados — conforme explicado anteriormente, um dos problemas de considerar este indicador para tratar classe diz respeito às pessoas que não possuem emprego e acabam por não ser representadas —, ou trabalhadores excedentes que, nos dados acima, representam um percentual razoável (5,45%). Em segundo, no que tange às especificidades do Brasil, a quantidade considerável de empregos domésticos (6,46%) e o pequeno percentual de supervisores (0,64%). A título de comparação, nos Estados Unidos, por exemplo, o número de cargos de supervisão é muito maior (FIGUEIREDO SANTOS, 2013a).

Concernente ao cenário, é possível afirmar, após discutir o terceiro indicador de interesse para esta dissertação, que, se houve melhorias nas condições de vida dos brasileiros, também é verdade que os índices de desigualdade ainda permanecem elevados. Conforme visto, um grande número da população, com 18 anos ou mais, ainda não possui, sequer, o ensino fundamental completo. A distância da renda média do primeiro decil para os demais é

bastante elevada. O segundo, por exemplo, possui remuneração quase 2,5 vezes maior que os pior localizados. Já o décimo percebe renda mais de 30 vezes maior. Em termos de empregos, o enorme número de pessoas localizadas nas categorias destituídas, quase um terço da população, endossa o panorama.

## 5.6. ESTADO DE SAÚDE

Questão relevante e que suscita debate diz respeito ao que deve ser levado em conta para a medição da saúde (BATEMAN, 2014; ONGE, 2014). Para grande número de autores, mortalidade é a melhor medida, pois representa os limites das consequências de desvantagens socioeconômicas (ROGERS, HUMMER e NAM, 2000). Outros especialistas propõem refinamento destes indicadores ou a preparação de levantamentos que melhor especifiquem, além das taxas de mortalidade, suas causas (BATEMAN, 2014). Há aqueles que se voltam à presença ou ausência de doenças físicas e mentais, os que se valem da autodeclaração feita pelas pessoas sobre seu estado de saúde e os que sugerem a combinação de duas ou mais das medidas referidas para a construção de quadros mais robustos e detalhados (BATEMAN, 2014).

Nesta dissertação utiliza-se a autodeclaração. Estudos feitos principalmente em países desenvolvidos, com populações alfabetizadas e sistemas médicos avançados, demonstraram que o indicador se aproxima de medidas objetivas — avaliações médicas e índices de morbidade e mortalidade — e é bom preditor de comportamentos de risco, doenças crônicas e incapacidade física (APPELS et al. 1996; KUHN, RAHMAN e MENKEN, 2006). Obtido nos inquéritos com os respondentes sendo solicitados a classificar seu estado de saúde — geralmente em escalas que vão de quatro a cinco níveis —, possui as vantagens de captar a saúde média da população sem requerer treinamento de campo extenso ou equipamentos de custo elevado (CARVALHAES, 2013; FIGUEIREDO SANTOS, 2011c; KUHN, RAHMAN e MENKEN, 2006).

Ainda assim, continuam sendo empenhados esforços no sentido de ampliar a validade, a credibilidade e a confiabilidade do indicador. Os objetivos consistem em minimizar a interferência de fatores capazes de afetar as respostas dadas pelos entrevistados e em gerar medidas que se aproximem o máximo possível de outros preditores. Algumas estratégias utilizadas são apresentar informações sobre saúde ao inquirido e colocar outras questões no

questionário para norteá-lo antes da pergunta sobre como se classifica — ambas, evidentemente, feitas de maneira a não influenciá-lo — (KUHN, RAHMAN e MENKEN, 2006). Para os levantamentos do IBGE, já foi sugerido testar a troca de lugar da questão sobre a autoavaliação (tirá-la do começo e colocá-la mais ao final). Nas palavras de dois dos propositores,

A colocação da pergunta ao final dará oportunidade para que a pessoa entrevistada reflita sobre as várias condições específicas, tanto de padecimentos crônicos quanto de restrições de atividades, antes de responder sobre o estado geral de saúde (DACHS e SANTOS, 2006).

Afora aspectos logísticos (materiais e custos) e metodológicos (como fazer com que fatores outros não interfiram na resposta), a comunidade científica tem se dedicado a refletir sobre maneiras de gerar dados comparáveis entre os países. Vários autores, porém, alertam para as dificuldades relacionadas ao empreendimento. Especialmente, a comparação pode ser difícil entre nações com diferentes graus de desenvolvimento. Devido a níveis mais baixos de educação e contato formal com o sistema de saúde, indivíduos nas regiões pobres do mundo podem ter menos conhecimento sobre suas próprias condições de morbidade aguda e crônica. Desta maneira, tenderiam dar respostas subestimadas sobre o seu estado (FERRARO e KELLY-MOORE, 2001; KUHN, RAHMAN e MENKEN, 2006; ZIMMER et al. 2000).

Se, por um lado, aspectos como custos, logística, acessibilidade e, principalmente, sua capacidade de predição de estados mórbidos, do surgimento de enfermidades e da mortalidade tornam a autoavaliação um interessante indicador, por outro, alguns pesquisadores sugerem que a medida tende a ser afetada por características do respondente. Conforme argumentam, a depender da população inquirida, isto pode impactar em sua confiabilidade. Gênero e idade, ao que parece, são os atributos com maior tendência a perturbar os resultados. Existe, também, debate sobre os pouco conhecidos aspectos psicossociais que levariam os inquiridos a dar uma ou outra resposta (CARVALHAES, 2013; KUHN, RAHMAN e MENKEN, 2006).

Apesar das críticas supramencionadas e dos argumentos — como a proposição de que mulheres e pessoas com maior idade tendem a ser mais sensíveis e assim reportar com frequência acima do esperado estado de saúde não bom — para justificá-las, predomina no campo a noção de que sexo e idade efetivamente implicam em desvantagens adicionais (KUHN, RAHMAN e MENKEN, 2006). A grande maioria dos pesquisadores concorda, ainda, sobre a autoavaliação ser capaz de captá-las, mas não rejeitam que informações obtidas

através de outros meios como biomarcadores enriquecem o quadro (KUHN, RAHMAN e MENKEN, 2006).

## 5.7. HIPÓTESE

O trabalho não irá investigar alterações na distribuição de saúde ao longo do tempo. Ao invés disso, manipulará os dados através de modelos de regressão logística e fará simulações por meio do comando especial delta. Criará, desta forma, quadros contrafactuais para apontar a força e a natureza dos efeitos em situações de mudança. Progressos sociais foram descritos, pois as evidências históricas oferecem indícios sobre caminhos a serem perscrutados no estudo a respeito do nexo causal entre classe social, renda, escolaridade e qualidade de vida. Assim, servem ao delineamento de cenário que inspira e contextualiza a pesquisa.

Com vista ao apresentado, o objetivo mais geral do estudo consiste em contrastar impactos do aumento da renda e da instrução com a situação de classe. Em outras palavras, propõe investigar os efeitos de incrementos nestes indicadores sobre a saúde para eventos em que a localização das pessoas na estrutura socioeconômica permaneça a mesma.

A hipótese é que, mesmo em cenário marcado por altos níveis de desigualdade, progressos sociais são capazes de afetar as chances de saúde de forma não negligenciável (BAKER, 2014; DACHS e SANTOS, 2006; FEINSTEIN et al., 2006; ONGE, 2014; ROSS e WU, 1995). Seus efeitos serão sentidos especialmente nas camadas subalternas, pois estas não se beneficiam da protetividade oferecida por classe (ONGE, 2014; ROBERT e HOUSE, 2000). Nos estratos abastados, tenderão a perder força, pois pessoas em empregos privilegiados gozam de inúmeras vantagens a lhes propiciar qualidade de vida e a operar como fatores protetivos de maior intensidade. Além disso, estão bem próximas do limite de saúde boa e acréscimos em renda e escolaridade — recursos dos quais já tiram amplo proveito — pouco lhes afetam (FIGUEIREDO SANTOS, 2013a; LINK e PHELAN, 1995; 2013).

A partir da hipótese, quatro questões serão tratadas. Em primeiro lugar, há a tentativa de explicar por quais vias os aumentos de renda e escolaridade afetam a saúde. A literatura sobre o assunto é vasta, porém o Brasil possui peculiaridades em relação aos países onde a grande maioria das pesquisas citadas até aqui foram desenvolvidas. Em segundo, deverá ser discutida a não linearidade dos efeitos, ou seja, o impacto diferenciado a depender da

interação dos fatores com classe social. Ao que parece, mudanças nos estratos da base acarretam impactos mais relevantes comparativamente em relação aos observados para as classes médias e o topo social. Em terceiro, é discutido o denominado efeito de substituição. Pouquíssimo explorado pela literatura de sociologia da saúde e epidemiologia social refere-se à situação em que, na indisponibilidade de um recurso, outro é mobilizado para suprir sua carência (MYROWSKY, ROSS e REYNOLDS, 2000; ROBERT e HOUSE, 2000). Neste caso, é importante atentar para o efeito de aumento do grau de escolaridade e renda nas classes menos privilegiadas, ou seja, onde as pessoas estão se tornando mais instruídas e melhor remuneradas, mas sem alcançar as amplas vantagens protetivas garantidas às posições privilegiadas graças ao diferenciado acesso que possuem a estes e a outros recursos flexíveis.

Por fim, versa sobre a persistência das desigualdades de saúde em períodos de desenvolvimento social. O impacto de ganhos em renda e acréscimo no grau de escolaridade, embora afete mais intensamente aqueles em desvantagem socioeconômica, não encerra as assimetrias (FEINSTEIN et al. 2006; ROBERT e HOUSE, 2000).

A teoria das causas fundamentais preconiza que mesmo quando avanços chegam ao ponto de beneficiar todos os estratos da população, as desigualdades de saúde não são eliminadas. Isso ocorre porque aqueles em posições privilegiadas são capazes de tirar proveito dos recursos que possuem para permanecer em situação vantajosa (LINK e PHELAN, 1995; 2013). Por outro lado, a classe, por si só, é capaz de operar protetivamente. Isso significa que a desvantagem de saúde das pessoas em empregos na base da pirâmide não pode ser revertida apenas por ganhos em instrução e renda.

## 5.8. ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE

A estratégia consiste em, primeiramente, estimar as probabilidades médias previstas de saúde boa para as categorias de classe, os níveis de escolaridade e os decis de renda. Para tanto, será construído um modelo para cada indicador onde os mesmos entrarão como variáveis independentes focais. A autoavaliação do estado de saúde, originalmente constituída por cinco categorias (muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim), foi binarizada (boa ou não boa) e, no que lhe concerne, entrará como variável dependente. Gênero (estimado na forma usual — 1 para homens e 0 para mulheres), raça (dividida em três categorias: pretos, brancos e amarelos, pardos e indígenas), idade (anos de idade das pessoas dos 18 aos 64), região

(Centro Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul), zona (urbana ou rural), área (metropolitana ou não metropolitana) e informante (quem presta à informação ao agente do IBGE — podem ser a própria pessoa, outro morador do domicílio ou não morador<sup>6</sup>) serão introduzidas como variáveis independentes de controle.

Com estas três estimativas iniciais o intuito é apresentar a magnitude dos efeitos dos referidos indicadores. Não é interessante comparar seus impactos nas chances de saúde, pois são medidas que captam aspectos diferentes da vida das pessoas. A atenção deve voltar-se à força protetiva de cada um. Se, de maneira geral, toda a população foi beneficiada pelos progressos sociais anteriormente descritos, mas as classes privilegiadas continuam a manter diferença em relação aos estratos subalternos, isso pode vir a confirmar parcialmente a hipótese formulada com base na teoria das causas fundamentais. Em outras palavras, se o Brasil, atualmente, é um país mais favorável aos estratos subalternos do que o era no passado, vantagens de classe podem indicar a continuidade da capacidade diferenciada dos privilegiados em proteger sua saúde independente do cenário social. Por outro lado, a análise sobre a protetividade oferecida por escolaridade e renda pode servir para apontar e dimensionar o quão relevantes estes indicadores são na determinação das chances de saúde.

Passando às situações contrafactuais, serão inseridos aumentos no nível de instrução e, posteriormente, na renda das categorias de emprego. O intuito é avaliar como as classes se comportam em hipotéticas situações de progressos sociais. Neste momento, será possível avaliar os efeitos de substituição e teto. Quer dizer, se na base os efeitos forem sentidos com maior intensidade, poderá significar que, como a posição social protege menos, incrementos em outras coisas são capazes de gerar aumentos mais consideráveis nas chances de saúde. Também é interessante testar como as categorias de escolaridade mais baixa reagem a acréscimos de renda e vice versa. Substituição, grosso modo, significa trocar uma coisa por outra. Neste caso, na ausência de empregos privilegiados, renda e escolaridade poderão ser capazes de suprir parte dos efeitos dos mesmos. Para categorias pouco instruídas, maior remuneração provavelmente minimiza as desvantagens em educação. No que se refere às pessoas nos primeiros decis, grau de escolaridade mais elevado talvez cubra parcela da desvantagem em renda.

---

<sup>6</sup>Embora possa haver pequena variação a depender de quem presta a informação ao IBGE, nos modelos, estes valores foram ajustados.

O efeito de teto poderá ser indicado pelo pouco aumento nas chances de saúde das classes privilegiadas apesar dos incrementos em renda e escolaridade. Quer dizer, como já estão próximos ao limite de saúde boa e se beneficiam amplamente dos empregos que possuem, acréscimos em outros indicadores socioeconômicos pouco lhes afeta.

Por fim, volta-se à teoria das causas fundamentais e avalia-se o efeito de aumento dos indicadores nas classes mais subalternas em relação à situação dos privilegiados. Se, apesar dos incrementos, as camadas da base permanecerem em desvantagem, isso poderá indicar que a posição é elemento protetor de intensidade tal que avanços sociais e econômicos não conseguem reverter as vantagens detidas por aqueles em classes privilegiadas.

## 5.9. MATERIAIS E MÉTODOS

### 5.9.1. Base de dados: Pesquisa Nacional de Saúde de 2013

No presente estudo serão utilizados os microdados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, cujo questionário captou informações sobre as características de saúde dos moradores dos domicílios brasileiros. O inquérito apresenta dados sobre o acesso ao serviço público e privado de saúde e a medicamentos, informações sobre aspectos de morbidade da população, questões acerca das características de mobilidade e limitação física das pessoas, prática de exercícios, alimentação, tabagismo e alcoolismo, além da autoavaliação do estado de saúde e doenças crônicas não transmissíveis (IBGE, 2014). Foram também coletados dados sobre pressão arterial, peso, altura, perímetro abdominal e amostras biológicas (sangue e urina) para realização de exames complementares a serem utilizados no traço de perfil bioquímico de condições clínicas ou pré-clínicas que demandem intervenções (IBGE, 2014).

O levantamento da PNS é realizado por meio de uma amostra probabilística de domicílios particulares, excetuando-se os localizados nos setores censitários especiais — quartéis, bases militares, alojamentos, embarcações, penitenciárias, colônias penais, dentre outros. A amostra é uma subamostra da Amostra Mestra do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE, que abrange os setores censitários do Censo Demográfico de 2010, exceto aqueles com número muito pequeno de domicílios e os supramencionados setores especiais. No total, o inquérito conta com 205546 observações.

Embora o exame de dados captados em *surveys* seja, usualmente, feito como se as probabilidades e a independência na seleção fossem as mesmas para todas as observações, considera-se que, na prática, o levantamento amostral transgredir esse pressuposto (FIGUEIREDO SANTOS, 2011c). Visando contornar o problema, o IBGE adotou para a PNS todos os procedimentos necessários ao tratamento de planos amostrais complexos. Desta forma, valeu-se de estratégias de conglomeração em três estágios com estratificação das unidades primárias, ajustou os pesos amostrais e calculou as probabilidades desiguais de seleção. Os setores censitários ou conjunto de setores formam as unidades primárias de amostragem, os domicílios constituem as unidades de segundo estágio e os moradores com 18 anos ou mais de idade abrangem as unidades de terceiro estágio. O desenho da amostra da pesquisa possibilita a expansão dos resultados para o Brasil e as Grandes Regiões (IBGE, 2014).

### **5.9.2. Programa estatístico Stata**

As estimativas e análises dos dados serão amparadas pela utilização do programa estatístico Stata. Concebido nos Estados Unidos, na década de 1980, com vista ao tratamento e a investigação de dados populacionais complexos (STATA, 2013), o software é, atualmente, distribuído para mais de 130 países e serve como ferramenta para pesquisadores de diversas áreas (sociologia, economia, epidemiologia social, saúde pública) (BERGAMASCHI, BUENO e SOUZA, 2004).

O Stata possui vasta gama de procedimentos estatísticos e, desde que o usuário o utilize frequentemente e adquira familiaridade com os comandos, torna-se fácil de manejar (BERGAMASCHI, BUENO e SOUZA, 2004; PROCÓPIO e FREGUGLIA, 2013). Este software permite manipular fontes externas, gerar novas variáveis, combinar conjuntos de dados para a construção de diferentes bases e verificar possíveis erros advindos da sua importação e/ou combinação. Além disso, possui comandos para exibição de informações das características do banco de dados, executa sumarizações e possibilita trabalhar com corte transversal e/ou longitudinal (PROCÓPIO e FREGUGLIA, 2013).

