

**35º Encontro Anual da Anpocs**  
**GT 6 – Desigualdade e Estratificação Social**  
**DESIGUALDADE EM SAÚDE E POSICIONAMENTO SOCIOECONÔMICO**  
**Marcela Fernanda da Paz de Souza**

# DESIGUALDADE EM SAÚDE E POSICIONAMENTO SOCIOECONÔMICO

Marcela Fernanda da Paz de Souza<sup>1</sup>

## 1. INTRODUÇÃO

A estratificação e a desigualdade social marcadamente presentes na sociedade brasileira apresentam em suas diversas interseções causais e categóricas, persistentes e metodologicamente aferíveis dimensões notórias referentes à disparidade em saúde. Longe de ser um consenso entre os pesquisadores, a definição de saúde se torna uma unanimidade ao que se refere ao fosso que separa os grupos excluídos pelas divisões sociais. A desigualdade em saúde é analisada como resultado da exclusão, do assimétrico acesso a recursos, não apenas de ativos econômicos, mas também de poder, prestígio, benefícios da rede social, informações privilegiadas de técnicas médicas, capacidade de assimilar com presteza o conhecimento e utilização de instrumentos para a prevenção de doenças e/ou de redução dos malefícios da mesma (LINK *et al*, 1995).

Importantes contribuições para a reflexão da disparidade em saúde são oferecidas através da Teoria das Causas Fundamentais, cujas condições sociais estão diretamente relacionadas às causas fundamentais das doenças. As condições fundamentais são definidas como elementos que envolvem as relações entre pessoas, perpassando os vínculos íntimos até as posições ocupadas no interior das estruturas sociais e econômicas da sociedade (LINK *et al*, 1995).

As variáveis raça, posicionamento socioeconômico, gênero, etnia e migração são somados aos fatos de vida estressantes da natureza social, além das variáveis tensão e processo, como apoio social. É necessário demonstrar quatro importantes aspectos da causa fundamental que são norteadores para se realizar uma ligação entre posicionamento socioeconômico (a variável em foco neste artigo) e saúde (LINK *et al*, 1995).

A)- Uma causa fundamental é relatada para resultados de múltiplas doenças; b)- as causas fundamentais operam através de múltiplos mecanismos fatores de risco; c)- novos mecanismos intervenientes reproduzem a associação entre causa fundamental e saúde

---

<sup>1</sup> - Doutoranda em Ciências Sociais no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais na Universidade Federal de Juiz de Fora. Bolsista Capes-Reuni. Tutora presencial Bacharelado em Humanidades.

continuamente; d)- finalmente, o caráter essencial de uma causa social fundamental é que ela envolve acesso a recurso que pode ser usado para esquivar riscos ou minimizar as consequências das doenças quando ela ocorre (LINK *et al*, 2000).

As proposições gerais da Teoria das Causas Fundamentais tornaram possíveis a oposição a uma literatura cuja análise das disparidades de saúde eram pensadas unicamente em termos biológicos, biomédicos ou de riscos, com mecanismos intervenientes únicos, próximos ao indivíduo, criando com esse um laço monotônico. Além dos aspectos fisiológicos, os indivíduos são os responsáveis pelo cuidado com a própria saúde, pois não haveria interferência de outros condicionantes do ambiente no qual se está inserido (LINK *et al*, 1995).

Uma ressalva é que na tentativa de clarear os mecanismos do elo causal pode-se incorrer no fato, com o decorrer do tempo, de se negligenciar e/ou perder o interesse na relevância das condições sociais, cujas influências sobre a saúde se procura originalmente explicar. A tendência a se focalizar as condições sociais com as doenças únicas, via mecanismos únicos, a pontos únicos, implica na omissão da análise dos processos multifacetados e movimentados capazes de afetar a saúde. Essa conduta de estudo resultaria em uma compreensão incompleta e em uma subestimativa do poder causal dos fatores sociais na saúde (LINK *et al*, 1995).

A teoria da causa fundamental apresenta três caminhos nos quais a desigualdade de saúde pode variar. O primeiro, e mais importante percurso, é que se as desigualdades nos benefícios dos recursos flexíveis do conhecimento, poder, dinheiro e das redes sociais mudarem, o valor preditivo da teoria da causa fundamental também poderá se transformar (LINK *et al*, 2000).

Um segundo caminho a ser pensado é que algumas intervenções não requerem o desenvolvimento de recursos flexíveis de conhecimento, poder, prestígio e benefícios relacionados às conexões sociais para alcançar vantagens em saúde. Essas políticas intervencionistas, em benefício de todos, independentemente dos recursos ou dos comportamentos de saúde manifestado, não contribuem para a reprodução das desigualdades e melhoram a população da saúde em geral (LINK *et al*, 2000).

O terceiro caminho é que a teoria das causas fundamentais deve estar atenta às situações que inserem as pessoas em riscos dos riscos. Ao se analisar a desigualdade em saúde, tem-se que a classe social é uma forte preditora de saúde, de mortalidade ou morbidade e ocupa na sociologia médica e da saúde um espaço de análise substancial e, quando avaliada consoante à Teoria das Causas Fundamentais, apresenta uma contribuição mais efetiva para explicar a desigualdade em foco (LINK *et al*, 2000).