### 5.9.3. Modelos estatísticos

Em sociologia, os modelos lineares são os mais frequentemente utilizados para análises e interpretação de resultados. Consideram que alterações nas variáveis independentes afetam linearmente a probabilidade do resultado esperado ocorrer (BEST e WOLF, 2015; HAIR Jr. et al., 2005; LONG e FREESE, 2014; RIBEIRO, 2016). Sua fórmula é dada pela seguinte equação (BEST e WOLF, 2015, p. 153): para  $Pr(y = 1) = \hat{y}$ ,

$$Pr(y = 1) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k + \varepsilon.$$

No modelo, a probabilidade do resultado esperado aumenta ou diminui linearmente a depender de alterações nas variáveis independentes (BEST e WOLF, 2015, p. 153; HAIR Jr. et al., 2005).

Apesar de muito utilizado, diversas críticas têm sido levantadas contra o uso dos modelos lineares para análise de probabilidades (BEST e WOLF, 2015). As principais referem-se à consideração dos impactos das variáveis independentes. Aqueles que as propõem argumentam que analisar fenômenos complexos através da simples soma dos fatores que os compõem é um convite à imprecisão, pois dá a entender que a probabilidade do resultado acontecer é desintrincada e sempre gradacional. A maneira como são tratados os resíduos também é problemática e gera dificuldades na interpretação das chances de erro em fenômenos complexos (TADANA, UGAYA e FRANCO, 2009; BEST e WOLF, 2015).

Considerando as limitações analíticas dos modelos lineares, a presente dissertação fará uso de regressões que permitem estimar desfechos dicotômicos por via de parametrização que é não linear para as estimativas das probabilidades e linear para sua transformação<sup>7</sup> (BEST e WOLF, 2015; RIBEIRO, 2016). Os modelos logísticos objetivam, a partir de conjunto de observações, a predição do valor que uma variável resposta pode assumir a depender de uma série de variáveis explicativas. São úteis para modelar a probabilidade de um evento ocorrer em função de outros fatores (BEST e WOLF, 2015; MORGAN e TEACHMAN, 1988; RIBEIRO, 2016).

Trazendo a linguagem estatística para o fenômeno a ser investigado, em termos de lógica da análise, o resultado de saúde é a variável dependente; os fatores socioeconômicos,

---

<sup>7</sup>Isto significa que a parametrização leva em conta a distribuição e a força de impacto de cada indicador em ponderação com os demais e não de forma unidirecional e apenas aditiva. A linearidade da transformação refere-se ao fato de os desfechos, apesar das oscilações, ficarem dentro de um quadro de probabilidades — indo de 0 (quando não ocorre o resultado) a 1 (quando o resultado ocorre) — que pode ser linearmente organizado.

por sua vez, são as independentes e servem para predizer a probabilidade ou chance de ocorrência do resultado esperado. Seja lembrado que a autodeclaração — constituída por cinco possibilidades de resposta (muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim) — foi dicotomizada (boa ou não boa).

Usualmente, quando variáveis são binarizadas, atribui-se  $I$  para o evento em que o resultado esperado acontece e  $0$  para a situação em que não ocorre. Considera-se também que, embora a variável resposta seja dicotômica, a estimativa resultante é contínua e aponta a probabilidade do resultado esperado ocorrer. Quanto mais próxima de  $I$  estiver, maiores são as probabilidades (BEST e WOLF, 2015; MORGAN e TEACHMAN, 1988)

O modelo logístico multivariável controla todos os fatores envolvidos entre si. Permite, também, em situações mais específicas onde o objetivo seja estimar os efeitos de uma variável (renda, por exemplo) nas probabilidades de ocorrência do resultado (saúde boa), controlar os impactos das variáveis de confundimento (escolaridade, classe, etc.). Sua fórmula é dada por (BEST e WOLF, 2015, p. 155):

$$Pr(y = I) = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k}}$$

Diferentemente da regressão linear, que é aditiva, a equação acima leva a um modelo multiplicativo. *Exp*  $\beta$  difere de  $\beta$  e indica os efeitos nas probabilidades de  $y = I$  ao invés da ocorrência da variável dependente latente  $\hat{y}$ . A medida de associação calculada a partir do modelo logístico é o *odds ratio* (SZUMILAS, 2010; PLATT, 1997). Deve-se tomar cuidado em seu uso, pois alterações nos fatores poderão multiplicar as chances do resultado acontecer. Além disso, as probabilidades são complicadas de serem estimadas e podem gerar problemas de interpretação. Os coeficientes gerados, por outro lado, não devem ser lidos como probabilidades, pois têm relação com a escala gerada pelo modelo<sup>8</sup>. Esquemas interpretativos que procurem comparar dois ou mais fenômenos em lugares ou épocas diferentes também devem ser cautelosos no uso da regressão. Como é um modelo multiplicativo e a heterogeneidade não observada pode variar entre um e outro, daí podem advir inúmeros problemas para a comparação (BEST e WOLF, 2015; RIBEIRO, 2016).

Para lidar com os problemas acima referidos, será aplicado no Stata o comando *mchange* que calcula os efeitos marginais médios (AMEs) para os valores de interesse em

---

<sup>8</sup>Os coeficientes gerados são valores relacionais e apontam os parâmetro dos indicadores — a depender de sua distribuição, força e interação com outros fatores — dentro do modelo e não as probabilidades de um dado resultado acontecer.

cada observação da amostra e depois estima a média desses efeitos. A escrita da interpretação para a estimativa pode ser dada da seguinte maneira: em média, a probabilidade de o resultado acontecer é  $X\%$  (indica-se o percentual) (LONG e FREESE, 2014). Além dos AMEs, leva-se em conta, também, o *pvalue* que se refere ao nível de significância de cada contraste entre as categorias de interesse. Em outras palavras, indica as chances das diferenças entre médias ser devida ao acaso e não ao tratamento (DAHIRU, 2008). Nos modelos logísticos, os erros padrões são baseados em estimadores robustos de variância e intervalos de confiança de 99%.

## 5.10. RESULTADOS

### 5.10.1. Efeitos de classe na saúde

Esta seção dedica-se aos efeitos de classe na saúde. Assim, apresenta e discute as probabilidades médias preditas de saúde boa para as categorias de emprego. A tabela 4 compila os resultados obtidos a partir de regressão logística multivariável, do cálculo dos efeitos marginais médios para os valores de interesse em cada observação da amostra e da estimativa das médias desses efeitos. No modelo, classe social foi inserida como variável independente focal, saúde boa como variável dependente e gênero, raça, idade, indicadores de área geográfica e informante como variáveis independentes de controle. As estimativas abarcam adultos dos 18 aos 64 anos.

Os indicadores renda e escolaridade não foram controlados, pois muito do efeito de classe, especialmente nos estratos privilegiados, é mediado por estes fatores. Outro motivo é que a tipologia original precisou ser alterada, como discutido anteriormente, devido a PNS-2013 não conter dados sobre número de empregados e área do empreendimento agrícola. Assim, na reformulação de algumas posições foram usados os decis de renda.

**Tabela 4** - Probabilidades médias preditas de saúde boa por categorias de classe — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013)

<b>Posições de classe</b>	<b>%*</b>
Capitalistas e fazendeiros	89,4
Especialistas autônomos	91,2
Gerentes	86,0
Empregados especialistas	88,5
Pequenos empregadores	82,0
Autônomos com ativos	78,7
Autônomos agrícolas	72,9
Empregados qualificados	83,3

<b>Posições de classe</b>	<b>%*</b>
Supervisores	81,0
Trabalhadores típicos	77,3
Trabalhadores elementares	71,7
Autônomos precários	68,9
Empregados domésticos	68,2
Agrícolas precários	65,6
Trabalhadores excedentes	70,3

N = 91583 (valor levemente diferente do encontrado na tabela 3 que, referindo-se apenas à distribuição das categorias de emprego para pessoas entre 18 e 64 anos, ainda não havia recebido nas estimativas do Stata outras condicionantes).

\*Conforme o teste pvalue, todos os percentuais são estatisticamente significativos, porém as diferenças entre algumas categorias não o são.

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados. Probabilidades médias previstas obtidas com modelo logístico multivariável.

Observando a tabela, fica clara a força de classe social como preditora do estado de saúde das pessoas. A direção do efeito aponta para grande vantagem dos estratos privilegiados em relação às camadas mais subalternas. A distância de especialistas autônomos (91,2%), capitalistas e fazendeiros (89,4%) em relação aos agrícolas precários (65,6%), empregados domésticos (68,2%) e autônomos precários (68,9%) ilustra o argumento. No topo da pirâmide social, a diferença entre especialistas autônomos e capitalistas e fazendeiros não é estatisticamente significativa.

Dentre os privilegiados, a única posição de classe que se distancia bastante das demais no grupo são os pequenos empregadores com 82,0% de probabilidades de saúde boa. Comparando-a com outra categoria que também é empregadora, os capitalistas e fazendeiros, pode-se constatar que a quantidade e a natureza dos ativos controlados, afora aquilo a que os mesmos dão acesso, são capazes de repercutir diferenças de saúde mesmo entre as posições socioeconômicas mais privilegiadas (FIGUEIREDO SANTOS, 2011a; 2013b). Embora pareçam ter sido superados pelos empregados qualificados (83,3%) e estarem com leve vantagem em relação aos supervisores (81,0%), a diferença entre pequenos empregadores e estas duas categorias de classe apresenta um teste pvalue elevado.

Visando expressar de forma mais clara as vantagens do topo e levando em conta a situação dos pequenos empregadores, a tabela 5 agrega, em uma única categoria, capitalistas e fazendeiros, especialistas autônomos, gerentes e empregados especialistas. A diferença entre o agregado e a categoria logo abaixo é de 5,7%, comparando-o com os trabalhadores típicos, fica em 10,4%. Já em relação à base, a distância que o separa dos agrícolas precários é de 21,1%.

**Tabela 5** - Probabilidades médias previstas de saúde boa por categorias de classe (topo agregado) — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013)

<b>Posições de classe</b>	<b>%**</b>
Topo social*	87,7
Pequenos empregadores	82,0
Autônomos com ativos	78,7
Autônomos agrícolas	72,9
Empregados qualificados	83,3
Supervisores	81,0
Trabalhadores típicos	77,3
Trabalhadores elementares	71,7
Autônomos precários	68,9
Empregados domésticos	68,2
Agrícolas precários	65,6
Trabalhadores excedentes	70,3

N = 91583.

\*Não incluído desta forma na tabela 3, que abarcou a distribuição percentual das categorias de classe, o topo representa 10,32% do total de empregos.

\*\*Conforme o teste pvalue, todos os percentuais são estatisticamente significativos, porém as diferenças entre algumas categorias não o são.

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados. Probabilidades médias previstas obtidas com modelo logístico multivariável.

Outro modo interessante de mostrar as discrepâncias de saúde entre as classes é selecionar uma categoria de referência e calcular o valor das demais a partir desta. Na tabela 6, os privilegiados continuam reunidos no topo. Considera-se que suas probabilidades sejam iguais a um. As demais foram calculadas em função disto. Ou seja, as probabilidades de pequenos empregadores equivalem a 94% das observadas para o topo. No que tange aos trabalhadores típicos, são iguais a 88%. Olhando para a base, agrícolas precários têm 75%.

**Tabela 6** - Probabilidades médias previstas de saúde boa por categorias de classe (topo social como referência) — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013)

<b>Posições de classe</b>	<b>Comparação com o Topo*</b>
Topo social	1,00
Pequenos empregadores	0,94
Autônomos com ativos	0,90
Autônomos agrícolas	0,83
Empregados qualificados	0,95
Supervisores	0,92
Trabalhadores típicos	0,88
Trabalhadores elementares	0,82
Autônomos precários	0,79
Empregados domésticos	0,78
Agrícolas precários	0,75
Trabalhadores excedentes	0,80

N = 91583.

\*Probabilidades relativas obtidas com procedimento simples de divisão das probabilidades de cada categoria pelo topo.

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

Voltando às tabelas 4 e 5 e, agora, discutindo a situação dos controladores menos privilegiados, as probabilidades de autônomos com ativos (78,7%) e autônomos agrícolas (72,9%) declararem saúde boa — muito abaixo do topo e aproximando-se apenas dos trabalhadores típicos dentre os não destituídos — indicam que, embora a posse de ativos e propriedade seja um diferencial, a natureza dos mesmos também deve ser considerada (FIGUEIREDO SANTOS, 2005; 2011a; 2013b). Apenas aquilo que as pessoas têm não é suficiente para apontamentos, sendo necessário levar em conta, também, o quanto e os atributos do que têm. A tipologia utilizada avança neste aspecto, pois destaca a situação diferenciada das categorias de classe que são controladoras, mas de ativos insuficientemente capazes de lhes propiciar as vantagens socioeconômicas detidas pelo topo (FIGUEIREDO SANTOS, 2002; 2005; 2011a; 2013b).

A classe trabalhadora não destituída localiza-se no meio da distribuição de saúde. Todos os empregos que a constituem estão distantes dos privilegiados, porém em considerável vantagem em relação aos destituídos. Dentro do grupo, o teste pvalue mostra que não é estatisticamente significativa a diferença entre profissionais qualificados (83,3%) e supervisores (81,0%). Por outro lado, o emprego distancia os primeiros dos trabalhadores típicos (77,3%). Os supervisores tem razoável vantagem em relação a estes últimos, porém os testes de significância fazem necessário observar que elementos outros confundem a relação. Embora as principais variáveis socioeconômicas tenham sido controladas, é impossível eliminar todos os ruídos oriundos de efeitos interativos entre os diversos fatores envolvidos (GERRING, 2012).

Por fim, a base da pirâmide social — constituída pelos trabalhadores elementares (71,7%), autônomos precários (68,9%), empregados domésticos (68,2%), agrícolas precários (65,6%) e excedentes (70,3%) — tem os piores índices de estado de saúde boa. Um abismo os separa dos privilegiados. Estão distantes mesmo da categoria mais abaixo dentre os trabalhadores não destituídos. A desvantagem destas posições é explicada pela natureza muitas vezes extenuante, cansativa e arriscada das atividades exercidas (FIGUEIREDO SANTOS, 2013a). Impacta em sua situação crítica, também, as características dos contratos que, especialmente, pode ser ilustrada pela não regulamentação trabalhista de muitos empregados domésticos — o que os leva a trabalhar sem carga horária e remuneração claramente definidas, afora não se beneficiarem de outras vantagens oferecidas por contratos

formais. No que tange aos autônomos e agrícolas precários, fica claro que, além da natureza das atividades, a não posse de ativos — quando são comparados com os autônomos com ativos e os autônomos agrícolas — é um grande diferencial (FIGUEIREDO SANTOS, 2005; 2011a; 2013b). Trabalhadores elementares — os ocupados em atividades como ajudante de obras, lixeiros, carregadores de carga, etc. — afora à exposição a riscos de vários tipos, estão submetidos a rotinas fatigantes. Isso, provavelmente, explica sua considerável desvantagem em relação aos trabalhadores típicos. No que tange aos excedentes, quando comparados às demais categorias de posições destituídas, a aparente vantagem que possuem em relação a três delas não é estatisticamente significativa para características do emprego. Isso significa que estar desempregado (no sentido lato) é desvantajoso e que estar empregado protege a saúde em relação a não estar, desde que o emprego em que se ingresse não seja um dentre os destituídos.

### **5.10.2. Efeitos de escolaridade na saúde**

Educação é um dos indicadores socioeconômicos mais utilizados na pesquisa internacional sobre desigualdade de saúde (BAKER, 2014; FEINSTEIN et al. 2006; ONGE, 2014). No Brasil, a literatura aponta a expansão do sistema de ensino como uma das principais características dos progressos alcançados pelo país nas últimas décadas (HASENBALG e SILVA, 2003; TAVARES JÚNIOR, 2003; 2010). Dialogando com estes dois campos de investigação, a seção apresenta os resultados da distribuição do estado de saúde conforme oito categorias de instrução.

Pesquisas que consideram anos de escolaridade concluídos e os impactos destes nos estilos de vida são comuns. Capazes de especificar em maiores detalhes os efeitos intrínsecos de educação, tais estudos propõem a aquisição de habilidades, cálculo prospectivo e capacidade analítica como fatores a influenciar os comportamentos e conseqüentemente o estado de saúde (BAKER, 2014; COCKERHAM, 2013; 2014; FEINSTEIN et al. 2006; ONGE, 2014; ROSS e WU, 1995). Também diversas são as investigações que tratam o nível de instrução como credencial e procuram captar as vantagens que o título oferece em termos dos empregos que permite obter (BATEMAN; 2014; BURCHEL, 2011; FIGUEIREDO SANTOS, 2013a).

Esta dissertação não discorda das proposições e linhas de pesquisa acima referidas, porém, em termos de lógica e quadro analíticos segue rumo diferente. Propõe, então, que educação é fator socioeconômico capaz de interagir com classe social e renda no nível estrutural. Mesmo em cenário de ampla desigualdade entre as classes, é provável que a expansão do sistema de ensino e o conseqüente maior acesso à instrução repercutam efeitos não negligenciáveis na saúde, especialmente, dos mais desfavorecidos (BAKER, 2014; DACHS e SANTOS, 2006; FEINSTEIN et al., 2006; ONGE, 2014; ROSS e WU, 1995).