O estudo do posicionamento socioeconômico assume uma relevância substantiva ao se analisar as causas fundamentais da saúde, pois o mesmo é um importante instrumento para a avaliação das desigualdades de chances de saúde, já que o acarreta a exposição e a vulnerabilidade a fatores mediadores nas esferas comportamental, psicossocial e ambiental (SANTOS, 2011).

É importante notar que o século XX foi marcado pelo aumento da expectativa de vida nas sociedades industrializadas, com a elaboração de políticas de saúde e, em comparação com outros países, os padrões estabelecidos de saúde e de bem-estar se apresentaram potencialmente altos. Se doenças como a poliomielite e a tuberculose praticamente se erradicaram, os créditos foram dados aos avanços da ciência, da biomedicina e da medicina moderna (ADAM *et al*, 2001).

Entretanto, ao afastarem perspectivas puramente fisiológica, biológica ou genética; sociólogos e epidemiólogos sociais reclamaram para si o direito de relacionar a saúde ou a doença a variáveis sociais, econômicas e culturais como classe, raça, gênero, ocorrendo o estabelecimento da ligação entre a desigualdade no estado de saúde com as demais desigualdades que perpassam a sociedade (GIDDENS, 2005).

Ainda que não haja consenso entre os pesquisadores sobre a forma que estas conexões ocorrem e como as desigualdades em saúde devam ser superadas, tanto as conexões, como as divisões sociais persistem notoriamente no Brasil.

No caso específico da sociedade brasileira, há um cruzamento de desigualdades duráveis, multiplicando o fosso da desigualdade, a qual se atém às diferenças nas vantagens organizadas por gênero e outros sistemas similares, tal como raça, por exemplo.

O Brasil é um país marcado por desigualdades: sociais, econômicas, regionais, etárias,

educacionais. Transversalmente a estas, permeando e potencializando os seus mecanismos de exclusão, estão as desigualdades de gênero e de raça. A pregnância do legado cultural escravocrata e patriarcal é, ainda, de tal forma profunda que, persistentemente, homens e mulheres, brancos e negros continuam a ser tratados desigualmente. Um e outro grupo têm oportunidades desiguais e acesso assimétrico aos serviços públicos, aos postos de trabalho, às instâncias de poder e decisão e às riquezas de nosso país. Apesar da igualdade formal, presente na letra da lei e de importância inquestionável, é na vivência cotidiana que a ideologia que reforça iniquidades de gênero e raça é mais explicitamente percebida. Imiscuindo-se insidiosamente nas relações sociais, produz discrepâncias que redundam em exclusões. Nos bancos escolares, no interior das empresas, nas cidades, nas famílias, no campo, no interior dos lares, nos hospitais, nas favelas e em cada parte da nossa sociedade, negros são discriminados por sua cor/raça e mulheres, por seu sexo (POCHMANN, 2008, p. 2).

O artigo apresenta uma reflexão de como os fatores acima apresentados, saúde – causas sociais fundamentais – classe social estabelecem relações demonstrando como a estratificação da sociedade brasileira apresenta uma paridade com a auto-avaliação de saúde dos indivíduos, das categorias mais favorecidas, como das categorias menos privilegiadas. A mensuração sociológica de classe social é indicada pelo posicionamento socioeconômico, através da aplicação da tipologia de classes para o Brasil elaborada pelo pesquisador José Alcides Figueiredo Santos. Por meio da Análise de Correspondência serão testadas as associações entre a auto-avaliação de saúde e o posicionamento socioeconômico. O programa estatístico utilizado foi o SPSS 15.

## **2. SOCIOLOGIA E SAÚDE**

No que se refere aos fatores específicos que influenciam a desigualdade em saúde, podem ser citados os ambientais e os estruturais (como renda e pobreza) dividem o campo de estudo que com as variáveis caracterizadas pelos fatores individuais como o estilo de vida, comportamento e hábitos culturais. O artigo compreende a importância destes dois universos de pesquisa para se compreender as disparidades em saúde. Analisa-se que ambas estão ligadas de forma intrínseca, pois o acesso a estilos de vida mais saudáveis e o acesso a informações que previnem doenças e os infortúnios para a saúde, por exemplo, estão relacionadas às condições econômicas do indivíduo ou do grupo social a que ele faz parte (GIDDENS, 2005; LINK *et al*, 1995).

Partindo-se primeiro, do comportamento, do estilo de vida e dos hábitos culturais há modelos explanatórios desenvolvidos por epidemiólogos, sociólogos e praticantes da medicina alternativa que procura explicar a relação entre estes elementos com o estado de saúde e de bem-estar. Pode-se exemplificar com os Modelos Holístico ou Social (BLAXTER, 2010).

O modelo social situa os processos biológicos dentro do contexto social e considera o ser humano mais que uma série de distintos sistemas corporais. Uma lista de ‘fatores de risco’ não é capaz de explicar todo o processo da saúde e da doença. O indivíduo está vivendo em redes formadas por processos cognitivos, valores específicos, intenções propositais e não apenas fatores se interrelacionando (BLAXTER, 2010).

Acrescenta-se particularmente que a saúde é percebida não simplesmente sob a ótica da ausência ou do afastamento da doença ou de uma condição média da população, mas através de um estado positivo de bem-estar em suas várias esferas. No estudo sobre a doença e a medicina, Philippe Adam e Claudine Herzlich ao descreverem a saúde, a doença e as possíveis interpretações culturais e sociais demonstraram,

Todo acontecimento importante da vida humana requer uma explicação: é preciso compreender sua natureza e encontrar suas causas. A doença não escapa a esta exigência. O indivíduo, frente a uma sensação orgânica e desagradável e estranha, deve codificá-la, compará-la eventualmente a outras manifestações, decidir se existe algum sinal grave que exija uma tomada de atitude. Ele deve

também conseguir explicar aos outros aquilo que sente, se deseja receber ajuda. Tal elaboração não é apenas individual, mas está ligada ao social e à cultura. Há muito tempo, diversos trabalhos psicossociológicos têm mostrado que determinados estados fisiológicos, como a fome e a dor, não são dados totalmente objetivos, mas são interpretados em função dos contextos sociais nos quais se produzem (Adam *et al*, 2001: 70).

O modelo social ou holístico tem crescido e ampliado o interesse dos indivíduos por terapias alternativas, que descansam nos princípios desse modelo que está em voga, principalmente, a saúde é percebida como um estado positivo e não simplesmente como uma ausência de doença ou uma condição média. O modelo em foco é resumido nos termos da definição de saúde realizado pela Organização Mundial de Saúde, em 1948, “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Mesmo com a ressalva que esta definição seja difícil de medir e alcançar e que queira incorporar a totalidade da realidade humana, ela é a mais usada, pois requer a atenção para o tipo multifacetado e holístico da saúde, com um caráter também subjetivo (BLAXTER, 2010).

Todo acontecimento importante da vida humana requer uma explicação: é preciso compreender sua natureza e encontrar suas causas. A doença não escapa a esta exigência. O indivíduo, frente a uma sensação orgânica e desagradável e estranha, deve codificá-la, compará-la eventualmente a outras manifestações, decidir se existe algum sinal grave que exija uma tomada de atitude. Ele deve também conseguir explicar aos outros aquilo que sente, se deseja receber ajuda. Tal elaboração não é apenas individual, mas está ligada ao social e à cultura. Há muito tempo, diversos trabalhos psicossociológicos têm mostrado que determinados estados fisiológicos, como a fome e a dor, não são dados totalmente objetivos, mas são interpretados em função dos contextos sociais nos quais se produzem (Adam *et al*, 2001 p. 70).

No que se refere à perspectiva do acesso aos recursos produtores de valor para a saúde, apresenta-se uma reflexão do poder preditivo e causal de classes. Comumente apresentadas em tons de divergências, as tradições marxista e weberiana apresentam um viés teórico

convergente importante, pois ultrapassam a proposta da exploração em Karl Marx e a caracterização das chances de vida, em Max Weber. Ambas refutam a possibilidade de uma simplória definição gradacional de classes. Os autores explicam que as classes podem ser definidas em termos relacionais na sociedade, pois ligam as pessoas aos recursos, o que as tornam economicamente relevantes para a produção. Considera-se, ainda, que além destas relações de classe estarem envoltas pelo interesse material dos atores; as mesmas são como base potencial para a solidariedade e o conflito. E, igualmente, como Max Weber, Karl Marx as analisa capaz de causar um impacto sistemático no bem material das pessoas – exploração e chances de vida identificam desigualdades materiais que são gerados pelas disparidades no acesso aos recursos de diversas ordens. Constata-se, assim, que ambos os conceitos colocam em questão da distribuição de ativos (WRIGHT, 2003).

O artigo utiliza o conceito sociológico de classe social do neomarxista Erik Olin Wright. O conceito foi fundamentado nas noções de ativo, exploração e dominação econômica. A exploração econômica ocupa um espaço central na análise, pois é viabilizada pelas relações de propriedade, responsáveis pela apropriação do excedente de trabalho e pelas vantagens materiais resultantes dos recursos produtivos de renda. Mas é importante destacar que não são apenas as desigualdades de recompensas aquelas acarretadas por esse processo assimétrico de acesso aos ativos de produção e aos poderes sobre o recurso produtivo; o poder, o prestígio e as redes sociais adquiridos com essa propriedade são fundamentais em diversos posicionamentos de classe para uma qualidade de vida e de saúde mais equitativa. Mas o explorado possui um tipo de poder social em razão das interdependências da exploração, que indica um potencial instrumento na luta de seus interesses (SANTOS, 2002; WRIGHT, 1989, 1999, 2005).

Os condicionamentos de classe afetarão os interesses materiais, a qualidade e as oportunidades de vida, como a capacidade para uma ação coletiva. Nesse momento, pode-se estabelecer uma relação entre a classe e a ocupação. A primeira é a localização dentro das relações sociais de produção, já a segunda, é a posição dentro das relações técnicas de produção (SANTOS, 2002 p.47).

Um ponto central para compreender a forte poder da classe sobre a desigualdade em saúde, a longevidade ou a doença pode ser refletido pela análise de Erik Wright que afirma



que o aquilo que a pessoa tem, determina o que ela obtém e o que deve realizar para conseguir o que obtém. O pesquisador Cockermam demonstra a relevância da classe social para produzir efeitos adicionais à saúde. “Outras hierarquias de saúde e mortalidade com respeito a variáveis sociais como idade, gênero e raça, e o poder explanatório de classe é demonstrado quando ela interage com estas outras variáveis para produzir diferenças além daquelas já produzidas” (COCKERHAM, 2007 p.75).