Antes de testar em quadros contrafactuais os efeitos de aumento de escolaridade conforme a situação de classe, é necessário discutir a distribuição de saúde para as categorias de instrução. O intuito não é comparar a força de educação com a da posição socioeconômica. Isso não faz sentido, pois são medidas que captam aspectos diferentes da vida das pessoas. Num primeiro momento, a ideia consiste, sim, em apontar o impacto de escolaridade nas probabilidades de saúde boa para, posteriormente, pensar como as categorias de emprego são afetadas em cenários de progressos sociais relacionados a este indicador.

É importante ressaltar que o efeito de aquisição de escolaridade não é o mesmo para todas as fases da vida. Embora, por um lado, a obtenção de título possa indicar acesso a certas vantagens, por outro, dependendo da idade em que foi alcançado, pode ser indicio de situação desfavorável (FEINSTEIN et al., 2006; TAVARES JUNIOR, 2003). Muitas pessoas que concluem a educação básica na casa dos vinte, trinta, quarenta anos não o fizeram antes devido à falta de condições socioeconômicas para tal. Destaca-se também que, nem sempre, chegar a certo ciclo educacional e não concluí-lo diz respeito à situação mais privilegiada em relação a concluir o anterior (TAVARES JUNIOR, 2003). Neste caso, seria necessário investigar as causas da interrupção. Por fim, cada grau concluído no sistema de ensino repercute efeito específico na saúde e a diferença entre ingressar e concluir e entrar e não terminar é grande (FEINSTEIN et al., 2006; FIGUEIREDO SANTOS, 2011a; 2011c; TAVARES JUNIOR, 2003).

Excetuando a última, a dissertação não tratará das demais questões levantadas no parágrafo anterior. Evidentemente, problemas sobre a gradação dos efeitos de escolaridade daí podem advir. Porém, a situação com a qual o estudo pretende contrastar ganhos em educação é a posição de classe. Considera-se que o aumento da instrução, de forma geral, representa ganho independente da heterogeneidade do grupo que o alcançou. Nos testes contrafactuais, compara-se os efeitos de incrementos, primeiramente, com a situação da própria classe à qual

foi cedido o aumento e, posteriormente, com as demais. Grosso modo, para uma categoria de emprego  $X$ , ter escolaridade  $E + I$  repercute probabilidades de saúde boa maiores que quando sua instrução era apenas  $E$ . Procura-se, então, responder qual o tamanho da mudança e discutir a não linearidade dos efeitos para as posições de classe na estrutura social.

A tabela 7 compila os resultados da distribuição de saúde para as categorias educacionais e dá as probabilidades tendo o ensino superior como referência. No modelo logístico, a variável educacional foi inserida como independente focal, o estado de saúde como variável resposta e os indicadores gênero, raça, idade, macrorregião, zona urbana ou rural, área metropolitana ou não metropolitana e informante, capazes de confundir a relação, como variáveis independentes de controle. Renda e classe não foram controladas para que os efeitos do indicador educacional através destas não fossem minimizados. Todas as categorias são estatisticamente significativas.

**Tabela 7** - Probabilidades médias previstas de saúde boa por categorias de escolaridade — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013)

Nível de Escolaridade	%*	Ensino Superior como Referência**
Superior completo	87,6	1,00
Superior incompleto	82,7	0,94
Ensino médio completo	80,1	0,91
Ensino médio incompleto	75,7	0,86
Fundamental completo	72,1	0,82
Fundamental incompleto	68,9	0,79
Sem instrução	69,0	0,79
Não sabe ler, nem escrever	64,7	0,74

N = 91583 (diferente do valor de N para a distribuição de escolaridade — tabela 1 — devido à inserção de condicionantes).

\*Conforme o teste pvalue, todos os percentuais são estatisticamente significativos, porém a diferença entre as categorias sem instrução e fundamental incompleto não o é.

\*\*Probabilidades relativas obtidas com procedimento simples de divisão das probabilidades de cada categoria pelas do ensino superior completo.

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados. Probabilidades médias previstas obtidas com modelo logístico multivariável

Analisando a tabela 7, não é difícil perceber a força da associação e a direção do efeito. À medida que a escolaridade aumenta, crescem também as chances de saúde boa. No que tange às categorias, o ensino superior tem grande vantagem em relação a todas as outras. Uma interpretação alternativa dos dados permite afirmar que a probabilidade de alguém com terceiro grau completo possuir estado de saúde não bom é quase três vezes menor que a daqueles que não sabem ler, nem escrever. Um abismo os separa.

Comparando o peso dos diplomas, as vantagens obtidas por quem completa o fundamental em relação a quem não tem instrução representa aumento nas probabilidades de saúde boa de 5%. Na comparação entre aqueles que obtiveram o certificado do ensino médio e os que terminaram o fundamental, a diferença é de 8% de vantagem para o ciclo mais avançado. Por fim, em relação aos que concluíram o médio, ter título universitário aumenta as chances em 7,5%.

Por outro lado, ingresso sem conclusão representa ganhos pequenos em relação à situação em que não houve a entrada. Isso vale para o ensino fundamental, médio e superior. Por exemplo, a distância daqueles com fundamental completo em relação aos que não o concluíram (equivalente a 3,3%) é maior que a diferença entre estes últimos e os que não possuem instrução (estatisticamente não significativa). A diferença entre possuir o diploma do ensino médio em relação aos que o frequentaram, mas não o concluíram é de 4,4%. Ao passo que sair do fundamental e entrar no médio sem obter o certificado de conclusão deste amplia as vantagens em 3,6%. Concluir o ensino médio e ingressar na universidade gera aumento de 2,6%. Os detentores de título universitário, porém, tem 4,9% a mais de probabilidades de saúde boa que a categoria anterior.

Fechando a seção, pode-se afirmar que quanto mais alta for a escolaridade, maiores são as probabilidades de saúde boa. O ensino superior tem grandes vantagens em relação a todas as outras categorias, algo que fica mais claro quando é colocado como referência. Por outro lado, a ampliação das vantagens não é linear. Obter o diploma gera um salto comparativamente em relação aos valores de aumento observados para a simples entrada sem conclusão.

### **5.10.3. Efeitos de renda na saúde**

A seção 5.10.3 dedica-se à discussão dos resultados para a associação entre renda e o estado de saúde. Conforme aludido anteriormente, tratar este indicador de status socioeconômico de forma categórica permite um melhor entendimento sobre a não linearidade da relação. De acordo com a literatura e com o que será possível visualizar na tabela 8, a maior parte do nexos localiza-se na parte inferior da distribuição (FIGUEIREDO SANTOS, 2011a; 2011c). Em especial, na base da pirâmide, o primeiro decil está muito distante de todos os outros.

A estratégia e os procedimentos utilizados nas estimativas são os mesmos das seções anteriores. Renda foi introduzida como variável independente de interesse na regressão logística multivariável. Indicadores capazes de produzir distorções e confundir a análise receberam o devido controle. Classe e educação não foram controladas, pois parte dos efeitos da variável focal são por elas mediados. A saúde boa, por sua vez, entrou no modelo como resposta. Foram calculados os efeitos marginais médios para os valores de interesse em cada observação da amostra e estimadas as médias desses efeitos.

A discussão que se segue permeia a dissertação através do diálogo que esta estabelece com os autores a argumentarem que houve aumento na renda dos mais pobres no Brasil dos últimos anos (HASENBALG e SILVA, 2003; NERI, 2008; 2010; 2011; TAVARES JÚNIOR, 2010). Antes de pensar como, em cenários contrafactuais, avanços sociais afetam o estado de saúde das pessoas, é necessário ver e examinar qual a relação do indicador com a dimensão da desigualdade investigada. Vasta literatura tem apontado renda como importante preditora do surgimento de enfermidades, da morbidade e da mortalidade (BAKER, 2014; BATEMAN, 2014; LANG e LOMBRAIL, 2014; ONGE, 2014; WOLFE, 2014).

**Tabela 8** - Probabilidades médias previstas de saúde boa por decis de renda — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013)

<b>Decis de Renda</b>	<b>%*</b>	<b>Décimo Decil como Referência**</b>
Décimo decil	88,9	1,00
Nono decil	84,0	0,94
Oitavo decil	82,0	0,92
Sétimo decil	79,4	0,89
Sexto decil	77,5	0,87
Quinto decil	76,4	0,86
Quarto decil	73,9	0,83
Terceiro decil	71,3	0,80
Segundo decil	68,1	0,77
Primeiro decil	62,5	0,70

N = 86401.

\*Conforme o teste pvalue, todos os percentuais são estatisticamente significativos, porém as diferenças entre algumas categorias não o são.

\*\*Probabilidades relativas obtidas com procedimento simples de divisão das probabilidades de cada categoria pelas do décimo decil.

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados. Probabilidades médias previstas obtidas com modelo logístico multivariável.

Os dados na tabela 8 mostram a força de renda nas probabilidades de saúde das pessoas. Tanto em uma coluna quanto na outra, os valores que mais chamam atenção são os extremos. A desvantagem do primeiro decil em relação ao segundo é de 5,6%. No topo, subir do nono ao décimo decil gera aumento de 4,9%. Indo de uma ponta à outra, o nível menos

favorável tem probabilidades de saúde boa equivalentes a apenas 70% daquelas observadas para o grupo mais bem remunerado.

É importante ressaltar que tanto a categoria mais abastada quanto a menos provida tem rendas médias muito distantes das demais. Todavia, cuidados devem ser tomados no trato com os dados de renda das pessoas localizadas nestes decis. Dentre os mais ricos, problemas como a subdeclaração podem achatam a vantagem que de fato possuem em relação aos demais (HASENBALG e SILVA, 2003). Para estes dados, outro detalhe é que o décimo decil possui um desvio padrão muito alto, ou seja, é bastante heterogêneo. No que tange aos mais desfavorecidos, dificuldades como as pessoas não saberem ao certo quanto de renda possuem ou conseguí-la através de fontes incertas — bicos e/ou empregos sem contrato formal — também são capazes de afetar as estimativas (BATEMAN, 2014; HASENBALG e SILVA, 2003).

Deixando os extremos, quando se compara o oitavo decil (onde a renda média é R\$ 1690,00) com o terceiro (que possui renda média de R\$ 678,00), a vantagem que supera os 10% em favor dos melhor posicionados revela o grande poder preditor do indicador. Olhando mais ao meio da tabela, as diferenças entre o quinto e o sexto e entre o sexto e o sétimo decis não são estatisticamente significativas.

A partir do que foi analisado, pode-se concluir que, para quem está na base, elevações de renda geram maiores benefícios que para aqueles do meio em diante na distribuição. Sair do primeiro decil para o terceiro gera uma elevação nas probabilidades de saúde boa de quase 9%. Por outro lado, movimento do quinto para o sétimo repercute em aumento de 3% e do sétimo para o nono de 4,6%. No entanto, saltar do oitavo para o décimo repercute ampliação nas probabilidades em quase 7%.

O exame do cenário deixa claro a não linearidade dos efeitos. Renda (ou a ausência dela) afeta sobremaneira as probabilidades de saúde dos mais pobres em relação até à categoria logo acima e distancia o décimo decil do nono em quase 5%. Por outro lado, as gradações entre categorias não localizadas nos extremos são menores. Sair de uma situação onde a renda média é R\$ 738,00 (quarto decil) para outra onde o valor está próximo de R\$ 877,00 (quinto decil), comparativamente, afeta pouco as probabilidades de saúde boa.

#### 5.10.4. Cenários contrafactuais

Ao estimar as probabilidades médias preditas de saúde boa para as categorias de classe, educação e renda, o intuito consistiu em dimensionar e examinar o elo existente entre os referidos indicadores e o estado de saúde no Brasil. A intensidade e a direção do efeito apontaram grandes diferenças entre os empregos e também vantagens de protetividade crescentes à medida que se olhava mais acima na hierarquia social. Por outro lado, na base, os fatores abarcados mostraram sua força através das probabilidades de saúde muito menores em que se encontravam pessoas nas categorias menos favorecidas até em relação às localizadas logo acima. Ilustra o argumento a distância de quase 6% entre o primeiro e o segundo decil de renda.

No que tange às questões propostas por esta dissertação a partir da hipótese, das estratégias de ação e da lógica de análise, conforme aponta vasta literatura, as desigualdades não só de classe, mas também educacional e de renda são capazes de provocar grandes iniquidades nas chances de saúde das pessoas (BAKER, 2014; FEINSTEIN et al., 2006; FIGUEIREDO SANTOS, 2013a; LINK e PHELAN, 1995; 2013; ROSS e WU, 1995). O cenário brasileiro é diferente daquele onde foram desenvolvidas as principais teorias da sociologia médica tratadas. Porém, o elo, através das persistentes assimetrias socioeconômicas, mostra também aqui a sua força e marca a saúde daqueles em situação desfavorável (DACHS e SANTOS, 2006; FIGUEIREDO SANTOS, 2011a; 2011c; 2013b).

Dialogando com alguns autores que diagnosticam a situação da população brasileira no que se refere à situação de classe, renda e escolaridade — dentre os quais, figura de destaque é o economista Marcelo Nery (2008; 2010; 2011) —, não é possível discordar dos mesmos quando afirmam e mostram evidências dos avanços cujo Brasil passou nas últimas décadas, especialmente nos últimos vinte anos. Por outro lado, quando argumentam que houve um achatamento da estrutura socioeconômica no país — com os vários artigos e livros escritos sobre uma gigante nova classe média, os inumeráveis pobres que já não mais o são, etc. —, Celi Scalon e André Salata (2012), Carlos Hasenbalg e Nelson do Valle Silva (2003) e Jessé de Souza (2010) deles discordam. Afirmam que apenas a renda não é suficiente para designar classe social e que, em termos das vantagens oferecidas pela ocupação das pessoas, das marcantes diferenças nos estilos de vida e do distinto acesso aos capitais cultural e social, apesar de todas as melhorias, a desigualdade ainda permanece em níveis alarmantes.

Trazendo o debate para o campo da sociologia da saúde, embora toda a população tenha sido beneficiada pelos progressos sociais, as classes privilegiadas continuam a manter grande diferença em relação aos estratos subalternos. Isso permite dizer que a hipótese formulada com base na teoria das causas fundamentais foi parcialmente confirmada. Em outras palavras, o Brasil, atualmente, é um país mais favorável para os estratos subalternos em relação ao que era vinte, trinta anos atrás — sejam lembrados os dados sobre longevidade e mortalidade dos brasileiros mencionados na seção 5.2. Porém, as enormes vantagens oferecidas pela posição, conforme evidências discutidas na seção *efeitos de classe na saúde*, indicam a continuidade da capacidade diferenciada dos privilegiados em proteger sua saúde independente do cenário social. Já a protetividade cedida por graus de escolaridade e renda mais elevados confirmam que estes são relevantes indicadores de status socioeconômico na determinação das chances de saúde.

Os dados e a análise apresentados a seguir procuram conciliar as proposições acima referidas. Há concordância com a ideia na qual classe continua a ser importante demarcador de vantagens e oportunidades e também com a noção de que avanços no acesso à renda e à escolaridade afetam a vida de forma não negligenciável. A parte onde o estudo avança diz respeito a demonstrar que, devido aos efeitos de teto e substituição, os estratos subalternos tendem a maiores progressos quando comparados com as camadas privilegiadas. Isto, mesmo para o cenário em que o desenvolvimento gera melhorias, mas preserva posições. Dito em outros termos, em situação na qual os avanços sociais atinjam de maneira semelhante a todos os estratos, a saúde de pessoas na base tenderá a progredir muito mais que a daquelas no topo.

Esta dissertação não opta por análise histórica dos efeitos de avanços sociais na diminuição das desigualdades em cenários de preservação das posições. Ao invés disso, cria quadros contrafactuais para apontar os impactos e os limites de aumentos nos indicadores sobre a saúde das pessoas. A primeira parte dos procedimentos é similar ao que foi feito em seções anteriores. Classe social entra no modelo como variável independente focal, gênero, raça, idade, indicadores de área geográfica e informante são inseridos como variáveis independentes de controle. A autodeclaração do estado de saúde é introduzida como variável resposta. Todas as estimativas levam em conta pessoas adultas entre 18 e 64 anos.

Desta vez, como sofrerão alteração, renda e educação são controladas no intuito de que se mantenham constantes para todas as categorias de emprego. Isto, não ao mesmo tempo. No

teste contrafactual de incrementos em remuneração, controla-se renda. Nos cenários experimentais de elevação da educação, o grau de escolaridade é que recebe controle.

Após processar no Stata a regressão logística com as variáveis dispostas da maneira supramencionada, foram calculados os efeitos marginais médios para os valores de interesse (efeitos de classe social) em cada observação da amostra e estimadas as médias desses efeitos. O teste de significância estatística computado automaticamente pelo programa é o *pvalue*.

O próximo passo consiste em manipular os resultados obtidos por meio do comando *delta*. Capaz de computar o efeito de mudanças nas variáveis de interesse, a inserção do mesmo não altera as configurações dos controles anteriormente colocados. Caso seja solicitado aumento de renda, apenas a renda é acrescida. O delta permite fazer alterações em qualquer um dos indicadores para cada uma das categorias de interesse (LONG e FREESE, 2014). Por exemplo, é possível aumentar a idade das pessoas em qualquer nível de escolaridade, calcular o efeito nos decis de mudanças na posição de classe ou incrementar a renda de pretos e pardos. As escolhas dependem daquilo que o pesquisador visa responder e oportunizam avaliar quanto, em média, a alteração em uma variável afeta a probabilidade de algo ocorrer (LONG e FREESE, 2014).

Neste estudo, os cenários contrafactuais abarcam sete níveis de aumento para a escolaridade, ou o equivalente ao número de transições educacionais possíveis conforme a quantidade de categorias utilizadas na mensuração dos impactos de educação. Como os procedimentos anteriores ao delta controlaram os outros indicadores socioeconômicos, inclusive instrução, mas excetuaram classe social e renda (por onde as posições mediam parte de seus efeitos), considera-se que a escolaridade é constante para todas as classes. Mesmo para as categorias de emprego que, em média, já possuem alto grau de instrução — o caso dos autônomos especialistas e empregados especialistas — é possível elevar o indicador, pois a modelagem remove as diferenças associadas aos efeitos do fator controlado que dependem da sua distribuição e do seu impacto independente no resultado (LONG e FREESE, 2014).

Com a utilização do delta será atribuída escolaridade para as posições como se elas tivessem educação e os outros indicadores socioeconômicos, exclusive renda, constantes. Explicando de outra forma, o comando não atribui instrução para além do limite das categorias de ensino. O que faz é calcular, com base em parametrização de coeficientes, qual seria o efeito médio sobre a variável resposta de uma alteração *X* na variável de entrada (LONG e FREESE, 2014).

Referente aos aumentos de renda, a lógica explicativa é a mesma. Porém, como será alterada, ela recebe controle, educação não. Várias quantias foram pensadas para as elevações. Os percentis de renda do trabalho (5%, 10%, 25%, 50%, 75%, 90%, 95% e 99%) tinham os primeiros valores muito baixos, números que não repercutiam alterações significativas no estado de saúde. Já as rendas mais acima, demasiado altas e espaçadas, não permitiam a gradação pretendida pelo autor. As diferenças entre as rendas médias dos decis (segundo decil menos primeiro, terceiro menos segundo, etc.) apresentavam os mesmos problemas observados para os percentis. Os primeiros valores eram baixos demais e os seguintes muito grandes. Dando continuidade aos testes, houve a tentativa de utilizar valores à razão do salário mínimo brasileiro. Porém, este não diz muito, estatisticamente falando, sobre a renda das pessoas. Por fim, chegou-se a conclusão (arbitrária) que estipular número ao redor da mediana talvez fizesse mais sentido para os objetivos. O valor de R\$ 906,00 está perto do percentil 50%, multiplicado por sete aproxima-se da média do décimo decil de renda e também não dista muito do salário mínimo. As tabelas 9 e 10 compilam os resultados encontrados na criação dos cenários contrafactuais conforme o descrito.

**Tabela 9** - Efeitos do aumento de escolaridade nas probabilidades médias previstas de saúde boa das categorias de classe — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013)

Posições de Classe	Aumento de um nível (%)	Aumento de dois níveis (%)	Aumento de três níveis (%)	Aumento de quatro níveis (%)	Aumento de cinco níveis (%)	Aumento de seis níveis (%)	Aumento de sete níveis (%)
Capitalistas e fazendeiros	+1,3	+2,5	+3,5	+4,4	+5,2	+5,9	+6,5
Especialistas autônomos	+1,0	+1,9	+2,7	+3,4	+4,0	+4,5	+5,0
Gerentes	+1,5	+2,9	+4,2	+5,2	+6,2	+7,0	+7,8
Empregados especialistas	+1,3	+2,5	+3,5	+4,4	+5,2	+5,9	+6,5
Pequenos empregadores	+2,1	+4,1	+5,9	+7,5	+8,9	+10,2	+11,3
Autônomos com ativos	+2,4	+4,6	+6,6	+8,4	+10,1	+11,5	+12,8
Autônomos agrícolas	+3,1	+6,1	+8,9	+11,5	+14,0	+16,2	+18,3
Empregados qualificados	+1,8	+3,5	+5,0	+6,3	+7,5	+8,5	+9,5
Supervisores	+1,8	+3,4	+4,8	+6,1	+7,2	+8,2	+9,1
Trabalhadores típicos	+2,2	+4,2	+6,1	+7,7	+9,2	+10,6	+11,8
Trabalhadores elem.	+2,8	+5,4	+7,9	+10,2	+12,2	+14,1	+15,8
Autônomos precários	+3,2	+6,3	+9,2	+12,0	+14,6	+17,0	+19,2
Empregados domésticos	+3,3	+6,5	+9,5	+12,3	+15,0	+17,4	+19,7
Agrícolas precários	+3,5	+6,9	+10,3	+13,6	+16,8	+19,9	+22,8
Trabalhadores excedentes	+2,6	+5,1	+7,3	+9,4	+11,3	+13,1	+14,6

N = 91583.

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados. Efeitos obtidos com uso do comando mchange, opção delta, para o Stata (LONG e FREESE, 2014).

**Tabela 10** - Efeitos do aumento de renda nas probabilidades médias previstas de saúde boa das categorias de classe — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013)

Posições de Classe	Aumento de R\$ 906,00 (%)	Aumento de R\$ 1812,00 (%)	Aumento de R\$ 2718,00 (%)	Aumento de R\$ 3624,00 (%)	Aumento de R\$ 4530,00 (%)	Aumento de R\$ 5436,00 (%)	Aumento de R\$ 6342,00 (%)
Capitalistas e fazendeiros	+0,9	+1,8	+2,6	+3,4	+4,0	+4,6	+5,2
Especialistas autônomos	+0,7	+1,4	+2,1	+2,6	+3,1	+3,6	+4,0

Posições de Classe	Aumento de R\$ 906,00 (%)	Aumento de R\$ 1812,00 (%)	Aumento de R\$ 2718,00 (%)	Aumento de R\$ 3624,00 (%)	Aumento de R\$ 4530,00 (%)	Aumento de R\$ 5436,00 (%)	Aumento de R\$ 6342,00 (%)
Gerentes	+1,1	+2,2	+3,1	+4,0	+4,8	+5,5	+6,2
Empregados especialistas	+1,0	+1,8	+2,6	+3,4	+4,0	+4,6	+5,2
Pequenos empregadores	+1,6	+3,1	+4,4	+5,7	+6,9	+8,0	+9,0
Autônomos com ativos	+1,8	+3,4	+5,0	+6,4	+7,8	+9,0	+10,2
Autônomos agrícolas	+2,3	+4,5	+6,6	+8,7	+10,6	+12,5	+14,2
Empregados qualificados	+1,3	+2,6	+3,7	+4,8	+5,8	+6,7	+7,5
Supervisores	+1,3	+2,5	+3,6	+4,7	+5,6	+6,5	+7,3
Trabalhadores típicos	+1,6	+3,2	+4,6	+5,9	+7,2	+8,3	+9,4
Trabalhadores elementares	+2,1	+4,0	+5,9	+7,7	+9,4	+11,0	+12,5
Autônomos precários	+2,4	+4,7	+6,9	+9,0	+11,1	+13,0	+14,9
Empregados domésticos	+2,4	+4,8	+7,1	+9,3	+11,4	+13,4	+15,3
Agrícolas precários	+2,6	+5,1	+7,6	+10,1	+12,6	+14,9	+17,3

N = 86401.

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados. Efeitos obtidos com uso do comando `mchange`, opção `delta`, para o Stata (LONG e FREESE, 2014).

Como os valores da esquerda são muito baixos e os da direita bastante elevados, sugere-se olhar as alterações acarretadas pelo aumento de quatro níveis educacionais e pelo incremento do valor R\$ 3624,00 (R\$ 906,00 multiplicado por quatro), localizados no meio de cada uma das tabelas. Nos cálculos de elevações da renda, foram feitos controles sobre os valores recebidos do trabalho, algo que os excedentes não possuem. Desta forma, os mesmos não foram computados na tabela 10. É possível supor que, de forma geral, sua situação seja semelhante à das outras categorias destituídas.

Quanto aos resultados, em primeiro lugar, deve-se afirmar mais uma vez a não comparabilidade entre os efeitos de renda e escolaridade. São indicadores socioeconômicos diferentes e que captam distintas dimensões da vida das pessoas. As tabelas não devem ser interpretadas a partir do quão desejável seriam as mudanças ou das possibilidades de que os incrementos efetivamente venham a ocorrer. A questão é que, embora os cenários sejam improváveis, ilustram os efeitos e os limites de alterações em renda e escolaridade, em estrutura de posições de classes fixa, sobre a saúde.

No que se refere aos testes das questões suscitadas pela hipótese, os efeitos não lineares podem ser notados quando se olha, especialmente, para as linhas de baixo das tabelas, onde estão localizadas as categorias de emprego para as quais os impactos são bem maiores. Por exemplo, se o aumento de quatro níveis na escolaridade dos agrícolas precários eleva suas probabilidades de saúde boa em 13,6%, o mesmo incremento educacional para os capitalistas e fazendeiros apenas gera alterações de 4,4%. Olhando de maneira geral para os dados, é possível notar que a força das alterações decai à medida que se sobe na hierarquia socioeconômica. A não linearidade diz respeito a isso, ou seja, à observação da oscilação dos efeitos à medida que interagem com os atributos das categorias de interesse.

Quanto ao efeito de teto, é necessário olhar para as linhas de cima das tabelas, especialmente capitalistas e fazendeiros e especialistas autônomos. Para estas categorias de emprego que já estão muito próximas do limite de saúde boa, mesmo o aumento de sete níveis educacionais, ou o incremento de renda de R\$ 6342,00, geram baixas alterações em suas probabilidades. Em termos de comparação, um aumento de R\$ 1812,00 para os agricultores precários propicia a mesma mudança observada para os mais privilegiados quando da alteração máxima da renda.

Note-se também que a progressão dos aumentos faz com que a mudança de uma graduação para outra se torne menor à medida que se avança para a direita das tabelas. Isso vale para todas as categorias de emprego. Trabalhadores elementares, por exemplo, saindo do valor de R\$3624,00 para R\$4530,00, aumentam de +7,7% para +9,4% (diferença de 1,7%); do valor de R\$4530,00 para R\$5436,00, a alteração é de +9,4% para +11,0% (elevação de 1,6%). Os pequenos empregadores quando saem do aumento de quatro níveis educacionais (+7,5%) para cinco (+8,9%) percebem variação de 1,4%; indo de cinco (+8,9%) para seis (+10,2%), a transição é equivalente a 1,3%. Embora sejam quedas muito pequenas, caso fossem inseridas mais colunas de elevação, provavelmente a tendência continuaria a ser observada. Isso pode ser indicativo de que, apesar de distante, os fatores socioeconômicos também têm um teto, ou limite, de impacto.

Referente ao comentário constante na hipótese de que o Brasil é diferente dos outros países onde foram feitas a maior parte das pesquisas utilizadas nesta dissertação, não cabe olhar para os dados, mas para a literatura nacional que motivou a presente pesquisa. Quer dizer, em que outra nação do mundo o cenário da fila é tão válido quanto aqui? Conforme apontam especialmente os sociólogos da estratificação e os pesquisadores do desenvolvimento social, desde a década de 1970, o país passa por grandes mudanças ligadas à distribuição de renda, aumento da escolaridade, acesso às condições de vida e melhorias na infraestrutura urbana. Porém, já nos anos 2000 e 2010 continuam não sendo poucos os autores — Celi Scalon, Nelson do Valle Silva, Carlos Hasenbalg, Jessé de Souza, dentre outros — a alardear a péssima posição do Brasil nos rankings internacionais da desigualdade.

Para comparar o poder protetivo das posições, examinar a continuidade das desigualdades de saúde em situações onde seria esperada sua extinção e, também, os efeitos de incrementos factíveis, os dados nas tabelas 11 e 12 somam os impactos de aumento em dois níveis de escolaridade e de R\$ 4530,00 nas probabilidades originais de saúde das

categorias de empregos (tabela 4). Desta vez, no caso da educação, a ideia é refletir acerca de cenário mais próximo do factível. Referente à renda, o intuito é o contrário, ou seja, consiste em exame sobre situação onde os empregos da base se aproximem do topo nos valores da variável de interesse. O primeiro quadro permite pensar acerca de progressos alcançáveis, talvez, nos próximos anos. O segundo, por outro lado, evidencia que mesmo mudanças improváveis e muito distantes dificilmente suplantariam o abismo entre a saúde dos privilegiados e a dos mais pobres no Brasil.

Seja lembrado que as alterações não devem ser entendidas em termos de transições reais, o efeito de aumento refere-se a uma estimativa média do impacto da mudança nas categorias e não necessariamente se aplica (LONG e FREESE, 2014). Por exemplo, a escolaridade máxima estipulada nesta dissertação é o ensino superior (pessoas com pós-graduação foram incluídas na categoria). Não há como transitar para além do terceiro grau completo. Porém, levando em conta parâmetros e coeficientes calculados para a educação na regressão, os efeitos de incrementos podem ser estimados inclusive para aqueles já localizados no último nível de instrução.

**Tabela 11** - Efeitos do acréscimo de dois níveis educacionais nas probabilidades médias preditas de saúde boa das categorias de classe — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013)

Posições de classe	Moda da Escolaridade das Posições de Classe	Efeito Original de Classe (%)	Efeito Original de Classe à Razão de Capitalistas e Fazendeiros	Efeito do Aumento de Dois Níveis na Escolaridade (%)	Efeito Pós-Aumento (%)	Efeito Pós-Aumento à Razão de Capitalistas e Fazendeiros
Capitalistas e fazendeiros	Superior completo	89,4	1,00	+2,5	91,9	1,00
Especialistas autônomos	Superior completo	91,2	1,02	+1,9	93,1	1,01
Gerentes	Superior completo	86,0	0,96	+2,9	88,9	0,97
Empregados especialistas	Superior completo	88,5	0,99	+2,5	91,0	0,99
Pequenos empregadores	Médio completo	82,0	0,92	+4,1	86,1	0,94
Autônomos com ativos	Médio completo	78,7	0,88	+4,6	83,3	0,91
Autônomos agrícolas	Fundamental incompleto	72,9	0,82	+6,1	79,0	0,86
Empregados qualificados	Médio completo	83,3	0,93	+3,5	86,8	0,94
Supervisores	Médio completo	81,0	0,91	+3,4	84,4	0,92
Trabalhadores típicos	Médio completo	77,3	0,86	+4,2	81,5	0,89
Trabalhadores elementares	Fundamental incompleto	71,7	0,80	+5,4	77,1	0,84
Autônomos precários	Fundamental incompleto	68,9	0,77	+6,3	75,2	0,82
Empregados domésticos	Fundamental incompleto	68,2	0,76	+6,5	74,7	0,81
Agrícolas precários	Fundamental incompleto	65,6	0,73	+6,9	72,5	0,79
Trabalhadores excedentes	Médio completo	70,3	0,79	+5,1	75,4	0,82

N = 91583.

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados. Impactos de aumento obtidos com uso do comando mchange, opção delta para o Stata (LONG e FREESE, 2014), somados aos efeitos originais das categorias de emprego.

**Tabela 12** - Efeitos nas probabilidades médias previstas de saúde boa por categorias de classe do acréscimo de R\$ 4530,00 na renda do trabalho — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013)

Posições de Classe	Renda Média das Posições de Classe (R\$)	Efeito Original de Classe Social (%)	Efeito Original de Classe à Razão de Capitalistas e Fazendeiros	Razão entre o Valor R\$ 4530,00 e a Renda Média das Posições de Classe	Efeito do Aumento de R\$ 4530,00 (%)	Efeito Pós-Aumento (%)	Efeito Pós-Aumento à Razão de Capitalistas e Fazendeiros
Capitalistas e fazendeiros	12923,00	89,4	1,00	0,35	+4,0	93,4	1,00
Especialistas autônomos	4144,00	91,2	1,02	1,09	+3,1	94,3	1,00
Gerentes	3910,00	86,0	0,96	1,15	+4,8	90,8	0,97
Empregados especialistas	4084,00	88,5	0,99	1,12	+4,0	92,5	0,99
Pequenos empregadores	2481,00	82,0	0,92	1,83	+6,9	88,9	0,95
Autônomos com ativos	2261,00	78,7	0,88	2,00	+7,8	86,5	0,93
Autônomos agrícolas	1304,00	72,9	0,82	3,47	+10,6	83,5	0,89
Empregados qualificados	1952,00	83,3	0,93	2,32	+5,8	89,1	0,95
Supervisores	2062,00	81,0	0,91	2,20	+5,6	86,6	0,93
Trabalhadores típicos	1279,00	77,3	0,86	3,54	+7,2	84,5	0,90
Trabalhadores elementares	794,00	71,7	0,80	5,70	+9,4	81,1	0,87
Autônomos precários	580,00	68,9	0,77	7,81	+11,1	80,0	0,86
Empregados domésticos	629,00	68,2	0,76	7,20	+11,4	79,6	0,85
Agrícolas precários	232,00	65,6	0,73	19,50	+12,6	78,2	0,84

N = 86401.

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados. Impactos de aumento obtidos com uso do comando mchange, opção delta para o Stata (LONG e FREESE, 2014), somados aos efeitos originais das categorias de emprego.