Compreendida em termos relacionais, a classe social interfere nas variadas trajetórias de riscos; em outras formas de condições sociais fundamentais ou de apropriação de vantagens que se reproduzem no curso da vida. Esses fatores impactam negativamente sobre o acesso a recursos tecnológicos e hospitalares, à assimilação e ao conhecimento de informações imprescindíveis para a minimização de riscos. A real capacidade de ‘compra’ dos mecanismos referentes ao bem-estar e à saúde está ligada a um posicionamento socioeconômico privilegiado. “O controle efetivo dos recursos é assimetricamente distribuído dentro da sociedade, de modo que determinados grupos têm recursos inadequados para enfrentar as demandas e as exposições negativas relacionadas à saúde” (SANTOS 2011, p.7; HOUSE *et al*, 2000; GIDDENS, 2005; LYNCH e KAPLAN, 2000 p.21 *apud* SANTOS, 2011).

### **3. POSICIONAMENTO SOCIOECONÔMICO E SAÚDE**

A nova classificação socioeconômica para o Brasil contribui para a análise da desigualdade social, na situação específica da sociedade brasileira, pois é um robusto instrumento de caracterização, de descrição e de explicação da desigualdade, nas esferas da produção e da reprodução, como também na divisão estrutural da sociedade brasileira e nas suas conseqüências para a renda das pessoas. A compreensão da configuração, do desenvolvimento e dos resultados das divisões socioeconômicas “e suas relações com as demais formas de desigualdades duráveis que permeiam a altamente desigual sociedade brasileira”, é elucidada em uma abordagem sociológica de conceituação e de mensuração de classe social (FIGUEIREDO SANTOS, 2005, p. 28).

Uma das observações do pesquisador é a de que a sociologia brasileira, na investigação empírica, não se debruçou de forma considerável sobre o estudo nacional das divisões socioeconômicas presentes no país, assim como, sobre os resultados destas divisões para a população. Neste sentido, a pesquisa ultrapassa os interesses acadêmicos, pois o objetivo da classificação propõe, ainda:

Colocar na agenda das estatísticas sociais do Brasil a construção de uma classificação socioeconômica na perspectiva sociológica de classe social, entendida como um instrumento analítico utilizado para monitorar a estrutura social, elucidar os condicionamentos que afetam o “estado social” do país e avaliar o impacto das políticas sociais e econômicas nos diferentes grupos sociais (SANTOS, 2005, p. 28).

Embora apresente seus próprios desafios face à realidade brasileira, a tipologia construída por Figueiredo Santos se valeu das contribuições teóricas Erik Olin Wright e John Goldthorpe. Entretanto, a nova classificação para o Brasil contempla em suas categorias a solução operacional para estes desafios.

A fim de construir uma classificação socioeconômica para o Brasil, Figueiredo Santos trabalhou com as seguintes questões metodológicas:

A tipologia representa uma classificação conceitual formada por um conjunto exclusivo e exaustivo de categorias, em que cada caso pertence a uma categoria (exaustividade) e nenhum caso está em mais de uma categoria (exclusividade). As categorias devem estar internamente homogêneas com respeito aos atributos relevantes e claramente separadas (e dessemelhantes) das demais categorias. Uma tipologia de posições de classe é uma classificação qualitativa, que pode ser gerada sem quantificação ou análise estatística, pois as suas células representam tipos conceituais, em vez de casos empíricos. Porém, como a tipologia representa um instrumento analítico a serviço da investigação empírica, deve-se estabelecer a correspondência entre o tipo conceitual e a sua contraparte empírica. A tipologia precisa ser o mais apropriada possível para a elaboração de

narrativas causais e para o entendimento de como as posições de classe desempenham um papel mediador e/ou moderador em relação a outras variáveis e os seus efeitos são mediados e/ou moderados via determinadas variáveis específicas (SANTOS, 2005, p. 34).

Na complexidade do capitalismo contemporâneo há a constituição de complexas relações de classe e redes de poderes e de direitos sobre os recursos produtivos. Assim, mesmo que o poder básico sobre a alocação dos ativos de capital e a operação dos fluxos de renda esteja em posse dos capitalistas, os direitos e os poderes das propriedades podem ser redistribuídos. E é justamente o controle de ativos de capital que abrange diferenciações em termos de escala e formas de divisão de trabalho.

No que se refere às evocações teóricas de Erik Olin Wright, essas se baseiam no contexto de uma tradição marxista da “análise de classe e da sua aplicação na investigação comparativa dos ‘efeitos de classe’ no capitalismo contemporâneo” (SANTOS, 2005, p. 33). Considera-se ainda, que a classificação socioeconômica brasileira foi pensada, segundo a conexão entre a ocorrência das classes com a dimensão social relacional presente em um sistema de produção. Como em Erik Olin Wright, Figueiredo Santos também assume que as relações de classe são determinadas pelos diferentes tipos de direitos e poderes sobre os recursos produtivos. Portanto, “a noção de relações de classe destaca os padrões estruturados de interação associados à propriedade dos recursos produtivos básicos da sociedade” (SANTOS, 2005, p. 33).

A assimetria na distribuição de um estado positivo de saúde é determinada em função das diferenças entre grupos sociais que permanecem em vantagem ou em desvantagens em razão das suas características peculiares como classe, renda, raça, gênero, etnia, experimentando, assim, em diferentes graus, riscos adicionais de saúde. A relação comparativa entre as desigualdades de saúde subjacentes entre os grupos é justificada, pois não se podem solapar as questões relacionadas à justiça distributiva; já que se encontra mais comumente o estrato privilegiado com o nível mais elevado de saúde (Braveman, 2006; SANTOS, 2011).

#### **4. ANÁLISE DOS DADOS**

A Análise de Correspondência indicará a associação entre a auto-avaliação de saúde e as categorias de classe. Optou-se por não utilizar as cinco categorias de auto-avaliação apresentada pelo suplemento saúde Pnad-2008: muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim para lançar uso das três primeiras. A variável será apresentada como Avaref.

As categorias de classe apresentadas pelo sociólogo José Alcides Figueiredo Santos responde a uma indagação sociológica e metodológica cuja crítica era que o posicionamento socioeconômico excluía das pesquisas o contingente populacional não inserido no mercado de trabalho. Ao construir uma tipologia adicionando, através de rigor metodológico e estatístico, as categorias de classes de subsistência e excedente o sociólogo forneceu uma alternativa de estudo que se comprovou em outras pesquisas. As categorias da tipologia se apresentam na seguinte ordem na estrutura social brasileira: Capitalista, Pequ empregador, Aut ativos, Auto agrícola, Aut especialista, Gerente, Especialista, Qualificado, Supervisor, Trab. Elementar, Aut. Precário, Doméstico, Dest agrícola, Subsistência, Excedente (SANTOS, 2011 a; SANTOS, 2011 B).

A opção de se utilizar a Análise de Correspondência no artigo ocorreu com o objetivo de analisar não apenas a correspondência entre as variáveis e entre as categorias que compõem as variáveis, mas, principalmente, a direção desta correspondência. O uso do instrumental Anacor permitirá a criação do gráfico multidimensional  $L * C$ . Assim, é possível testar as possíveis relações estabelecidas em tabelas que não se reduzam a  $2*2$ .

O procedimento Anacor calcula *scores* para as linhas e as colunas e produz gráficos baseados nestes valores. As categorias similares aparecem no gráfico próximas umas das outras. Esta alternativa metodológica permite identificar quais as categorias de uma **mesma variável** são similares e/ou quais as categorias das **duas variáveis** estão relacionadas estatisticamente (BASTOS, 2000). O gráfico produzido depende do método de normalização utilizado. A opção neste artigo é de analisar tanto as diferenças entre categorias de uma mesma variável (Como as diferentes categorias de classe se comportam em relação à auto-avaliação de saúde? Verifica-se então a existência ou não de similaridades?), como as diferenças das categorias de variáveis diferentes (Há uma associação entre as categorias de classe e a auto-avaliação de saúde?) (BASTOS, 2000).

*Frequência*<sup>2</sup> - As divisões sociais presentes na sociedade brasileira podem ser verificadas nas diversas categorias existentes na pesquisa sociológica. O papel da categoria é o de atuar como ordenadora social. Este comportamento incide decisivamente nos processos de exclusão e de assimetria ao acesso a recursos e ao bem-estar. Pungentes na estrutura social, as divisões não necessitam de uma definição formal, explica George Payne, pois variadas situações na vida humana originam esta idéia de divisão. Esta é consequência das interações sociais, dos eventos, das decisões e das disputas demarcadas pela condição social e pela oportunidade de vida de cada pessoa. Conforme Payne, a divisão social é resultado da construção social, cuja variabilidade está relacionada com uma sociedade específica. O elemento da identidade dos indivíduos, ou seja, a forma como os indivíduos se vêem e analisam aos outros indivíduos é determinante no processo multiplicador das desigualdades que caracterizam os diversos modos da vida social (PAYNE, 2000).

As origens das definições que nós usamos; os modos nos quais (como) a separação entre uma categoria e outra tem sido criada e tem sido mantida; a extensão das desigualdades que existem entre grupos; como as pessoas vêm a pensar a respeito de sua própria identidade; e as consequências disso para sua ação futura; todas estas são atribuições sociológicas. A idade, o gênero, a saúde, a etnicidade e a classe, e assim por diante, são as divisões sociais que moldam a sociedade. Se nós vamos fazer sentido coerente de nossas próprias vidas, compreender por nós mesmos o que está ocorrendo em nossa sociedade e porque a sociedade como um todo opera do modo como ela o faz, a idéia de “divisões sociais” é uma das ferramentas mais úteis e poderosas disponíveis (PAYNE, 2000: 1).

A desigualdade social não é sinônima de divisão social, mas é parte importante das divisões. As desigualdades categóricas se sobrepõem umas as outras redimensionando e potencializando as diversas expressões de exclusão. A referida abordagem não estabelece um raciocínio ético, teórico ou prático relacionado à desigualdade, mas demonstra como a

---

<sup>2</sup> - Anexo I

construção da mesma se estabeleceu com o objetivo de balizar os arranjos organizacionais (TILLY, 2006).