O impacto do acréscimo de dois níveis de escolaridade nas categorias do topo, devido ao já discutido efeito de teto, os faz progredir muito pouco. Logo abaixo, pequenos empregadores conseguem incrementos de 4,1%, algo que os deixa próximos da situação original dos gerentes. Apesar de os trabalhadores não destituídos se beneficiarem mais com a alteração que os privilegiados, olhando para o efeito pós-aumento à razão de capitalistas e fazendeiros, suas probabilidades em relação a estes pouco mudaram. Em verdade, os empregados qualificados se avizinharam dos índices da menos favorável dentre as localizações do topo antes desta experimentar o acréscimo. Por sua vez, trabalhadores típicos chegaram às redondezas (ficando a 0,5% de distância) do percentual inicial de pequenos empregadores. Tal quadro ilustra a noção de fila. De modo geral, quando uma posição alcançou a situação e as condições originais de outra, a que estava na frente já havia se distanciado. Mesmo com as localizações mais abaixo na pirâmide tirando maior proveito dos avanços, a fila não se alterou e os privilegiados mantiveram sua posição de frente.

Quanto aos empregos destituídos, agrícolas precários (+6,9%), domésticos (+6,5%), autônomos precários (+6,3%) e trabalhadores elementares (+5,4%) foram as categorias que mais se beneficiaram com o hipotético avanço do sistema educacional. Na ausência da protetividade de classe social, fizeram valer seus acréscimos em instrução para progredir em saúde. Porém, mesmo com o impacto de dois níveis a mais de escolaridade, não foram

capazes de alcançar a situação original dos trabalhadores típicos (categoria menos vantajosa dentre os empregos não destituídos). Considerando factível o incremento, é possível afirmar duas coisas. Em primeiro lugar, são as classes sociais onde os efeitos serão sentidos com maior intensidade; em segundo, a tremenda discrepância a lhes separar até do agrupamento de posições logo acima indica a necessidade de medidas mais amplas ou não sairão da situação profundamente desvantajosa em que se encontram.

Embora seja improvável o avanço de renda constante na tabela 12, quando recebem o acréscimo de R\$ 4530,00, as probabilidades de saúde boa dos agrícolas precários aumentam de 65,6% para 78,2%. Valor bastante baixo em termos de comparação com os especialistas autônomos que somente com o efeito original de classe têm 91,2%. A situação dos demais empregos destituídos, quando aumentam sua renda para valores um tanto acima daqueles das categorias privilegiadas (exceto capitalistas e fazendeiros), não é muito diferente.

Dentre os trabalhadores não destituídos, o progresso na renda faz com que empregados qualificados e supervisores se aproximem das probabilidades de saúde boa dos efeitos originais das posições privilegiadas. Como o incremento é improvável, pode-se dizer que a distância entre os dois agrupamentos de classe é bastante ampla e difícil de ser superada. Trabalhadores típicos nem com o acréscimo se aproximaram da situação inicial do topo.

Nas quatro categorias mais abastadas, o efeito do incremento (acima da renda média de três delas) não os faz progredir muito. Comparativamente, em termos de aumento nas probabilidades, seus percentuais equivalem a aproximadamente à metade dos observados para os trabalhadores não destituídos e a um terço dos que foram alcançados pelos quatro empregos na base da distribuição. Embora pequenos, os avanços os colocam ainda mais avizinados do limiar. Daí em diante, elevações de renda por maiores que fossem não acresceriam muito em sua saúde.

Analisando o cenário de forma mais geral e considerando a não linearidade dos efeitos, o menor progresso dos privilegiados e a substituição que os empregados não destituídos fazem da protetividade oferecida pelo emprego por aquela dada por uma renda maior, as distâncias originais caem, mas se mantêm altas. As categorias destituídas, mesmo se beneficiando consideravelmente mais dos incrementos que os outros estratos, ainda permanecem muito distantes até dos efeitos originais das classes privilegiadas. Esses dados permitem argumentar, conforme questão suscitada na hipótese a partir da teoria das causas

fundamentais, que os estratos privilegiados conseguem manter suas vantagens mesmo quando drásticas mudanças sociais ocorrem.

Para melhor explicar os mecanismos pelos quais progressos sociais afetam a desigualdade de saúde, os últimos cenários contrafactuais contrastam avanços na escolaridade com situações em que a renda permanece constante. Experimentam-se também quadros onde ocorrem acréscimos em remuneração, mas sem as pessoas mudarem seu grau de instrução. As tabelas 13 e 14 compilam os resultados.

**Tabela 13** - Efeitos do aumento de renda nas probabilidades médias previstas de saúde boa das categorias de escolaridade — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013)

Nível de Escolaridade	Aumento de R\$ 906,00 (%)	Aumento de R\$ 1812,00 (%)	Aumento de R\$ 2718,00 (%)	Aumento de R\$ 3624,00 (%)	Aumento de R\$ 4530,00 (%)	Aumento de R\$ 5436,00 (%)	Aumento de R\$ 6342,00 (%)
Superior completo	+1,0	+1,9	+2,7	+3,5	+4,2	+4,9	+5,5
Superior incompleto	+1,1	+2,1	+3,1	+4,0	+4,8	+5,6	+6,3
Ensino médio completo	+1,4	+2,6	+3,9	+5,0	+6,0	+7,0	+7,9
Ensino médio incompleto	+1,5	+3,0	+4,3	+5,6	+6,8	+7,9	+9,0
Fundamental completo	+1,8	+3,6	+5,3	+6,9	+8,4	+9,8	+11,1
Fundamental incompleto	+2,1	+4,2	+6,2	+8,1	+9,9	+11,7	+13,4
Sem instrução	+2,1	+4,1	+6,1	+8,0	+9,8	+11,5	+13,2
Não sabe ler, nem escrever	+2,4	+4,7	+7,0	+9,3	+11,6	+13,8	+16,0

N = 91583.

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados. Efeitos obtidos com uso do comando mchange, opção delta, para o Stata (LONG e FREESE, 2014).

**Tabela 14** - Efeitos do aumento de escolaridade nas probabilidades médias previstas de saúde boa dos decis de renda para pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013)

Decis de Renda	Aumento de um nível (%)	Aumento de dois níveis (%)	Aumento de três níveis (%)	Aumento de quatro níveis (%)	Aumento de cinco níveis (%)	Aumento de seis níveis (%)	Aumento de sete níveis (%)
Décimo decil	+1,3	+2,5	+3,6	+4,6	+5,4	+6,2	+6,8
Nono decil	+1,7	+3,3	+4,7	+6,0	+7,1	+8,2	+9,1
Oitavo decil	+1,8	+3,5	+5,0	+6,4	+7,7	+8,8	+9,8
Sétimo decil	+2,0	+3,9	+5,6	+7,1	+8,5	+9,8	+10,9
Sexto decil	+2,1	+4,1	+5,9	+7,6	+9,1	+10,4	+11,7
Quinto decil	+2,1	+4,1	+5,9	+7,5	+9,0	+10,3	+11,5
Quarto decil	+2,4	+4,6	+6,6	+8,5	+10,2	+11,8	+13,2
Terceiro decil	+2,7	+5,2	+7,6	+9,8	+11,8	+13,7	+15,5
Segundo decil	+2,9	+5,6	+8,2	+10,7	+13,0	+15,2	+17,2
Primeiro decil	+3,1	+6,2	+9,2	+12,1	+14,9	+17,6	+20,1

N = 86401.

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados. Efeitos obtidos com uso do comando mchange, opção delta, para o Stata (LONG e FREESE, 2014).

A distribuição dos impactos em ambos os cenários permite afirmar que, assim como em testes anteriores, os incrementos afetam sobremaneira a base, mas perdem força nas categorias socioeconomicamente mais abastadas. A não linearidade dos efeitos pode ser constatada, especialmente, quando se olha para as colunas mais à direita das tabelas. Por exemplo, o aumento em sete níveis educacionais faz as probabilidades de saúde do primeiro

decil crescerem três vezes mais que a do décimo. Para os que não sabem ler e nem escrever comparativamente em relação aos detentores de diploma universitário, o acréscimo de R\$ 6342,00 gera situação similar.

O efeito de teto, por sua vez, faz com que pessoas detentoras de renda elevada pouco se beneficiem de incrementos obtidos em educação. Já os diplomados no ensino superior progredem menos que todas as outras categorias quando elevam sua renda. Como estão relativamente próximos do limiar, torna-se difícil crescer ainda mais suas probabilidades. Por exemplo, os formados na educação básica, quando aumentam a renda em R\$3624,00, atingem +5,0%. Façanha conseguida pelos titulados no ensino superior apenas para o valor de R\$5436,00.

Quanto à persistência das desigualdades de saúde, as tabelas 15 e 16, utilizando-se de valores menos irrealistas — para a renda foi escolhido o valor R\$ 1812,00, pois R\$906,00 não davam os contrastes pretendidos pelo autor —, mostram que o status socioeconômico (referente à posse de educação e renda) é capaz de garantir vantagens para aqueles mais bem posicionados mesmo em períodos de relevantes mudanças sociais.

**Tabela 15** - Efeitos nas probabilidades médias previstas de saúde boa por categorias de escolaridade do acréscimo de R\$ 1812,00 na renda do trabalho — pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013)

Categorias de Escolaridade	Renda Média das Categorias de Escolaridade (R\$)	Efeito Original de Nível de Escolaridade (%)	Efeito Original de Nível de Escolaridade à Razão do Superior Completo	Razão entre o Valor R\$ 1812,00 e a Renda Média das Categorias de Escolaridade	Efeito do Aumento de R\$ 1812,00 (%)	Efeito Pós-Aumento (%)	Efeito Pós-Aumento à Razão do Superior Completo
Superior completo	3734,00	87,6	1,00	0,49	+1,9	89,5	1,00
Superior incompleto	1712,00	82,7	0,94	1,05	+2,1	84,8	0,95
Ensino médio completo	1423,00	80,1	0,91	1,27	+2,6	82,7	0,92
Ensino médio incompleto	1068,00	75,7	0,86	1,70	+3,0	78,7	0,88
Fundamental completo	1159,00	72,1	0,82	1,56	+3,6	75,7	0,85
Fundamental incompleto	985,00	68,9	0,79	1,84	+4,2	73,1	0,82
Sem instrução	1012,00	69,0	0,79	1,79	+4,1	73,1	0,82
Não sabe ler, nem escrever	564,00	64,7	0,74	3,21	+4,7	69,4	0,78

N = 86401 (valor diferente dos anteriores para tabelas concernentes à escolaridade devido à necessidade de controle da renda do trabalho para procedimentos com o delta).

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados. Impactos de aumento obtidos com uso do comando mchange, opção delta para o Stata (LONG e FREESE, 2014), somados aos efeitos originais das categorias de escolaridade.

**Tabela 16** - Efeitos nas probabilidades médias previstas de saúde boa por decis de renda do acréscimo de um nível na escolaridade pessoas entre 18 e 64 anos (Brasil, 2013)

Decis de Renda	Moda Educacional dos Decis de Renda	Efeito Original dos Decis de Renda (%)	Efeito Original dos Decis e Renda à Razão do Décimo Decil	Efeito do Aumento de Um Nível na Escolaridade (%)	Efeito Pós-Aumento (%)	Efeito Pós-Aumento à Razão do Décimo Decil
Décimo decil	Superior completo	88,9	1,00	+1,3	90,2	1,00
Nono decil	Superior completo	84,0	0,94	+1,7	85,7	0,95
Oitavo decil	Médio completo	82,0	0,92	+1,8	83,8	0,93
Sétimo decil	Médio completo	79,4	0,89	+2,0	81,4	0,90
Sexto decil	Médio completo	77,5	0,87	+2,1	79,6	0,88
Quinto decil	Médio completo	76,4	0,86	+2,1	78,5	0,87
Quarto decil	Médio completo	73,9	0,83	+2,4	76,3	0,85
Terceiro decil	Médio completo	71,3	0,80	+2,7	74,0	0,82
Segundo decil	Fundamental incompleto	68,1	0,77	+2,9	71,0	0,79
Primeiro decil	Fundamental incompleto	62,5	0,70	+3,1	65,6	0,73

N = 86401.

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados. Impactos de aumento obtidos com uso do comando mchange, opção delta para o Stata (LONG e FREESE, 2014), somados aos efeitos originais dos decis de renda.

As distâncias entre as categorias de escolaridade e os decis de renda permanecem praticamente as mesmas quando se olha o efeito pós-aumento. Tanto o décimo decil quanto o ensino superior completo mantem sua grande vantagem até em relação às categorias logo abaixo. Por outro lado, em termos de chances relativas, pessoas na base são quem mais melhoram. Antes do incremento de R\$1812,00, detentores do ensino médio completo tinham 91% das chances de saúde daqueles com título do terceiro grau. Após o acréscimo, passaram a 92%. Pessoas que não sabem ler, nem escrever tinham 74% e foram a 78%. O sétimo decil de renda com o efeito de um grau de escolaridade a mais, saiu de 89% para 90% das chances do décimo. Já o primeiro transitou de 70% para 73%.

O bem pouco investigado efeito de substituição talvez explique as mudanças observadas nos estratos inferiores. Pessoas não detentoras de certos recursos, quando conseguem outro, provavelmente redistribuem os efeitos deste nas lacunas deixadas por aquele em que estão em desvantagem. Evidentemente, estudos com foco nos mecanismos seriam necessários e, de repente, até investigações no nível da ação. Todavia, é razoável supor que, em situações de desvantagem de renda, elevações na instrução aumentam o leque de informação detido pelas pessoas e afetam alguns fatores de suas vidas capazes de degradar a saúde. Não é que elas se tornem mais calculistas ou habilidosas. A lógica defendida aqui é diferente. Por exemplo, para quem, além de renda baixa, não saiba ler e nem escrever, aprender já lhes permite exposição a um vasto leque de informações. Independentemente de adquirirem ou não prospectividade, saber sobre determinadas coisas representa progresso em relação à época onde não se sabia.

Apesar das alterações acarretadas pelos avanços em indicadores como renda e escolaridade, é necessário afirmar que a desigualdade de saúde cai pouco. No primeiro decil, o efeito do incremento em escolaridade gerou aumento 2,3 vezes maior que o observado para o décimo. Ainda assim, considerando a distância inicial que os separava, a diferença permaneceu elevada. Quem não sabia ler, nem escrever, percebeu incrementos em suas probabilidades de saúde 2,5 vezes maiores que os detentores do ensino superior completo para o acréscimo de R\$1812,00. Não obstante, analisando a situação de ambos na coluna dos efeitos pós-aumento, os menos instruídos permanecem bem atrás.

Conforme questão levantada pela hipótese, elevações em escolaridade e renda impactam de forma não negligenciável na vida das pessoas, especialmente daquelas localizadas em situação desvantajosa. Todavia, existe limiar para que os avanços façam a desigualdade de saúde diminuir consideravelmente. Em períodos de desenvolvimento social, mesmo que os estratos da base tendam a tirar melhor proveito, todos melhoram. Assim, dentre os testados, apenas os incrementos de renda e escolaridade mais elevados seriam capazes de quebrar o formato de “fila em movimento” da desigualdade brasileira. Os resultados corroboram as afirmações dos sociólogos brasileiros anteriormente referidos sobre os efeitos das assimetrias socioeconômicas no país serem profundos e de difícil reversão.

## 6. CONCLUSÃO

A dissertação teve como intuito mais amplo discutir a relação existente entre fatores socioeconômicos e o estado de saúde. Ao revisar a literatura não só sobre assimetrias nesta dimensão, mas também sobre divisões sociais e desigualdades duráveis, procurou dar um norte ao diálogo que se estabelece entre a sociologia da estratificação e a sociologia médica. Apresentar as desigualdades de saúde em suas várias dimensões era importante para encorpar o debate e mais bem esclarecer a que tipo de problema de pesquisa o estudo se voltava. Por outro lado, abordar alguns dentre os muitos indicadores socioeconômicos utilizados pela literatura parecia interessante no sentido de mostrar a complexidade dos fatores envolvidos na relação causal a ser perscrutada.

Já o objetivo principal consistia em debater o impacto de progressos sociais nas desigualdades de saúde no Brasil. A dissertação, desta maneira, estabeleceu diálogo inicial com pesquisadores do país voltados não só à estratificação, mas também ao desenvolvimento. Duas diferentes perspectivas sobre os efeitos dos avanços experimentados foram tratadas. De um lado, a proposição defendida por autores como Marcelo Nery (2008; 2010; 2011) expõe que, nos últimos vinte anos, a estrutura socioeconômica se achatou no país. De acordo com esta vertente, isto se deve especialmente aos incrementos de renda e à expansão do sistema de ensino a gerar oportunidades de escolarização aos mais subalternos. De outro, os argumentos de autores como a socióloga Celi Scalon (2011; SCALON e SALATA, 2012; 2016) propõem que apenas o aumento do poder de consumo e da instrução não são suficientes para afirmar ter sido considerável a amenização das desigualdades. Segundo estes pesquisadores, é necessário olhar também para as ocupações. Algo que, quando feito, não revela quadro tão animador quanto o descrito pelo economista.

Refletindo a respeito dos benefícios gerados aos mais subalternos pelo desenvolvimento social, conforme argumenta Marcelo Nery, mas valendo-se de perspectiva sociológica, e não econômica sobre classe, a dissertação perscrutou os impactos sobre a saúde para eventos em que remuneração e educação eram incrementados, mas a distância entre as posições se mantinham constantes.