A análise da frequência das categorias de classe no Brasil indica essas assimetrias de oportunidade e de acesso na estrutura social do país e nas relações técnicas de produção. Na categoria capitalista o percentual foi de apenas 0,1 presente no mercado de trabalho; a categoria dos domésticos, por exemplo, apresenta 11,3%; por fim, os excedentes compõem o contingente 14,2% da estrutura social brasileira. O trabalhador elementar tem uma representatividade de 33,6% na estrutura social brasileira.

*Summary*<sup>3</sup>. O sumário indica o procedimento adotado pelo SPSS. Primeiro foi calculado por decomposição do valor singular, a maximização da distância entre os pontos, com o objetivo de obter na solução as dimensões mais se aproximam dos pontos.

Posteriormente é indicada a inércia entre os pontos. Os valores de inércia são essenciais, pois explicam a importância relativa de cada dimensão. É importante destacar que isto significa o percentual da variância explicada por cada uma das dimensões. O valor da inércia total (variância explicada) é igual a ,042 (4,20%) da associação entre categoria de classe e a auto-avaliação de saúde.

Os valores singulares são as raízes quadradas das inércias. São interpretadas como o valor máximo de correlação canônica que as categorias de variáveis podem apresentar em cada dimensão. A primeira dimensão apresenta preponderância na variância total explicada pelo modelo, sendo a mais importante. Explica ,040 (4,0%) do total de ,002 (0,20%). As colunas de Proporções explicada e acumulada são o resultado da divisão da inércia de cada dimensão pela inércia total e, no segundo caso, pela sua soma.

*Tabela de contingência*<sup>4</sup> - A tabela de contingência apresenta como variável de linha a auto-avaliação de saúde e como variável de coluna as categorias de classe. Demonstrem-se também os valores marginais de linha e de coluna (as massas respectivas). Estes dados serão utilizados de input para o procedimento ANACOR.

*Overview Row Points* - É apresentada a contribuição de cada ponto de linha à inércia de cada dimensão. Cada contribuição corresponde ao percentual da inércia daquela dimensão que é explicada por aquele ponto específico. A DIM1 é dominada pelo ponto c (Regular) com ,645

---

<sup>3</sup> - Anexo II

<sup>4</sup> - Anexo III

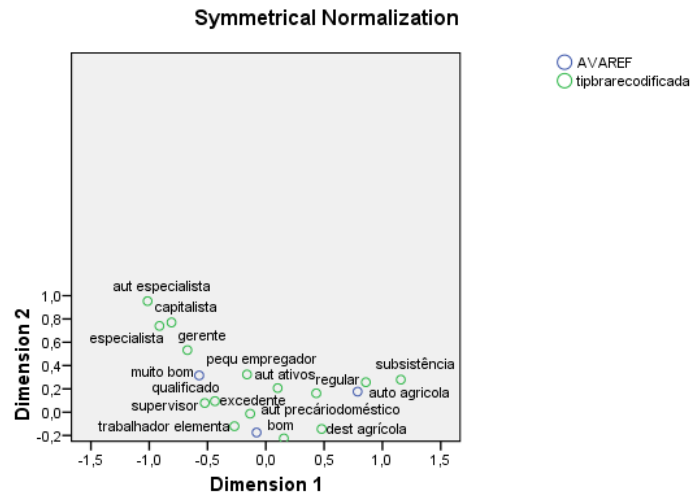
(6,45%). Já a DIM2 é dominada pelo ponto a (muito bom) com ,457 (4,57%). As contribuições de ponto para a Dimensão sempre somam 1.

É apresentada também a contribuição da dimensão para cada ponto, conhecida como correlações ao quadrado e reflete na qualidade da explicação de cada ponto pelo modelo. É o percentual da variância de cada ponto explicado por uma dimensão. Quanto maior o valor da contribuição de cada dimensão para um ponto específico, melhor. A DIM1 é dominada pelo ponto a (Regular) com ,989 (9,89%). Já a DIM2 é dominada pelo ponto b (Bom) com ,517 (5,17%). As contribuições de ponto para a Dimensão sempre somam 1.

*Overview Column Points* - As contribuições dos pontos para as dimensões são realizados para os pontos de coluna. É apresentada a contribuição de cada ponto de coluna à inércia de cada dimensão. Cada contribuição corresponde ao percentual da inércia daquela dimensão que é explicada por aquele ponto específico. A DIM1 é dominada pelo ponto n (subsistência) com ,334 (3,34%). Já a DIM2 é dominada pelo ponto g (especialista) com ,309 (3,09%). As contribuições de ponto para a Dimensão sempre somam 1. São verificadas também as contribuições da dimensão para cada ponto da coluna. Na DIM1, a preponderância é do ponto o (excedente) ,988 (9,88%) e na DIM2, o ponto é o c (aut ativo) ,481 (4,81%).

*Gráfico* – Na análise das dimensões se verificou que mesmo se aplicando um método bidimensional, a relação entre as variáveis categorias de classe e auto-avaliação de saúde ocorreu de forma unidimensional com a preponderância notória da dimensão 1. A análise do gráfico indica a aproximação das categorias das duas variáveis e a similaridade das categorias da mesma variável.

### Row and Column Points



Para se compreender a importância do estudo do posicionamento socioeconômico na análise da desigualdade em saúde é fundamental a análise da escala do *score in dimension* realizada pela autora deste artigo, pois indicou a ordem unilinear da evolução da dimensão e demonstrou, principalmente, que a auto-avaliação de saúde regular está atrelada aos posicionamentos socioeconômicos mais desprivilegiados da estrutura social brasileira. A categoria de classe capitalista apresentou a melhor auto-avaliação de saúde, o que indicou um *score in dimension* de -1,01423, o trabalhador elementar, apresentou 0,101511. A categoria excedente se constituiu a menos satisfeita com o estado de saúde, 1,157624; em uma proporção praticamente inversa.



### ESCALA DO SCORE IN DIMENSION

Overview Column Points(a)	Score in Dimension
Tipbrarecodificada	
Capitalista	-1,01423
Pequ empregador	-0,9120
Aut ativos	-0,80904
Auto agrícola	-0,67249
Aut especialista	-0,52404
Gerente	-0,43664
Especialista	-0,2696
Qualificado	-0,16173
Supervisor	-0,13426
Trab. Elementar	0,101511
Aut. Precário	0,15486
Doméstico	0,432356
Dest agrícola	0,478065
Subsistência	0,857624
Excedente	1,157624

Dados gerados pela autora. Spss 15. Pnad 2008.

## 5. Conclusão

O trabalho indicou que apesar da relativa baixa explicação fornecida pelas categorias de classe em sua associação com a auto-avaliação de saúde, indiscutivelmente houve uma tendência linear do topo das categorias de classe em relação ao melhor estado de saúde até

uma pior avaliação do estado de saúde referente às categorias da base da estrutura social brasileira. O gráfico bidimensional indicou bem essas associações e as aproximações entre as categorias das variáveis e entre as categorias da mesma variável, como no caso das categorias de classe.

## 6. Bibliografia

ADAM, P.; HERZLICH, C. *Sociologia da doença e da Medicina*. Trad. Laureano Pelegrin. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

BARRETO, S. M.; GIATTI L.; KALACHE A. *Gender inequalities in health among older Brazilian adults*. *Rev. Panam Salud Publica*. 2004; 16(2): 110-7.

BASTOS, R. R., *Análise de Dados Categóricos*. In: *Métodos Estatísticos Computacionais*. 2010. UFJF. CD ROOM.

CONDÉ, E. A. S. *Diversidade em Processo: As políticas públicas em perspectiva*. In: *Teoria e Cultura*. Revista do mestrado em Ciências Sociais da UFJF. Vol 1, nº 1, UFJF, 2006.

COCKERHAM, W.C. *Social Causes of Health and Disease*. Polity Press. 2007.

KNILL, C.; TOSUN, J. *Policy-Making*. In: *Comparative Politics*. CARAMANI, D. (ed.), 2008. Oxford. University Press. Pgs. 496-517.

SANTOS, J. A. F. *Classe social e desigualdade de saúde no Brasil*. *Rev. bras. Ci. Soc.* [online]. 2011, vol.26, n.75 [citado 2011-07-01], pp. 27-55 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69092011000100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092011000100002&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0102-6909. doi: 10.1590/S0102-69092011000100002.

----- *Desigualdade Racial de Saúde e Contexto de Classe no Brasil*. [Dados] Online. 2011. vol. 54, no 1, , pp. 5 a 40. ISSN 0011 – 5258.

----- *Uma classificação socioeconômica para o Brasil*. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 20, nº 58, 2005.

----- *Estrutura de posições de classe no Brasil*. Belo Horizonte e Rio de Janeiro: Editora UFMG e IUPERJ, 2002.

GIDDENS, A. (2005). *Sociologia*. São Paulo: Artmed.

GORMAN, B. K; READ, G.J. Gender Disparities in Adult Health: An Examination of Three Measures of Morbidity. *Journal of Health and Social Behavior* 2006, Vol 47 (June): 95–110

HOWLETT, M.; RAMESH, M. Studying public policy: policy cycles and policy subsystems. Toronto: Oxford University Press, 2003. Trad. Francisco Gabriel Heidemann.

LINK, G. B. e PHELAN, J. (1995), Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*. (Extra Issue): 80-94.

NUNES, Everardo Duarte (2006). Sociologia da saúde: história e temas. In: *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec: Fiocruz. p.19-51.

POCHMANN, M. Retrato das desigualdades: de gênero e raça. In: \_\_\_\_\_. **Apresentação**. Brasília: Ipea/ SPM/ UNIFEM, 2008.

REIS, S. L. *Políticas Públicas sob a ótica do Novo Gestor: O Public Policy-Cycle de Howlett e Ramesh como estratégia para ação do Estado*. Disponível em:

<http://www.investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/politica/169814-politicas-publicas-sob-a-otica-do-novo-gestor-o-public-policy-cycle-de-howlett-e-ramesh-como-estrategia-para-acao-do-estado.html>

Acesso: 20 setembro 2010

ROBERT, S. e HOUSE, J. (2000a), Socioeconomic Inequalities in Health: an enduring sociological problem, in Chloe E. Bird, Peter Conrad e Allen M. Fremont *Handbook of Medical Sociology*. Fifth Edition. Upper Saddle River: Prentice Hall.

SAVAGE, M. (2002) Social exclusion and class analysis. In: P Braham and L James (eds.). *Social Differences and Divisions*. Oxford: Blackwells.