É interessante notar que, embora haja relação estreita entre assimetrias socioeconômicas e desigualdade de saúde, mecanismos específicos são capazes de fazer com que esta segunda se altere mesmo quando a primeira se mantém constante. Esta proposição é

bem estabelecida para períodos anteriores à transição epidemiológica, onde quem mais ganhou com o desenvolvimento da infraestrutura urbana e das redes de saneamento foram aqueles que viviam em precárias condições de vida — habitações construídas com material inadequado, exposição ao esgoto, ruas não asfaltadas, superpopulação, etc. (LAHELMA, 2001; LINK e PHELAN, 1995; 2013; ONGE, 2014).

Por exemplo, na Inglaterra, as diferenças de expectativa de vida entre os nobres e os trabalhadores no século XIX eram enormes. Muitas pessoas pertencentes a estratos subalternos morriam através da exposição a fatores de risco diversos e do acometimento por doenças infecciosas (CHADWICK, 1842). Evidentemente, progressos como o planejamento urbano e a construção de redes sanitárias nas cidades inglesas não transformaram os subalternos em detentores de capital. No entanto, combateram os principais fatores que os levavam ao adoecimento e assim fizeram diminuir sua distância de saúde para os mais ricos.

Quando a transição epidemiológica se estabelece e os fatores a acarretarem epidemias são combatidos, todavia, outros mecanismos passam a operar tanto para a persistência das desigualdades de saúde, quanto para sua redução. No caso da continuidade, a teoria das causas fundamentais de Link e Phelan (1995; 2013), que versa sobre os recursos detidos pelos privilegiados e sua capacidade de proteção à saúde independente da natureza dos riscos em uma dada época ou lugar, possui interpretação amplamente aceita pelo campo. Referentes à amenização, mecanismos mais conhecidos — como o efeito de teto — e outros ainda pouco estudados — substituição de recursos, por exemplo — permitem análise razoável sobre o quadro.

A dissertação, no capítulo quinto, valeu-se tanto dos supramencionados mecanismos quanto da teoria das causas fundamentais. Assim, argumentou sobre a proximidade do limite de saúde boa, experimentada pelos privilegiados, para descrever seus poucos ganhos. Utilizou a noção de substituição e também a de escassez para argumentar sobre os benefícios relativamente maiores conseguidas pelos subalternos e foi à teoria de Link e Phelan para explicar que, mesmo quando os progressos sociais melhoram a vida das pessoas, aquelas em posições superiores tendem a permanecer em vantagem. Por fim, foram referidos os argumentos do sociólogo José Alcides Figueiredo Santos para demonstrar que, independentemente dos recursos adicionais possuídos, classe é capaz de atuar protetivamente e de modo marcante. Neste caso, seja lembrado o exemplo dos gerentes e administradores

que, ao mandarem os outros fazerem, não se expõem aos riscos do trabalho capazes de afetar sua saúde (FIGUEIREDO SANTOS, 2011a; 2013a; 2013b).

Passando às respostas oferecidas pelos testes às questões suscitadas pela hipótese, a não linearidade dos efeitos pôde ser demonstrada ao se observar que, tanto para os menores incrementos de educação e renda, quanto para aqueles mais irrealistas, as classes subalternas eram quem mais tiravam proveito. O efeito, bastante intenso na base, ia perdendo força até chegar a números bem menos expressivos no topo. A situação de proximidade do teto revelou suas consequências ao limitar consideravelmente, por maiores que fossem os aumentos, os avanços alcançados por categorias como capitalistas e especialistas autônomos. Por outro lado, os problemas gerados pela escassez aos pouco providos mostraram sua força quando até mesmo acréscimos não tão altos já lhes permitiam saltos consideráveis nas probabilidades de saúde. O efeito de substituição — testado através de elevações em remuneração para os graus de escolaridade e de ampliações em instrução para os decis de renda — também foi demonstrado pela maior tendência das categorias com menor acesso a um ou outro recurso a maiores ganhos.

Para a análise sobre a persistência da desigualdade de saúde em situações onde eram esperadas, se não sua extinção, ao menos sua considerável redução, a comparação da situação das classes sociais após os aumentos de renda e escolaridade revelou que, apesar das posições destituídas angariarem consideráveis progressos, o topo social delas permanecia distante. Em verdade, quando um determinado emprego alcançava as probabilidades de outro em sua situação original, o melhor provido já havia se afastado. Quadro a permitir reflexão sobre lógica a qual foi utilizado o exemplo da fila em movimento para representá-la.

Não obstante, daí emerge o achado de maior interesse para o autor desta dissertação. Diferentemente do deslocamento da fila para as distâncias entre os efeitos puros das categorias de empregos — que tendiam a permanecer inalterados uma vez que estas não sofriam qualquer tipo de mudança qualitativa ou quantitativa em seus atributos —, a distribuição de saúde, embora preservasse a ordem na fila, revelava reduções relativas, ou seja, as distâncias a separar os pior localizados dos mais bem providos caíam em todas as simulações de progressos fossem em renda ou em educação. Em outras palavras, quem estava em vantagem tendia a assim permanecer quando os dados eram modelados no sentido de simular avanços. Todavia, como os ganhos das categorias abaixo eram relativamente maiores, as distâncias diminuía.

Referente à limitação dos resultados em esclarecer as questões suscitadas, dois pontos devem ser esclarecidos. O primeiro diz respeito ao tratamento de escolaridade como variável categórica e o segundo à natureza dos testes contrafactuais. Sobre o nível de instrução, caso fosse concebido como variável contínua (anos de escolaridade), mecanismos como a substituição de recursos poderiam ser descritos de forma mais minuciosa em termos da gradação dos impactos e de onde estão situados os efeitos. Quer dizer, questões como se existe um limiar para que as pessoas possam efetuar substituições não negligenciáveis, ou a partir de qual ano maiores acréscimos já não repercutem mais no fechamento das lacunas deixadas por outros recursos por parte da educação, poderiam ser mais bem respondidas.

Caso fossem examinados como acréscimos em anos de escolaridade impactam nos comportamentos de risco, talvez resultados ainda mais reveladores viessem à tona. Quer dizer, investigar se possuir um pouco mais de instrução afetaria a alimentação de pessoas com menor renda poderia dar visão a interessantes achados no que tange ao entendimento sobre a substituição de recursos. Tal abordagem, além de acrescentar mais um fator à cadeia causal — o que foi tratado como:

*classe → educação (variação interna/interação com classe) → saúde*

passaria a ser pensado:

*classe → educação (variação interna/interação com classe) → comportamentos → saúde*

—, ainda estabeleceria um maior diálogo entre os níveis estrutural (ao tratar da distribuição da escolaridade) e micro (ao pensar como a instrução poderia vir a afetar as práticas de saúde).

O trabalho da forma como foi feito, no entanto, tem suas razões. Ao tratar o indicador categoricamente, preocupa-se mais com como educação interage com classe no nível estrutural e menos com o uso que as pessoas dela fazem. Expresso de outra maneira, a intenção, visando demonstrar os efeitos de incrementos em cada posição, consistia em explicar os impactos de instrução em termos de suas mediações por classe e não do seu potencial intrínseco (efeitos diretos sobre práticas de saúde). Deste modo, a gradação oferecida por categorias de escolaridade, ao invés de anos, pareceu mais atraente tanto em termos da demonstração dos impactos globais de alterações quanto da não linearidade dos efeitos.

O segundo ponto concernente aos limites da investigação refere-se aos cuidados a serem tomados na interpretação e utilização de resultados oriundos de testes contrafactuais. Diferentemente dos experimentos, onde outros indicadores eram mantidos constantes para a

captação dos impactos de incrementos em renda e educação, em cenários reais, quando a distribuição de um fator muda, as condições iniciais são alteradas. Não obstante, o objetivo da dissertação era justamente refletir sobre cenários hipotéticos em que apenas os testados indicadores se alterassem ao passo que as características das classes permanecessem constantes. Em outras palavras, visava demonstrar que mesmo no cenário ideal onde a distância entre as posições não diminui, progressos sociais são vantajosos num sentido amplo, pois deles todos se beneficiam e em especial as camadas mais subalternas.

Por fim, embora outras perspectivas e lógicas explicativas possam ser empregadas para aprofundar a discussão e apesar de os testes contrafactuais se referirem a eventos não ocorridos, a expectativa é que a dissertação possa, mesmo que minimamente, contribuir com o campo. Especialmente no Brasil, país marcado por profundas e persistentes assimetrias socioeconômicas e onde ainda há poucos estudos sobre desigualdade de saúde, investigações a respeito de mecanismos como a substituição de recursos — em que inclusive na pesquisa internacional é escassa a literatura — podem dar bons frutos.

De outra forma, conforme discutido na seção *relevância do campo de estudos sobre desigualdade de saúde*, acredita-se no potencial da pesquisa acadêmica em contribuir para uma sociedade mais justa e igualitária. No caso mais específico desta dissertação, talvez as principais colaborações neste sentido sejam demonstrar o grande impacto de avanços sociais especialmente para as classes mais subalternas e, em contrapartida — por via da noção de que existe um limiar de incrementos em renda e escolaridade para que, de fato, ocorram consideráveis reduções nas desigualdades de saúde —, o quão desigual o Brasil ainda é mesmo após todas as importantes mudanças referidas ao longo do capítulo anterior.

## REFERÊNCIAS

ADLER, N. E. *Overview of Health Disparities*. In: THOMSON, G. E., MITCHELL, F. e WILLIAMS, M. B. (eds). **Examining the health disparities research plan of the national institutes of health: unfinished business**, pp: 121-174. Washington, DC: National Academies Press, 2006 Apud WOLFE, J. D. *Health Disparities*. In: COCKERHAM, W., DINGWALL, R. e QUAH, S. **The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behaviour, and Society, First Edition**. New Jersey: John Wiley & Sons Ltd, 2014.

ADLER, N. E. e REHKOPF, D. H. *US Disparities in Health: Descriptions, Causes, and Mechanisms*. **Annual Review of Public Health**, nº 29: pp. 235-252, 2008.

ADLER, N. E. e STEWART, J. *Health Disparities across the Lifespan: Meaning, Methods, and Mechanisms*. **Annals of the New York Academy of Sciences**, nº1186: pp. 5-23, 2010.

ALMEIDA, J. F. *Temas e conceitos nas teorias da estratificação social*. **Análise Social Terceira Série**, vol. 20, nº 81/82: pp. 167-190. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 1984.

ALVES COIMBRA, R. M. *Trabalho e desigualdade de saúde: resgatando a teoria clássica para o debate sociológico contemporâneo*. **Anais do Congresso de Pesquisa e Extensão e da Semana de Ciências Sociais da UEMG/Barbacena**, vol. 2, nº2, 2015.

\_\_\_\_\_. *Condições materiais, escolarização e desigualdade de saúde no Brasil*. **Anais do Seminário Nacional de Sociologia e Política da UFPR (GT2: Sociologia da Saúde)**. Paraná: Departamento de Sociologia da UFPR, 2016.

ANNANDALE, E. **The sociology of health and medicine: a critical introduction**. Cambridge: Polity Press, 2014.

ANTONOVSKY, A. *Social class, life expectancy, and overall mortality*. **Milbank Memorial Quarterly**, nº45: pp. 31-73, 1967.

APPELS, A. et al. *Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population*. **Soc. Sci. Med**, vol. 42, nº 5: pp.681-689, 1996.

ASSIS, M. S. *Direito, Estado e sociedade sob a óptica de Karl Marx*. **Revista Jus Navigandi**. Ano 15, nº 2551. Teresina, 2010.

BAKER, E. H. *Socioeconomic Status: Definition*. In: COCKERHAM, W., DINGWALL, R. e QUAH, S. **The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behaviour, and Society, First Edition**. New Jersey: John Wiley & Sons Ltd, 2014.

BARATA, R. B. et al. *Classe social: conceitos e esquemas operacionais em pesquisa em saúde*. **Revista de Saúde Pública**, vol. 47, nº 4: pp. 647-655, 2013.

BATEMAN, L. B. *Socioeconomic status, measurement*. In: COCKERHAM, W., DINGWALL, R. e QUAH, S. **The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behaviour, and Society, First Edition**. New Jersey: John Wiley & Sons Ltd, 2014.

**BEBBINGTON, P.** *The origins of sex differences in depressive disorder: bridging the gap*. *International Review of Psychiatry*, vol.8, issue 4: pp. 295-332, 1996.

BERGAMASCHI, D. P., BUENO, M. B. e SOUZA, J. M. P. **Stata - Básico**. VI Programa de Verão. São Paulo: USP, Faculdade de Saúde Pública, 2004.

BERNEY, L. et al. *Socioeconomic measures in early old age as indicators of previous lifetime exposure to environmental health hazards*. **Sociology of Health and Illness**, 22: pp. 415-30, 2000.

BEST, H., e WOLF, C. **Regression Analysis and Causal Inference**. Thousand Oaks: SAGE, 2015.

BLACK RELATORY. *Black Report :1 Concepts of Health and Inequality. Promoting Health and Well-being Through the Application of Socialist Principles*. Socialist Health Association, 1980. Disponível em: <<http://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/the-black-report-1-concepts-of-health-and-inequality/>>. Acesso em 15/10/2016.

BLAKELY, T. A. e WOODWARD, A. J. *Ecological Effects in Multi-Level Studies*. **Journal of Epidemiology & Community Health**, vol. 54: pp. 367-374, 2000.

BLOSSFELD, H. P. e SHAVIT, Y. *Persisting Barriers: Changes in Educational Opportunities in Thirteen Countries*. In: SHAVIT, Y. e BLOSSFELD, H.P. (eds.). **Persistent Inequality: Changing Educational Attainment in Thirteen Countries**. Boulder: Westview Press, 1993.

BOUDON, R.. **A Desigualdade de Oportunidades**. Brasília: Ed. UNB, 1981.

\_\_\_\_\_. **Education, Opportunity and Social Inequality**. New York: Wiley, 1974.

BOURDIEU, P. **A Distinção: crítica social do julgamento**. Tradução de D. Kern e G. J. F. Teixeira. São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2007.

BRAGA, T. V. M. *A nova classe média no Brasil: reflexões acerca de suas expectativas*. **Gestão & Sociedade: Revista de Pós-Graduação da Uniabeu**, vol. 1, nº 2, 2012.

BRAVEMAN, P. A. *Health inequalities by class and race in the US: What can we learn from the patterns?* **Social Science & Medicine**, vol.74: pp. 665-667, 2012. BRAVEMAN, P. A. et al. *Socioeconomic status in health research: one size does not fit all*. **Journal of the American Medical Association**, vol. 294, nº 22: pp. 2879-2888, 2005.

BRAVEMAN, P. A. et al. *Socioeconomic Disparities in Health in the United States: What the Patterns Tell Us*. **American Journal of Public Health**, nº 100: pp. 186-196, 2010.

BROOM, D. *Gender and health*. In: GERMOV, J. (ed) **Second opinion: an introduction to health sociology**. Melbourne: Oxford University Press, 2012.

BRUNO, M. e SILVA, R. M. B. *Desenvolvimento econômico e infraestrutura no Brasil: dois padrões recentes e suas implicações*. **Análises e Propostas**, nº 38. Fundação Friedrich Ebert Stiftung, 2009.

BURCHELL, B. *A Temporal Comparison of the Effects of Unemployment and Job Insecurity on Wellbeing*. **Sociological Research Online**, vol.16, nº 1, University of Cambridge, 2011.

CARTER-POKRAS, O. e BAQUET, C. *What Is a 'Health Disparity?'* **Public Health Reports**, nº 117: pp. 426-434, 2002.

CARVALHAES, F. A. O. **Ciclo de vida e posição socioeconômica: contribuições sociológicas para o entendimento da relação entre desigualdade social e saúde no Brasil.**

Tese de Doutorado em Sociologia. Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

CHADWICK, E. **Report on the sanitary condition of the labouring population and on the means of its improvement.** Delta Omega (org), Londres, 1842. Disponível em:

<<http://www.deltaomega.org/documents/ChadwickClassic.pdf>>. Acesso em: 20/11/2016.

CHRISTAKIS, N. A. e FOWLER, J. H. *The spread of obesity in a large social network over 32 years.* **The New England Journal of Medicine**, vol. 357, nº 4: pp. 370-379, 2007.

CLARK, R. et al. *Racism as a stressor for african americans: a biopsychosocial model.* **Du Bois Review**, 54, pp. 805-816, 1999.

CLOUSTON, S. A. P. et al. *An unnatural history: contextualizing the rise and fall of the social inequality in mortality. Presented at the annual meetings of the American Sociological Association.* Las Vegas, 2011 Apud LINK, B. G. e PHELAN, J. C. *Fundamental Cause Theory.* In: COCKERHAM, W. (ed.). **Medical Sociology on the Move.** Springer Science: Business Media Dordrecht, 2013.

COCKERHAM, W. *Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure.* **Journal Health and Social Behaviour**, vol. 46, nº 1: pp. 51-67, 2005.

\_\_\_\_\_. **Social causes of health and disease.** Cambridge : Polity Press, 2007.

\_\_\_\_\_. (ed). **Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory.** Dordrecht: Springer, 2013.

\_\_\_\_\_. *The sociology of health in the United States: recent theoretical contributions.* **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 19, nº 4: pp.1031-1039, 2014.

COCKERHAM, W. C., ABEL, T. e LÜSCHEN, G. *Max Weber, formal rationality, and health lifestyles.* **The sociological quarterly**, vol. 34, issue 3, pp. 413-425, 1993.

COLLINS, R. **The Credential Society: A Historical Sociology of Education and Stratification.** New York: Academic Press, 1979.