WRIGHT, E.O. (2003). Class Social. In: George Ritzer (eds). *Encyclopedia of Social Theory*. Beverly Hills: Sage.

# **ANEXO I**

**TIPBRARECODIFICADA – FREQUENCIA**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 capitalista	9340	,1	,1	,1
	2 pequ empregador	126920	,9	,9	1,0
	3 aut ativos	315900	2,3	2,3	3,2
	4 auto agrícola	264320	1,9	1,9	5,1
	5 aut especialista	61812	,4	,4	5,5
	6 gerente	185000	1,3	1,3	6,9
	7 especialista	346650	2,5	2,5	9,3
	8 qualificado	736800	5,2	5,2	14,6
	9 supervisor	162750	1,2	1,2	15,7
	10 trabalhador elementar	4720560	33,6	33,6	49,4
	11 aut precário	1530340	10,9	10,9	60,3
	12 doméstico	1585350	11,3	11,3	71,6
	13 dest agrícola	1249440	8,9	8,9	80,5
	14 subsistência	747544	5,3	5,3	85,8
	15 excedente	1996434	14,2	14,2	100,0
	Total	14039160	100,0	100,0	

\* Dados gerados pela autora do presente artigo. SPSS 15. Pnad 2008.

## **ANEXO II**

### Summary\*

Dimension	Singular Value	Inertia	Chi Square	Sig.	Proportion of Inertia		Confidence Singular Value	
					Accounted for	Cumulative	Standard Deviation	Correlation 2
1	,201	,040			,953	,953	,000	,195
2	,045	,002			,047	1,000	,000	
Total		,042	577509,199	,000 <sup>a</sup>	1,000	1,000		

<sup>a</sup>- 28 degrees of freedom

\* Dados gerados pela autora do presente artigo. SPSS 15. Pnad 2008.

## **ANEXO III**



**Tabela de Contingência**

<b>AVAREF</b>	<b>tipbrarecodificada</b>							
	<b>capitalista</b>	<b>Peq empregador</b>	<b>aut ativos</b>	<b>auto agricola</b>	<b>aut especialista</b>	<b>gerente</b>	<b>especialista</b>	<b>qualificado</b>
muito bom	3270	30580	63600	30205	23832	58920	125000	199500
Bom	5040	69200	170580	128170	32760	103040	189950	437640
Regular	970	24120	71430	89145	4752	21720	29800	91800
Active Margin	9280	123900	305610	247520	61344	183680	344750	728940
	<b>supervisor</b>	<b>Trab elementar</b>	<b>aut precário</b>	<b>doméstico</b>	<b>dest agrícola</b>	<b>subsistência</b>	<b>excedent</b>	<b>Active Margin</b>
muito bom	42420	1070000	257805	251010	169195	60074	430254	2815665
bom	95410	2824800	890035	827100	692835	342314	1148499	7957373
regular	22610	744560	336260	433080	339910	280084	362538	2852779
Active Margin	160440	4639360	1484100	1511190	1201940	682472	1941291	13625817

\* Dados gerados pela autora do presente artigo. SPSS 15. Pnad 2008.

tipbrarecodificada	Mass	Score in Dimension		Inertia	Contribution <b>Overview Column Points</b>				
		1	2		Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point 2		Total
					1	2	1	2	
capitalista	,001	-,809	,770	,000	,002	,009	,832	,168	1,000
pequ empregador	,009	-,162	,324	,000	,001	,021	,528	,472	1,000
aut ativos	,022	,102	,207	,000	,001	,021	,519	,481	1,000
auto agricola	,018	,858	,257	,003	,066	,027	,980	,020	1,000
aut especialista	,005	-1,014	,953	,001	,023	,091	,835	,165	1,000
gerente	,013	-,672	,533	,001	,030	,085	,877	,123	1,000
especialista	,025	-,912	,740	,005	,105	,309	,872	,128	1,000
qualificado	,053	-,524	,079	,003	,073	,007	,995	,005	1,000
supervisor	,012	-,437	,095	,000	,011	,002	,990	,010	1,000
trabalhador elementar	,340	-,270	-,121	,005	,123	,111	,957	,043	1,000
aut precário	,109	,155	-,225	,001	,013	,123	,680	,320	1,000
doméstico	,111	,432	,162	,004	,103	,065	,970	,030	1,000
dest agrícola	,088	,478	-,144	,004	,100	,041	,980	,020	1,000
subsistência	,050	1,158	,279	,014	,334	,087	,987	,013	1,000
excedente	,142	-,134	-,013	,001	,013	,001	,998	,002	1,000
Active Total	1,000			,042	1,000	1,000			

\* Dados gerados pela autora do presente artigo. SPSS 15. Pnad 2008.

### Overview Row Points

\* Dados gerados pela autora do presente artigo. SPSS 15. Pnad 2008.

AVAREF	Mass	Score in Dimension		Inertia	Contribution				
		1			Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		
					2		1	2	1
muito bom	,207	-,572	,315	,014	,336	,457	,937	,063	1,000
Bom	,584	-,080	-,175	,002	,019	,397	,483	,517	1,000
Regular	,209	,787	,176	,026	,645	,145	,989	,011	1,000
Active Total	1,000			,042	1,000	1,000			