CORNELL, S. e HARTAMANN, D. *Chapter 2. Ethnicity and Race*. California: Pina Forge Press, 1997.

CORRELL, S. J. e RIDGEWAY, C. L. *Expectation States Theory*. In: DELAMATER, J (ed.). **The Handbook of Social Psychology**. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2003. Disponível em <

[COX, O. C. \*Max Weber on Social Stratification: A Critique\*. \*\*American Sociological Review\*\*, vol. 15, nº 2. Washington: American Sociology Association, 1950.](https://www.google.com.br/search?q=Fiske%2C+Susan+T.%2C+Amy+J.+Cuddy%2C+Peter+Glick%2C+and+Jun+Xu.+2002.+%E2%80%9CA+Model+of+(Often+Mixed)+Stereotype+Content%3A+Competence+and+Warmth+Respectively+Follow+From+Perceived+Status+and+Competition.%E2%80%9D+Journal+of+Personality+and+Social+Psychology+82%3A878%E2%80%93902.&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=r2XuV_HvJOWp8weSsYzQCw#q=Correll%2C+Shelley+J.+and+Cecilia+L.+Ridgeway.+2003.+%E2%80%9CExpectation+States+Theory.%E2%80%9D+Pp.+29%E2%80%9351+in+The+Handbook+of+Social+Psychology%2C+edited+by+J.+Delamater.+New+York:+Kluwer+Academic%2FPlenum+Publishers>, primeiro link; acesso em 02/09/2016.</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

CUEVA, A. *A concepção marxista das classes sociais*. In: **Debate e Crítica**, nº 3, pp. 83-106. São Paulo: Hucites, 1974.

CURRIE, J. e MORETTI, E. *Mother's Education and the Intergenerational Transmission of Human Capital: Evidence from College Openings and Longitudinal Data*. **Working Paper**, 9360, NBER, 2002.

DACHS, J. N. W. e SANTOS, A. P. R. *Autoavaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003*. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 11, nº 4: pp. 887-894, 2006.

DAHIRU, T. P. *Pvalue, a true test of statistical significance? A cautionary note*. **Journal List Ann Ib Postgrad Med**, vol. 6, nº 1, 2008.

DANNEFER, D. *Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory*. **Journals of Gerontology**, 58: pp. 327-37, 2003.

DARROW, S. L., et al. *Sociodemographic correlates of alcohol consumption among African-American and white women*. **Women and Health**, 18: pp. 35-51, 1992.

DEATON, A. *Policy implications of the gradient of health and wealth*. **Health Aff**, vol 21, n° 2: pp.13-29, 2002.

**DOYAL, L. The Political Economy of Health**. London: Pluto Press, 1985.

DUARTE, E. C. D. e BARRETO, S. M. *Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e os serviços de saúde revisitam e atualizam o tema*. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, vol. 21, n° 4, Brasília, 2012.

DUNCAN, G.J. *Income dynamics and health*. **Int. J. Health Serv.**, 26: pp. 419–444, 1996.

DURKHEIM, E. *O Suicídio*. São Paulo: Martins Fontes, 2000a.

\_\_\_\_\_. *Textos Escolhidos*. In: RODRIGUES, José Albertino (org.). *Coleção Grandes Cientistas Sociais - Sociologia*. São Paulo: Editora Ática, 2000 b.

ELO, I. T. e PRESTON, S. H. *Educational Differentials in Mortality: United States, 1979–1985*. In: **Social Science & Medicine**, vol. 42: pp. 47–57, 1996.

ELSTER, J. **Peças e Engrenagens das Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 1994.

ENGELS, F. **Condition of the Working Class in England**. Transcription/Markup: Zodiac Tim Delaney in 1998; Proofed and corrected by Mark Harris, 2010. Disponível em:< <https://www.marxists.org/archive/marx/works/download/pdf/condition-working-class-england.pdf>>. Acesso em 12/08/2015.

ERIKSON, R. e GOLDTHORPE, J. H. **The constant flux: a study of class mobility in industrial societies**. Oxford; New York: Oxford University Press; Clarendon Press 1992.

ESPM (Escola Superior de Propaganda e Marketing). **Longevidade: levantamento preliminar de conteúdo com acesso público**. Centro de Altos Estudos da ESPM, São Paulo, 2013. Disponível em:

<[http://www2.espm.br/sites/default/files/pagina/relatorio\\_longevidade\\_versao\\_final.pdf](http://www2.espm.br/sites/default/files/pagina/relatorio_longevidade_versao_final.pdf) >

Acesso em: 07/11/2015.

EVANS, G. W. e KANTROWITZ, E. *Socioeconomic Status and Health: The Potential Role of Environmental Risk Exposure*. **Annual Review of Public Health**, vol. 23: pp. 303-331, 2002.

FARIS, R. E. L. e DUNHAM, H. W. **Mental Disorders in Urban Areas: An Ecological Study of Schizophrenia and Other Psychoses**. Chicago, IL: University of Chicago Press. 1939 Apud WOLFE, J. D. *Health Disparities*. In: COCKERHAM, W., DINGWALL, R. e QUAH, S. **The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behaviour, and Society, First Edition**. New Jersey: John Wiley & Sons Ltd, 2014.

FEINSTEIN, L. et al. *What are the effects of education on health?* In: **Measuring the Effects of Education on Health and Civic Engagement: Proceedings of the Copenhagen Symposium**. Copenhagen: OECD, 2006.

FERRARO, K. F. e KELLY-MOORE J. A. *Self-rated health and mortality among black and white adults: examining the dynamic evaluation thesis*. **Sci. Soc. Sci.**, vol. 56, nº 4: pp. 195-205, 2001.

FIGUEIREDO SANTOS, J. A. *A teoria e a tipologia de classes neomarxista de Erik Olin Wright*. **Dados**, vol. 41, nº2. Rio de Janeiro, 1998.

\_\_\_\_\_. **Estrutura de Posições de Classe no Brasil: Mapeamento, Mudanças e Efeitos da Renda**. Belo Horizonte / Rio de Janeiro: Editora da UFMG / IUPERJ, 2002.

\_\_\_\_\_. *Uma classificação socioeconômica para o Brasil*. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 20, nº 58, pp. 27-45, 2005.

\_\_\_\_\_. *Classe social e desigualdade de gênero no Brasil*. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, vol. 51, nº 2: pp. 353-402. Rio de Janeiro, 2008.

\_\_\_\_\_. *Discrepâncias de gênero no valor econômico da educação*. **Teoria e Sociedade**, nº 17: pp.8-31, 2009.

\_\_\_\_\_. *Classe social e desigualdade de saúde no Brasil*. **Revista Brasileira de**

**Ciências Sociais**, vol. 26, nº 75: pp. 27-55, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Divisões Sociais e Chances de Vida**. Material de sala de aula sobre: PAYNE, G. (ed.). **Social Divisions**. 2º ed. New York: Palgrave Macmillan, 2006. Juiz de Fora: UFJF, impresso, 2011b.

\_\_\_\_\_. *Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil*. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 54, n. 1: pp. 5-40, 2011c.

\_\_\_\_\_. **Sociologia da Desigualdade de Goran Therborn**. Material de sala de aula sobre: THERBORN, G. (ed.). **Inequalities of the World** (Chapter 1). London: Verso, 2006. Juiz de Fora: UFJF, impresso, 2011d.

\_\_\_\_\_. **Ceensp: Classes Sociais, Território e Saúde - parte 2**. In: ROSENBERG, Felix J. ESNP/TV Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=0Fk01PmNQFE>>. Acesso em 10 de Junho de 2015. Publicado em: 2013a.

\_\_\_\_\_. *Esquema de classe para abordar a desigualdade de saúde no Brasil*. **Cadernos do Itaboraí**, vol. 1, no 1: pp. 38-64, 2013b.

FISKE, S. T. et al. *A Model of (Often Mixed) Stereotype Content: Competence and Warmth Respectively Follow From Perceived Status and Competition*. **Journal of Personality and Social Psychology**, vol. 82: pp. 878-902, 2002. Disponível em: <[http://www.cos.gatech.edu/facultyres/Diversity\\_Studies/Fiske\\_StereotypeContent.pdf](http://www.cos.gatech.edu/facultyres/Diversity_Studies/Fiske_StereotypeContent.pdf)> Acesso em 08/09/2016.

FRENK, J. et al. *La transición epidemiológica en América Latina*. **Boletín de la Oficina Sanitaria Pan-americana**, vol. 111, nº 6: pp. 485-496, 1991.

FRITZELL, J. e LUNDBERG, O. *Fighting inequalities in health and income: one important road to welfare and social development*. In: KANGAS, O. e PALME, J. (eds.). **Social Policy and Economic Development in the Nordic Countries**. Basingstoke: Palgrave, 2005.

GALOBARDES, B. et al. *Indicators of socioeconomic position* (Part 1). **Journal of Epidemiology & Community Health**, 60: pp. 7-12, 2006.

GALOBARDES, B., LYNCH, J. e SMITH, G. D. *Measuring Socioeconomic Position in Health Research*. **British Medical Bulletin**, nº 81-82: pp. 21-37, 2007.

GERRING, J. **Social science methodology: a criterial framework**. 2º ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2012.

GIDDENS, A. **Sociologia**. 6º Ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

GOERTZ, G. e MAZUR, A. G. *Mapping gender and politics concepts: ten guidelines*. In: GOERTZ, G. **Social science concepts: a user's guide**. Princeton: Princeton University Press, 2006.

GOLDTHORPE, J. *The class schema of social mobility and class structure in modern Britain: a reply to Penn*. **Sociology**, vol. 15, nº 2: pp. 272-280, 1981.

GOODMAN, B. **Marxism and Health**. Academia.edu, 2013. Disponível em: <[http://www.academia.edu/3250126/Marxism\\_and\\_Health\\_Care](http://www.academia.edu/3250126/Marxism_and_Health_Care)> Acesso em: 18/06/2016.

GOULART, F. A. **Doenças Crônicas não Transmissíveis: Estratégias de Controle e Desafios para os Sistemas de Saúde**. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

GRAHAM, H. *Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings*. **Milbank Quartely**, 82, nº 1: pp. 101-124, 2004.

\_\_\_\_\_. **Unequal Lives: Health and Socio-economic Inequalities**. New York: Open University Press, 2007.

GRUNDY, E. e HOLT, G. *Health inequalities in the older population*. **Health variations. The official newsletter of the ESRC health variations programme**, issue 7: pp. 4-5, 2001.

GRUSKY, D. B. *Book Review of Durable Inequality (by Charles Tilly)*. **Forthcoming, The American Journal of Sociology**, 1998. Disponível em: <[http://www.grusky.org/article\\_files/review\\_durable\\_inequality.pdf](http://www.grusky.org/article_files/review_durable_inequality.pdf)>. Acesso em 20/08/2016.

HAIR Jr., J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. São Paulo: Bookman, 2005.

HARNISCHFEGER, A. e WILEY, D. E. *Achievement Test Scores Drop. So What?* **Educational Researcher**, vol.5, nº 3: pp. 5-12, 1976.

HASENBALG, C. e SILVA, N. V. **Origens e Destinos: Desigualdades Sociais ao Longo da Vida**. Rio de Janeiro: Topbooks, 2003.

HIRSCH, F. **Limites Sociais do Crescimento**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1979.

IBGE. **Tábuas Abreviadas de Mortalidade por Sexo e Idade 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS-2013)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

INZLICHT, M., MCKAY, L. e ARONSON, J. *Stigma as ego depletion: how being the target of prejudice affects self-control*. **Psychological Science**, 17: pp. 262-269, 2006.

IPEA (Instituto de Pesquisa Economica e Aplicada). **Infraestrutura Social e Urbana no Brasil: subsídios para uma agenda de pesquisa**, liv. 6, vol. 2. Brasília: IPEA, 2010.

\_\_\_\_\_. **A Década Inclusiva (2001-2011): Desigualdade, Pobreza e Políticas de Renda**. Brasília: IPEA, 2012.

KADUSHIN, C. *Social class and the experience of ill health*. **Sociological Inquiry**, nº 34: pp. 67-80, 1964.

KAWACHI, I. *Income inequality and health*. In: BERKMAN, L. F. e KAWACHI, I. (eds). **Social Epidemiology**. Oxford: Oxford University Press, 2000.

KAWACHI, I., e KENNEDY, B. P. *The relationship of income inequality to mortality: does the choice of indicator matter?* **Soc. Sci. Med**, nº 45: pp. 1121-1127, 1997.

KAWACHI, I., et al. *Social capital, income inequality, and mortality*. **Journal of Public Health**, nº 87: pp. 1491-1499, 1997.

KELLY-IRVING, M. D. et al. (INTERMEDE group). *Do General Practitioners Overestimate the Health of their Patients with Lower Education?* **Social Science & Medicine**, 73: pp. 1416-1421, 2011.

KRIEGER, N., WILLIAMS, D. R. e MOSS, N. E. *Measuring Social Class in US Public Health Research: Concepts, Methodologies, and Guidelines*. **Annual Review of Public Health**, n° 18: pp. 341-378, 1997. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9143723>>. Acesso em 17/04/2016.

KRIEGER, N. et al. *The fall and rise of US inequities in premature mortality: 1960-2002*. **Plos Med**, 5, n° 46, 2008.

KUHN, R., RAHMAN, O. e MENKEN, J. *Survey Measures of Health: How Well Do Self-Reported and Observed Indicators Measure Health and Predict Mortality?* In.: COHEN, B. e MENKEN, J. (eds) **Aging in Sub-Saharan Africa: Recommendation for Furthering Research**. Washington (DC): National Research Council (US) Committee on Population, 2006.

KUZNETS, S. *Economic Growth and Income Inequality*. **American Economic Review**, vol. 45, n° 1, 1955.

LAHELMA, E. *Health and social stratification*. In: COCKERHAM, W. (ed.) **The Blackwell Companion to Medical Sociology**. Blackwell, Oxford, 2001.

LANG, T e LOMBRIL, P. *Health Inequalities*. **The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society**. John Wiley & Sons, Ltd: Published Online, 2014.

LANG, T. et al. *Is Hospital Care Involved in Inequalities in Coronary Heart Disease Mortality? Results from the French WHO-MONICA Project in Men Aged 30–64*. **Journal of Epidemiology & Community Health**, vol.52, n° 10: pp. 665-671, 1998.

LEÃO, N. **Desigualdade social e acesso à saúde no brasil**. Juiz de Fora/ MG. Monografia (Curso de Graduação em Ciências Sociais) – Departamento de Ciências Sociais – Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011.

LEE, D. J. e TURNER, B. S. *Introduction: myths of classlessness and the death of class analysis*. In: LEE, D. J. e TURNER, B. S. (eds.). **Conflicts about class: debating inequality in late industrialism**. London : Longman, 1996.

LEIGH, J. P. *Direct and Indirect Effects of Education on Health*. **Social Science and Medicine**, 17: pp. 227-34, 1983.

LEMOS, M. R. *Estratificação social na teoria de Max Weber: considerações acerca do tema*. **Revista Illuminart**, ano IV, nº 95: pp. 113-127, Nov/2012.

LEVY, J., ANSARA, D. e STOVER, A. **Racialization and health inequities in Toronto**. Toronto Public Health, 2013. Disponível em: <<http://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2013/hl/bgrd/backgroundfile-62904.pdf>>. Acesso em 06/06/2016.

LIMA-COSTA, M. F., MATOS, D. L. e CAMARANO, A. A. *Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003)*. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.11, nº 4: pp. 941-950, 2006.

LIMA-COSTA, M. F. e VERAS, R. *Saúde pública e envelhecimento*. **Caderno de Saúde Pública**, vol.19, nº 3. Rio de Janeiro, 2003.

LINK, B. G. e PHELAN, J. C. *Social Conditions as Fundamental Causes of Disease*. **Journal of Health and Social Behaviour**, extra issue, pp. 80-94, 1995.

\_\_\_\_\_. *Fundamental Cause Theory*. In: COCKERHAM, William (ed.). **Medical Sociology on the Move**. Springer Science: Business Media Dordrecht, 2013.

LINK, B., PHELAN, J. C. e TEHRANIFAR, P. *Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications*. **Journal of health and social behavior**, vol. 51: pp. 28-40. American Sociological Association, 2010.

LLERAS-MUNEY, A. *The Relationship between Education and Adult Mortality in the United States*. **Review of Economic Studies**, vol. 72, pp. 189-221, 2005.

LONG, J. S., e FREESE, J. **Regression Models for Categorical Dependent Variables Using Stata.** (3rd ed.). TX: College Station - Stata Press, 2014.

LÓPEZ, L.C. *The concept of institutional racism: applications within the healthcare field.* **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n° 40: pp.121-34, 2012.

LUTFEY, K. e FREESE, J. *Toward Some Fundamentals of Fundamental Causality: Socioeconomic Status and Health in the Routine Clinic Visit for Diabetes 1.* **American Journal of Sociology**, vol.110: pp. 1326-1372, 2005.

\_\_\_\_\_. *Fundamental causality: challenges of an animating concept for medical sociology.* In: PESCOSOLIDO, B. et al. (eds.). **The handbook of the sociology of health, illness, and healing: a blueprint for the 21st century, handbooks of sociology and social research.** Springer Science and Business Media, LLC, 2011.

LYNCH, J. W. et al. *Income Inequality and Mortality: Importance to Health of Individual Income, Psychosocial Environment, or Material Conditions.* **British Medical Journal**, 29: pp. 1200-1204, 2000.

MACINTYRE, S. *The Black Report and Beyond: What Are the Issues?* **Social Science and Medicine**, 44: pp. 723-45, 1997.

MALTA, D. C. et al. *Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011.* **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, vol. 23, n° 4: pp. 599-608. Brasília, 2014.

MARTIN, J. K., TUCH, S. A. e ROMAN, P. M. *Problem drinking patterns among African Americans: the impacts of reports of discrimination, perceptions of prejudice, and "risky" coping strategies.* **Journal of Health and Social Behavior**, 44: pp. 308-425, 2003.

MARX, K. **O Capital: Crítica da Economia Política**, vol. 1, tomo 1. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MARX, K. e ENGELS, F. **A História dos Homens.** 3º ed. São Paulo: Editora Ática, 1989.

\_\_\_\_\_. **A Ideologia Alemã.** São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_. **Manifesto Comunista**. São Paulo: Boitempo, 2010.

MASSEY, D. S. **Categorically Unequal: the American stratification system**. New York: Russell Sage Foundation, 2007.

MASSOGLIA, M. *Incarceration as exposure: the prison, infectious disease, and other stress-related illness*. **J Health Soc Behav**, vol 49, n° 1: pp. 56-71, 2008.

MATTHEWS, D. *Sociology in nursing 3: how gender influences health inequalities*. **Nursing Times**, vol. 111, n° 43: pp. 21-23, 2015.

MAZIAK, W. e WARD, K. D. *From Health as a Rational Choice to Health as an Affordable Choice*. **Public Health**, vol 99, n° 12: pp. 2134-2139, 2009.

MCKINLAY, J.B. *Some contributions from the social system to gender inequalities in heart disease*. **J Health Soc Behav**, vol. 37, n° 1: pp. 1-26, 1996.

MCKINLAY, J.B. et al. *The unexpected influence of physician attributes on clinical decisions: results of an experiment*. **J Health Soc Behav**, vol. 43, n° 1: pp. 92-106, 2002.

MEARA, E.R., RICHARDS, S. e CUTLER, D.M. *The gap gets bigger: changes in mortality and life expectancy, by education, 1981-2000*. **Health Aff**, vol. 27, n° 2: pp. 350-360, 2008.

MIROWSKY, J. e ROSS, C. E. **Education, Social Status, and Health**. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter, 2003.

MYROWSKY, J., ROSS, C. e REYNOLDS, J. *Links between social status and health status*. In: BIRD, C. E., CONRAD, P. e FREMONT, A. M. **Handbook of medical sociology**. 5° ed. Upper Saddle River, Prentice Hall, 2000.

MORGAN, S. P. e TEACHMAN, J. D. *Logistic regression: description, examples, and comparisons*. **Journal of marriage and family**, vol. 50, n° 4: pp. 929-936, 1988.

MUNTANER, C. e LYNCH, J. *Income inequality, social cohesion, and class relations: a critique of wilkinson's neo-durkheimian research program*. **International Journal of Health Services**, vol. 29, n° 1: pp. 59-81. Baywood Publishing Co., Inc., 1999.

MUNTANER, C. et al. *Two decades of Neo-Marxist class analysis and health inequalities: a critical reconstruction*. **Social Theory & Health**, vol. 13, nº 3-4: pp. 267-287, 2015.

MURPHY, R. *The Structure of Closure: A Critique and Development of the Theories of Weber, Collins, and Parkin*. **The British Journal of Sociology**, vol. 35, nº 4, pp. 547-567. Published by: Wiley on Behalf of The London School of Economics and Political Science, 1984.

NAZROO, J. Y. et al. *Gender differences in the onset of depression following a shared life event: a study of couples*. **Psychological Medicine**, vol. 27, nº 1: pp. 9-19, 1997.

NERI, M. **A Nova Classe Média**. Rio de Janeiro: CPS, 2008.

\_\_\_\_\_. **Brasil diminui desigualdade social a cada ano**. Informe ENSP/Fiocruz, 2010. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/20887>>. Acesso em 12/08/2016.

\_\_\_\_\_. (org.) **Desigualdade de Renda na Década: Evolução dos Indicadores Sociais Baseados em Renda**. Rio de Janeiro: FGV/CPS, 2011.

NETO, A. M. et al. *Desenvolvimento Regional no Brasil: realidade atual e perspectivas*. **Seminário agenda estratégica para o Brasil**. Brasília: IPEA, 2015.

NETTO, M. P., YUASO, D.R. e KITADAI, F. T. Longevidade: desafio no terceiro milênio. *O mundo da saúde*, vol. 29, n. 4: pp. 594-607. São Paulo, 2005.

NEUBERT, L. F. *Disposições Sociais e Usos do Tempo para Lazer*. **Teoria e Cultura**, vol. 8, nº 2, 2013.

NEUBERT, L. F., TAVARES JUNIOR, F. e MONT`ALVÃO, A. *Estratificação social e usos do tempo: um estudo sobre os indivíduos inseridos no mercado de trabalho*. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, vol. 16, nº 2, 2016.

OMRAN A. *The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change*. **Milbank Quarterly**, vol. 83, nº 4: pp. 731-757, 2005.

OMS. *The 10 leading causes of death in the world, 2000 and 2012. The top 10 Causes of Death*, 2014. Disponível em < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>>. Acesso em 20/02/2016.

ONGE, J. M. S. *Socioeconomic Status and Health*. In: COCKERHAM, W., DINGWALL, R. e QUAH, S. **The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society, First Edition**. New Jersey: John Wiley & Sons Ltd, 2014.

PANTALÉON, J. *Resenha da obra “Durable Inequality” de Charles Tilly*. **Mana**, vol.4, nº 2. Rio de Janeiro, 1998.

PASCOE, E. A. e RICHMAN, L. S. *Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review*. **Psychological Bulletin**, 135, pp. 531-554, 2009.

PAYNE, G. **Social Divisions**. New York: Santin’s Martin Press, 2000.

PEARLIN, L. I. et al. *Stress, Health, and the Life Course: Some Conceptual Perspectives*. **Journal of Health and Social Behavior**, vol. 46: pp. 205-219, 2005.

PELLEGRINE, A. **Determinantes Sociais de Saúde**. ENSP/FIOCRUZ, 2013. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=bVmc-gngyVI>>. Acesso em 10 de Junho de 2015.

PENA, S. D. J. e BIRCHAL, T. S. *A inexistência biológica versus a existência social de raças humanas: pode a ciência instruir o etos social?* **Revista da USP**, nº68: pp. 10-21. São Paulo, 2006.

PEREIRA, M. V.. *A escrita acadêmica – do excessivo ao razoável*. **Revista Brasileira de Educação**, vol.18, nº 52; Rio de Janeiro, 2013.

PLATT, R. W. *Logistic regression and odds ratios*. **Injury Prevention**, nº 3, 1997.

PNUD. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2014**. Portugal: Camões, 2014.

\_\_\_\_\_. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. 2014. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/home/>>. Acesso em: 17/09/2016.

PRESTON, S.H., ELO, I.T. *Are educational differences in adult mortality increasing in the United States?* **Journal Aging Health**, nº 7: pp. 476-496, 1995.

PROCÓPIO, Igor Vieira e FREGUGLIA, Ricardo da Silva. **Apostila do Minicurso Microdados com uso do Stata**. Juiz de Fora: UFJF - ECONS, 2013.

PRUS, S.G. *Age, SES, and health: a population level analysis of health inequalities over the lifecourse*. **Sociology of Health & Illness**, vol. 29, nº 2, 2007.

RIBEIRO, L. V. F. **Pobreza e riqueza no Brasil: Análise de classes do período 2002-2014**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Ciência Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

RIDGEWAY, C. **Framed by gender**. New York: Oxford University Press, 2011.

\_\_\_\_\_. *Why status matters for inequality*. **American Sociological Review**, vol. 79, nº 1: pp. 1-16, 2014.

ROBERT , S. e HOUSE , J. *Socioeconomic inequalities in health: an enduring sociological problem*. In: CHLOE, E. B., CONRAD, P. e FREMONT, A. M. **Handbook of medical sociology**. (5 ed.). Upper Saddle River, Prentice Hall, 2000.

ROGERS, R.G. et al. *Demographic, socioeconomic, and behavioral factors affecting ethnic mortality by cause*. **Social Forces**, nº 74: pp.1419-1438, 1996.

ROSS, C. E. e MIROWSKY, J. *Refining the association between education and health: the effects of quantity, credential and selectivity*. **Demography**, vol. 36, nº 4: pp. 445-446, 1999.

ROSS, C. E. e WU, C. *The links between education and health*. In: **American Sociological Review**, vol. 60: pp. 719-745, 1995.

\_\_\_\_\_. *Education, age, and the cumulative advantage in health*. **Journal of Health and Social Behavior**, vol. 37: pp. 104-20, 1996.

ROTHMAN, K. J. *Lessons from John Graunt Lancert*. Department of Epidemiology, Boston University School of Public Health, and Department of Preventive Medicine, Boston University School of Medicine, Boston, MA, USA. Correspondence to: K. J. Rothman.

**Epidemiology**, n° 1: 37-39, 1996. Disponível em: <<http://www.sjsu.edu/faculty/gerstman/eks/RothmanArticleOnGraunt1996.pdf>>. Acesso em 23/07/2016.

SANTOS, J. A. **Desigualdade Social e o Conceito de Gênero**; 2010. Disponível em <<http://www.ufjf.br/virtu/files/2010/05/artigo-3a7.pdf>> Acesso em: 01/09/2016.

SARAIVA, L. F. O. *A “nova classe média”: repercussões psicossociais em famílias brasileiras*. **Revista de Psicologia da USP**. São Paulo, 2015.

SAUREL-CUBIZOLLES, M. J., et al. *Social inequalities in mortality by cause among men and women in France*. **Journal of Epidemiology & Community Health**, vol. 63, n° 3: pp. 197-202, 2009.

SCALON, C. *Desigualdade, pobreza e políticas públicas: notas para um debate*. **Contemporânea - Revista de Sociologia da UFSCar**, vol. 1: pp. 49-68, 2011.

SCALON, C. e SALATA, A. *Uma nova classe média no Brasil da última década? O debate a partir da perspectiva sociológica*. **Revista Sociedade e Estado**, vol. 27, n° 2, 2012.

\_\_\_\_\_. *Desigualdades, estratificação e justiça social*. **Civitas: Revista de Ciências Sociais**, vol. 16, 2016.

SCAMBLER, G. e HIGGS, P. *Stratification, class and health: class relations and health inequalities in high modernity*. **Sociology**, 33: pp. 275-96, 1999.

SEN, A. **Desigualdade reexaminada**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2001.

SHAVIT, Y. e MULLER, W. **From school to work: a comparative study of educational qualifications and occupational destinations**. Oxford New York: Clarendon Press, 1998.

SILVA, K. V. e SILVA, M. H.(ed.). **Dicionário de Conceitos Históricos**. São Paulo: Contexto, 2006.

SILVA, N. V. *Os rendimentos pessoais*. In: HASENBALG, C. e SILVA, N. V. **Origens e Destinos: Desigualdades Sociais ao Longo da Vida**. Rio de Janeiro: Topbooks, 2003.

SMEDLEY, B. et al. **Race, Racial Inequality and Health Inequities: separating myth from fact.** Briefing Paper, 2007. Disponível em: <[http://www.unnaturalcauses.org/assets/uploads/file/Race\\_Racial\\_Inequality\\_Health.pdf](http://www.unnaturalcauses.org/assets/uploads/file/Race_Racial_Inequality_Health.pdf)>.

Acesso em 15/09/2016.

SNOW, J. **On the Mode of Communication of Cholera.** Londres, 1849. Disponível em: <<http://www.medicine.mcgill.ca/epidemiology/hanley/communicationCommunicationCommunication/snow1849-32pp.pdf>>. Acesso em: 21/12/2015.

SOUZA, J. **A Ralé Brasileira: Quem é e como Vive.** Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2009.

\_\_\_\_\_. **Os batalhadores brasileiros. Nova classe média ou nova classe trabalhadora?** Belo Horizonte: UFMG, 2010.

\_\_\_\_\_. *Em defesa da sociologia : o economicismo e a invisibilidade das classes sociais.* **Revista Brasileira de Sociologia**, vol. 1, nº 1, 2013.

STATA CORPORATION. **Stata user's guide release 13.** Texas: A Stata Press Publication - StataCorp LP/ College Station, 2013.

SZUMILAS, M. *Explaining Odds Ratios.* **Journal List. J. Can. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry**, vol.19, nº 3, 2010.

TADANO, Y. S., UGAYA, C. M. L. e FRANCO, A. T. *Método de regressão de Poisson: metodologia para avaliação do impacto da poluição atmosférica na saúde populacional.* **Ambiente e Sociedade**, vol. 12, nº 2: pp. 241-255. Campinas, 2009.

TAVARES JUNIOR, F. *Desigualdades sociais e expansão educacional no Brasil.* **XI Congresso Brasileiro de Sociologia.** Campinas: UNICAMP, 2003.

\_\_\_\_\_. *Retratos de uma “revolução silenciosa” — análise hierárquica da renda na estrutura de classes brasileira.* **Seminário Acadêmico do Mestrado em Economia Aplicada.** Juiz de Fora: UFJF, 2010.

TEIXEIRA, R.R. *Três fórmulas para compreender “O suicídio” de Durkheim*. **Interface: Comunic, Saúde, Educ**, vol. 6, nº 11: pp.143-52, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v6n11/20.pdf>>. Acesso em: 15/07/2016.

TELLES, E. *Racial Ambiguity among the Brazilian Population*. **Ethnic and Racial Studies**, vol. 25, nº 3: pp. 415-441, 2002.

\_\_\_\_\_. **Racismo à Brasileira: Uma Nova Perspectiva Sociológica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2003.

THERBORN, G. **Inequalities of the world**. London: Verso, 2006.

\_\_\_\_\_. *Campos de Extermínio da Desigualdade*. Tradução de Fernando Rugitsky, In: **Revista Novos Estudos**, nº 87, 2010.

\_\_\_\_\_. **The Killing Fields of Inequality**. Cambridge: Polity Press, 2013.

TILLY, C. **Durable Inequality**. In: MOEN, P. et al. **A Nation Divided**. Ithaca: Cornell University Press, 1999.

VIRCHOW, R. **Report on the Typhus Epidemic in Upper Silesia; 1848** Apud LAHELMA, E. *Health and social stratification*. In: COCKERHAM, W. (ed.) **The Blackwell Companion to Medical Sociology**. Oxford: Blackwell, 2001.

WEBER, M. **Ensaio de Sociologia**. 5º ed. Organização e Introdução de GERTH, H.H. & WRIGHT MILLS, C. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1982.

WHITE, K. **An introduction to the sociology of health and illness**. London: Sage Publications, 2013.

WHITEHEAD, M. e DAHLGREN, G (WHO: Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. **Studies on social and economic determinants of population health**, nº 2. Liverpool: University of Liverpool, 2007. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74737/E89383.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf)> Acesso em: 07/11/2015.

WHO (World Health Organization). **Preventing chronic disease: a vital investment: WHO global report**. Geneva: World Health Organization, 2005.

\_\_\_\_\_. **The top 10 causes of death: the 10 leading causes of death in the world, 2000 and 2012**. Fact sheet n° 310, 2014. Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>>. Acesso em: 15/08/2016.

WILKINSON, R. G. **Unhealthy Societies**. London: Routledge, 1996.

WILKINSON, R. G. e MARMOT, M. **Social Determinants of Health: The Solid Facts**. 2º ed. Geneva: WHO, 2003.

WILLIAMS, D. R. Socioeconomic Differential in health: a review and redirection. In: **Social Psychology Quarterly**, vol. 53, n° 2: pp. 81-99, 1990.

WILLIAMS, D. R. e COLLINS, C. *US socioeconomic and racial differences in health: patterns and explanations*. **Annual Review of Sociology**, vol. 21: pp. 349-386, 1995.

WILLIAMS, D. R. e MOHAMMED, S. A. *Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research*. **Journal of Behavioral Medicine**, vol. 32, n° 1: pp. 20-47; 2009. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19030981>>. Acesso em 10/11/2016.

\_\_\_\_\_. *Racism and Health I: Pathways and Scientific Evidence*. **American Behavioural Scientist**, vol. 57: pp. 1152-1173, 2013.

WOLFE, J. D. *Health Disparities*. In: COCKERHAM, W., DINGWALL, R. e QUAH, S. **The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behaviour, and Society, First Edition**. New Jersey: John Wiley & Sons Ltd, 2014.

WRIGHT, E. O. **Classes**. London: Verso, 1985.

\_\_\_\_\_. **Class Counts: Comparative Studies in Class Analysis**. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

\_\_\_\_\_. *Logics of Class Analysis*. In: LAREAU, A. e CONLEY, D. (ed). **Social Class: how does it work?** New York: Russel Sage, 2008.

\_\_\_\_\_. **Class and Race.** Lecture 10, 2009. Disponível em: <<http://www.ssc.wisc.edu/~wright/soc621-course-page-2009.htm>>. Acesso em 02/09/2016.

WRIGHT, E. O. e ROGERS, J. **American Society: how it actually works.** New York: Norton, 2010.

ZIMMER, Z. et al. *A cross-national examination of the determinants of self-assessed health.* **Journal of Health and Social Behavior**, vol. 41: pp. 465-481, 2000.